



ZAPOBIEGANIE, WYKRYWANIE I LECZENIE DEPRESJI NA POZIOMIE POZ



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Materiał współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Biuro projektu POZ PLUS oddaje w Państwa ręce materiał informacyjny dedykowany wczesnemu wykrywaniu i leczeniu depresji w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej do wykorzystania w codziennej pracy z pacjentami.

Materiał został przygotowany przez Panią prof. dr. hab. Donatę Kurpas, na zlecenie Biura Projektu POZ PLUS

Założenia dotyczące diagnostyki i terapii, w tym ryciny i tabele:

Piotrowski P, Gondek TM, Rymaszewska J, Beszłej JA, Czachowski S, Parmentier H, Kurpas D. Guidelines of the Polish Psychiatric Association – Wrocław Division, the Polish Society of Family Medicine and the College of Family Physicians in Poland for diagnosis and treatment of depressive disorders in primary health care. Fam Med Prim Care Rev 2017; 19(3): 1–12, doi: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69300>.

Czerwiec, 2021 r.

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala

ul. Rakowiecka 26/30

02-528 Warszawa

Spis treści

Wstęp	5
Postępowanie diagnostyczne	7
Leczenie depresji	28
Podsumowanie	35
Piśmiennictwo	37



Nasilające się odczuwanie smutku, brak chęci do działania, negatywne postrzeganie otoczenia, zaburzenia snu, objawy przypominające zaburzenia ciała (somatyczne), ale nie reagujące na leki czy postępowanie fizjoterapeutyczne – to często pierwsze objawy zaburzeń depresyjnych, które będziecie Państwo obserwować u swoich pacjentów. Pamiętajmy także, że zaburzenia depresyjne u osób w wieku podeszłym występują częściej niż w innych grupach wiekowych. Przyczyny tej depresji (dawniej nazywanej depresją inwolucyjną) mogą być

bardzo różne (w ostatnich miesiącach to izolacja i przewlekły stres), natomiast obraz kliniczny wyróżnia się: licznymi dolegliwościami bólowymi, skargami na kłopoty z pamięcią oraz częstszym występowaniem niepokoju ruchowego i psychicznego. Przy każdym atypowym przebiegu lub zaostrzeniu zaburzenia somatycznego – pomyślmy o zaburzeniach depresyjnych.

Niniejszy materiał stanowi przystępne przedstawienie założeń opracowanych w ramach wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Oddział Wrocław), Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej (Piotrowski P, Gondek TM, Rymaszewska J, Beszłej JA, Czachowski S, Parmentier H, Kurpas D. Guidelines of the Polish Psychiatric Association – Wrocław Division, the Polish Society of Family Medicine and the College of Family Physicians in Poland for diagnosis and treatment of depressive disorders in primary health care. *Fam Med Prim Care Rev* 2017; 19(3): 1–12, doi: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69300>).

Naszą intencją w 2017r. było zebranie informacji, które mogą być przydatne dla lekarzy rodzinnych w rozpoczynaniu diagnostyki i leczenia pacjentów chorujących na depresję. Celem niniejszego materiału jest przypomnienie tych założeń oraz przekazanie ich w formie, która może być przystępna w realiach pracy klinicznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. To materiał dla całych zespołów podstawowej opieki zdrowotnej, również pielęgniarek i położnych współpracujących z lekarzami rodzinnymi.

Wstęp

Zaburzenia psychiczne wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej są powszechne. Do najczęstszych z nich należą zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia pod postacią somatyczną. Problemy natury psychicznej często współwystępują z chorobami somatycznymi, negatywnie wpływając na ich naturalny przebieg, przestrzeganie zaleceń a tym samym na efektywność leczenia. Występowanie zaburzeń depresyjnych, poza uwarunkowaniami biologicznymi – jak obciążenie genetyczne, obciążenie chorobami somatycznymi i stosowanym leczeniem, zależy także od czynników socjodemograficznych. Mnogość zagadnień wymagających od lekarza uwagi podczas rutynowej konsultacji lekarskiej utrudnia diagnostykę oraz podjęcie decyzji o postępowaniu leczniczym. Ułatwienie w tym procesie stanowią narzędzia przesiewowe o udowodnionych parametrach psychometrycznych. Większość pacjentów z jednobiegunowymi zaburzeniami nastroju może być leczona w ramach podstawowej opieki. Szukają pomocy u swoich dobrze znanych lekarzy rodzinnych i często nie wymagają konsultacji psychiatrycznych. Należy podkreślić, że zdecydowana większość pacjentów opieki podstawowej zgłasza objawy zaburzeń psychosomatycznych, które ulegają nasileniu w codziennych sytuacjach stresowych. Przed rozpoczęciem diagnostyki i terapii wskazane jest przedłużenie czasu przeznaczonego na konsultację, określenie sytuacji rodzinnej, finansowej i zawodowej oraz przekonanie pacjentów do stosowania technik zarządzania stresem, a także do zmiany sposobu postrzegania otoczenia oraz unikania negatywnych nawyków, w tym żywieniowych. Jeśli po 2-4 tygodniach nie ustąpią objawy depresji, należy rozważyć inne strategie terapeutyczne. W opracowaniu autorzy proponują uproszczone schematy postępowania oraz wskazują na możliwości oraz ograniczenia prowadzenia leczenia psychiatrycznego w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Depresja w 1990 roku stanowiła czwartą, po infekcjach dolnych dróg oddechowych, biegunkach i powikłaniach okołoporodowych, przyczynę niepełnosprawności na świecie. Obecnie zajmuje drugą, spośród dziesięciu najczęstszych przyczyn utraty zdrowia (po bólu

pleców) w Europie Środkowej. Rozpowszechnienie dużej depresji w okresie życia w populacji generalnej w Polsce oszacowano na 3% niezależnie do płci. Odsetek ten, mimo że niższy niż wcześniej wykazywany w innych krajach europejskich, po ekstrapolacji obejmuje 766,2 (CI 693-840) tys. Polaków.

W Polsce nie ma ograniczeń ani limitów w zakresie dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej ani ograniczeń w możliwości kierowania pacjentów z POZ do psychiatrów. Nie zmienia to faktu, że pacjenci w pierwszym etapie szukają pomocy w gabinetach lekarzy rodzinnych. Szacuje się, że odsetek osób z objawami depresji kontaktujących się z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej wynosi około 30%. Często spowodowane jest to występowaniem niespecyficznych objawów somatycznych stanowiących „maskę depresji”, bądź współwystępowaniem kilku zaburzeń psychicznych jak depresja i zaburzenia lękowe. Przeprowadzone w Hiszpanii badanie Roca i wsp. wykazało, że **53,6%** osób zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ujawniało zaburzenia psychiczne, takie jak **depresja 35,8%**, zaburzenia lękowe 25,6% i zaburzenia pod postacią somatyczną 28,8%. W badanej grupie **30,3%** pacjentów cierpiało na więcej niż jedno zaburzenie psychiczne. U 13,8% potwierdzono dwie diagnozy, u 8,2% trzy, u 5,6% cztery, a 2,7% pięć lub więcej. Najczęściej współwystępowały depresje i zaburzenia lękowe **19,1%**, depresje i zaburzenia pod postacią somatyczną 18,6%, oraz zaburzenia lękowe i pod postacią somatyczną 14,8%, natomiast aż u 11,5% potwierdzono współwystępowanie wszystkich trzech kategorii diagnostycznych.

Poza współwystępowaniem zaburzeń psychicznych w szeregu badań wykazano, że przewlekłe choroby metaboliczne, układu oddechowego, układu sercowo-naczyniowego, układu ruchu oraz neurologiczne występują częściej wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Z drugiej zaś strony pojawianie się zaburzeń psychicznych u osoby obciążonej zaburzeniami somatycznymi powoduje, że przebieg choroby podstawowej staje się cięższy, rokowanie mniej korzystne, równocześnie zwiększa się ryzyko powikłań i zgonu. Współchorobowość wiąże się z mniejszą skutecznością leczenia, większym wykorzystaniem usług medycznych, wzrostem kosztów leczenia oraz ograniczeniem współpracy lekarz-pacjent i częstszym nieprzestrzeganiem zaleceń. W Polsce, wśród pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej, odsetek osób potwierdzających obecność objawów depresyjnych jest znacząco wysoki: w badaniu z 2007 roku na grupie ponad 7000 pacjentów POZ, **23,3%** z nich spełniało kryteria ICD-10 rozpoznania depresji.

Postępowanie diagnostyczne

OBJAWY

Depresja

Obowiązująca w Polsce klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania według ICD-10 pod pojęciem depresji określa epizod depresyjny (F32.X) oraz zaburzenia depresyjne nawracające (F33.X). Podstawowymi założeniami, umożliwiającymi wysunięcie podejrzenia zaburzenia depresyjnego, jest czas trwania objawów wynoszący co najmniej 2 tygodnie, negatywny wywiad w kierunku manii bądź hipomanii, a także brak podłoża organicznego bądź wywiadu w kierunku używania substancji psychoaktywnych, które mogłyby być przyczyną obniżenia nastroju w okresie ich stosowania lub odstawienia.



OBJAWY GŁÓWNE:

1. stan obniżonego nastroju, wyrażający się przez przygnębienie, nasilone uczucie smutku lub beznadziejności;
2. utrata zainteresowań i anhedonia, czyli utrata zdolności do przeżywania radości i przyjemności w sytuacjach, które dotychczas wiązały się z przeżywaniem tych emocji; a także
3. zmniejszenie ilości energii i uczucie zmęczenia.

KONIECZNE 2 Z 3



OBJAWY UZUPEŁNIAJĄCE:

1. niska samoocena,
2. nadmierne lub nieuzasadnione poczucie winy,
3. nawracające myśli samobójcze lub jakiegokolwiek zachowania noszące znamiona działań prowadzących do pozbawienia się życia,
4. obniżona koncentracja,
5. pobudzenie (agitacja) lub zahamowanie ruchowe,
6. zaburzenia snu oraz
7. wzrost lub spadek łaknienia wraz z towarzyszącą zmianą masy ciała.

OBJAWY GŁÓWNE + OBJAWY UZUPEŁNIAJĄCE = MIN 4

Im większa liczba skarg somatycznych, tym bardziej prawdopodobne jest, że pacjent ma depresję, w miejsce somatycznej przyczyny dolegliwości.

W zależności od liczby objawów i poziomu codziennego funkcjonowania, rozpoznać można:

EPIZOD ŁAGODNY (F3X.0) - A+B = MIN. 4

EPIZOD UMIARKOWANY (F3X.1) - A+B = MIN. 6 ORAZ TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU

EPIZOD CIĘŻKI BEZ OBJAWÓW PSYCHOTYCZNYCH (F3X.2) - A+B = MIN. 8

EPIZOD CIĘŻKI Z OBJAWAMI PSYCHOTYCZNYMI (F3X.3) - EPIZOD CIĘŻKI + UROJENIA LUB OSŁUPIENIE DEPRESYJNE

Epizod depresji wystąpić może po raz pierwszy w życiu pacjenta (rozpoznanie F32.X) lub pojawiać się jako zaostrzenie zaburzenia depresyjnego nawracającego (rozpoznanie F33.X) – o ile w przeszłości wystąpił już co najmniej jeden epizod depresji, po którym miał miejsce co najmniej 2-miesięczny okres remisji.

Zespół somatyczny

Zespół somatyczny, nazywany także depresją melancholiczną, nie jest klasyfikowaną osobno jednostką chorobową według ICD-10, a jedynie rozpoznaniem uzupełniającym diagnozę epizodu depresji, który wskazać można poprzez dodanie piątego znaku „1” w kodzie rozpoznania (F3X.X1).

ZESPÓŁ SOMATYCZNY

1. utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności,
2. brak reakcji emocjonalnych na wydarzenia, które wcześniej wywoływały emocje,
3. wczesne wybudzanie się,
4. nastrój silniej obniżony rano,
5. pobudzenie lub zahamowanie ruchowe,
6. spadek łaknienia,
7. spadek masy ciała,
8. spadek libido.

MINIMUM 4 OBJAWY

Dystymia

Dystymia (F34.1) jest stanem przewlekłe obniżonego nastroju, trwającym co najmniej 2 lata, nie osiągającym jednak nasilenia typowego dla łagodnego epizodu depresji. Okresy poprawy trwają nie dłużej niż kilka tygodni, nie występują w jej przebiegu także epizody manii lub hipomanii.

DYSTYMIA

1. zmniejszenie energii,
2. bezsenność,
3. mała wiara w siebie,
4. trudności w koncentracji,
5. płaczliwość,
6. utrata popędu seksualnego i zdolności do odczuwania przyjemności,
7. poczucie bezradności,
8. nieradzenie sobie z codziennymi obowiązkami,
9. rozpamiętywanie przeszłości lub pesymistyczne postrzeganie przyszłości,
10. wycofanie społeczne,
11. zmniejszona rozmowność.

MINIMUM 3 OBJAWY

Podstawowe objawy poszczególnych wybranych zaburzeń, w tym tych z objawami depresyjnymi współwystępującymi z objawami lękowymi oraz objawami depresyjnymi powstałymi z powodu reakcji sytuacyjnej zamieszczono poniżej.

Zaburzenie depresyjne (F32-F33)

1. Brak epizodu manii bądź hipomanii w ciągu życia.
2. Wykluczenie wpływu zaburzeń organicznych i substancji psychoaktywnych, mogących wywołać podobne objawy.
- Występowanie ≥ 2 objawów podstawowych od ≥ 2 tygodni:
4. Występowanie objawów uzupełniających od ≥ 2 tygodni tak, by całkowita liczba objawów wynosiła ≥ 4 .

Dystymia (F34.1)

1. Okres ≥ 2 lat stałego lub stale nawracającego obniżenia nastroju. Ewentualne, okresowe wyrównanie nastroju rzadko trwa dłużej niż kilka tygodni. Brak epizodów hipomanii.
2. Żaden albo prawie żaden z obecnych w tym czasie epizodów depresji nie jest na tyle ciężki, aby spełniać kryteria lekkiego epizodu depresyjnego (F 33.0).
3. W ciągu przynajmniej niektórych okresów zaburzenia występują ≥ 3 spośród objawów dystymii.

Organiczne zaburzenia depresyjne (F06.32)

1. Potwierdzone obiektywnie lub znane z wywiadu: choroba, uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu albo zaburzenia somatyczne, o których wiadomo, że powodują zaburzenie czynności mózgu.
2. Zachodzi związek między pojawieniem się lub zaostrzeniem się zaburzeń depresyjnych, a leżącymi u ich podłoża chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu.
3. Usunięcie prawdopodobnej przyczyny powoduje powrót do zdrowia lub istotną poprawę nastroju.
4. Brak wystarczających przesłanek sugerujących inne przyczyny depresji.
5. Nie są związane z używaniem substancji psychoaktywnych.
6. Spełnienie kryteriów jednego z zaburzeń depresyjnych (F32-F33).

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (F30-F31)

Typ 1: gdy występują epizody manii

Kryteria rozpoznania manii:

1. Dominacja nastroju wzmożonego, ekspansywnego lub drażliwego, wyraźnie nieprawidłowego dla danej osoby, który utrzymuje się ≥ 7 dni.
2. Występują ≥ 3 następujące objawy, prowadzące do zaburzenia funkcjonowania w codziennym życiu:
 - Wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny,
 - wzmożona rozmowność
 - gonitwa myśli lub subiektywne odczuwanie ich przyspieszenia,
 - utrata normalnych zahamowań społecznych, prowadząca do zachowań niestosowanych do okoliczności,
 - zmniejszona potrzeba snu,
 - wzmożona samoocena lub poczucie wyższości
 - łatwa odwracalność lub stałe zmiany aktywności lub planów,
 - Zachowania bezceremonialne lub lekkomyślne z niedocenianiem ryzyka,
 - wzmożona energia seksualna.

Typ 2: gdy występują nawracające epizody depresyjne i epizody hipomanii

Kryteria rozpoznania hipomanii:

1. Nastrój podwyższony lub drażliwy w stopniu zdecydowanie nieprawidłowym, utrzymujący się przez co najmniej 4 kolejne dni.
2. Co najmniej 3 z następujących objawów, prowadzących do zaburzenia funkcjonowania w codziennym życiu:
 - wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny
 - wzmożona rozmowność
 - odwracalność uwagi, trudności z koncentracją
 - zmniejszona potrzeba snu
 - zwiększona energia seksualna
 - lekkomyślne wydatki oraz inne zachowania lekkomyślne lub mało odpowiedzialne
 - wzmożona łatwość kontaktu z innymi i brak dystansu.

Zaburzenia adaptacyjne (F43.2)

1. Objawy rozwijają się w ciągu miesiąca od wystąpienia stresora psychospołecznego, nie mającego niezwyklego wymiaru lub cech katastrofy.
2. Występują objawy zaburzeń afektywnych (F30-F39), zaburzeń nerwicowych (F40-F48) lub zaburzeń zachowania (F91.X), jednak nie są spełnione kryteria rozpoznania tych zaburzeń.

Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2)

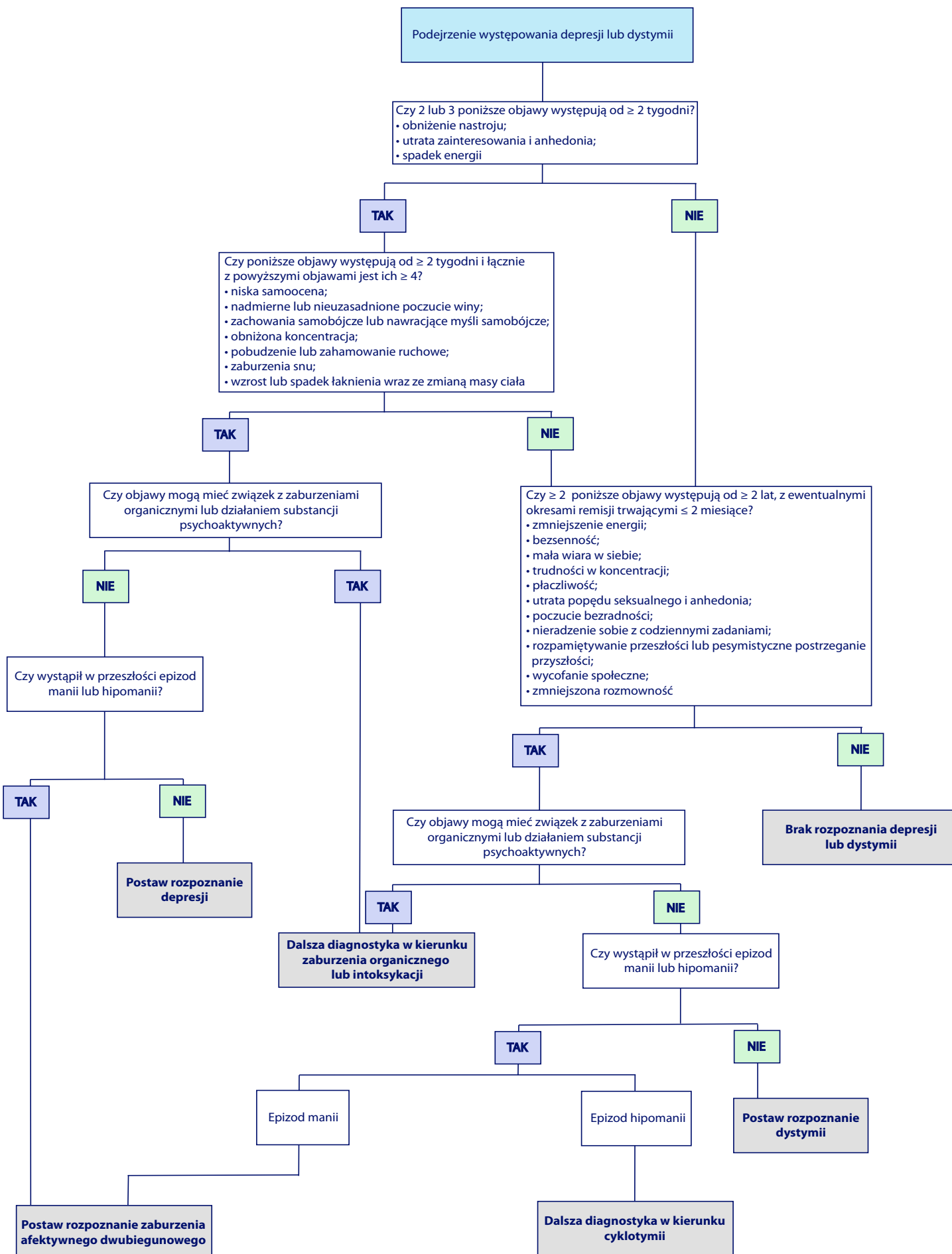
1. Występują objawy zarówno depresji, jak i lęku, jednak nie spełniają kryteriów osobnych zaburzeń lękowych lub depresji.

Rezydualne zaburzenia afektywne (F1X.72)

1. Zaburzenia depresyjne w przebiegu uzależnień – spełniają kryteria zaburzeń depresyjnych (F32-F33) i mają wyraźny związek z używaniem substancji psychoaktywnych.

Rys. 1 Objawy wybranych zaburzeń nastroju. Na podstawie: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1998

Schemat postępowania w przypadku występowania u pacjenta obniżonego nastroju i wysunięcia podejrzenia depresji lub dystymii, zaprezentowano na Rysunku 2.



**Rysunek 2. Postępowania w przypadku występowania u pacjenta obniżonego nastroju i wysus-
 nienia podejrzenia depresji lub dystymii**

Leczenie depresji przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej może być prowadzone bezpiecznie i skutecznie przy zachowaniu obowiązujących każdego lekarza zasad ostrożności.

Podjęcie leczenia może być rozważone, kiedy:

1. rozpoznanie depresji nie pozostawia wątpliwości diagnostycznych,
2. nasilenie objawów jest łagodne lub umiarkowane,
3. objawy o słabym nasileniu mogą być leczone w ramach samoopieki i/lub ćwiczeń fizycznych i/lub psychoterapii kognitywno-poznawczej,
4. w wywiadzie stwierdzono dobrą reakcję na leki przeciwdepresyjne w przeszłości,
5. nie stwierdza się ryzyka samobójczego.

Leczenie depresji, przy spełnieniu powyższych zaleceń, należy także rozważyć kiedy pacjent wyraża takie życzenie lub odmawia podjęcia kontaktu z psychiatrą.

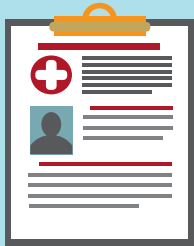


W sytuacji wyraźnego zagrożenia zdrowia lub życia, pacjenta powinno się skierować do izby przyjęć najbliższego szpitala psychiatrycznego, gdzie psychiatra oceni stan psychiczny oraz oceni występowanie ewentualnych przesłanek do zastosowania zapisów Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, umożliwiających hospitalizację wbrew woli pacjenta.

WYWIAD

Już sama obserwacja pacjenta wchodzącego do gabinetu lekarza rodzinnego może wnieść wiele istotnych informacji, jednak kluczowe dane dla postawienia rozpoznania jest przeprowadzenie sprawnego badania podmiotowego. Jak wspomniano, depresja jest częstym problemem wśród pacjentów zgłaszających się do placówek podstawowej opieki zdrowotnej, jednak ze względu na ograniczenia czasowe, trudno jest podczas jednej konsultacji poruszyć z pacjentem wszystkie istotne kwestie dotyczące jego stanu psychicznego.

Z tego powodu opracowano krótkie pytania przesiewowe ułatwiające postawienie rozpoznania depresji, które lekarz powinien zadać podczas rutynowego wywiadu chorobowego.



- (1) „Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł(a) się Pan(i) przygnębiony(a), depresyjny(a) lub zrozpaczony(a)?” i
- (2) „Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) mniej zainteresowany(a) większością spraw lub odczuwał(a) Pan(i) mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?”
- (3) „Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan(i), by Panu(i) pomóc?”

3 - NIE duże prawdopodobieństwo braku depresji

1 i /lub 2 -TAK należy przeprowadzić dokładny wywiad

w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego.

W tym celu można skorzystać z innych narzędzi diagnostycznych, np.: PHQ-9 (9-question Patient Health Questionnaire), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) lub BDI (Beck Depression Inventory). Narzędzia te są opisane w dalszej części opracowania (KWESTIONARIUSZE DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU DEPRESJI).



W przypadku projektu POZ Plus wywiad zbierany jest na etapie wypełniania kwestionariusza bilansowego.

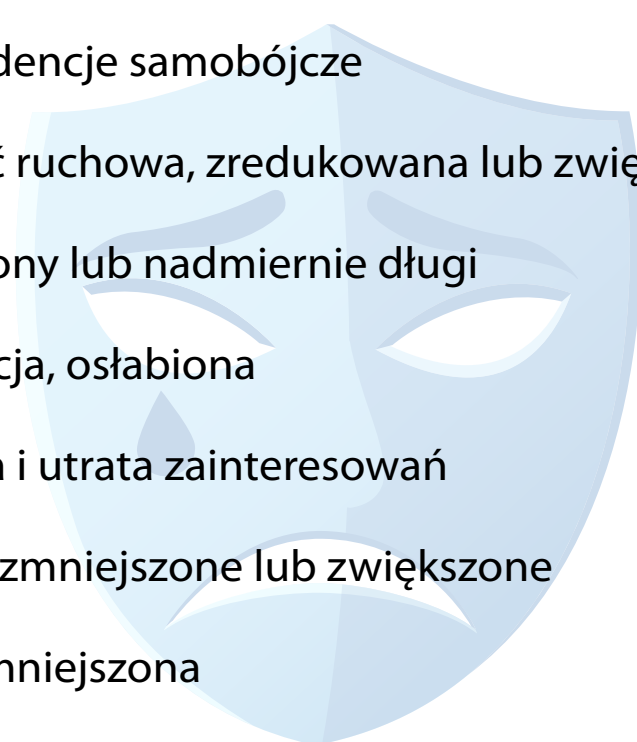
OCENA SAMOPOCZUCIA PSYCHICZNEGO

(48) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł/a się Pan/i przygnębiony/a, depresyjny/a lub zrozpaczony(a)?	☐ Tak	☐ Nie
(49) Czy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/i mniej zainteresowany/a większością spraw lub odczuwał/a Pan/i mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?	☐ Tak	☐ Nie
(50) Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan/i, by Panu/i pomóc?	☐ Tak	☐ Nie

Ocena samopoczucia psychicznego	Odpowiedzi na pytania	Interpretacja
	48 i/lub 49 = „TAK” i 50 = „TAK”	Wysokie prawdopodobieństwo zaburzeń depresyjnych wymaga pogłębionego wywiadu i konsultacji specjalistycznej.
	48 lub 49 = „TAK” i 50 = „NIE”	Prawdopodobieństwo zaburzeń depresyjnych wymaga pogłębionego wywiadu i konsultacji specjalistycznej.
	48 i 49 = „NIE” i 50 = „TAK”	Na podstawie wstępnego wywiadu nie stwierdzono podstaw do podejrzenia zaburzeń depresyjnych. Możliwe inne potrzeby psychologiczne.
	48, 49 i 50 = „NIE”	Na podstawie wstępnego wywiadu nie stwierdzono podstaw do podejrzenia zaburzeń depresyjnych lub innych zaburzeń o podłożu psychicznym.

Podczas zbierania pogłębionego wywiadu, zapytać warto o podstawowe objawy depresji, ujęte w kryteriach oraz mniej bezpośrednio we wspomnianych powyżej pytaniach przesiewowych.

Mnemotechnicznym sposobem zapamiętania pytań o najważniejsze objawy depresji jest rozwinięcie skrótu: **MASKA ŁEZ**.



M - Myśli i tendencje samobójcze

A - Aktywność ruchowa, zredukowana lub zwiększona (agitacja)

S - Sen, skrócony lub nadmiernie długi

K - Koncentracja, osłabiona

A - Anhedonia i utrata zainteresowań

Ł - Łaknienie, zmniejszone lub zwiększone

E - Energia, zmniejszona

Z - Zawód, sprawiony sobie lub innym

Jeżeli u pacjenta występują objawy depresji, należy ustalić ich nasilenie, czas trwania, czy ich wystąpienie miało czasowy związek z niekorzystnym lub traumatycznym wydarzeniem życiowym bądź używaniem substancji psychoaktywnych, co może mieć wpływ na postawienie rozpoznania innego niż depresja (patrz: Rys 1.). Niezwykle istotny jest wywiad w kierunku przewlekłych schorzeń somatycznych, ponieważ częsta jest ich współchorobowość z depresją – rozwija się ona m.in. u 51% pacjentów z chorobą Parkinsona, 42% pacjentów z nowotworem złośliwym, 27% pacjentów z cukrzycą, 25% pacjentów po zawale mięśnia sercowego, 23% pacjentów po udarze mózgu, 17% pacjentów z chorobą naczyń wieńcowych, 12% pacjentów z infekcją HIV czy 11% pacjentów z chorobą Alzheimera, jak również w chorobach tarczycy i innych endokrynopatiach, tkanki łącznej i dyselektrolitemiach.

Szczególną uwagę zachować należy w przypadku osób z grup ryzyka rozwoju zaburzeń depresyjnych.

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU DEPRESJI



Płeć żeńska



Średni i starszy
wiek (między
40 a 60 r. ż.)



Uwarunkowania
genetyczne



Rozwód
i wdowieństwo

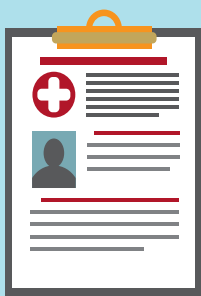


Niski status
socioekonomiczny

Z oczywistych względów bardzo ważne jest zebranie wywiadu dotyczącego sytuacji społeczno-ekonomicznej chorego oraz obciążenia zaburzeniami psychicznymi w rodzinie pacjenta. Istotnym obszarem, o który należy zapytać, jest także stosowanie leków, spośród których wiele może mieć wpływ na obniżenie nastroju i inne objawy depresji. Również nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wiąże się z większą częstością występowania depresji oraz większym ryzykiem popełnienia samobójstwa, choć związek współchorobowości depresji z uzależnieniem od alkoholu nie jest tak silny, jak w przypadku zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. W Polsce 10,9% badanych nadużywa alkoholu, w tym aż 18,6 % mężczyzn. Najwyższy odsetek osób nadużywających stwierdzono wśród mężczyzn w wieku 40-49 lat, aż 24,6%. Stosowanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, zmniejsza efektywność terapii, obniża współpracę lekarz-pacjent oraz pogłębia objawy z powodu depresyjnego działania substancji podczas ich aktywnego stosowania a także okresów abstynencji.

RYZIKO SAMOBÓJCZE

Ocena ryzyka samobójczego jest przede wszystkim zadaniem psychiatry, jednak może zdarzyć się, że w nagłej sytuacji ocenić ryzyko będzie musiał lekarz w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. Pytanie o występowanie myśli i tendencji samobójczych jest najbardziej istotnym pytaniem przy ocenie stanu psychicznego pacjenta, zwłaszcza przy występowaniu czynników ryzyka. Należą do nich: płeć męska, wiek powyżej 40 lat, dodatni wywiad w kierunku zaburzeń psychicznych w rodzinie, podjęta w przeszłości próba samobójcza, większe nasilenie depresji, poczucie braku nadziei (hopelessness), bezrobocie, izolacja społeczna, współchorobowość - w tym zaburzeń lękowych i nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Przy braku doświadczenia w ocenie ryzyka popełnienia samobójstwa warto skorzystać z pytań dotyczących zachowań samobójczych zawartych w polskiej wersji kwestionariusza [MINI International Neuropsychiatric Interview 5.0.0](#):



1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że lepiej byłoby umrzeć albo życzyłeś sobie śmierci?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chciałeś zrobić sobie krzywdę?
3. Czy w ciągu ostatniego miesiąca myślałeś o samobójstwie?
4. Czy w ciągu ostatniego miesiąca planowałeś samobójstwo?
5. Czy w ciągu ostatniego miesiąca próbowałeś popełnić samobójstwo?
6. Czy kiedykolwiek (w ciągu całego życia) próbowałeś popełnić samobójstwo?

1,2 lub 6 - TAK - ryzyko samobójcze niskie

3 lub 2 i 6 - TAK - ryzyko samobójcze średnie

4 lub 5 lub 3 i 6 - TAK - ryzyko samobójcze wysokie

Postępowanie w praktyce lekarza rodzinnego powinno zależeć od poziomu ryzyka samobójczego, kontaktu z pacjentem, oceny poziomu współpracy z pacjentem oraz możliwości wykorzystania sieci wsparcia społecznego.

BADANIE FIZYKALNE

W przebiegu wielu zaburzeń somatycznych dochodzić może do obniżenia nastroju, spadku energii bądź zmian w aktywności psychomotorycznej pacjenta. Istotne jest badanie pod kątem zmian organicznych, które mogą być związane z podwyższonym ryzykiem współwystępowania depresji (np. choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, ale także niedokrwistość, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby tarczycy, nowotwory złośliwe i in.), a szczególną uwagę poświęcić należy badaniu neurologicznemu.

Podczas rutynowego badania fizykalnego, zwrócić można uwagę na cechy mogące mieć związek z obniżeniem nastroju:

1. spowolnienie ruchowe,
2. trudności w wykonywaniu poleceń związane z rozkojarzeniem,
3. przygnębiony wyraz twarzy,
4. płaczliwość, ale także
5. skargi pacjenta na liczne niespecyficzne dolegliwości bólowe, m.in. bóle głowy oraz objawy ucisku w okolicy karku i barków, szczególnie jeśli pacjent częściej niż przeciętnie zgłasza się do praktyki lekarza rodzinnego (powyżej cztery razy w roku), domaga się licznych badań dodatkowych, nie odczuwa poprawy stanu zdrowia mimo wielokierunkowego leczenia.

BADANIA DODATKOWE

Badania laboratoryjne

Kompleksowy zestaw badań dodatkowych w depresji powinien zawierać:

- morfologię krwi z rozmazem,
- jonogram,
- badania funkcji tarczycy,
- CRP,
- elektrokardiogram,
- gazometrię, poziom kortyzolu, a także, w razie potrzeby,
- elektroencefalogram,
- badania toksykologiczne krwi i moczu oraz
- badania neuroobrazowe.

Istnieje wiele danych wskazujących na występowanie obniżenia nastroju w przebiegu niedoczynności tarczycy (także subklinicznej), w związku z czym sugerowane jest przesiewowe badanie poziomu hormonów tarczycy u pacjentów z podejrzeniem depresji. W ostatnim czasie pojawiają się jednak analizy wskazujące, że u osób bez choroby tarczycy, subkliniczne obniżenie poziomu hormonów tarczycy nie wiąże się z częstszym rozwojem depresji.

U osób leczonych lekami przeciwdepresyjnymi z grupy SSRI lub wenlafaksyną, istotne jest okresowe monitorowanie jonogramu, ze względu na mogącą wystąpić w przebiegu terapii tymi lekami hiponatremię. Ze względu na istotne zależne od dawki wydłużenie odstępu QTc w trakcie farmakoterapii lekami z grup SSRI (zwłaszcza citalopramem i escitalopramem) lub trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (TLPD), przed włączeniem do leczenia tych preparatów, wskazane jest wykonanie u pacjenta badania elektrokardiograficznego, zwłaszcza u chorych z grup ryzyka wydłużonego odstępu QTc lub przyjmujących kilka leków posiadających wpływ na kanały potasowe w układzie bodźco-przewodzącym.

Warto pamiętać, że występowanie objawów depresji może mieć wpływ na pogorszenie współpracy z lekarzem w zakresie leczenia przewlekłych schorzeń somatycznych, m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, czy też stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia przeciwwkrzepliwego. Wykazano także większą skłonność do nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów onkologicznych, u których występowały objawy depresji.

Badania obrazowe

Zgodnie z aktualnymi doniesieniami badania neuroobrazowe w depresji jednobiegunowej nie wnoszą jednoznacznych danych. Kryteria rozpoznania depresji nie obejmują wyników jakichkolwiek badań neuroobrazowych, jednak badania te mogą być użyteczne przy wykluczaniu zaburzeń organicznych, w przebiegu których mogą wystąpić zmiany nastroju. Dougherty i Rauch zaproponowali wytyczne dotyczące neuroobrazowania strukturalnego (tomografia komputerowa, konwencjonalny rezonans magnetyczny) u pacjentów z nagłymi zmianami stanu psychicznego przy współwystępowaniu 1 z 3 kryteriów, wiążących się ze zwiększonym ryzykiem występowania zmian organicznych ośrodkowego układu nerwowego:

1. wiek >50 r.ż,
2. nieprawidłowości w badaniu neurologicznym,
3. znaczący uraz głowy w wywiadzie.

Warto rozważyć strukturalne badanie neuroobrazowe zawsze w przypadku podejrzenia depresji u pacjentów w wieku podeszłym oraz w przypadku oporności objawów zaburzeń nastroju na psychofarmakoterapię.

KWESTIONARIUSZE DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU DEPRESJI

W celu przeprowadzenia szybkiego badania przesiewowego lub zobiektywizowania przeprowadzanego wywiadu w kierunku objawów depresji przy braku dużego doświadczenia, lekarz posłużyć się może dostępnymi kwestionariuszami, mierzącymi nasilenie objawów zaburzeń psychicznych. Złotym standardem badania jest kwestionariusz MINI International Neuropsychiatric Interview, jednak stosowanie tego narzędzia jest czasochłonne i wymaga od badającego doświadczenia. Jednym z bardziej przystępnych, dedykowanych dla lekarzy rodzinnych narzędzi, służących do badania występowania zaburzeń psychicznych, jest PRIME-MD, z którego wyodrębniono wspomniane wcześniej dwa pytania przesiewowe w kierunku depresji. Jego uproszczoną wersją, gromadzącą pytania dotyczące występowania objawów depresji, jest Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Kwestionariusz ten, darmowy i dostępny także w wersji polskiej, może być wypełniony przez większość pacjentów samodzielnie w ciągu kilku minut, co sprawia, że może być on użyteczny do badania przesiewowego w kierunku depresji w praktyce lekarza rodzinnego. Składa się on z 9 pytań dotyczących częstości

występowania poszczególnych objawów (w czterostopniowej skali, od 0 do 3 punktów) oraz jednego pytania dodatkowego, dotyczącego wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Dotychczasowe dane wskazują, że łączny wynik 10 lub więcej punktów w PHQ-9 w znacznym stopniu koreluje z klinicznym rozpoznaniem depresji.

(PHQ-9) Patient Health Questionnaire, JAK CZĘSTO W CIĄGU OSTATNICH 2 TYGODNI
DOKUCZAŁY PANU/PANI NASTĘPUJĄCE PROBLEMY?

1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności
 - a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
 - b) kilka dni (1 pkt)
 - c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
 - d) niemal codziennie (3 pkt)
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności
 - a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
 - b) kilka dni (1 pkt)
 - c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
 - d) niemal codziennie (3 pkt)
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen
 - a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
 - b) kilka dni (1 pkt)
 - c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
 - d) niemal codziennie (3 pkt)
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii
 - a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
 - b) kilka dni (1 pkt)
 - c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
 - d) niemal codziennie (3 pkt)
5. Brak apetytu lub przejadanie się
 - a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
 - b) kilka dni (1 pkt)
 - c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
 - d) niemal codziennie (3 pkt)

6. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodł/
zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę

- a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
- b) kilka dni (1 pkt)
- c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
- d) niemal codziennie (3 pkt)

7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji

- a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
- b) kilka dni (1 pkt)
- c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
- d) niemal codziennie (3 pkt)

8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie –
niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą
niż zwykle

- a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
- b) kilka dni (1 pkt)
- c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
- d) niemal codziennie (3 pkt)

9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy

- a) wcale nie dokuczały (0 pkt)
- b) kilka dni (1 pkt)
- c) więcej niż połowę dni (2 pkt)
- d) niemal codziennie (3 pkt)

Twój wynik=.....

Alternatywnym dla lekarzy rodzinnych narzędziem przesiewowym, choć nieco bardziej rozbudowanym i czasochłonnym niż PHQ-9, jest Skala Depresji Becka (w aktualnej wersji: BDI-II), składająca się z 21 pytań (punktowanych w zależności od odpowiedzi od 0 do 3). Osiągnięty w niej wynik 14-19 punktów wskazuje na występowanie depresji łagodnej, 20-28 punktów – depresji umiarkowanej, natomiast 29-63 punktów – depresji ciężkiej.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA - ZABURZENIE DWUBIEGUNOWE

Obowiązujące klasyfikacje diagnostyczne wyróżniają zaburzenia jedno- i dwubiegunowe. Czynnikiem różnicującym to występowanie objawów manii lub hipomanii. W 1996 r. Akiskal zaprezentował koncepcję spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych obejmujących dwa podtypy (I i II) zaburzenia afektywnego dwubiegunowego oraz pozostałe postacie zaburzeń nastroju o cechach dwubiegunowości. W 2001 roku Ghaemi zaproponował kryteria diagnostyczne rozpoznania spektrum zaburzenia dwubiegunowego – diagnozy wypełniającej lukę pomiędzy zaburzeniem jednobiegunowym (depresją), a dwubiegunowym typu II, w którym poza depresjami obecne są hipomanie.

Diagnostyka różnicowa zaburzeń jedno- i dwubiegunowych opiera się na rzetelnie przeprowadzonym wywiadzie, w którym uzyskać należy informacje o kolejnych epizodach afektywnych występujących w okresie dotychczasowego życia pacjenta, a także ewentualnych konwersjach (zmianach bieguny) podczas stosowania leków przeciwdepresyjnych. Jeśli lekarz rodzinny rozważa rozpoznanie choroby dwubiegunowej, powinien skierować pacjenta do psychiatry celem potwierdzenia diagnozy i rozpoczęcia terapii. Zaburzenie dwubiegunowe rozpoczyna się zwykle w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości, zatem badany czasokres jest stosunkowo długi i możliwe jest, że pacjent nie będzie w stanie przypomnieć sobie dawnych epizodów – szczególnie tych, które przebiegały stosunkowo łagodnie, jak hipomanie lub subdepresje. W badaniu pomocne mogą być narzędzia diagnostyczne, jak kwestionariusz objawów hipomanii - Hypomania Check List (HCL-32). Jest on kwestionariuszem samooceny, podczas wypełniania którego pacjent odpowiada na pytania dotyczące jego napędu psychomotorycznego, nastroju i aktywności. Narzędzie może służyć identyfikacji objawów zaburzenia dwubiegunowego u chorych z rozpoznaną wcześniej depresją bądź stanowić narzędzie przesiewowej diagnostyki zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, także o poronnym nasileniu. Często oporność podczas leczenia epizodu depresji wynika z jej odmiennego

charakteru, a nie jedynie wyboru nieodpowiedniego leku. Depresja w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego charakteryzuje się odmiennym obrazem psychopatologicznym niż depresja jednobiegunowa. Perlis wykazał, że pacjenci dwubiegunowi znacznie częściej odczuwają napięcie w porównaniu z pacjentami depresyjnymi, natomiast charakterystyczny dla zaburzeń nastroju objaw jakim jest lęk, częściej występuje u pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym. Z kolei bezsenność, objawy w zakresie funkcji poznawczych, dolegliwości somatyczne jak trudności z oddychaniem, kłopoty gastrologiczne, czy układu moczowo-płciowego, dolegliwości w zakresie autonomicznego układu nerwowego są częstsze u pacjentów z zaburzeniem depresyjnym. Diagnostyka różnicowa z zaburzeniem dwubiegunowym wymaga ostrożności, ponieważ postępowanie farmakologiczne jest odmienne. W celu redukcji ryzyka konwersji fazy, stosowanie leków przeciwdepresyjnych wymaga zabezpieczenia lekiem stabilizującym nastrój – klasycznym (z grupy leków normotymicznych, przeciwpadaczkowych), bądź atypowym (z grupy leków przeciwpsychotycznych). Wówczas też należy rozważyć szybsze odstawienie leków przeciwdepresyjnych. W przypadku stwierdzenia ryzyka konwersji zawsze warto skonsultować pacjenta z psychiatrą.

RYZIKO UZALEŻNIENIA

Wykonaj test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption) u każdego pacjenta z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych:



W przypadku projektu POZ Plus test Audit C jest elementem kwestionariusza bilansowego.

AUDIT-C

1. Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?

- Nigdy (0 pkt.)
- 1 raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt.)
- 2-4 razy w miesiącu (2 pkt.)
- 2-3 razy w tygodniu (3 pkt.)
- 4 lub więcej razy w tygodniu (4 pkt.)

2. Ile porcji alkoholu (1 porcja to ok.10 g. 100% alkoholu) wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?

- 1-2 (0 pkt.)
- 3-4 (1 pkt.)
- 5-6 (2 pkt.)
- 7-9 (3 pkt.)
- 10 lub więcej (4 pkt.)

3. Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?

- Nigdy (0 pkt.)
- Rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt.)
- Raz w miesiącu (2 pkt.)
- Raz w tygodniu (3 pkt.)
- Codziennie lub prawie codziennie (4 pkt.)

Norma dla kobiet wynosi do 2-3 pkt., a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej. Przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego (picie szkodliwe lub uzależnienie).

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU DEPRESJI



Płeć żeńska



Średni i starszy wiek (między 40 a 60 r. ż.)



Uwarunkowania genetyczne



Rozwód i wdowieństwo



Niski status socjoekonomiczny



OBJAWY GŁÓWNE:

1. stan obniżonego nastroju, wyrażający się przez przygnębienie, nasilone uczucie smutku lub beznadziejności;
2. utrata zainteresowań i anhedonia, czyli utrata zdolności do przeżywania radości i przyjemności w sytuacjach, które dotychczas wiązały się z przeżywaniem tych emocji; a także
3. zmniejszenie ilości energii i uczucie zmęczenia.

KONIECZNE 2 Z 3



OBJAWY UZUPEŁNIAJĄCE:

1. niska samoocena,
2. nadmierne lub nieuzasadnione poczucie winy,
3. nawracające myśli samobójcze lub jakiegokolwiek zachowania noszące znamiona działań prowadzących do pozbawienia się życia,
4. obniżona koncentracja,
5. pobudzenie (agitacja) lub zahamowanie ruchowe,
6. zaburzenia snu oraz
7. wzrost lub spadek łaknienia wraz z towarzyszącą zmianą masy ciała.

OBJAWY GŁÓWNE + OBJAWY UZUPEŁNIAJĄCE = MIN 4

OBJAWY ZABURZEŃ NASTROJU

EPIZOD ŁAGODNY (F3X.0) - A+B = MIN. 4

EPIZOD UMIARKOWANY (F3X.1) - A+B = MIN. 6 ORAZ TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU

EPIZOD CIĘŻKI BEZ OJAWÓW PSYCHOTYCZNYCH (F3X.2) - A+B = MIN. 8

EPIZOD CIĘŻKI Z OBJAWAMI PSYCHOTYCZNYMI (F3X.3) - EPIZOD CIĘŻKI + UROJENIA LUB OSŁUPIENIE DEPRESYJNE

ZESPÓŁ SOMATYCZNY

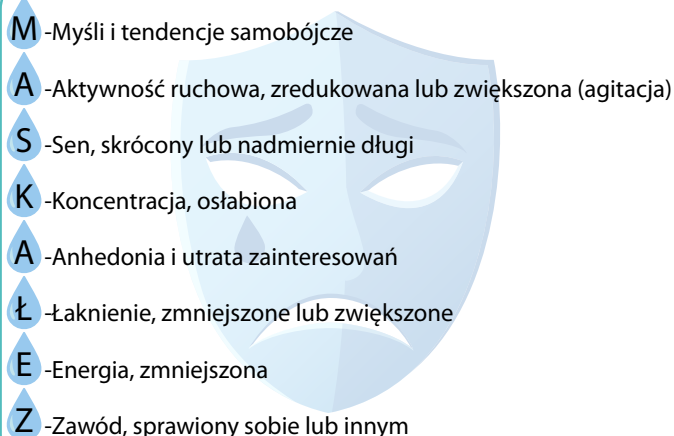
1. utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności,
2. brak reakcji emocjonalnych na wydarzenia, które wcześniej wywoływały emocje,
3. wczesne wybudzanie się,
4. nastrój silnie obniżony rano,
5. pobudzenie lub zahamowanie ruchowe,
6. spadek łaknienia,
7. spadek masy ciała,
8. spadek libido.

MINIMUM 4 OBJAWY

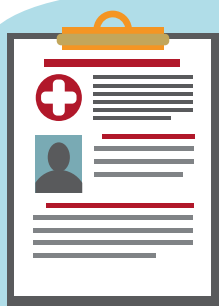
DYSTYMIA

1. zmniejszenie energii,
2. bezsenna,
3. mała wiara w siebie,
4. trudności w koncentracji,
5. płaczliwość,
6. utrata popędu seksualnego i zdolności do odczuwania przyjemności,
7. poczucie beznadziejności,
8. nieradzenie sobie z codziennymi obowiązkami,
9. rozpamiętywanie przeszłości lub pesymistyczne postrzeganie przyszłości,
10. wycofanie społeczne,
11. zmniejszona rozmowność.

MINIMUM 3 OBJAWY

- 
- M** - Myśli i tendencje samobójcze
 - A** - Aktywność ruchowa, zredukowana lub zwiększona (agitacja)
 - S** - Sen, skrócony lub nadmiernie długi
 - K** - Koncentracja, osłabiona
 - A** - Anhedonia i utrata zainteresowań
 - Ł** - Łaknienie, zmniejszone lub zwiększone
 - E** - Energia, zmniejszona
 - Z** - Zawód, sprawiony sobie lub innym

DIAGNOSTYKA



- (1) „Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł(a) się Pan(i) przygnębiony(a), depresyjny(a) lub zrozpaczony(a)?” i
 - (2) „Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) mniej zainteresowany(a) większością spraw lub odczuwał(a) Pan(i) mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?”
 - (3) „Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan(i), by Panu(i) pomóc?”
- 3 - NIE duże prawdopodobieństwo braku depresji**
1 i /lub 2 - TAK należy przeprowadzić dokładny wywiad

Leczenie depresji

Podczas rozpoczynania procesu leczenia epizodu depresji należy wraz z pacjentem rozważyć wybór leku oraz możliwość wykorzystania pozafarmakologicznych metod leczenia, do których należy przede wszystkim psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna (ang. Cognitive-Behavioral Therapy, CBT). CBT polega na stopniowej zmianie schematów myślenia oraz zachowania. Jest krótkoterminową terapią nastawioną na rozwiązywanie bieżących problemów i analizę aktualnych objawów.

1 Plan

przedstaw planowane postępowanie

2 Czas

określ ramy czasowe leczenia

3 Objawy niepożądane

uprzedź o możliwości wystąpienia w okresie wstępnym, do 2 tyg., objawów niepożądanych oraz możliwości ujawniania się, przy zbyt szybkim odstawieniu/zarzuceniu leczenia, objawów odstawiennych i ich rodzaju

Odpowiednia komunikacja na wstępnym etapie terapii znacznie zwiększy szanse na przestrzeganie przez chorego zaleceń, umożliwiając osiągnięcie remisji objawów oraz monitoring odroczonej w czasie objawów niepożądanych jak hyponatremia, czy krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych w leczeniu depresji o łagodnym nasileniu pozostaje kontrowersyjne – przy gotowości pacjenta oraz dostępności metody zaleca się podjęcie oddziaływań psychoterapeutycznych. Wybór metody leczenia zależy także od podtypu epizodu depresyjnego oraz cech pacjenta, jak wiek czy współwystępowanie chorób. Depresje sezonowe lub łagodne przy niechęci pacjenta do stosowania leków mogą podlegać leczeniu światłoterapią –

metodą, którą pacjent może stosować także we własnym domu po zaopatrzeniu się w stosowane urządzenie. Duże znaczenie ma w takich przypadkach psychoterapia CBT, na którą można skierować pacjenta najlepiej po uzyskaniu informacji od psychiatry.

Zalecanymi lekami pierwszego rzutu są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), choć lek dobierać należy uwzględniając spektrum objawów oraz działań poszczególnych leków przeciwdepresyjnych jak działanie aktywizujące, wyciszające, przeciwlękowe, nasenne, zwiększające lub redukujące łaknienie itd. Leczenie powinno przebiegać z zastosowaniem najniższej potencjalnie efektywnej klinicznie dawki (Tabela 1). W początkowym okresie najpowszechniejszym objawem niepożądanym jest niepokój i pobudzenie psychomotoryczne, a także wyższe ryzyko wystąpienia bądź nasilenia się myśli samobójczych – jest to szczególnie ważne u osób poniżej 30 roku życia. Ryzyko konsekwencji objawów niepożądanych można ograniczyć stosując przez kilka dni dawki podprogowe oraz zwiększyć częstość wizyt kontrolnych.

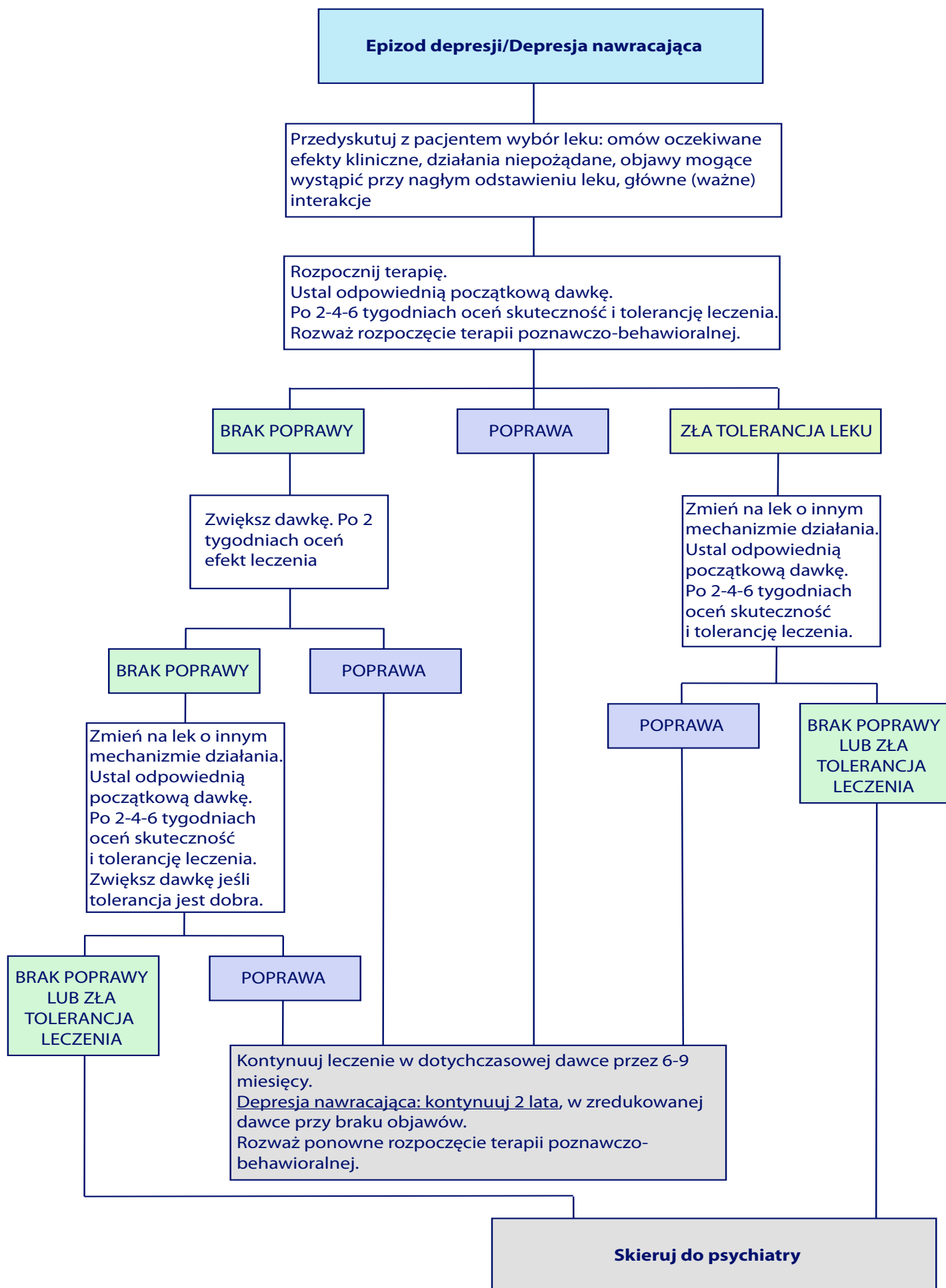


Po uzyskaniu poprawy, leczenie podtrzymujące powinno trwać minimum 6 miesięcy od uzyskania oczekiwanej poprawy przy pierwszym i 2 lata po drugim epizodzie z towarzyszącym upośledzeniem funkcjonowania. Przerwanie leczenia bezpośrednio po ustąpieniu objawów powoduje nawrót u 50% chorych.

Przed odstawieniem leku należy stopniowo redukować dawkę (z wyjątkiem fluoksetyny), aby zmniejszyć nasilenie objawów odstawiennych, często interpretowanych przez pacjentów jako nawrót. Do objawów często raportowanych przez chorych zaliczyć należy objawy grypopodobne, nasilające się podczas poruszania się zawroty głowy, bezsenność, rozdrażnienie, rzadziej zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci. Odmienne postępowanie terapeutyczne należy rozważyć, kiedy pacjent cierpiący z powodu depresji przejawia cechy agitacji. Rozsądniejszym postępowaniem jest wybór leków z komponentą sedującą i przeciwlękową. Przejściowo można wprowadzić także lek z grupy benzodiazepin, pamiętając jednak o ryzyku uzależnienia po dłuższym niż dwu-, czterotygodniowym okresie stosowania. Na każdym etapie leczenia, szczególnie w przypadku pacjentów z głębszą depresją oraz w wieku podeszłym, ważna jest współpraca z rodziną, opiekunami bądź osobami kontaktującymi się z chorym. Ważnym zagadnieniem jest wspomaganie chorego w regularnym przyjmowaniu leków w zaleconych przez lekarza dawkach.

Tabela 1. Najniższe potencjalnie skuteczne dawki leków przeciwdepresyjnych

Grupa leków	Dawkowanie	Główne działania niepożądane
SSRI (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny): 1. Sertralina 2. Escitalopram 3. Citalopram 4. Paroksetyna 5. Fluoksetyna 6. Fluoksamina	50 mg 10 mg 20 mg 20 mg 20 mg 50 mg	Nudności, sedacja, wzmożona potliwość, bezsenność, niepokój, spadek libido, dysfunkcje seksualne
SNRI (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) 1. Wenlafaksyna 2. Duloksetyna	75 mg 60 mg	Mdłości, zaburzenia snu, drażliwość, suchość w jamie ustnej, wzmożona potliwość, dysfunkcje seksualne, zwiększenie wartości ciśnienia tętniczego
NDRI (selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny i dopaminy) 1. Bupropion	150 mg	Bezsennność, pobudzenie, bóle głowy
NaSSA (noradrenergiczne i specyficzne serotoninergiczne leki przeciwdepresyjne) 1. Mirtazapina 2. Mianseryna	30 mg 30 mg	Zwiększenie apetytu, wzrost masy ciała, senność, obrzęki Senność, sadacja, zwiększenie apetytu i masy ciała, hipotonia ortostatyczna, obrzęki, agranulocytoza
SARI (natagoniści receptorów serotoninowych i inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) 1. Trazodon	150 mg	Sedacja, zawroty głowy, suchość w jamie ustnej, hipotonia ortostatyczna, proapizm
TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne) 1. Amitryptylina 2. Klomipramina 3. Doksepina 4. Opipramol	75 mg 150 mg 100 mg 200 mg	Sedacja, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, suchość w jamie ustnej, zaburzenia akomodacji, zaparcia, zatrzymanie moczu
RIMA (atypowy inhibitor monoaminooksydazy) 1. Moklobemid	300 mg	Senność, zawroty głowy, niepokój, parestezje, nadciśnienie tętnicze
Agonista receptorów melatonergicznych 1. Agomelatyna	25 mg	Ból głowy, senność, zwiększenie aktywności AST i ALT (>3 krotnie)
Wielofunkcyjny lek przeciwdepresyjny 1. Wортиoksetyna	10 mg	Nudności, wymioty, zmniejszony apetyt, zawroty głowy



Rysunek 3. Postępowanie kliniczne zależne od uzyskanego efektu

OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII

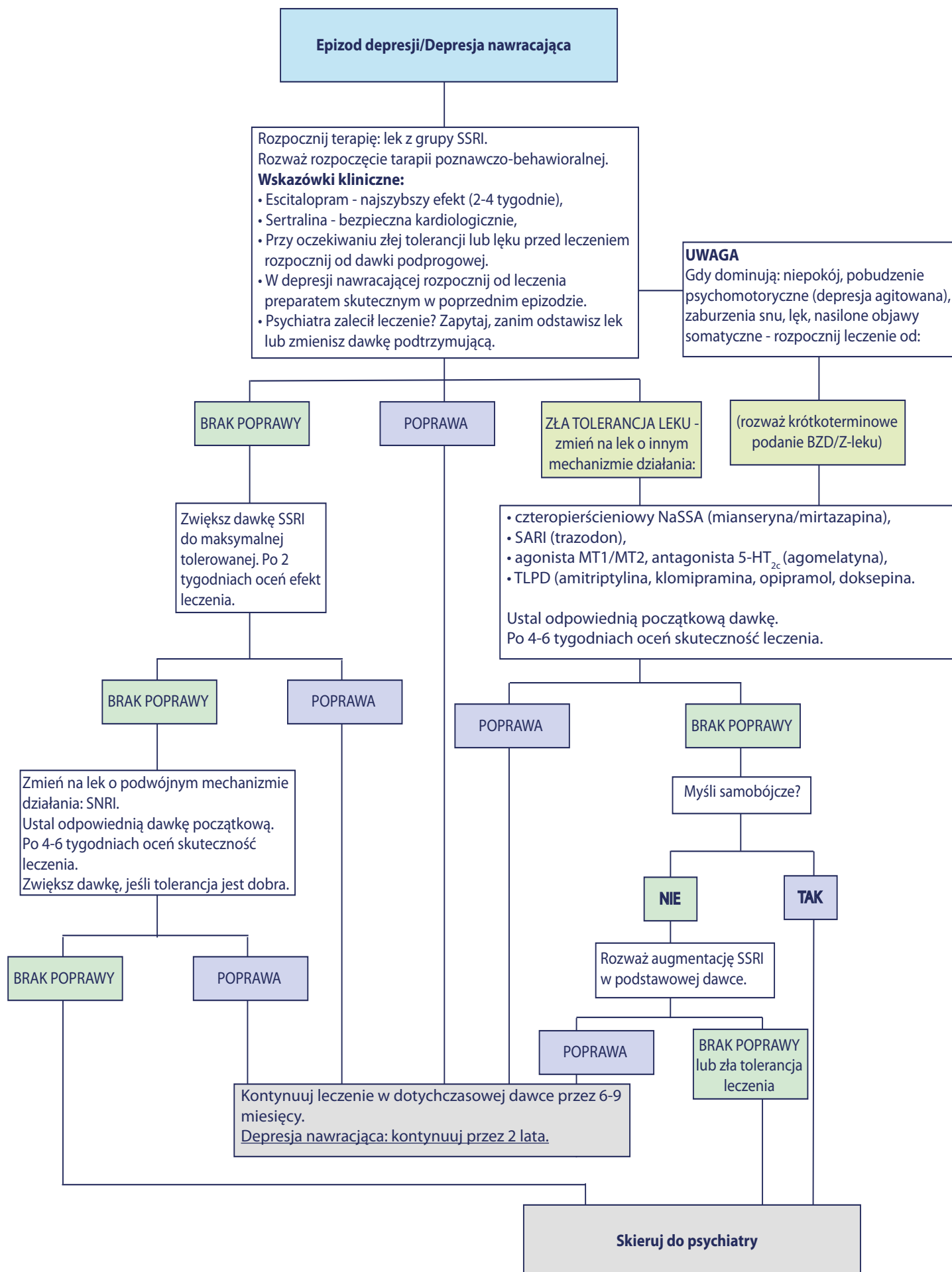
Podczas wizyt kontrolnych należy ponownie przeprowadzić wywiad zwracając szczególnie uwagę na przestrzeganie zaleceń, obecność (lub czas utrzymywania się po wdrożeniu leczenia) objawów niepożądanych oraz uzyskany efekt kliniczny. Rycina 3 wskazuje postępowanie kliniczne zależnie od uzyskanego efektu. Należy jednak pamiętać, że kryteria diagnostyczne ułatwiające lekarzowi postawienie diagnozy opierają się o zoperacjonalizowane algorytmy, opracowane przed laty. Jak wskazują badania, perspektywa oczekiwań pacjenta wobec oddziaływania lekarza bywa odmienna.

Według Zimmermana uszeregowane według ważności oczekiwania chorego przedstawiają się następująco:



Zatem jakość życia wydaje się być dla pacjentów ważniejsza niż brak choroby. Warto pamiętać o tym prowadząc wywiad podczas wizyt kontrolnych w kolejnych tygodniach leczenia.

Kwestionariusze takie jak PHQ-9 lub BDI mogą być stosowane do monitorowania efektywności terapii.



Rysunek 4. Postępowanie kliniczne – wskazówki kliniczne

1 Plan

przedstaw planowane postępowanie

2 Czas

określ ramy czasowe leczenia

3 Objawy niepożądane

uprzedź o możliwości wystąpienia w okresie wstępnym, do 2 tyg., objawów niepożądanych oraz możliwości ujawniania się, przy zbyt szybkim odstawieniu/zarzucaeniu leczenia, objawów odstawiennych i ich rodzaju

ROZPOCZĘCIE TERAPII



LECZENIE

NAJCZĘSTSZE OBJAWY NIEPOŻĄDANE:

- niepokój i pobudzenie psychomotoryczne,
- wyższe ryzyko wystąpienia lub nasilenia się myśli samobójczych (szczególnie ważne u osób poniżej 30 r.ż.)

Po uzyskaniu poprawy, leczenie podtrzymujące powinno trwać minimum **6 miesięcy** od uzyskania oczekiwanej poprawy przy pierwszym i **2 lata** po drugim epizodzie z towarzyszącym upośledzeniem funkcjonowania. Przerwanie leczenia bezpośrednio po ustąpieniu objawów powoduje **nawrót u 50% chorych**.

Grupa leków	Dawkowanie	Główne działania niepożądane
SSRI (selektywne inhibitory wychwytnego serotoniny): 1. Sertralina 2. Escitalopram 3. Citalopram 4. Paroksetyna 5. Fluoksetyna 6. Fluoksamina	50 mg 10 mg 20 mg 20 mg 20 mg 50 mg	Nudności, sedacja, wzmożona potliwość, bezsenność, niepokój, spadek libido, dysfunkcje seksualne
SNRI (selektywne inhibitory wychwytnego serotoniny i noradrenaliny) 1. Wenlafaksyna 2. Duloksetyna	75 mg 60 mg	Mdłości, zaburzenia snu, drażliwość, suchota w jamie ustnej, wzmożona potliwość, dysfunkcje seksualne, zwiększenie wartości ciśnienia tętniczego
NDRI (selektywny inhibitor wychwytnego noradrenaliny i dopaminy) 1. Bupropion	150 mg	Bezsennność, pobudzenie, bóle głowy
NaSSA (noradrenergiczne i specyficzne serotoninergiczne leki przeciwdepresyjne) 1. Mirtazapina 2. Mianseryna	30 mg 30 mg	Zwiększenie apetytu, wzrost masy ciała, senność, obrzęki Senność, sadacja, zwiększenie apetytu i masy ciała, hipotonia ortostatyczna, obrzęki, agranulocytoza
SARI (natagoniści receptorów serotoninowych i inhibitory wychwytnego serotoniny) 1. Trazodon	150 mg	Sedacja, zawroty głowy, suchota w jamie ustnej, hipotonia ortostatyczna, proapizm
TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne) 1. Amitryptylina 2. Kłomipramina 3. Doksepina 4. Opipramol	75 mg 150 mg 100 mg 200 mg	Sedacja, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, suchota w jamie ustnej, zaburzenia akomodacji, zaparcia, zatrzymanie moczu
RIMA (atypowy inhibitor monoaminooksydazy) 1. Moklobemid	300 mg	Senność, zawroty głowy, niepokój, parestezje, nadciśnienie tętnicze
Agonista receptorów melatonergiczych 1. Agomelatyna	25 mg	Ból głowy, senność, zwiększenie aktywności AST i ALT (>3-krotnie)
Wielofunkcyjny lek przeciwdepresyjny 1. Wortiooksetyna	10 mg	Nudności, wymioty, zmniejszony apetyt, zawroty głowy

OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII



1 Obecność oznak zdrowia psychicznego (np. optymizmu, wigoru, pewności siebie)

2 Poczucie normalności



3 Powrót do normalnego funkcjonowania w pracy, domu, szkole

4 Uczucie kontroli emocjonalnej



5 Stosunki z rodziną i przyjaciółmi i zdolność czerpania z nich radości,

6 Brak objawów depresji – jako ostatni element obrazu psychopatologicznego

Podsumowanie

Oczywistym zaczyna być konieczność wczesnej diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej prowadzonych przez lekarzy rodzinnych. Jednak mnogość czynników, które powinny być ocenione w badaniu fizykalnym oraz badaniach laboratoryjnych ogranicza czas wymagany do przeprowadzenia rzetelnego i wielokierunkowego wywiadu lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Na tym etapie postępowania diagnostycznego pomocne są przesiewowe narzędzia oparte o samoocenę, które ukierunkowują prowadzony przez lekarza wywiad, wskazując główne obszary problemowe przed podjęciem decyzji postępowania leczniczego – oddziaływania psychoterapeutycznego bądź farmakologicznego. Pozwalają także na ocenę poziomu nasilenia objawów ułatwiając decyzję czy leczenie można bezpiecznie prowadzić w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, czy też chory wymaga konsultacji psychiatry. W pewnym stopniu pozwalają także na prowadzenie wstępnej diagnostyki różnicowej pomiędzy zaburzeniami jedno- i dwubiegunowymi. Szczególnie ważne jest to w przypadku tych drugich, których leczenie wymaga doświadczenia klinicznego, intensywniejszego monitoringu efektu leczenia oraz nadzoru nad częstym w tej grupie pacjentów stosowaniem używek. Większość pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nastroju, którzy szukają pomocy u swojego, często dobrze im znanego lekarza, nie wymaga konsultacji psychiatry. Należy podkreślić, że zdecydowana większość pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej zgłasza się z objawami wynikającymi z zaburzeń psychosomatycznych nasilających się pod wpływem codziennych sytuacji stresogennych. Przed podjęciem działań diagnostycznych i terapeutycznych wskazane byłoby wydłużenie konsultacji z tymi pacjentami do co najmniej 15 - 20 minut, przeanalizowanie ich sytuacji rodzinnej, finansowej, zawodowej i przekonanie o wprowadzeniu technik radzenia sobie ze stresem jak np. stosowanie technik relaksacyjnych, udział w zajęciach psycho- i socjoterapii, rozważenie uprawiania sportu, zmiana postrzegania otoczenia i unikanie negatywnych nawyków życiowych oraz żywieniowych. Brak regresji objawów lub progresja istniejących już zaburzeń po okresie 2 do 4 tygodni ułatwi lekarzowi rodzinnemu decyzję o rozpoznaniu depresji i wyborze strategii terapeutycznej.

Obecnie powszechnie stosowane leki psychotropowe wykorzystywane w leczeniu m. in. zaburzeń nastroju posiadają szeroki margines bezpieczeństwa i, jeśli są dobrze tolerowane, wykazują wysoką skuteczność w odniesieniu do redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych i tym samym poprawy codziennego funkcjonowania pacjentów.

Piśmiennictwo

- Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16(Suppl. 1): 4–14.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; Suppl. 109(420): 21–27.
- Altamura AC, Montgomery SA, Wernicke JF. The evidence for 20 mg a day of fluoxetine as the optimal dose in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 1988; 3(Suppl.): 109–112.
- Andersen J, Bech P, Benjaminsen S, et al. Citalopram: clinical effect profile in comparison with clomipramine. A controlled multicentre study. *Psychopharmacology* 1986; 90: 131–8.
- Angst J. *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Berlin: Springer; 1966.
- Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78(1): 49–55.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010; 8(4): 348–353, doi:10.1370/afm.1139.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; 331(7521): 884.
- 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.
- Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(3): 249–255.
- Baldwin DS, Chrousos LP, Florea I, et al. The safety and tolerability of vortioxetine: Analysis of data from randomized placebo-controlled trials and open-label extension studies. *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England) 2016; 30(3): 242–252. doi: 10.1177/0269881116628440.
- Barley EA, Murray J, Walters P, et al. Managing depression in primary care: a meta-synthesis of qualitative and quantitative research from UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice* 2011; 12: 47–57.
- Basińska A. Zapobieganie uzależnieniom od benzodiazepin i nie-benzodiazepinowych leków

- nasennych – regulacje prawne i zalecenia medyczne. *Terapia* 2011; 19: 66–70.
- Beach SR, Kostis WJ, Celano CM, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(5): e441–e449.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67(3): 588–597.
- Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2001; 158(12): 2033–2037.
- Brogden RN, Heel RC, Speight TM, et al. Trazodone: a review of its pharmacological properties and therapeutic use in depression and anxiety. *Drugs* 1981; 21(6): 401–429.
- Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(9): 681–690.
- Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 331–336.
- Committee on Safety of Medicines. Report of the CSM expert working group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants 2004 [cited: 13.04.2017]. Available from URL: <http://www.mhra.gov.uk>.
- Dalton SO, Johansen C, Mellekjaer L, et al. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal tract bleeding: a population-based cohort study. *Arch Intern Med* 2003; 163(1): 59–64.
- Davis L, Uezato A, Newell JM, et al. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(1): 14–18.
- Dayan CM, Panicker V. Hypothyroidism and depression. *Eur Thyroid J* 2013; 2(3):168–179, doi:10.1159/000353777.
- De Picker L, Van Den Eede F, Dumont G, et al. Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature. *Psychosomatics* 2014; 55(6): 536–547.
- Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ, et al. Duloxetine, 60 mg once daily for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 308–315.
- Dougherty DD, Rauch SL, eds. *Psychiatric neuroimaging research: contemporary strategies*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2001.
- Drózd W, Wojnar M, Araszkiewicz A, et al. The study of the prevalence of depressive disorders

- in primary care patients in Poland. *Wiad Lek* 2007; 60(3–4): 109–113.
- Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4(1): 17–24.
- Dunner DL, Dunbar GC. Optimal dose regimen for paroxetine. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(Suppl.): 21–26.
- Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(5): 409–416.
- Feigher JP, Entsuah AR, McPherson MK. Efficacy of once-daily venlafaxine extended release (XR) for symptoms of anxiety in depressed outpatients. *J Affect Disord* 1998; 47(1–3): 55–62.
- Gentil L, Vasiliadis HM, Prévile M, et al. Adherence to oral antihyperglycemic agents among older adults with mental disorders and its effect on health care costs, Quebec, Canada, 2005–2008. *Prev Chronic Dis* 2015; 12: 150412, doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150412>.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract* 2001; 7(5): 287–297.
- Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, et al. Duloxetine in the treatment of depression, a double-blind placebo-controlled comparison with paroxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24(4): 389–399.
- Gravem A, Amthor KF, Astrup C, et al. A double-blind comparison of citalopram (Lu 10-171) and amitriptyline in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987; 75(5): 478–86.
- Haddad PM. Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Saf* 2001; 24(3): 183–197.
- Hage MP, Azar ST. The link between thyroid function and depression. *J Thyroid Res* 2012; 2012: 590648, doi:10.1155/2012/590648.
- Härter M, Baumeister H, Reuter K, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic disease. *Psychother Psychosom* 2007; 76(6): 354–360.
- Hawton K, Casañas I, Comabella C, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 147(1–3): 17–28.
- Jacob S, Spinler SA. Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults. *Ann Pharmacother* 2006; 40(9): 1618–1622.
- Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(2): 147–155.

- Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, et al. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychol Med* 2001; 31(4): 605–616.
- Kennedy SH, Avedisova A, Belaïdi C, et al. Sustained efficacy of agomelatine 10 mg, 25 mg, and 25–50 mg on depressive symptoms and functional outcomes in patients with major depressive disorder. A placebo-controlled study over 6 months. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016; 26(2): 378–389, doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.09.006.
- Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatr Pol* 2015; 49(1): 15–27.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
- Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *Am J Addict* 2003; 12(Suppl. 1): S26–S40.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606–613.
- Kupfer DJ. The pharmacological management of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2005; 7(3): 191–205.
- Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand* 1994; Suppl. 377: 7–10.
- Łojko D, Rybakowski J, Dudek D, i wsp. Hypomania Check List (HCL-32) – kwestionariusz objawów hipomanii: charakterystyka i zastosowanie. *Psychiatr Pol* 2010; 44(1): 39–46.
- Loonen AJ, Peer PGM, Zwanikken GJ. Continuation and maintenance therapy with antidepressive agents. Meta-analysis of research. *Pharm Weekley Sci* 1991; 13(4): 167–175.
- Maneeton N, Maneeton B, Eurviriyankul K, Srisurapanont M. Efficacy, tolerability, and acceptability of bupropion for major depressive disorder: a meta-analysis of randomized-controlled trials comparison with venlafaxine. *Drug Design, Development and Therapy* 2013; 7: 1053–1062. doi: 10.2147/DDDT.S46849.
- Masiak M, Przychoda J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Polish Version 5.0.0. Lublin: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej; 1998.

- Mausbach BT, Schwab RB, Irwin SA. Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2015; 152(2): 239–246.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(3): 241–251.
- Michal M, Prochaska JH, Ullmann A, et al. Relevance of depression for anticoagulation management in a routine medical care setting: results from the ThrombEVAL study program. *J Thromb Haemost* 2014; 12(12): 2024–2033.
- Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57(535): 144–151.
- Montago CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Suppl.): 18–34; discussion 35–37.
- Montgomery SA, Pedersen V, Tanghøj P, et al. The optimal dosing regimen for citalopram – a meta-analysis on nine placebo-controlled studies. *Int Clin Psychopharmacol* 1994; 9(Suppl. 1): 35–40.
- Moon CAL, et al. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in the treatment of major depressive disorder and associative anxiety in general practice. *J Psychopharmacol* 1994; 8: 171–176.
- Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B, red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Warszawa: IPiN; 2012: 186.
- Müller VI, Cieslik EC, Serbanescu I, et al. Altered brain activity in unipolar depression revisited: meta-analyses of neuroimaging studies. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(1): 47–55.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2197–2223.
- Murray CJL, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- National Institute of Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care – clinical guidance* 2004 [cited: 13.04.2017]. Available from URL: <http://>

www.nice.org.uk.

NICE. 1.8 Sequencing treatments after initial inadequate response [cited: 13.04.2017]. Available from URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#treatment-choice-based-on-depression-subtypes-and-personal-characteristics>.

Perlis RH, Brown E, Baker RW, et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry* 2006; 163(2): 225–231.

Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1966; 42(Suppl. 194): 15–44.

Priest RG, Schmid-Burgk W. Moclobemide in the treatment of depression. *Rev Contemp Pharmacother* 1994; 5: 35–43.

Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119(1–3): 52–58.

Rouchell AM. Major depression in primary care. *Ochsner J* 2000; 2(2): 79–84.

Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 2007; 103(1–3): 113–120.

Scott KM, Von Korkoff M, Alonso J, et al. Mentalphysical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2009; 39(1): 33–43.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl. 20): 22–33, quiz 34–57.

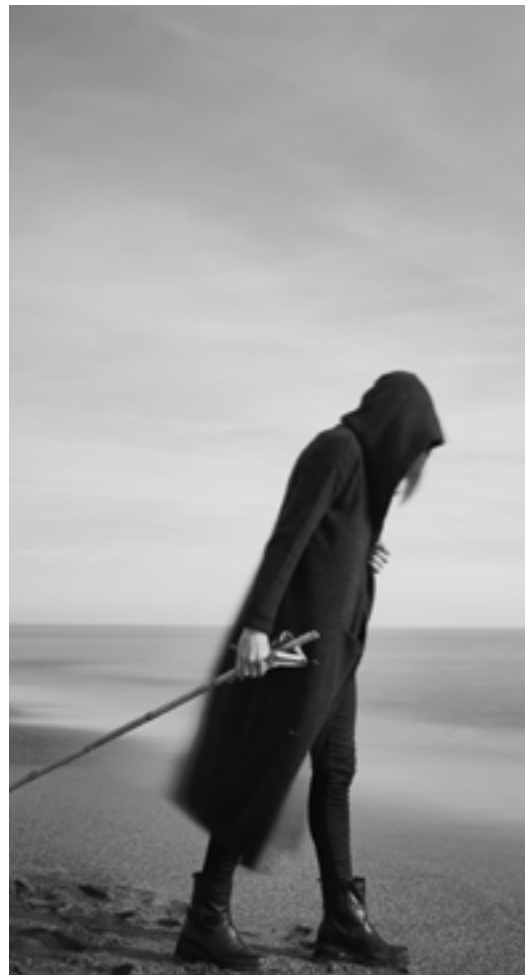
Simon GE, Katon WJ, Lin EH, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(1): 65–72.

SUTOR B. MAJOR DEPRESSION IN MEDICALLY ILL PATIENTS. *MAYO CLIN PROC* 1998; 73(4): 329–337.

Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel RW, et al. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009; 11(6): 339–343.

Tomaszewski K, Zarychta M, Bieńkowska A, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population. *Psychiatr Pol* 2011; 45(2): 223–233.

- Tylee A, Gandhi P. The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7(4): 167–176.
- Van Moffaert M, de Wilde J, Vereecken A, et al. Mirtazapine is more effective than trazodone: a double-blind controlled study in hospitalized patients with major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10(1): 3–9.
- Volz HP, Möller HJ, Reimann I, et al. Opipramol for the treatment of somatoform disorders results from a placebo-controlled trial. *D. Eur. Neuropsychopharmacol* 2000;10:211.
- Wakeling A. Efficacy and side effects of mianserin, a tetracyclic antidepressant. *Postgrad Med J* 1983; 59(690): 229–231.
- Walczak DD, Apter JT, Halikas JA, et al. The oral dose-effect relationship for fluvoxamine: a fixed-dose comparison against placebo in depressed outpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8(3): 139–151.
- Wang PS, Bohn RL, Knight E, et al. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med* 2002; 17(7): 504–511.
- Whooley MA, Avins AL, 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.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-70.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, et al. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1): 148–150.



 **POZ**^{PLUS}



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

