

Kiedy lekarze rodzinni w Polsce zaczną leczyć zaburzenia depresyjne?

When do general practitioners in Poland start to treat depressive disorders?

Bartosz Łoza

Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

STRESZCZENIE

Na całym świecie powszechnie i znacząco wzrasta stosowanie leków przeciwdepresyjnych, m.in. u pacjentów starszych lub ze współistniejącymi chorobami somatycznymi. Pacjenci w coraz większym stopniu akceptują leki psychiatryczne, co może częściowo tłumaczyć ten wzrost. W wielu krajach to lekarze pierwszego kontaktu, a przede wszystkim lekarze rodzinni, są w największym stopniu zaangażowani w diagnozowanie zaburzeń depresyjnych i zapisywanie leków przeciwdepresyjnych. Około 12–15% pacjentów zgłaszających się do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej cierpi na epizod depresyjny. Sytuacja ta ma szereg korzyści i wad, co zostało przedyskutowane w tym artykule z uwzględnieniem sytuacji polskiej.

Słowa kluczowe: depresja, leki przeciwdepresyjne, lekarze rodzinni

ABSTRACT

Worldwide, a broad and marked increase in antidepressant use is occurring, e.g. in older patients or with comorbid somatic illnesses. Patients have become much more accepting of psychiatric medications – a finding that may partially explain this increase. In many countries, the primary care physicians and especially general practitioners are mostly engaged in diagnosing depressive disorders and prescribing antidepressants. 12–15% of patients seen in primary care practices have major depression. There are some advantages and disadvantages of this fact, what is discussed in this article in relation to the Polish situation.

Key words: depression, antidepressants, general practitioners

NAJWAŻNIEJSZE

74% pacjentów szukających pomocy z powodu zaburzeń depresyjnych uda się w pierwszej kolejności do swoich lekarzy pierwszego kontaktu.

HIGHLIGHTS

74% of patients seeking help for depressive disorders will first go to their primary care physician.



Bartosz Łoza
Kierownik Kliniki
Psychiatrii
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego, zastępca
dyrektora ds. leczenia
Mazowieckiego
Specjalistycznego
Centrum Zdrowia
im. prof. Jana
Mazurkiewicza,
przewodniczący
Mazowieckiej
Rady Zdrowia
Psychicznego. Hobby:
ćwiczenia z pokory
i rozsadku w miejscach
publicznych.

WSTĘP

Abstrahując od powszechnego i specyficznego wzrostu zagrożeń z powodu zaburzeń depresyjnych [1], stwierdzić należy wzrost częstości stosowania leków przeciwdepresyjnych [2, 3]. Leki przeciwdepresyjne zrewolucjonizowały współczesną medycynę. W USA stały się obecnie drugą-trzecią (po statynach) najczęściej zapisywaną na receptę klasą leków [4, 5]. Ponadto, kolejna na tej liście klasa – leki przeciwbólowe – jest silnie powiązana z regulacją zaburzeń nastroju. W Polsce recepty na leki przeciwdepresyjne są wypisywane rzadziej, jednak trudno tu wyciągać wiążące wnioski ze względu na trwającą „przebudowę” krajowego systemu refundacji i ograniczoną dostępność do świadczeń psychiatrycznych. Faktem jest, że liczba pierwszorazowych zgłoszeń z powodu zaburzeń afektywnych wzrosła w ciągu ostatniego 20-lecia ok. 10-krotnie [6]. Natomiast liczba zgłoszeń z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (znów ścisły związek z zaburzeniami emocji) wzrosła nawet 12-krotnie. Znamienne jest też, że od lat absolutnym liderem sprzedaży (pod względem liczby) w Polsce są leki przeciwbólowe.

Wobec wzrastających potrzeb, w wielu krajach, np. w USA i w Australii, większość (nawet do 90%) leków przeciwdepresyjnych jest przepisywana przez lekarzy rodzinnych [1]. Systemy te rozwijały się ewolucyjnie, w pierwszej kolejności w wyniku wprowadzenia nowych, bezpiecznych leków przeciwdepresyjnych (1988: fluoksetyna, tianeptyna), a następnie rozszerzenia praktyki lekarzy pierwszego kontaktu o współpracę ze służbami socjalnymi i różnego rodzaju terapeutami środowiskowymi (pod koniec lat 90.: ruch zapoczątkowany przez MacArthur Initiative on Depression & Primary Care [7]). Taki model zintegrowanych świadczeń zaczął mieć coraz większą skuteczność w leczeniu depresji, co z kolei spowodowało wprowadzenie przez firmy ubezpieczeniowe finansowania właśnie takiego modelu świadczeń [8].

Podobne zintegrowane rozwiązanie najprawdopodobniej czeka nas również w Polsce. Warto przeanalizować, jakie uwarunkowania – **ograniczenia i korzyści** – towarzyszą temu procesowi zmian.

OGRANICZENIA W LECZENIU ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH PRZEZ LEKARZY RODZINNYCH

Trudności dające się zidentyfikować są raczej względne i nie przesądzają o ewentualnym niepowodzeniu tera-

pii przez lekarzy rodzinnych. Dla każdej z tych trudności można łatwo znaleźć przeciwwargumenty:

- **Problem 1:** Zdolność lekarzy rodzinnych do **diagnostyki i różnicowania** obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych. Przeciwwargumenty:
 - Można byłoby wysunąć tezę, że leczenie przez lekarzy rodzinnych zaburzeń jednobiegunowych nie powinno nastęczać problemów. Natomiast trudniejsza kwestia, czyli diagnozowanie i leczenie epizodów depresyjnych w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych, pozostaje skomplikowana nawet dla samych psychiatrów. Niewystąpienie wyraźnego epizodu maniakalnego praktycznie blokuje diagnozę zaburzeń dwubiegunowych. Jednak dzieje się to niezależnie od tego, czy rozpoznanie stawiane jest w gabinecie lekarza rodzinnego, czy przez lekarza psychiatrę. Trudne jest też to, że w zasadzie nie powinno się leczyć tych epizodów lekami przeciwdepresyjnymi, a jeżeli już – to według specjalnych schematów politerapii. Sami psychiatrzy tego jednak nie przestrzegają.
 - Można byłoby wręcz paradoksalnie odwrócić argumentację: lekarze rodzinni są bardziej kompetentni w leczeniu chorób somatycznych, a w ich przebiegu zaburzenia depresyjne występują bardzo często [9]. Można byłoby wręcz podać w wątpliwość, czy psychiatrzy powinni leczyć zaburzenia depresyjne w przebiegu chorób somatycznych, skoro leczenie chorób somatycznych nie jest ich domeną.
- **Problem 2:** Czy lekarze rodzinni mają kompetencje do farmakoterapii depresji? Przeciwwargumenty:
 - Wszystkie leki przeciwdepresyjne to leki już dobrze znane, stosowane w terapii w większości od wielu lat. Obecnie jedynym całkowicie nowym lekiem jest agomelatyna.
 - Nowoczesne leki przeciwdepresyjne to leki bardzo bezpieczne. Przełom nastąpił w 1988 r., kiedy na rynek wprowadzono dwa pierwsze leki nowej generacji (tianeptyna, fluoksetyna), charakteryzujące się zasadniczo poprawionym profilem bezpieczeństwa. Poprzednio – czyli w czasach, gdy terapia depresji opierała się głównie na środkach trójcyklicznych, a wcześniej IMAO – ryzyko zatrucia lekami przeciwdepresyjnymi było znaczne. Jednak współcześnie leki te niemal nie są stosowane. Jedynym antydepresantem wymagającym bezwzględnej monitorowania laboratoryjnego, chociaż i w jego przypadku nie ma niebezpieczeństwa ostrego zatrucia, jest agomelatyna.
 - W Polsce niemal nie istnieje zorganizowany sy-

stem kształcenia podyplomowego, jednak trudno nie uwzględnić faktu, że od lat firmy farmaceutyczne prowadzą powszechną edukację w zakresie stosowania leków przeciwdepresyjnych, także wśród lekarzy niepsychiatrów. Tego typu duże programy edukacyjne dotyczyły tianeptyny, sertraliny, fluoksetyny, paroksetyny, wenlafaksyny, citalopramu i escitalopramu. Można założyć, że w odniesieniu do tianeptyny opcja edukacyjna była otwarta praktycznie dla wszystkich lekarzy w Polsce.

- Nie należy patrzeć na ten problem „konfrontacyjnie”: że leczenie będzie się odbywać albo u lekarza pierwszego kontaktu, albo u lekarza psychiatry. Istnieją różne możliwości współpracy obu tych specjalistów [10].
- **Problem 3: Czy umiejętności psychoterapeutyczne** lekarzy rodzinnych są wystarczające? Udział psychoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych podnosi skuteczność terapii. Przeciwargumenty:
 - Lekarze rodzinni doskonale znają swoich pacjentów, ich rodziny oraz środowisko ich funkcjonowania.
 - Kompetencje lekarza rodzinnego są wystarczające do prowadzenia terapii wspierającej.
 - W wielu przypadkach lekarze ci są bardzo sprawnymi psychoterapeutami (np. humanistycznymi). Niestety, na skutek konieczności certyfikacji powodującej zawłaszczanie umiejętności psychoterapeutycznych przez wiele towarzystw, a z drugiej strony – wobec bierności środowisk lekarskich, nie broni się kompetencji psychoterapeutycznych lekarzy rodzinnych.
- **Problem 4: Uwarunkowania płatnika** (Narodowego Funduszu Zdrowia). Trwa spór odnośnie do interpretacji przepisu nakładającego na lekarzy rodzinnych obowiązek corocznego konsultowania ich pacjentów u specjalistów z danej dziedziny. Jakkolwiek NFZ ogłaszał w latach 2012–2013 kilkakrotnie dementi nt. bezwzględnego stosowania tego przepisu, jest rzeczą oczywistą, że sensem tego przepisu jest właśnie ograniczanie samodzielności lekarzy pierwszego kontaktu. Nie trzeba dodawać, że psychiatry nie lobbowali na rzecz owej kontroli ani nie zostali zaproszeni do konsultacji tego rozwiązania. W tej sytuacji, znając drakońską politykę karania przez NFZ, należy domniemywać, że część pacjentów nie otrzyma należytej terapii z powodu obaw przed jej inicjowaniem w gabinecie lekarza rodzinnego. Jednak nie ma żadnych merytorycznych ani prawnych przeszkód przed diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń depresyjnych w gabinetach lekarzy rodzinnych.

- **Problem 5:** Ponieważ lekarze rodzinni są finansowani w systemie kapitałowym, a psychiatry – zgodnie z liczbą udzielanych świadczeń, będzie się ujawniać tendencja do „wypychania” dodatkowych obciążeń z praktyki lekarza rodzinnego. Przeciwargumenty:
 - Leczenie zaburzeń depresyjnych jest niskokosztowe. Praktycznie nie wiąże się z dodatkowymi badaniami laboratoryjnymi, obrazowaniem czy konsultacjami.
 - Leczenie przeciwdepresyjne wchodzi w skład kompleksowego leczenia pacjentów. Współczesne standardy leczenia wielu chorób wymagają osiągnięcia wysokiej jakości remisji, a więc także uwzględnienia dobrostanu psychicznego.

KORZYŚCI Z LECZENIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH PRZEZ LEKARZY RODZINNYCH

Korzyści z tego rozwiązania są na tyle istotne, że odpowiedzialność za leczenie zaburzeń depresyjnych została prędzej czy później rozłożona na różne elementy praktycznie w każdym dojrzałym, rozwiniętym systemie ochrony zdrowia. Sytuacja zaburzeń depresyjnych jest podobna do sytuacji innych chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie i cukrzyca, które są leczone praktycznie przez wszystkie grupy specjalistów.

1. Chorzy mają dostęp do stosunkowo niewielu psychiatrów (i tak raczej będzie w przyszłości), co zderza się z powszechnością i tendencją do dalszego wzrostu występowania zaburzeń depresyjnych. Roczna zachorowalność na depresję w krajach wysoko rozwiniętych wynosi ok. 10%, a występowanie depresji w ciągu całego życia osiąga poziom jeszcze wyższy – ok. 17% [11]. W praktyce **jedynie zaangażowanie lekarzy rodzinnych może wyrównać te dysproporcje**. Należy w tym miejscu podkreślić, że często inne grupy specjalistów, zwłaszcza **neurologi**, doskonale uzupełniają niedobory systemu opieki psychiatrycznej.
2. Lekarze rodzinni mają dostęp do niższych pięter piramidy zaburzeń depresyjnych – postaci łagodniejszych, a tym samym mogą interweniować **we wcześniejszych fazach** rozwoju tych zaburzeń [12]. Co najmniej 12% pacjentów pomocy podstawowej cierpi na depresję [12]. Tymczasem korzystanie z pomocy psychiatrów nadal ma miejsce raczej w stanach ciężkich, gdy potrzebne są już działania interwencyjne.
3. Leczenie zaburzeń depresyjnych jest długotrwałe, często wieloletnie lub wręcz bezterminowe. Tego

typu **kontynuacje** mogą być bezproblemowo prowadzone w ramach kompetencji lekarzy rodzinnych.

4. Statystyki współchorobowości wskazują na zwielokrotnione ryzyko jednoczesnego występowania zaburzeń depresyjnych i chorób somatycznych, co odpowiada kompetencjom lekarzy rodzinnych [9].
5. Lekarz rodzinny z założenia sprawuje całościowy nadzór nad stanem zdrowia pacjenta. Zaburzenia depresyjne, od pierwszego epizodu poprzez kolejne nawroty, pozostają w jakimś stopniu w relacji do jego sytuacji środowiskowej i całokształtu zdrowia. Integracja postępowania diagnostycznego i uwzględnienie różnorodnych opcji terapeutycznych (np. niezgodności farmakokinetycznych) są łatwiejsze w przypadku opieki ze strony lekarza rodzinnego.
6. O ile pójście do lekarza rodzinnego nie jest stygmatyzujące, o tyle skorzystanie z wizyty u psychiatry może być za takie uznawane.
7. Większy udział terapii przeciwdepresyjnych będzie prawdopodobnie skutkować zmniejszonym ryzykiem nieadekwatnych farmakoterapii, np. środkami przeciwbólowymi, przeciwłękowymi i nasennymi.

SZCZEGÓLNY CHARAKTER KONTAKTU TERAPEUTYCZNEGO LEKARZA RODZINNEGO I PACJENTA

Lekarz rodzinny podejmujący się leczenia depresji nie jest „gorszym psychiatrą”, a rezultaty jego pracy nie muszą być zawsze gorsze niż efekty działań specjalisty psychiatry. Kontakt terapeutyczny lekarza rodzinnego z pacjentem depresyjnym jest **inaczej uwarunkowany i przebiega odmiennie** od kontaktu z psychiatrą. Te odmienności w kontakcie pokazuje brytyjska praca analizująca wyniki wizyt 694 pacjentów u 17 lekarzy rodzinnych [13]. 15% spośród tych pacjentów zostało przesiewowo zakwalifikowanych – za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji [14] – jako osoby z uprawdopodobnionymi zaburzeniami depresyjnymi. Ustalono determinujący wpływ następujących czynników na otrzymanie leku przeciwdepresyjnego od lekarza rodzinnego:

Czynniki sprzyjające:

1. Ciężki obraz kliniczny depresji (największe prawdopodobieństwo zapisania leku).
2. Obecność łatwo identyfikowalnych stresorów w środowisku.
3. Pozytywny stosunek samych pacjentów do leczenia środkami przeciwdepresyjnymi.
4. Stosowanie w przeszłości środków przeciwdepresyjnych.

Czynniki niesprzyjające:

1. Bliska znajomość z pacjentem.
2. Wcześniejsze zaburzenia psychiczne.
3. Współistniejące choroby somatyczne (najmniejsze prawdopodobieństwo zapisania leku).

Co to oznacza? Lekarze rodzinni zapisują leki przeciwdepresyjne dopiero od pewnego progu ciężkości zaburzeń, co wskazuje na wewnętrzny opór przed taką decyzją. Akceptują diagnozę depresji wtedy, kiedy łatwo można ją wyjaśnić wydarzeniami z życia. Widać, że w zapisaniu leku psychiatrycznego występuje trudność, która ustępuje, jeśli pacjent już go przyjmował lub aktualnie sam chce przyjmować. Równocześnie lekarze rodzinni w przypadku bliskiej znajomości nie potrafią powiedzieć pacjentowi, że cierpi na zaburzenie psychiczne. Wiedza, że pacjent cierpiał w przeszłości na te zaburzenia, powoduje unikanie tego tematu. Wreszcie – lekarze rodzinni, jeśli tylko mogą, uciekają od rozpoznań psychiatrycznych w świat lepiej sobie znany – rozpoznań somatycznych. Ten ostatni mechanizm działa w 9 na 10 przypadków, można by więc powiedzieć, że perfekcyjnie uniemożliwia wgląd we właściwy obraz kliniczny.

Z drugiej strony, wśród lekarzy pierwszego kontaktu bardzo wyraźnie widać trend do przedłużania bieżącej terapii lekami przeciwdepresyjnymi albo do wznawiania wcześniej przerwane leczenia [3]. Trend ten jest wyrazem wzrostu poczucia kompetencji w leczeniu depresji przez lekarzy pierwszego kontaktu. W latach 1993–2004 liczba recept wypisanych przez tych lekarzy w przeliczeniu na jednego pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi niemal się podwoiła (średnio z 2,8 do 5,6; w populacji 189 851 pacjentów).

Badania brytyjskie wskazują, że trudności w leczeniu zaburzeń depresyjnych przez lekarzy rodzinnych wynikają – według samych lekarzy [15]:

- w 75,9% z przyczyn leżących po stronie pacjentów
- w 15% z przyczyn leżących po stronie lekarzy
- w 9,1% z przyczyn systemowych.

Ta przytłaczająca „wina” przypisywana pacjentom miałyby mieć trzy podstawowe czynniki wewnętrzne: opór przed leczeniem zaburzenia, trudności we współpracy oraz trudności psychospołeczne pacjentów.

Ograniczenia i korzyści z leczenia zaburzeń depresyjnych przez lekarzy pierwszego kontaktu współistnieją ze sobą i łącznie przekładają się na wyniki terapii. Z jednej strony szacuje się, że aż 74% pacjentów zwraca się o pomoc w leczeniu zaburzeń depresyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu, ale równocześnie aż 50% jest błędnie diagnozowanych [10]. Z drugiej strony szacuje

się, że aż 80% farmakoterapii odbywa się z naruszeniem podstawowych zasad (zbyt mała dawka, zbyt krótki czas), jednak 60–80% pacjentów odpowie na leczenie dowolnym środkiem, oczywiście o ile tylko pacjenci skorzystają z leczenia. Tu zaś kluczowa będzie kombinacja skuteczności i bezpieczeństwa podawanego środka.

W JAKI SPOSÓB LEKARZE PIERWSZEGO KONTAKTU LECZĄ ZABURZENIA DEPRESYJNE?

1 na 10 wizyt (9,3%) w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu w USA skutkuje zapisaniem leku przeciwdepresyjnego [8]. Jednak **jedynie w 44% postawione zostaje formalne rozpoznanie zaburzeń depresyjnych lub zaburzeń lękowych**. Co ciekawe, ten paradoks jest jeszcze większy w przypadku wąskich specjalności, np. endokrynologów czy kardiologów, którzy zapisują antydepresanty u 3,6% pacjentów, ale tylko u 12,8% zostaje to sformalizowane diagnozą. Generalnie ostatnie lata przynoszą zasadniczy wzrost liczby recept na środki przeciwdepresyjne, co świadczy o wzrastającej odwadze [8].

W amerykańskich badaniach wskazano, że dominującą formą terapii proponowaną przez lekarzy pierwszego kontaktu w przypadkach depresji jest [16]:

- farmakoterapia – 51,9%
- farmakoterapia połączona z psychoterapią – 27,3%
- psychoterapia – 4%
- inna – 16,2%.

Występują też różnice w formie terapii w zależności od tego, **kto** jest lekarzem pierwszego kontaktu:

- Farmakoterapię preferują częściej:
 - lekarze internści
 - lekarze mężczyźni.
- Farmakoterapię połączoną z psychoterapią preferują częściej:
 - lekarze rodzinni
 - lekarze kobiety.

JAKIE SĄ GRANICE KOMPETENCJI POMIĘDZY LEKARZAMI PIERWSZEGO KONTAKTU A SPECJALISTAMI PSYCHIATRII?

Ograniczenia kompetencyjne lekarzy pierwszego kontaktu należy rozważyć w przypadku:

- depresji psychotycznej
- depresji w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych

- depresji lekoopornej
- depresji z zagrożeniem samobójczym.

Tego typu ograniczenia kompetencyjne są i tak względne i warto je respektować wyłącznie w okresie zaostrzenia zaburzeń, leczenia specjalistycznego czy szpitalnego.

Według zaleceń amerykańskiego Narodowego Centrum Opieki Podstawowej leczenie przez lekarzy pierwszego kontaktu jest najbardziej efektywne w przypadku zaburzeń depresyjnych o nasileniu łagodnym i umiarkowanym [12]. Ale też zaburzeń o takim nasileniu jest najwięcej.

Z kolei Amerykańskie Kolegium Medycyny Zapobiegawczej [17] stwierdziło, że **lekarze pierwszego kontaktu powinni badać wszystkich dorosłych w kierunku zaburzeń depresyjnych**. Podkreślono, że gabinety lekarzy pierwszego kontaktu są „najwcześniejszą i najlepszą okazją do identyfikacji depresji”. Wskazano, że dwa proste pytania:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś się przygnębiony, „zdołowany” lub brakowało ci nadziei?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że nic cię nie interesuje lub nie znajdujesz przyjemności w robieniu czegokolwiek?

mają – w przypadku dwóch odpowiedzi twierdzących – łączną czułość 97% i specyficzność 67% w wykrywaniu zespołów depresyjnych.

PODSUMOWANIE

1. Przejęcie części ciężaru leczenia zaburzeń depresyjnych przez lekarzy rodzinnych jest w istocie konieczne wobec z jednej strony powszechnego występowania zaburzeń depresyjnych, a z drugiej – ograniczeń dostępu do specjalistów psychiatrów.
2. Wprowadzenie nowych generacji leków przeciwdepresyjnych, charakteryzujących się fundamentalnym bezpieczeństwem stosowania, m.in. tianeptyny i escitalopramu, stworzyło podstawy do takiej organizacji świadczeń.
3. Trudności lekarza rodzinnego z podejmowaniem decyzji o leczeniu przeciwdepresyjnym są często subiektywne. Oznacza to potrzebę edukacji tej grupy specjalistów.
4. W ostatnich latach występuje korzystny trend, niezależny od częstości rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych, do wydłużania farmakoterapii depresji przez lekarzy rodzinnych.

PIŚMIENICTWO

1. Łoza B, Parnowski T. Nowa depresja. Nowe leczenie. Medical Education, Biblioteka „Neuropsychiatrii”, Warszawa 2012.
2. Cassels C. Antidepressant use on the rise as Americans become more accepting of psychiatric medications. *Medscape Medical News* 2009.
3. Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ* 2009; 339: b3999.
4. Healy M. Antidepressants in primary care: is this any way to treat depression? *Los Angeles Times* 2011 [online: <http://articles.latimes.com/2011/aug/04/health/lat-he-depression-treatment-20110804>].
5. IMS Institute for Healthcare Informatics. *The use of medicines in the United States: Review of 2010*. IMS; Parsippany, NJ 2011: 36.
6. Instytut Psychiatrii i Neurologii. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009*. IPIŃ; Warszawa 2010: 211.
7. MacArthur Initiative on Depression & Primary Care [online: <http://www.depression-primarycare.org/>].
8. Blount A. Integrated primary care: organizing the evidence. *Families, Systems & Health* 2003; 21: 121-134.
9. Łoza B. Depresja u osób z zespołem metabolicznym i cukrzycą. W: Mamcarz A.: *Zespół metaboliczny*. Medical Education; Warszawa 2008, wydanie II, rozdział 44: 529-544.
10. Schimelpfening N. Which doctor is best for treating depression? *About.com Depression* 2012 [online <http://depression.about.com/cs/findadoc/a/bestdoctor.htm>].
11. Mosiołek A. Depresja i terapia tianeptyny. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 2012; 4(2): 5-10.
12. Starr C. Primary care doctors: treat or refer depressed patients? *Medscape* 2011 [online: <http://www.medscape.com/viewarticle/746112>].
13. Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(513): 280-286.
14. Łoza B. Jak zmierzyć równocześnie lęk i depresję. *Szpitalna Skala Lęku i Depresji. Wiadomości Psychiatryczne* 2011; 14(4): 3-7.
15. Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith JL, Gallovic B. Barriers to Initiating Depression Treatment in Primary Care Practice. *J Gen Intern Med.* 2002; 17(2): 103-111.
16. Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R. Depression treatment in primary care. *JABFM* 2005; 18: 79-86.
17. Nimalasuriya K, Compton MT, Guillory VJ, Prevention Practice Committee of the American College of Preventive Medicine. Screening adults for depression in primary care: A position statement of the American College of Preventive Medicine. *Family Practice* 2009; 58(10): 535-538.

Adres do korespondencji:

Bartosz Łoza

Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

tel.: (22) 758-63-71, fax: (22) 758-75-70

e-mail: bartosz.loza@wp.pl