Punkt widzenia ekspertów nt. rozpoznawania i leczenia depresji oraz zaburzeń lękowych przez lekarzy POZ

Point of view of experts on recognition and treatment of depression and anxiety disorders by general practitioners

Bartosz J. Sapilak[1], Radosław Tymiński[2]

[1] Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
[2] Radca prawny, www.prawalekarza.pl

Bartosz J. Sapilak
Internista, lekarz rodzinny, geriatra. Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM we Wrocławiu. Redaktor tematyczny i sekretarz naukowy redakcji Family Medicine & Primary Care Review. Główne kierunki zainteresowań: szybka diagnostyka medyczna, kompleksowa ocena geriatryczna pacjenta w wieku podeszłym. Hobby: książki, brydż, narty, żagle.

STRESZCZENIE

Depresja i zaburzenia lękowe dotykają co piątego pacjenta zgłaszającego się do lekarza POZ. Wczesne rozpoznanie, włączenie prawidłowego leczenia i właściwy nadzór nad jego prowadzeniem są w tych przypadkach kluczowe i leżą w kompetencji lekarza POZ. Wsparcie psychiatry wymagane jest w sytuacji istnienia głębokich zaburzeń nastroju lub ujawnienia myśli samobójczych. Niezbędny warunek prawidłowego rozpoznania depresji i zaburzeń lękowych to traktowanie ich jako zespołu chorobowego. Uznanie prezentowanych objawów za przejaw innej choroby lub wyraz trudności o charakterze psychospołecznym oddala wdrożenie skutecznej terapii. W niniejszej pracy przedstawiamy główne reguły postępowania i omawiamy zasady terapii oraz podstawy refundacji leków.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, depresja, lęk, leczenie

NAJWAŻNIEJSZE
Zaledwie 30% lekarzy POZ rozmawia z pacjentami o objawach psychicznych, w efekcie czego większość łagodnych i umiarkowanie nasilonych zaburzeń pozostaje nieujawniona.

HIGHLIGHTS
Only 30% of general practitioners discuss with patients their mental symptoms, as a result most mild and moderately severe disorders remain undisclosed.

Radosław Tymiński
Radca prawny i doktor nauk prawnych. Od kilku lat zajmuje się tematyką praw lekarzy oraz obrony lekarzy w sprawach sądowych.

ABSTRACT

Depression and anxiety disorders affect every fifth patient. Early diagnosis, the inclusion of proper treatment and appropriate supervision of the conduct of therapy are in these cases, the key and lie within the competence of the doctor. Psychiatrist support is required in the case of deep mood disorders or the disclosure of the suicidal patient. A necessary condition for the proper diagnosis of depression and anxiety disorders is to treat them as a team. The recognition of the symptoms presented by the manifestation of another illness, or the word psychosocial difficulties, shall reject the implementation of effective therapy. In this paper, we present the basic principles of conduct, we discuss the principles and fundamentals of reimbursement of medicines.
Key words: family doctor, depression, anxiety, treatment

PUNKT WIDZENIA LEKARZA POZ

Wprowadzenie do dyskusji

Lęk i obniżony nastrój występowały już u człowieka pierwotnego, a dolegliwości dziś definiowane jako zaburzenia depresyjne opisano po raz pierwszy w *Corpus Hippocraticum* w IV w. p.n.e. Współcześnie zaburzenia te są najczęstszymi przewlekłymi chorobami psychiatrycznymi – stanowią więc rzeczywiste wyzwanie dla lekarzy pierwszego kontaktu. Szacuje się, iż w polskiej populacji nawet co piąty pacjent zgłaszający się do lekarza POZ cierpi z powodu zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych [1]. Szczyt zapadalności na nie przypada na czwartą i piątą dekadę życia oraz na wiek senioralny. Częstotliwość występowania zaburzeń lękowych jest zmienna i wynosi od 14,7% do nawet 52,3% [2, 3]. Niestety, lekarze pierwszego kontaktu są często nieprzygotowani do prowadzenia w tym kierunku diagnostyki i terapii.

Niniejsza dyskusja stanowi podsumowanie obowiązujących zasad postępowania. Źle się dzieje, jeżeli pacjent poszukujący pomocy natrafia na obojętność lekarza bądź zgłaszane przez niego objawy zostają przypisane codziennym trudnościom życiowym. Lekarz pierwszego kontaktu powinien jako pierwszy wychwycić zmianę nastroju i samopoczucia pacjenta – najbardziej typowymi symptomami omawianych zaburzeń są: obniżenie nastroju, płaczliwość, niechęć do wychodzenia z domu i spotkań z innymi ludźmi. Charakterystyczne są także pozostawanie w łóżku do późnych godzin porannych oraz poprawa nastroju i aktywności wieczorem.

Po postawieniu diagnozy lekarz POZ powinien przedstawić choremu możliwe opcje terapeutyczne. Ma także możliwość, po uzyskaniu zgody pacjenta, rozmowy z jego rodziną i uwrażliwienia jej na zaistniały problem. Leczenie zaburzeń lękowych i depresji powinno się opierać na psychoterapii (wspomaganej farmakoterapią), której przebieg musi być starannie monitorowany. Rolą lekarza POZ jest poinformowanie pacjenta o konieczności rozpoczęcia leczenia i osłonowe włączenie farmakoterapii w przypadkach tego wymagających.

Szczególna rola lekarza POZ i jego instrumentarium

Lekarz POZ jest szczególnie predestynowany do rozpoznawania zaburzeń nastroju i wdrażania terapii – dysponuje atutami niedostępnymi innym specjalistom: wiedzą o uwarunkowaniach społecznych chorego, wglądem w jego pełną dokumentację medyczną, możliwością oceny emocji pacjenta na przestrzeni wielu lat i dobrym kontaktem z jego rodziną. Ma zatem pełne instrumentarium do zdiagnozowania omawianych schorzeń. Dodatkowo może oprzeć wstępną diagnozę na wyniku jednego z ogólnodostępnych testów przesiewowych, takich jak Inwentarz Depresji Becka czy Szpitalna Skala Lęku i Depresji. Niestety, szacuje się, że zaledwie 30% lekarzy POZ rozmawia z pacjentami o objawach psychicznych, a 70% skupia się jedynie na somatycznych przyczynach ich dolegliwości [4]. W efekcie większość łagodnych i umiarkowanie nasilonych zaburzeń pozostaje nieujawniona.

Do objawów podstawowych depresji należą: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, anhedonia, spadek energii i zwiększona męczliwość. Do objawów dodatkowych zaliczamy zaś: utratę wiary w siebie i poczucia własnej wartości, nieracjonalne poczucie winy, nawracające myśli o śmierci i samobójstwie, problemy z pamięcią i koncentracją uwagi, zmianę aktywności (spowolnienie lub niepokój), zaburzenia snu oraz zmiany apetytu [5]. Jeżeli pacjent nie ujawnia myśli samobójczych, a objawy nie są bardzo głębokie, to nie tylko rozpoznanie, ale również właściwa terapia powinny znajdować się w gestii lekarza POZ. Dopiero w przypadku, gdy nie przynosi ona spodziewanych efektów, dolegliwości pacjenta są głębokie, dołączają inne zaburzenia psychiczne lub pojawiają się myśli samobójcze, choćby pośrednio wyrażane – chorego należy skierować do psychiatry.

B. Łoza. Neuropsychiatria. ISSN 2080-4091. MNiSW 4,0. VOL. 9 (NR 2)/2017. © Medical Education Sp. zo. o.

Wybór leku przeciwdepresyjnego jest empiryczny. Współcześnie ze względu na bezpieczeństwo stosowania i korzystny profil działań ubocznych lekami pierwszego wyboru w terapii depresji niepsychotycznej są antagoniści wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) i antagoniści wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*). Wśród najpopularniejszych SSRI należy wymienić sertralinę i fluoksetynę, a wśród SNRI – wenlafaksynę. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne oraz leki należące do pozostałych grup w praktyce lekarza POZ wykorzystywane są rzadziej. W przypadku zaburzeń somatycznych i lękowych rekomendowany jest opipramol lub alprazolam. Opipramol ma jednak korzystniejszy profil bezpieczeństwa i nie uzależnia podczas długoterminowej terapii. W przeciwieństwie do terapii zaburzeń lękowych leczenie depresji jest zawsze długofalowe. Po uzyskaniu co najmniej półrocznej remisji można podjąć próbę stopniowego odstawienia leku – obowiązuje wtedy zasada redukcji dawki o 25% co 4–6 tygodni.

PUNKT WIDZENIA PRAWNIKA

Najważniejsze zasady postępowania

Z punktu widzenia prawnego w kontekście diagnozowania i leczenia depresji oraz zaburzeń lękowych przez lekarzy POZ niezwykle istotnych jest 5 kwestii.

1. Lekarz POZ może samodzielnie rozpoznać chorobę psychiczną, depresję czy zaburzenia lękowe (dalej: zaburzenia psychiczne) i rozpocząć leczenie. W niektórych przypadkach jest to wręcz jego obowiązkiem.

2. Przed rozpoczęciem farmakoterapii należy wykluczyć somatyczne przyczyny zaburzeń psychicznych. Trzeba podkreślić, że błędem jest rozpoczęcie farmakoterapii lekami przeciwlękowymi i antydepresyjnymi w sytuacji, gdy nie wykluczono innych przyczyn zaburzeń psychicznych. Jako przykład podajmy, że objawy psychiczne mogą dawać takie choroby i zespoły, jak: nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, porfiria, guzy wewnątrzczaszkowe, hiperkalcemia, celiakia, borelioza, choroba Parkinsona, choroba Cushinga czy stwardnienie rozsiane.

3. W celu redukcji ryzyka medycznego i prawnego lekarz POZ przepisujący leki psychiatryczne może skierować pacjenta z podejrzeniem zaburzeń psychicznych na konsultację do psychiatry. Konsultacja taka jest szczególnie zalecana, gdy lekarz rodzinny nie uzyska poprawy w 2 kolejnych terapiach. [Jednak aktualna, nasza i światowa praktyka mówi, że nawet 90% terapii lekami przeciwdepresyjnymi prowadzą lekarze niepsychiatrzy, głównie sami lekarze rodzinni. Stało się to możliwe dzięki wprowadzeniu bezpiecznych leków przeciwdepresyjnych (z grupy SSRI i SNRI) – przyp. red.].

4. Pacjenta z podejrzeniem zaburzeń psychicznych należy poinformować o konieczności rozpoczęcia psychoterapii. Nie można bowiem pomijać, że istotnym elementem skutecznego leczenia zaburzeń psychicznych jest bardzo często wsparcie psychoterapeuty. O tym, czy pacjent skorzysta z jego pomocy, czy też nie, decyduje on sam, jednakże informacja o potrzebie psychoterapii powinna wyjść od lekarza.

5. Decyzja o przepisaniu leku przeciwlękowego czy antydepresyjnego nie powinna być uwarunkowana względami finansowymi, ponieważ wiele z tych leków jest refundowanych. Należy pamiętać, że zgodnie z przepisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. r.ż. przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki określone w obwieszczeniu Ministra Zdrowia. Dodatkowo warto mieć na uwadze, że niektóre leki są refundowane u młodszych świadczeniobiorców w przypadku rozpoznania objętego refundacją (np. niektóre postacie karbamazepiny w chorobach psychicznych lub upośledzeniach umysłowych, inne w padaczkach, a jeszcze inne we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach).

PUNKT WIDZENIA LEKARZA POZ

Podsumowanie dyskusji

Niezbędnym warunkiem prawidłowego rozpoznania depresji jest traktowanie jej jako zespołu chorobowego, który można rozpoznać po wykluczeniu somatycznych przyczyn dolegliwości. Bezzasadne lekceważenie objawów zaburzeń psychicznych lub uznanie ich za wyraz trudności o charakterze psychospołecznym oddala wdrożenie skutecznej terapii. Obniżenie nastroju często osiąga poziom subkliniczny, a na pierwszy plan wysuwają się inne elementy zespołu depresyjnego (depresje poronne i maskowane), co utrudnia postawienie właściwej diagnozy. Najważniejszym narzędziem staje się wtedy baczna okresowa obserwacja chorego i codzienna empatia.

Podsumowując, podkreślamy, iż wczesne wykrycie choroby, skrupulatne zdiagnozowanie pacjenta, rozpoczę-

cie, a następnie kontynuowanie wielomiesięcznej (zazwyczaj wieloletniej) farmakoterapii u pacjentów tego wymagających przez lekarza POZ odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia. Ponadto czynniki te pozytywnie wpływają na efektywność terapeutyczną lekarza i jego postrzeganie przez pacjentów, pozwalają także ograniczyć liczbę badań wykonywanych nadmiarowo z powodu diagnostyki objawów nierozpoznanej depresji. Co istotne, w większości przypadków lek przeciwdepresyjny przepisany przez lekarza POZ pacjentowi w wieku senioralnym będzie dla tego ostatniego całkowicie bezpłatny.

PIŚMIENNICTWO

1. *Wojnar M, Araszkiewicz A. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych. Lęk i Depresja 2001; 1(6): 23-37.*
2. *Sapilak BJ. Ocena nasilenia objawów lękowych i depresyjnych oraz jakości życia chorych przewlekle leczonych nerkozastępczo [praca doktorska]. Wrocław 2006; 280, LX k.*
3. *Alvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A et al. Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program. Nefrologia 2001; 21(2): 191-199.*
4. *Simon GE, VonKorff 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.*
5. *Preskorn SH. Depresja – postępowanie w lecznictwie otwartym. Podręcznik dla lekarzy praktyków. Triangulum MBP, Wrocław 2004.*
6. *Sapa J. Wybrane choroby i zaburzenia polekowe – możliwości profilaktyki i leczenia. Część I. Farmacja Polska 2009; 10: 733.*

Adres do korespondencji
Bartosz J. Sapilak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1
tel.: 501-148-503
e-mail: bsapilak@poczta.onet.pl