

## الإكتئاب - استشارة أولية قائمة على الأدلة

### المؤلفين:

- **Bruce Arroll**, Professor of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, New Zealand.
- **Weng Y Chin**, Assistant Professor, Department of Family Medicine and Primary Care, The University of Hong Kong.

**Christopher Dowrick**, Professor of Primary Care, University of Liverpool UK; Chair of Working Party for Mental Health, World Organisation of Family Doctors (WONCA).

### المراسلات:

**Bruce Arroll contact details here [bruce.arroll@auckland.ac.nz](mailto:bruce.arroll@auckland.ac.nz) Private Bag 92019**

**Auckland 1142 New Zealand Ph 64-9-9236978**

### شكر وتقدير

• نحن ممتنون لأعضاء الفريق العامل المعني بالصحة العقلية التابع ل ونكا على تعليقاتهم على نسخة سابقة من هذه الوثيقة.

الرسائل الرئيسية (تتطابق كل رسالة مع عنوان في الأقسام أدناه)

1. الاكتئاب شائع في الرعاية الأولية.
2. معظم المرضى الذين يعانون من الاكتئاب مع أعراض جسدية.
3. افتح المشاورة عن طريق إدراج الصحة العقلية.

4. قد يكون التمييز بين الضائقة النفسية والاكتئاب صعباً للغاية خاصة في الزيارة الأولى.
5. لماذا لا يقوم الأطباء بتشخيص الصحة العقلية.
6. ما مدى أهمية تشخيص الاكتئاب مقابل القلق مقابل شيء آخر مثل سماعه وفهمه؟
- 7 - هناك طريقة سريعة لاستبعاد الاكتئاب تتمثل في استخدام سؤالين.
- 8 - يستلزم الرد الإيجابي على أسئلة 'الفرز' مزيداً من الاستكشاف.
9. لا تشير نتائج مخزونات الاكتئاب المرتفعة بالضرورة إلى الاكتئاب ومن المرجح أن تكون أقل في الزيارة التالية.
10. النظر في العلاجات التعاطفية وغير الدوائية أولاً.
- 11 - هل ينبغي وصف مضادات الاكتئاب في الزيارة الأولى؟
12. كن على بينة من مخاطر الوصفة المضادة للاكتئاب في وقت مبكر.
13. فكر في إجراء مكالمات هاتفية للمريض بين الزيارات - فهي فعالة.
14. انظر المريض مرة أخرى في أسبوع واحد أو تفاوض على الفاصل الزمني

### 1. الإكتئاب أمر شائع في الرعاية الصحية الأولية :

الإكتئاب: يفهم منه عادة أنه اضطراب عقلي يتسم بأسبوعين على الأقل من تدني المزاجية في معظم الحالات ، وكثيراً ما يفتقرن بإنخفاض احترام الذات ، فقدان الإهتمام بالأنشطة الممتعة بالعادة، وانخفاض الطاقة، والألم دون سبب واضح .

منظمة الصحة العالمية التعاونية أجرت دراسة قطرية عن المشاكل النفسية في الرعاية الصحية العامة. (منظمة الصحة العالمية wonca بـغك)، أوضحت أن حوالي 14 في المائة (6،2% - 9،15%) من الأفراد الزائرين في مجال الرعاية الصحية الأولية يعانون من الإكتئاب الحاد. [1]

الدراسة الطولية للتحقق من الإكتئاب ( ليدو LIDO ) أفادت بأن معدل انتشار الإكتئاب في الرعاية الصحية الأولية أعطت نتيجة مشابهة بمقدار 13% (بنطاق 4-23%). [2]

## 2. أن معظم مرض الإكتئاب الحالي يبرز بأعراض جسدية:

45-95% من مرضى الإكتئاب يبرزون بأعراض جسدية و 11% لا يبلغون عن أي اعراض نفسية. [3]

قد يكون من السهل عمل مسح لإكتشاف الأعراض الجسدية للإكتئاب كالنوم، الطاقة، الشهية، الحركة وربما التركيز، وذلك قبل فحص المزاج، المتعة، الشعور بالذنب والأحاسيس الإنتحارية. [4]

إذا كنت تعتقد أنه قد يكون هناك مشكلة في المزاج يمكن أن تسأل إذا كانوا تحت ضغوط في الآونة الأخيرة – حيث أن معظم الناس على الأرجح تحت بعض الضغوط – إذا كانت الإجابة بنعم، املاً استمارة مقياس الإكتئاب مثل: (استبيان صحة المريض-9-فق-9) (PHQ-9)، مقياس الإكتئاب للمستشفى (اكتئاب كان-د)

(HAD-D) ، بيك لقياس مخزون الإكتئاب (BDI) ، ممكن أن تكون مفيدة جداً. [5]

## 3.فتح التشاور بما في ذلك الصحة النفسية:

نظرًا لأن معظم المشورات تبدأ بالأعراض الجسدية، على الأطباء زيادة الإعتبار عن إمكانية وجود أسباب صحية نفسية، إلى جانب الأسباب الجسدية، خاصة إذا كانت هذه الأسباب لا تؤدي في مجملها إلى تشخيص جسدي.

- القيام بذلك مباشرة : كيف المزاج؟ أو نفسيتك مؤخرًا؟
- أو بشكل غير مباشر : أسأل عن النوم، والطاقة، والتركيز، والتمتع بالحياة، إذا كانت غالبية الإجابات إيجابية، فاسأل مباشرة عن الإكتئاب.

هذه ليست للكشف عن الإكتئاب ولكن للبحث عن الحالات، كما أن الطبيب يتعامل الآن مع مريض ذو أعراض ممكن أن تعني أن هناك عنصرًا للمزاج في المشورة الطبية. يعتبر الكشف عن الاكتئاب مثيراً للجدل.[6]

إذا كنت غير متأكد بإمكانك أن تسأل المريض إذا كان لايمانع من ملء قائمة جرد الإكتئاب مثل ( فق-9 ( PHQ-9))، إذا كان طبيعي، تابع الجوانب الصحية الجسدية، أما إذا كانت إيجابية يمكنك التطرق لهذا الموضوع قائلاً: ( هذا الإستبيان يوحي بأنه قد يكون لديك مشاكل مع حالتك المزاجية – ماذا تعتقد؟

الكثير من المرضى سيكونون منفتحين تمامًا للطبيب لأكتشاف اهتمامتهم النفسية كذلك.

ومع ذلك، بعض المرضى يمكن أن يكون توجههم جسدي أكثر ( أي ليس توجه نفسي) فلا يتقبل التشخيص من الناحية النفسية، من المهم أن لا تصبح هذه النقطة محل خصومة، ولكن التنبيه لها يسمح بمناقشتها مع المريض في وقت لاحق.

4. قد يكون التمييز بين الضائقة النفسية والاكتئاب صعبا للغاية خاصة في الزيارة

## الأولى

ويعد إجراء تشخيص للصحة العقلية في إطار الرعاية الأولية أمرا صعبا. وكما لخصه أحد الأطباء العاميين 'نحن في الواقع نخاطر بإدارة العيش في منطقة الشفق

المجيدة من عدم اليقين' [7]. فإجراء تشخيص الاكتئاب يكون بشكل أكثر أماناً إذا تم خلال أكثر من زيارة واحدة. [8]

ويتمثل التحدي الرئيسي الذي يواجهه في تعريف الحالة وتحديد مكان الوقف بين الضائقة النفسية والاكتئاب السريري. وعادة ما يكون أطباء الرعاية الأولية قادرين على التعرف على المرضى الذين يعانون من الضائقة نتيجة للمشاكل في حياتهم، ولكن يجدون صعوبة أكبر في تقرير ما إذا كانت القضايا هامة سريريا وما إذا كان ينبغي إجراء تشخيص صريح للصحة النفسية أم لا. في دراسة تحليل تجميعي قام بها ميتشيل وآخرون. وجدت أن 50٪ أكثر عرضة لتشخيص الاكتئاب عندما لا يكون موجوداً، أكثر من التعرف على حالة بشكل صحيح، أو تفوت حالة عندما تكون موجودة. [9]

ومسألة الضائقة معترف بها في الرعاية الأولية، ولكن كان هناك عمل محدود بشأن كيفية قياسها. وقد تم التحقق منها بإستبيان من هولندا بقياس الإجهاد والقلق والاكتئاب والجسمنة ويعرف بإسم DSQ-4. [10،11] قيده الرئيسي هو أنه يحتوي على 50 سؤالاً مما يجعله أقل فائدة في مشاورات الرعاية الأولية القصيرة.

## 5. لماذا لا يقوم الأطباء بتشخيص الصحة العقلية:

هناك العديد من الأسباب التي تجعل الأطباء لا يستطيعون إجراء تشخيص للصحة النفسية حتى لو كانوا على علم بأن المريض يعاني من ضائقة نفسية.

وعادة ما يتم تدريب الأطباء على استكشاف الجوانب الفيزيائية أولاً بناء على فرضية أنه من الممارسات السيئة أن تفوت التشخيص البدني ولكن أقل إشكالية لتفويت تشخيص الصحة العقلية. [7] أطباء الأسرة يميلون إلى التفكير من حيث المشاكل بدلاً من التشخيص، وربما لا يسمى المريض الذي يعاني من اكتئاب ما لم يخطط لعلاجه. [12,13]

وفي بعض البلدان، قد لا يسمح لأطباء الأسرة بإجراء تشخيص للصحة النفسية، ومن المتوقع أن يحيلوا جميع الحالات المشتبه فيها إلى طبيب نفسي.

بعض الأطباء لا يحبون التعامل مع قضايا الصحة العقلية. [7] وبعضهم يتردد في استكشاف القضايا النفسية والاجتماعية في حالة فتح صندوق باندورا، [7] وتكمن السخرية في أن الأمل يوجد أسفل صندوق باندورا. وتجنب البعض ذلك بسبب انعدام الثقة أو الشعور بمهارة أقل في رفع قضايا الصحة العقلية. [14] قد تكون هناك قضايا تتعلق بالهشاشة العاطفية الخاصة بالطبيب - كما وصفها قصيدة شاعر غب غلين كولكوهون، 'رأيت امرأة شابة ل تكرار وصفة طبية. كانت قصتها كبيرة لدرجة أنني لم أكن أسأل عن ذلك في الصباح عندما يكون اليوم هشاً مع الحاجة'. هنا الطبيب لا يشعر عاطفياً بالقدرة على التعامل مع القضايا المعقدة المتوقعة التي يشكو منها المريض الحزين. [15]

بعض الأطباء لديهم مخاوف بشأن وصمة العار للمريض [7] في حين أن البعض الآخر يشعر بالقلق إزاء التأثير على مطالبات التأمين في المستقبل إذا تم تشخيص الاكتئاب في السجلات الطبية. [7]

قد يرى بعض الأطباء أن العديد من الحالات التي يتم تشخيصها حالياً على أنها اضطراب اكتئابي كبير، وخاصة تلك المتعلقة بأشكال أخرى من الخسارة، يتم فهمها بشكل أفضل ضمن نموذج من الحزن الذي لا يفترض العلاج الدوائي. [16، 17]

## 6 . ما مدى أهمية تشخيص الاكتئاب مقابل القلق مقابل شيء آخر مثل سماع

### المريض وفهمه؟

هناك تداخل كبير في الأعراض بين الإكتئاب واضطرابات القلق. وجدت دراسة ماقي من ويلينغتون، نيوزيلندا أن 18.1% من مرضى الرعاية الأولية استوفوا معايير الاكتئاب على مدى الاثني عشر شهرا الماضية ولكن 56% منهم لديهم القلق المشترك حسب مقياس DSM-4 الرابع و20% منهم يعاني من استخدام المخدرات

واضطراب الإدمان. [18] قد يعاني بعض الأشخاص الذين يشتكون من أعراض غير مفسرة طبياً من القلق أو الإكتئاب. سيكون هناك مصطلح جديد في إيسد-11 يسمى الاكتئاب القلق الذي يتضمن القلق المختلط بالإكتئاب. [19]

تتحسن دقة التشخيص على مدى فترة من الرصد والأطباء أكثر قدرة على إجراء تشخيص الإكتئاب في المرضى الذين رأوهم عدة مرات. [8]

الفهم المشترك لمشاكل المريض هو المهم. وقد يشمل ذلك فهم الجوانب الثقافية ذات الصلة بالمريض. إن إقامة علاقة مع المريض والحصول على ثقته، يسمح للمرضى بالإطلاع على قصصهم وأظهار احترامهم والسماح بالشراكة في الشفاء. [20] هناك مقاربات منظمة لتعزيز مهارات التواصل بين الأطباء مثل طرح خمسة أسئلة) نهج باث (ماذا يجري في حياتك، ما هو شعورك حيال ذلك، ما يزعجك أكثر حول هذا، كيف تتعامل مع ذلك، لابد أن يكون هذا صعباً بالنسبة لك [20]

ينصح بالإستماع النشط. [21] حيث يوصي الأستاذ الراحل إيان ماكوهيني بأن 'أكبر مشكلة في المقابلات السريرية هي عدم السماح للمريض بإخبار قصته' [22]. بالرغم من أن سياق المريض مهم أيضاً، لكن إضافة الاستقصاء عن المخاوف المتعلقة بالصحة العقلية، والشعور بالوحدة، والظروف الجسدية المرضية، والعنف الأسري، والإيذاء الجنسي والجسدي، والجريمة، والحرب، والهجرة، والتشرد ضروري أيضاً.

## 7. وهناك طريقة سريعة لاستبعاد الاكتئاب تتمثل في استخدام سؤاليين.

نحن لا نوصي بالمسح هنا. هذا للمريض حيث أعراض العرض جسدي والتشخيص البدني بعيد المنال. واحتمال حدوث اضطراب عقلي/ ضائقة نفسية سيكون أعلى بكثير مما يراه في عدد السكان الذين يعانون من الفرز كلما زادت الأعراض الجسدية هناك، كلما زاد احتمال وجود تشخيص للصحة العقلية. وسيكون معدل

الانتشار في مثل هذا الوضع السريري أعلى مما هو عليه في سكان الفرز، وبالتالي يعتبر النشاط بمثابة استنتاج للحالة [23]

1. هل شعرت بالاكتئاب أو حالة يأس خلال أغلب أو كل الشهر الماضي؟

2. هل فقدت الاهتمام أو المتعة في جميع أو معظم الأنشطة خلال الشهر الماضي؟

النتيجة السلبية للسؤالين تقريبا يستبعد الاكتئاب. [24]

8. يستلزم الرد الإيجابي على أسئلة الفرز مزيداً من الاستكشاف.

إذا كانت أجابة المريض بنعم على أي سؤال قد يكون مصاباً بالاكتئاب سيساعد

PHQ-9 أو أي مقياس آخر لمخزون الاكتئاب في إعطاء درجة الشدة. [25]

يجب على أطباء العائلة النظر دائماً في خطر الانتحار والقدرة الوظيفية للمريض.

وقد طرحت أسئلة حول الانتحار والعمل. ومن بين عموم السكان الذين ينتحرون،

وجد مانسبته 41 في المائة من المرضى كانوا ضمن الرعاية الداخلية في السنة

السابقة للوفاة، وقد تصل نسبة الانتحار إلى 9 في المائة خلال يوم واحد من

الخروج. الأرقام المقابلة هي 83% و 20% للممارسين العاميين. ومن بين أولئك

الذين يموتون عن طريق الانتحار، فإن الاتصال بالخدمات الصحية أمر شائع قبل

الوفاة. [26] ويوصي المعهد الوطني للرعاية الصحية المتميز (مجموعة المبادئ

التوجيهية في المملكة المتحدة) " بأن يسأل الناس دائماً عن الاكتئاب مباشرة وعن

الأفكار الإنتحارية و دلالات عن وجود حالة خطر لإيذاء النفس أو الإنتحار. [27]

"

ويمكن إجراء تقييم غير رسمي للوظيفة عن طريق سؤال المريض عن الصعوبات

التي تواجهها في الأوضاع الاجتماعية والمهنية والأسرية.



عند هذه النقطة من المهم التحقق من أي تاريخ سابق للهوس حيث أن حوالي 10% من زائري الرعاية الأولية الذين يوصف لهم أدوية مضادة للاكتئاب يعانون حقيقةً من اضطراب ثنائي القطب لم يتم اكتشافه. [28] ينصح أيضا بالتقييم للكحول وتعاطي المخدرات.

**9. لا تشير نتائج مخزونات الاكتئاب المرتفعة بالضرورة إلى الاكتئاب ومن المرجح أن تكون أقل في الزيارة التالية.**

PHQ-9 يعطي مقياسًا للضيق والمرضى يمكن أن يحصلوا درجات عالية جدًا وبالرغم من ذلك لا يكونوا مكتئبين . [29] البحوث التي أجريت في المملكة المتحدة تشير إلى أن درجة من 12 أو أكثر في PHQ-9 (الحد الأقصى هو 27 درجة) قد يكون أفضل استخدام عند اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان ينبغي تقديم العلاج الفعال (عادة غير دوائية أولاً) حيث أظهرت هذه النتيجة خصوصية أكبر، ونفس الحساسية من درجة 10 للاكتئاب الرئيسي في سكان المملكة المتحدة. [30]

هناك أدلة على أن 60% من مرضى الرعاية الصحية الأولية سوف تنتهي أعراض الاكتئاب على مدى سنة واحدة حتى لو لم يتم التعرف على أعراض الاكتئاب في الزيارة الأولى. 31 العديد من درجات المرضى أقل بالفعل في الأسبوع التالي - إما بسبب الانحدار إلى المتوسط أو بعد أن مناقشة أعراضهم مع الطبيب (ودعا الدكتور مايكل بالينت هذا "الطبيب كما الدواء").

## **10. النظر في العلاجات التعاطفية وغير الدوائية أولاً**

ونحن نشجعكم على البدء مع العلاجات غير الدوائية لمعظم المرضى. توصي المبادئ التوجيهية لنايس بعدم بدء الدواء في مستويات الأقل شدة ولكن توصي باستخدام العلاجات غير الدوائية. [32]

النظر في محاولة التدخلات النفسية والاجتماعية منخفضة الكثافة أولاً. وقد تشمل هذه:

- تنظيم النوم الصحي،
- مبادئ المساعدة الذاتية الفردية في العلاج السلوكي المعرفي ،
- العلاج السلوكي المعرفي المحوسب (مثل moodgym.com) مع أو بدون تحفيز،
- معالجة حل المشكلات،
- التنشيط السلوكي،
- النشاط البدني (موصى به في مجموعات)،
- التعليم النفسي - شرح أسباب الاكتئاب يمكن تطبيع التشخيص والحد من وصمة العار الذاتي والحد من اللوم،[33]
- ثبت أن العلاج الجماعي فعال في البلدان النامية.[34]

ووجد استعراض كوكرين أن ممارسة الرياضة أكثر فعالية من تدخل السيطرة للحد من أعراض الاكتئاب، ولكن ليست أكثر فعالية من العلاجات النفسية أو الدوائية. [35] في عام 2016 أوجدت تجربة منضبطة عشوائية RCT في هالغرن ،أن ممارسة الرياضة مفيدة للاكتئاب حتى عندما تكون خفيفة ( مثل اليوجا، والتمدد (على العكس من المعتدلة والحيوية، وعندما يتم إجراؤها مرة واحدة في الأسبوع [36]. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تكون هناك فوائد للقلب والأوعية الدموية والتمثيل الغذائي للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

علاج القبول والالتزام (ACT) هو الموجة الثالثة للعلاج السلوكي المعرفي الذي يتضمن عنصر الذهن. ويستخدم لمقاربة النهج التشخيصي، ويعتبر المرضى 'عالقين' بدال تشخيصهم بالاكتئاب أو القلق. [37] الوقت محدود وينفق في التشخيص في الرعاية الأولية مع التركيز على الاستمرار في العلاج لأن كثير من المرضى لن يعودوا للزيارة الثانية [38]

## 11. هل ينبغي وصف مضادات الاكتئاب في الزيارة الأولى؟

ولا يوجد حالياً أي دليل على العلاج الذي يجب أن يبدأ في الزيارة الأولى. ما هو معروف هو أن حجم فائدة الأدوية المضادة للاكتئاب يزيد مع شدة أعراض الاكتئاب، وربما تكون ضئيلة أو معدومة، في المتوسط، في المرضى الذين يعانون من أعراض خفيفة أو معتدلة. أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من اكتئاب حاد جداً، فإن فائدة الأدوية على الدواء الوهمي أكثر أهمية بكثير. [39] وبما أن معظم المرضى في مجال الرعاية الأولية هم في نطاق بسيط إلى معتدل، وكثيرون من المرضى في النطاق الشديد سيصبحون في نطاق بسيط إلى معتدل بسرعة إلى حد ما، فإن معظم المرضى لن يستفيدوا من مضادات الاكتئاب.

## 12. كن على بينة من مخاطر الوصفة المضادة للاكتئاب في وقت مبكر

هناك العديد من مخاطر الوصف المبكر: المريض قد لا يعود. قد يكون لديهم صعوبة في وقف أدويتهم. قد تكون الجرعة زائدة عليه، والعديد من المرضى سيكون لديهم آثار سلبية. [40]

نحن لا نقترح استخدام مضادات الاكتئاب بشكل روتيني لعلاج أعراض الاكتئاب دون العتبة المستمرة أو الاكتئاب الخفيف لأن نسبة المخاطر للمنافع ضعيفة. معظم الناس لا تستفيد من مضادات الاكتئاب، والتحسن هو أكثر نتيجة استجابة وهمية بدلاً من الإستجابة للدواء. وبالنسبة لأعراض الاكتئاب الخفيفة إلى المعتدلة، فإن استجابة الدواء الوهمي ستكون حوالي ثماني مرات أكثر احتمالية من الاستجابة الحقيقية للعقاقير. [39] وبما أن معظم المرضى من المرجح أن يحصلوا على استجابة وهمية، فمن المرجح أن يعطوا الدواء الائتمان بدلاً من وجهة نظرهم العالمية المتغيرة. وقد يطلبون الأدوية في المرة القادمة التي يشعرون فيها بالأسى، وبالتالي يدفعون المعاناة الطبية. [41]

المشاكل المرتبطة بأعراض الإنسحاب عند محاولة وقف هذه الأدوية أيضا تحتاج إلى اعتبار لأنها يمكن أن تؤدي إلى الإستخدام غير الضروري على المدى الطويل لمضادات الاكتئاب. [41]

نايس ينصح بتجنب العلاج الدوائي ما لم يكن هناك تاريخ مرضي سابق من الاكتئاب المعتدل أو الشديد الذي استمر بعد التدخلات الأخرى، أو أعراض عتبة فرعية موجودة لفترة طويلة فيما لا يقل عن عامين عادة. [32]

### 13. النظر في مكالمة هاتفية للمريض بين الزيارات - فهي فعالة

وفي تجربة معشاة ذات شواهد، الرعاية الصحية عن بعد التي تقودها الممرضات تحسن النتائج السريرية ورضا المرضى [42]. وفي كل مكالمة هاتفية، تسأل ممرضة العيادة المريض عن أي مخاوف تتعلق بالأدوية المضادة للاكتئاب، وتقدم اقتراحات بشأن كيفية التعامل مع الآثار الجانبية الطفيفة، وعلى أهمية تناول الدواء بانتظام. وتقدم الممرضة الدعم العاطفي وتساعد المرضى على تحديد الأنشطة التي تساعدهم على الإستعداد لمحاولة أن يكونوا أكثر نشاطاً وإيجاداً للمتعة. وعلاوة على ذلك، يمكن للممرضة أيضا معالجة القضايا المتعلقة بالحالات الطبية الأخرى ومناقشة الصحة العامة للمريض. [42] قد لا تكون الممرضة متوفرة في بعض الخدمات الصحية. استخدمت دراسة في ألمانيا مساعدين للرعاية الصحية لهذه المهمة [43]

### 14. انظر المريض مرة أخرى خلال أسبوع واحد أو تفاوض على الفاصل الزمني

لا توجد قاعدة مثبتة لإختيار مثل هذا الفاصل الزمني ولكن نحن نتأثر بتعليقات طبيب عام المملكة المتحدة في 'دليل من الداخل إلى الاكتئاب' حيث تقول " زرنا في كثير من الأحيان في البداية، أسبوع هو وقت طويل في المناظر الطبيعية لدالي .

ثلاثة أسابيع لا يمكن تصورها تقريبا" [44]

ونحن نقر بأن المتابعة الأسبوعية قد لا تكون ضمن موارد بعض الخدمات الصحية وأن عوامل مثل الشدة قد تؤثر على المناقشة.

إقرار إخلاء المسؤولية :

يعمل المؤلفون جميعاً في البلدان المتقدمة ويدركون أن بعض اقتراحاتنا قد لا تكون ممكنة في جميع البلدان. إن قضايا اللغة والحرب والهجرة والمسافة والثقافات التي تفضل المعاملات الشفهية بدلاً من المعاملات الكتابية والموظفين وترجمة الاستبيانات والأدوار المحدودة لممارسي الرعاية الصحية الأولية في الصحة العقلية سوف تعدل من قدرة بعض الممارسين على متابعة اقتراحاتنا

روابط لمواقع ونكا الأخرى.

#### المصادر:

1. Ormel J, Vonkorff M, B U, et al. Common mental disorders and disability across cultures. JAMA 1994;**272**:1741-48.
2. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychol Med 2002;**32**(5):889-902.
3. 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):1329-35.
4. Schumann I, Schneider A, Kantert C, et al. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. Fam Prac 2012;**29**(3):255-63.
5. Mulrow CD, Williams JW, Jr., Gerety MB, et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995;**122**(12):913-21.
6. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(4) 2005.
7. Dew K, Dowell A, McLeod D, et al. "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand. Soc Sci Med 2005;**61**(6):1189-200.
8. Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. Br J Gen Pract 2004;**54**(508):838-42.

9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;**374**(9690):609-19.
10. Terluin B, Smits N, Miedema B. The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: a validation study. *Eur J Gen Pract* 2014;**20**(4):320-6.
11. Geraghty AW, Stuart B, Terluin B, et al. Distinguishing between emotional distress and psychiatric disorder in primary care attenders: a cross sectional study of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). *J affect disord* 2015;**184**:198-204.
12. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, et al. Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *J Gen Int Med* 1999;**14**(9):569-80.
13. Rost K, Smith R, Matthews DB, et al. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1994;**3**(4):333-7.
14. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *BMC fam pract* 2013;**14**:46.
15. Wilson H, Cunningham W. *Being a doctor: understanding medical practice*: Published by Otago University Press. PO Box 56 / Level 1, 398 Cumberland Street, Dunedin, New Zealand, 2013.
16. Parker G. Opening Pandora's box: how DSM-5 is coming to grief. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;**128**(1):88-91.
17. Dowrick C. *Beyond depression: a new approach to understanding and management*: Oxford University Press, 2009.
18. Magpie Research Group. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on mental health and general practice investigation (MAGPIE). *NZ Med J* 2003;**116**:1171-85.
19. Goldberg D, Klinkman M. Primary Health Care and the ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;**10**(1):33-7.
20. Lieberman JA, 3rd, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;**1**(2):35-38.
21. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician* 2005;**34**(12):1053-5.
22. Freeman TR. *McWhinney's textbook of family medicine fourth edition* Oxford University Press 198 Madison Avenue New York, NY 10016, 2016.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;**3**(9):774-9.
24. 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.
25. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric ann* 2002;**32**:509-21.
26. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br j psychiatry* 1998;**173**:462-74.

27. The National Institute for Health Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. nice.org.uk/guidance/cg90 Updated 2016 2016 [
28. Hughes T, Cardno A, West R, et al. Unrecognised bipolar disorder among UK primary care patients prescribed antidepressants: an observational study. *Br J Gen Pract* 2016;**66**(643):e71-7.
29. Arroll B, Moir F, Kendrick T. Effective management of depression in primary care *Br j gen pract open* 2017 in press. 2017.
30. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007;**57**(541):650-2.
31. Chin WY, Chan KT, Lam CL, et al. 12-Month naturalistic outcomes of depressive disorders in Hong Kong's primary care. *Fam pract* 2015;**32**(3):288-96.
32. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23, 2007.
33. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009;**7**:79.
34. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br j psychiatry* 2006;**188**:567-73.
35. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama* 2014;**311**(23):2432-33.
36. Hallgren M, Vancampfort D, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the "pill" is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;**12**:2715-21.
37. Harris R. *ACT made simple. An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy* 5674 Shattuck Avenue Oakland CA 94609: New Harbinger Publications Inc 2009.
38. Strosahl K, Robinson P, Gustavsson T. *Brief interventions for radical change: principles and practice of focussed acceptance and commitment therapy* 5674 Shattuck Avenue, Oakland, CA 94609: New Harbinger Publications 2012.
39. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 2010;**303**(1):47-53.
40. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Phys* 2006;**74**(3):449-56.
41. Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;**347**(7):f7140.
42. Hunkeler E, Merseman JF, Hargreaves WA, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam med* 2000;**9**:700-8.
43. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;**86**(1):114-9.
44. McKall K. An insider's guide to depression *BMJ* 2001(323):1011.