

**ABORDAREA DEPRESIEI ÎN PRACTICA
MEDICULUI DE FAMILIE***Approaching depression in family doctor practice***Asist. Univ. Dr. Constantin Ștefani¹, Șef Lucr. Dr. Ioana Veronica Grăjdeanu¹,
Asist. Univ. Dr. Bogdan Șerban^{1,2}, Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu¹**¹*Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București, România*²*Spitalul Universitar de Urgență, București, România***REZUMAT**

Depresia reprezintă o afecțiune comună, mai ales în rândul persoanelor care suferă de boli cronice. O parte dintre pacienții diagnosticați cu depresie nu realizează că suferă de această afecțiune și, prin urmare, nu apelează la ajutor profesional. Medicul de familie este primul care intră în contact cu acești pacienți și tot el este cel care le monitorizează evoluția. Atitudinea medicului de familie în ceea ce privește depresia poate influența atât atitudinea pacientului față de depresie, cât și atitudinea acestuia față de tratament.

Cuvinte cheie: depresie, medic de familie, abordare**ABSTRACT**

Depression is a common condition, especially among people suffering from chronic diseases. Some people with depression do not realize that they suffer from this condition and therefore do not seek professional help. The family doctor is the first to come in contact with these patients, and he is the one who monitors their progress. The attitude of the family doctor to depression can influence both the attitude of the patient to depression and his attitude toward treatment.

Keywords: depression, family doctor, approach**INTRODUCERE**

Depresia, inseparabilă de gândirea irațională – cognitiv negativă, pe de-o parte, și de tulburările somatice, pe de altă parte, reprezintă o afecțiune comună mai ales în rândul pacienților cu boli cronice.

Subdiagnosticată și subtratată, depresia are un prognostic peiorativ. Deși de multe ori nedignosticată, depresia reprezintă un semnal de alarmă. Depresia ușoară nedignosticată și netratată poate duce la depresie severă, depresia severă putând ajunge la suicid.

În medicina primară, 10-30% dintre pacienții cu tulburare depresivă majoră dezvoltă un curs cronic cu simptome persistente de cel puțin 2 ani (1). Medicii de familie (MF) par să înțeleagă depresia diferit față de psihiatrii, MF acordând o atenție mai

mare în ceea ce privește îngrijirea și interacțiunea centrată pe pacient, privind ca un tot unitar, un complex integrat în familie și în mediu social (2).

Unii medici de familie consideră depresia nu neapărat ca o boală, ci mai degrabă ca o reacție la circumstanțele adverse din viața pacientului sau ca urmare a bolilor cronice (3,4). Pacienții cu depresie cronică prezintă rate mai mari ale comorbidităților fizice și mentale, insuficiență funcțională și psihosocială mai severă și mai îndelungată decât persoanele cu depresie episodică acută (5). MF sunt principalii profesioniști din domeniul sănătății în contact cu acești pacienți, devenind o provocare atât managementul nevoilor și tratamentul acestora, cât și diferențierea clinică dintre episodul depresiv cronic și episodul depresiv acut (5,6).

Autor de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu, Intrarea Pinului nr. 34, bl. 6, ap. 10, sector 6, 060564, București, România

E-mail: alexandrazotta@yahoo.com

DEPRESIA

Peste 300 de milioane de oameni se confruntă cu depresie la nivel mondial (7).

Tulburarea depresivă majoră are rată semnificativă de morbiditate și mortalitate, contribuind la creșterea ratei de suicid. În perioada 2009-2012, 7,6% dintre americani cu vârsta mai mare de 12 ani au avut depresie; depresia a fost mai frecventă în rândul femeilor și al persoanelor cu vârste cuprinse între 40 și 59 de ani (8).

Cauza specifică a tulburării depresive majore nu este cunoscută. Tulburarea depresivă majoră pare a fi cauzată de un grup multifactorial și heterogen de tulburări care implică atât factori genetici, cât și factori de mediu.

O bună parte dintre persoanele cu depresie, cu toate că au scheme cognitiv-negative, de la percepție la raționament illogic, cu comportament dezastruos și tulburări somatice prezente, nu realizează că suferă de această afecțiune și, prin urmare, nu apelează la ajutor profesionist; de asemenea, ignoranța persistentă și percepțiile greșite ale bolii de către public conduc la stigmatizare și la evitarea diagnosticului de către mulți dintre cei afectați.

Trăsăturile comune ale depresie sunt prezența unei senzații de tristețe, gol sau iritabilitate, însoțită de schimbări somatice și cognitive ce afectează în mod semnificativ comportamentul dezastruos, față de sine, față de lumea exterioară. O viziune negativă distructivă este parte intrinsecă a depresiei. Pentru diagnosticarea unui episod depresiv major sunt necesare cel puțin cinci dintre următoarele simptome, prezente într-o perioadă de 2 săptămâni (9).

TABELUL 1. Criterii ale tulburării depresive majore (9)

Starea de deprimare: pentru copii și adolescenți, aceasta poate fi însemna și o dispoziție iritabilă
Diminuarea interesului sau pierderea plăcerii în aproape toate activitățile
Schimbări semnificative ale greutății sau tulburări ale apetitului
Tulburări de somn (insomnie sau hipersomnie)
Agitație sau întârziere psihomotorie
Oboseala sau pierderea energiei
Sentimente de lipsă de valoare
Capacitatea redusă de a gândi sau de a se concentra; indecizia
Gânduri recidivante de deces, ideatie suicidară recurentă fără un plan specific sau încercare de sinucidere sau plan specific pentru comiterea unei sinucideri

Depresia poate fi familială; un istoric amănunțit al familiei este destul de important, iar factorii familiali, sociali și de mediu par să joace un rol semnificativ în cursul bolilor depresive chiar și la copiii preșcolari (10).

Diagnosticul diferențial al depresiei include alte tulburări psihiatrice, boli ale sistemului nervos central, tulburări endocrine, afecțiuni medicamentoase, boli infecțioase, boli inflamatorii și tulburări legate de somn.

Există multe tratamente eficiente pentru tulburarea depresivă majoră, inclusiv psihoterapia (de exemplu: terapia cognitiv-comportamentală, psihoterapia interpersonală), utilizată fie singură, fie în asociere cu medicamente. Depresia necomplicată, care nu este severă, răspunde la fel de bine la psihoterapie sau la un antidepresiv.

Abordarea depresiei din punctul de vedere al medicului de familie

În cadrul interacțiunii cu MF, unde mulți dintre acești pacienți apelează pentru tratament, prezentarea poate fi adesea somatică, cum ar fi oboseala, durerea de cap, stresul sau problemele de somn.

Factorii legați de pacienți, cum ar fi vârsta înaintată, comorbiditatea fizică sau psihică severă, sunt comuni în practica MF și pot avea un impact mare asupra MF în ceea ce privește luarea deciziilor, dar și a rezultatelor (11).

Un studiu recent, la care au participat 220 MF, a arătat că 93% dintre MF fac distincția între îngrijirea pacienților cu depresie cronică și episodul depresiv acut, iar 92% ar recomanda co-tratamentul psihoterapeutic la pacientul cu depresie cronică (12). Din cauza numărului mic de studii care investighează eficacitatea tratamentului psihoterapeutic în rândul pacienților cu depresie cronică primară, este încă neclară eficacitatea co-tratamentului psihoterapeutic.

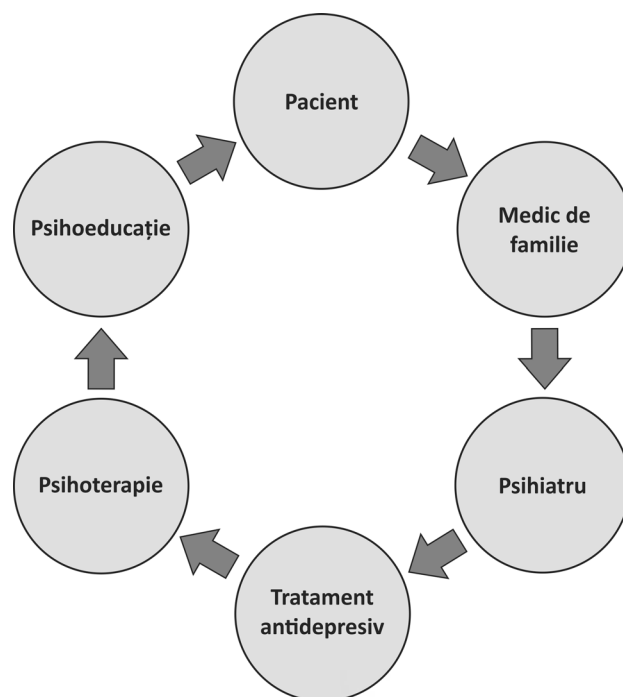


FIGURA 1. Abordarea pacientului cu depresie

52% dintre MF au o reținere generală în administrarea antidepresivelor la pacienții cu depresie cronică mai veche (la pacienți cu vârsta ≥ 75 ani), în timp ce 40% sugerează o farmacoterapie pe termen lung (12). Alte studii au arătat că antidepresivele sunt prescrise la 84% dintre pacienții cu depresie cronică, iar 82% dintre pacienții cu tulburare depresivă majoră primesc antidepresive, însă numai jumătate dintre acești pacienți au început și au aderat în mod adecvat la tratamentul cu antidepresive (13).

Contrar ghidurilor de tratament, MF tind să fie încrezători în a schimba tratamentul antidepresiv în caz de non-răspuns fără un consult de specialitate în prealabil (14).

Medicul de familie poate juca un rol coordonator important în ghidarea pacientului către metode psihoeducaționale, strategii de îmbunătățire a aderenței și planuri de gestionare a crizelor. Toate aceste intervenții psihosociale cu intensitate scăzută sunt considerate a avea un impact pozitiv, deși până în prezent nu au fost investigate în mod sistematic din punct de vedere al eficacității la pacienții cu deficiență depresivă cronică.

O intervenție adaptată (inclusiv consult în vederea informării, recomandări ale paginilor web și alte instrumente de gestionare) în asistența medicală primară poate duce la scăderea severității depresiei, anxietății, ameliorarea sentimentului de singurătate, contactul cu organizațiile de voluntariat, îmbunătățirea activității fizice, utilizarea programelor de autoajutorare și aderarea la medicație (15).

Perspectiva tratamentului depresiei cronice la persoanele peste 75 de ani tinde să aibă două opinii în rândul medicilor. O opinie implică reținerea în administrarea antidepresivelor la vârstnici (deși ghidurile specifică administrarea antidepresivelor la vârstnici, dar cu o atenție sporită la efectele secundare și comorbidități) (16). Cealaltă opinie susține că un tratament sistematic pe termen lung este

deosebit de important pentru pacienții vârstnici, în special la cei cu episoade depresive multiple (17).

Doar o mică parte din MF consideră că este necesară o trimitere urgentă la un specialist în îngrijirea sănătății mintale atunci când pacientul lor suferă de depresie cronică și are vârsta înaintată.

Prezența unei comorbidități fizice severe (de exemplu insuficiență cardiacă, cancer, BPOC, psoriazis) pare să aibă un impact puternic asupra deciziilor de tratament ale MF în ceea ce privește trimiterea urgentă către un specialist în psihiatrie (19,20,21). În cazul comorbidității fizice severe, 65% dintre MF sunt restrictivi în prescrierea antidepresivelor, iar 40% fac apel urgent la serviciile de psihiatrie specializate (12). Este încă incert dacă asocierea comorbidităților duce la o calitate mai scăzută a răspunsului la tratament sau creează dificultăți în urmărirea pacienților cu depresie în medicina primară.

Cronicitatea, tendința de suicid, nevoia de psihoterapie și cantitatea antidepresivelor utilizate determină medicii de familie să trimită pacienții depresivi către specialist (22,23,24,25).

Atitudinea medicului de familie, deși limitată, este mai empatică decât cea a psihiatrilor în ceea ce privește pacientul cu depresie (26). Diferențele dintre medicii de familie și psihiatrii ar putea să reflecte diferențe mai profunde în conceptualizarea depresiei ca o boală biomedicală sau ca o afecțiune cauzată de circumstanțele vieții (27). Lipsa consensului între medicul de familie și psihiatru poate afecta abordarea interdisciplinară, atât de necesară în managementul pacientului cu depresie (28). Pacienții cu depresie sunt adesea reticenți în a-și dezvălui emoțiile și ar putea fi necesar ca medicii să fie mai deschiși și mai empatici cu acești pacienți (29).

Apare necesitatea unor strategii de sănătate mentală și fizică la pacienții cu factori de risc ai depresiei.

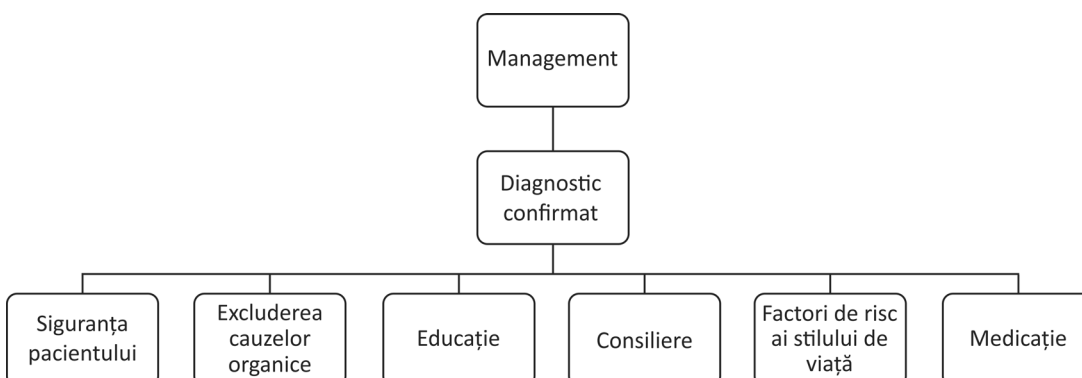


FIGURA 2. Managementul depresiei în practica medicului de familie (18)

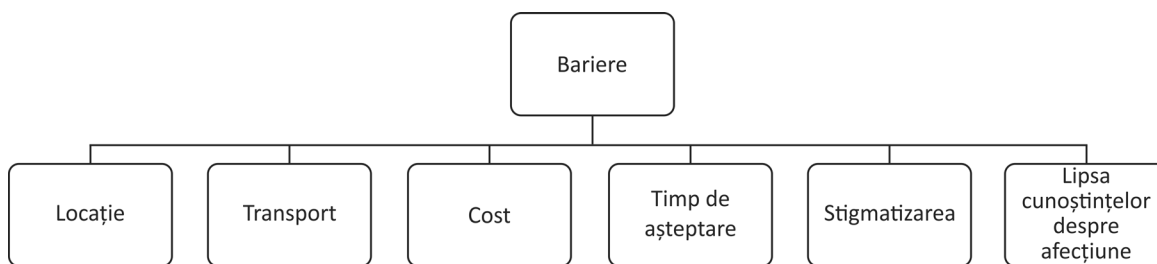


FIGURA 3. Bariere în ceea ce privește managementul depresiei (18)

CONCLUZII

Echipa medic de familie – psihiatru – psiholog, centrată în jurul pacientului cu depresie, poate determina evoluția ulterioară a acestei afecțiuni. Pentru a optimiza activitatea medicului de familie în ceea ce privește depresia, primul pas este acela de a înțelege necesitatea pacienților. O altă etapă este reprezentată de adaptarea programelor dedicate speciale pentru relația pacient-medic și depresie. Vârsta avansată, comorbiditatea fizică și psihică severă par să joace un rol important în deciziile medicilor de familie în privința tratamentului depresiei

cronice. Pentru un management mai bun al depresiei în asistența medicală primară, ar trebui să fie mai bine evidențiat rolul medicului de familie în coordonarea consilierii și efectuarea intervențiilor psihosociale la pacienții cu depresie. Sunt imperios necesare proiectarea și implementarea unui program de prevenție a depresiei în cabinetul medicului de familie.

Mențiuni

Toți autorii au contribuit în mod egal la elaborarea acestei lucrări.

BIBLIOGRAFIE

- Steinert C, Hofmann M, Kruse J et al. The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community. A systematic literature review. *J Affect Disord.* 2014;152-154:65–75.
- Karasz A, Dowrick C, Byng R et al., Hartman et al. What we talk about when we talk about depression: Doctor-patient conversations and treatment decision outcomes. *Br J Gen Pract* 2012;62:30-31.
- Macdonald S, Morrison J, Maxwell M et al. 'A coal face option': GPs' perspectives on the rise in antidepressant prescribing. *Br J Gen Pract* 2009; 59:e299-e307.
- Coventry PA, Hays R, Dickens C et al. Talking about depression: A qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:10.
- McMahon EM, Buszewicz M, Griffin M et al. Chronic and recurrent depression in primary care: Socio-demographic features, morbidity, and costs. *Int J Family Med.* 2012;2012:7.
- Brockmeyer T, Kulesa D, Hautzinger M et al. Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *J Affect Disord.* 2015;175:418–23.
- World Health Organisation. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Pratt LA, Brody DJ. Depression in the U.S. household population, 2009–2012. CDC. Available at <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db172.htm>. 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Sheikh RM, Weller EB, Weller RA. Prepubertal depression: Diagnostic and therapeutic dilemmas. *Curr Psychiatry* 2006;8(2):121-6.
- Huang H, Russo J, Bauer AM et al. Depression care and treatment in a chronically ill Medicare population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(4):382–6.
- Wolf F, Freytag A, Schulz S et al. German general practitioners' self-reported management of patients with chronic depression. *BMC psychiatry* 2017;17(1):401-8.
- Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K et al. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord.* 2016;202:145–52.
- Souery D, Serretti A, Calati R et al. Switching antidepressant class does not improve response or remission in treatment-resistant depression. *J Clin Psychopharmacol.* 2011;31(4):512–6
- Aakhus E, Granlund I, Odgaard-Jensen J et al. A tailored intervention to implement guideline recommendations for elderly patients with depression in primary care: a pragmatic cluster randomised trial. *Implement Sci.* 2016;11:32.
- Linden M, Kurtz G. A randomised controlled experimental study on the influence of patient age on medical decisions in respect to the diagnosis and treatment of depression in the elderly. *Current gerontology and geriatrics research.* 2009:475958.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (eds.) for the Guideline Group Unipolar Depression. S3-Guideline/National disease management guideline unipolar depression. Long version, 2. edition. 2015
- De Silva T, Prakash A, Yarlagadda S et al. General practitioners' experiences and perceptions of mild moderate depression management and factors influencing effective service delivery in rural Australian communities: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst.* 2017;11:54.
- Stanescu AMA, Matei A., Grăjdeanu IV et al. Multipli factori de interes în managementul psoriazisului și comorbidităților asociate. *Practica Medicală* 2016; 11,1(43): 49-52.
- Paparău C, Popa MF, Ghiță AE et al. Înec accidental, sinucidere sau homicid. *Revista Română de Criminalistică* 2017; XVIII, 2(110): 2542-2544.

21. Stănescu AMA, Matei A, Grăjdeanu IV et al. Acneea fulminans – urgență medicală în practica medicului de familie. *Practica Medicală* 2017; 12,4(53): 224-227.
22. Piek E, van der Meer K, Penninx BW et al. Referral of patients with depression to mental health care by Dutch general practitioners: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:41.
23. Stănescu AMA, Grăjdeanu IV, Bratu OG et al. Problematika comunicării medic-pacient în practica medicală. Modalități de abordare a pacientului în cazurile complicate. *Revista Medicală Română* 2018;LXV(2):98-101.
24. Bejan GC, Stănescu AMA, Ghilencea NL et al. Analiza actuală a aspectelor terapeutice moderne în tratamentul HTA și al comorbidităților asociate. 2018;LXV(2):102-107.
25. Moroi I, Iancu MA, Stănescu AMA et al. Alcohol withdrawal syndrome: a review. *Modern Medicine* 2018;25(2):69-75.
26. Davidsen A, Experiences of carrying out talking therapy in general practice: a qualitative interview study, *Patient Educ Couns* 2008; 72:268-275.
27. Chew-Graham CA, Mullin S, May CR et al. Managing depression in primary care: another example of the inverse care law, *Fam Pract* 2002;19:632-637.
28. May C, Finch T, Mair F et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:245.
29. Pollock K, Maintaining face in the presentation of depression: Constraining the therapeutic potential of the consultation. *Health (NY)* 2007; 11:163-180.