

Как представлены депрессивные переживания в системе первичной помощи в Нидерландах

Головчанова Н.¹, Кайн Й.²

¹ Головчанова Надежда Сергеевна

кандидат психологических наук, психолог; государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Ярославской области «Ярославский областной геронтологический центр», ул. Маяковского, 63, Ярославль, 150007, Российская Федерация. Тел.: 8 (485) 224-02-32.

E-mail: thelifetraveler@gmail.com

² Др. Кайн Йоланде

PhD, доцент кафедры психологии развития и психогеронтологии, Университет Радбауд, Comeniuslaan 4, 6525 HP Nijmegen, Netherlands. Тел.: +31 24 361 61 61.

E-mail: y.kuin@psych.ru.nl

Copyright ©: Головчанова Н., Кайн Й.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования, проведенного в 2012–2013 гг. и направленного на описание современной системы первичной психологической помощи в Нидерландах. Особое внимание уделено диагностике и подходам к работе с депрессией в системе первичной помощи. В настоящее время распространенность депрессии среди заболеваний в мире крайне высока, и проблемы недостаточности диагностики и поиска наиболее эффективных подходов к работе с депрессией широко обсуждаются. Посредством анализа литературы и интервью с практикующими в системе первичной помощи психологами мы создали качественное описание процесса распознавания депрессивных проявлений и подходов к работе с ними в условиях системы первичной помощи. Основные результаты по распознаванию депрессии включают описанные нами поведенческие паттерны, проявляющиеся во время консультации со специалистами. Это описание расширяет общепринятые критерии диагностики депрессии до возможности наблюдения во время консультации. Конкретные предложения по работе с депрессией, высказанные в интервью, дополняют шаги Междисциплинарного Алгоритма для Депрессии в Нидерландах и включают обращение к конкретным сферам жизни клиента, помощь клиентам в восстановлении отношений, активизацию клиента, помощь в выражении чувств, внимание к этиологии текущих проблем. Предельные цели консультирования, в восприятии психологов системы первичной помощи, в целом ориентированы на повышение автономности, свободы и выбора у клиентов. Эти понятия, вероятно, отражают ценности, важные в обществе Нидерландов в настоящее время.

Ключевые слова: первичная психологическая помощь; психологическое консультирование; психотерапия; депрессивные переживания; подходы к лечению.

УДК 159.9:616.89-008.454-08

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Головчанова Н., Кайн Й. Как представлены депрессивные переживания в системе первичной помощи в Нидерландах // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 9. doi:10.24411/2219-8245-2014-00003

Поступила в редакцию: 27.11.2013 Прошла рецензирование: 22.12.2013 Опубликовано: 01.01.2014

Введение

Первичная помощь является устоявшейся составляющей системы здравоохранения во многих европейских странах. В Нидерландах первичная помощь для людей с психологическими затруднениями представлена врачом общей практики, социальным работником и психологом, а в последнее время также специально

подготовленными практикующими медицинскими сестрами и координаторами медицинских услуг. Будучи составной частью пошаговой системы помощи, первичная система психологической помощи предлагает краткосрочную психологическую поддержку в географической близости от клиента и предназначена для клиентов всех возрастов. Система первичной психологической помощи работает с затруднениями, которые появились в первый раз, длятся не более 6 месяцев и являются реакцией на идентифицируемый стрессор. Врач общей практики играет роль «хранителя врат», направляя клиентов с психологическими сложностями к психологу или другим профессионалам. В Нидерландах сама идея оказания такой помощи впервые появилась в конце 1970-х годов [3].

В настоящее время систему первичной помощи называют завораживающей лабораторией для психологов, позволяющей создавать инновационные подходы работы с проблемами по здоровью в 21 веке [8]. Приняв био-психо-социальную модель в качестве теоретического фундамента, психологи системы первичной помощи ставят целью своей работы хорошее качество жизни клиентов и их крепкие межличностные отношения. Эта цель достигается путем усиления здоровых характеристик клиента, включением в процесс консультирования клиентскую систему (семью, родственников и других значимых людей), применением техник из различных психологических подходов и сотрудничеством с другими специалистами системы первичной помощи [3].

Многочисленные исследования посвящены различным аспектам практики в рамках первичной помощи, в частности, общей эффективности лечения [5; 8; 10], подходам к конкретным психологическим темам или расстройствам [9; 16], проявлениям и распознаванию затруднений [6], кросс-культурным вопросам в оказании помощи [12; 13]. Тем не менее, еще одной важной областью исследования остаются взаимоотношения между специалистами этой системы здравоохранения в работе с конкретными психологическими затруднениями, а именно между врачом общей практики, психологом, социальным работником, в некоторых случаях координатором услуг или лицами, обеспечивающими уход, и клиентом. Мы предположили, что обсуждение конкретной психологической проблемы — депрессии или депрессивных чувств — позволит прояснить важные нюансы психологической практики в рамках первичной помощи.

Выбор именно депрессии в этом контексте не случаен. Распространенность депрессии высока не только в Нидерландах [1; 14]. Большое депрессивное расстройство в настоящее время является четвертым по частоте среди заболеваний в мире, а к 2030 году ожидается, что именно депрессия займет первое место по частоте встречаемости в странах с высоким доходом населения [2]. Также, депрессия является одним из расстройств, проявляющихся в виде континуума от легких до серьезных симптомов, которые часто замаскированы соматическими жалобами и не распознаются специалистами системы здравоохранения. Недостаточная диагностика депрессии обсуждается как существующая проблема в работе врачей общей практики [11; 16], так как многие пациенты в системе первичной помощи демонстрируют прежде всего свои неспецифичные соматические проблемы, которые могут отводить внимание от распознавания депрессии.

Более того, многие исследования затрагивают процесс распознавания психологических затруднений с точки зрения количественного подхода (напр., Ormel [1], van Os [16], Kool [7], Conradi [1]). Тем не менее, именно сотрудничество между профессионалами в системе здравоохранения и пациентом обеспечивает потенциал в определении наиболее точного состояния и, если необходимо, последующего плана сопровождения. Возможно предположить, что качественный подход сможет осветить этот вопрос с другой стороны. Поэтому целью данного исследования является прояснение возможностей раннего распознавания депрессии и определение наиболее эффективных способов работы с депрессией, особенно в ее легких и умеренных формах. Достижение этой цели также позволяет понять процесс взаимодействия между человеком, страдающим депрессией, и специалистами системы

здравоохранения в Нидерландах, проанализировать сотрудничество между врачом общей практики и психологом, описать организационный формат и административные процессы, касающиеся консультирования в системе первичной помощи, что явилось также важными задачами проведенной нами работы.

Методы исследования

Литературный анализ, проведенный в начале исследования, позволил сформировать общее понимание принципов и организации системы первичной помощи, распределения ролей специалистов этой системы, подходов к работе с различными психологическими затруднениями и, в особенности, с депрессивными жалобами и чувствами клиентов. Однако это описание было бы неполным без конкретной информации о содержании и организации работы системы первичной помощи, сообщенной непосредственно из профессионального опыта консультирующих психологов данной системы.

В январе-марте 2013 года мы провели 6 интервью с 7 психологами, работающими в центрах здравоохранения или имеющими свою частную практику. Специализация опрошенных психологов различалась по возрасту клиентов, включая преимущественную работу со взрослыми людьми, с пожилыми людьми и их родственниками, с детьми и подростками. Подходы специализации психологов различались от когнитивно-поведенческой терапии до психодинамической терапии и до применения нейробиологической обратной связи. Опрошенные психологи были приглашены к участию в исследовании посредством web-сайта www.lve.nl (сайт общества психологов системы первичной помощи), а также через университетское профессиональное сообщество (Университет Радбауд, г. Наймеген). Каждому потенциальному участнику исследования было направлено письмо-приглашение по электронной почте.

Каждое интервью длилось от 45 мин до 1 часа 10 мин и проходило либо на месте практики психолога, либо в университете. С согласия психологов, интервью были полностью записаны на аудио-носитель и расшифрованы дословно. Помимо консультационной практики, все опрошенные психологи были вовлечены в другие виды профессиональной деятельности (преподавание в университете, преподавание в профессиональных организациях, работа в доме престарелых). Вначале были сформулированы одиннадцать вопросов интервью. В процесс работы были добавлены дополнительные вопросы, касающиеся организационного формата консультирования.

Результаты и их обсуждение

В данном разделе статьи анализ проведенных интервью сопровождается сопоставлением с данными предшествующих исследований и наблюдениями практики. В связи с этим представление непосредственных результатов интервью сочетается с обсуждением конкретных вопросов и ссылками на литературу.

Распознавание и диагностика депрессии

Исследования (Handbook of Depression, 2009) показали, что переживающие депрессию люди при общении имеют тенденцию проявлять определенные особенности, среди которых стремление к получению одобрения и стремление к получению негативной обратной связи о себе. Наши интервью ставили задачей прояснить, могут ли психологи подтвердить это исходя из их опыта или назвать другие особенности поведения, которые помогли бы врачу общей практики распознать проявления депрессии, причем не только применяя диагностические критерии таких современных классификационных систем, как DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), но и учитывая более широкий контекст жизни и поведения клиента.

Большинство из респондентов назвали конкретные поведенческие или эмоциональные паттерны, которые могут рассматриваться как признаки депрессивности:

- Изменение в поведении или чувствах клиента: если врач общей практики знает клиента на протяжении времени, для него становится возможным наблюдать любого рода изменения в том, как клиент себя проявляет;
- Раздражение, проявляемое клиентом относительно любой из тем, обсуждаемой во время приема;
- Выраженная грусть или даже слезы — в тех случаях, когда клиенты не стремятся «замаскировать» свои чувства, но и не могут полностью понять смысл происходящего с ними в их жизни;
- Переживаемое клиентом чувство неполноценности, присутствие которого можно распознать по соответствующим ответам на такие вопросы, как «чувствуете ли вы себя менее важным, чем все остальные?», «вы чувствуете, что другие люди значат больше, чем вы?», и т.п.

Важной частью консультации врача была признана помощь клиентам в выражении их чувств, так как многие люди могут испытывать сложности с тем, чтобы найти нужные слова для описания того, как они себя чувствуют. По отношению к особенностям общения, обозначенных в предыдущих исследованиях, стремление к негативной обратной связи было расценено психологами-респондентами как неспецифичное явление для депрессии, но, скорее, как возможное отражение любого психологического затруднения. В то же время стремление к получению одобрения признано как более свойственное для людей с тревожными расстройствами. Тем не менее, тот факт, что психологи — участники исследования сформулировали конкретные предположения о том, какие проявления клиента могут стать предметом наблюдения врача, позволяет заключить, что наблюдение и постановка правильных вопросов, помимо применения диагностических инструментов, может внести большой вклад в распознавание депрессии врачом даже в ее легких формах.

Тем не менее, даже при правильно задаваемых вопросах, клиент может испытывать нежелание обсуждать свои проблемы с врачом общей практики. В некоторых случаях собственные психологические затруднения кажутся клиенту неприемлемыми или пугающими, или само обсуждение психологических вопросов с врачом представляется неуместным. Особенно это касается пожилых людей и клиентов, принадлежащих к определенным культурам. Большинство респондентов-психологов признали, что работа с клиентами — представителями различных культур требует определенных поправок, например:

(в некоторых культурах) «...люди не говорят много о чувствах... люди говорят с врачом больше о физических жалобах. А когда испытывается много психического напряжения, весь стресс переходит в тело. И в разговоре о чувствах — такие клиенты могут рассказать, но в основном они не видят связи между их подавленными чувствами и телесными жалобами»

Другим аспектом является возраст. Ввиду особенностей поколений, клиенты старшего возраста в целом могут быть менее расположены к обсуждению их эмоциональной жизни, а также быть менее осведомлены о тех ролях, которые выполняют специалисты системы здравоохранения. Из опыта психолога, специализирующегося в работе с пожилыми людьми:

«У меня много клиентов, и я всегда спрашиваю: вы знаете, чем занимается психолог? Потому, что многие не знают даже этого слова. И поэтому важно начинать с установления контакта и со знакомства с их уже имеющимися представлениями»

В таких случаях наиболее вероятно, что мотивирующее вступление к обсуждению чувств станет первым шагом в работе.

В профессиональной литературе также обсуждается вопрос о различии депрессии и других психологических проблем. Депрессивные проявления, демонстрируемые клиентом, могут быть индикаторами различных психологических нарушений и иметь различные основания (например, в случае нарциссической личности, синдроме выгорания, долгом периоде горевания, и т.п.). Интервью с психологами показали, что такой ход рассуждения проистекает из профессионального «мышления, ориентированного на нарушения», которое противоположно «мышлению, характерному для первичной помощи», ориентированному на исследование различных жизненных сфер клиента и потенциальных ситуаций, вызывающих дистресс, и на поиск способов улучшения сложившейся ситуации для клиента. Тем не менее, в интервью также было показано, что при оказании психологической помощи в таких случаях необходимо учитывать характер возникновения той или иной проблемы (например, медленное, постепенное начало в случае депрессии, и присутствие конкретного фактора или события в ситуации потери). Также, практический опыт консультирования одного из участников интервью показывает, что истинная депрессия имеет тенденцию быть повторяющейся, прослеживается в семейной истории, и в большой степени затрагивает биологический уровень жизни.

Влияние распознавания депрессии на клиента

В литературе обсуждается как благоприятный эффект распознавания депрессии для клиента, так и возможность развития «зависимой роли пациента». С одной стороны, «называние» состояние или заболевания может обеспечить облегчение клиенту и предотвратить дальнейшее непонимание или самообвинение в тех случаях, если такие явления имели место. Ormel и коллеги (1990) доказывают, что признание заболевания содержит «активный ингредиент» ре-интерпретации симптомов и проявлений, который позволяет клиенту (а также его социальному окружению и самому врачу) взаимодействовать с возникшей проблемой. С другой стороны, как утверждают McDaniel и LeRoux (2007), вместе с облегчением тяжести вины за свое состояние в случае получения диагноза, возможно поощрение пассивно-зависимой роли клиента. Таким образом, важный вопрос состоит в том, как сделать уже сам процесс диагностики терапевтическим для клиента?

Ответы психологов на данный вопрос были различными по основаниям. Радикальные позиции респондентов заключались в предложении не ставить диагноз в принципе при работе в системе первичной помощи (*«ярлыки делают людей пассивными»*), и противоположном этому призыву — работать с диагнозом, когда это применимо (*«диагноз необходим для протоколизации оказываемой помощи», «если у явления есть название, они (клиенты) должны его знать»*). Более гибким способом подойти к диагнозу было названо обсуждение происходящего с клиентом как дисбаланса, признаков неудовлетворенности (*«давайте не будем называть это депрессией, давайте назовем это вашим «личным дьяволом»*).

Кроме того, большинство опрошенных психологов согласны с тем, что за последние годы в Нидерландах произошли общие изменения в отношении к психотерапевтической практике, сопровождающиеся привлечением большего внимания к психологическим граням жизни и большим общественным принятием психологических услуг. Такие реакции клиента, как *«пожалуйста, не отправляйте счет за консультацию на мой домашний адрес, так как почтальон увидит, что я хожу к психологу, и мне будет стыдно!»* встречаются все реже и реже.

Тем не менее, представляется важным то, как диагноз обсуждается психологом с клиентом, как этот процесс интегрируется в дальнейшее исследование текущей ситуации клиента и выработку последующих консультационных шагов. Например, доминирующая позиция психолога действительно может провоцировать зависимую роль клиента, в то время как приглашение клиента к активному участию в работе может стать эффективным для поддержания ответственности клиента за собственное здоровье.

Полезной моделью в этом отношении является консультационная модель [15], согласно которой клиент и специалист системы здравоохранения взаимодействуют на равных. При этом специалист предоставляет информацию клиенту, а клиент активен в рассмотрении того, что будет наиболее полезным для него.

Формат системы первичной помощи позволяет поддерживать активную роль клиента посредством его выбора (а) вступать в процесс консультирования или нет; (б) наиболее важной проблемы или сферы в жизни; (в) частоты последующих встреч с психологом, и т.п. Психологи — участники нашего исследования — полагают, что все это позволяет повысить ответственность клиента за процесс выздоровления. Некоторые психологи считают, что личный финансовый вклад клиента, предусмотренный страховыми компаниями, также оказывает благоприятное влияние на мотивацию клиента.

Таким образом, система первичной помощи представляют собой достаточно гибкую систему здравоохранения в таких аспектах, как коммуникация с клиентами, их вовлечение, мотивация и активизация в процессе работы, позволяя психологам и врачам общей практики применять свои суждения и опыт для того, чтобы сделать обсуждение диагноза наиболее благоприятным и терапевтичным для клиента.

Наиболее эффективные формы работы при легкой и умеренной депрессии

Междисциплинарный Алгоритм Лечения Депрессии в Нидерландах (www.trimbos.nl) предписывает три формы лечения депрессии, начиная с менее интенсивных шагов и переходя к более интенсивному лечению в случае необходимости: (1) первоначальные интервенции, (2) психологические интервенции, и (3) лечение медикаментами (фармакотерапия).

Первоначальные интервенции предназначены для клиентов с легкой депрессией, которая возникла в первый раз. Выделены шесть видов первоначальных интервенций, а именно: (а) библиотерапия, (б) обучение само-помощи или самоменеджменту (с применением компьютерных технологий e-health или без), (в) активирующая поддержка, (г) физическая нагрузка / телесная активация или терапия бегом, (д) консультирование, (е) психосоциальные интервенции.

К психологическим интервенциям, которым отдается предпочтение в работе с депрессией, относятся проблемно-ориентированная терапия и краткосрочная терапия. В тех случаях, когда интервенций, описанных выше, недостаточно, или в случае умеренной или тяжелой депрессии, рекомендованы следующие психологические интервенции: (а) когнитивно-поведенческая терапия / когнитивная терапия / поведенческая терапия, (б) интерперсональная терапия (ИПТ), (в) краткосрочная психодинамическая терапия (КПД).

Лечение медикаментами проводится врачами и включает различные медикаменты, эффективные в случае депрессии. То, какому лекарству отдается предпочтение, зависит от тяжести и продолжительности депрессии.

С учетом вышеперечисленных рекомендаций, нами были сформулированы вопросы интервью, направленные на понимание того, какие интервенции или направления работы считаются психологами наиболее эффективными в случае легкой и умеренной депрессии. Благодаря ответам мы ожидали получить суждения, происходящие из непосредственного опыта практикующих психологов системы первичной помощи.

Исследование показало, что направления работы, обозначенные опрошенными психологами, в целом соответствуют рекомендациям Междисциплинарного Алгоритма. Когнитивно-поведенческая терапия, интерперсональная терапия и краткосрочная психодинамическая терапия упоминаются психологами в качестве эффективных с равной частотой.

К более конкретным направлениям работы, указанными психологами системы первичной помощи, относятся:

(а) Обращение к конкретным сферам жизни клиента:

«Я не рассуждаю... с точки зрения расстройств... Я думаю... возможно, сейчас вы переживаете это потому, что у вас проблемы на работе, ваш менеджер ведет себя агрессивно по отношению к вам, у вас довольно насыщенная семейная жизнь, и проблема с родителями, которые нуждаются в помощи и вы помогаете им, и сложно увидеть, где сказать нет ... так что я обращаюсь к этому».

(б) Помощь в восстановлении отношений, привлечение «системы» клиента в консультирование:

«... чтобы они обращались за помощью, разговаривали с другими, чтобы они были менее одинокими...».

«Если вы включаете в работу систему — партнера, мужа или жену, если также помогаете им в общении с детьми, если вы используете системный подход и смотрите на систему, вы можете также сократить период консультирования даже в случае сложных расстройств».

(в) Активизирование клиента:

«Я думаю, со взрослыми — одно — это активизировать их, чтобы они не оставались в постели весь день».

(г) Помощь в обозначении и выражении чувств (в особенности для пожилых людей):

«Я говорю — какого рода чувство не в порядке? В голландском эти слова начинаются с «b» — bedroefd, bang, boos — грустный, испуганный, разозленный... Чувства, которые вы испытываете, скорее относятся к какому из этих трех? Так я помогаю, потому, что назвать чувства иногда сложно для пожилого человека».

(д) Обращение пристального внимания к этиологии:

«Лично я предпочитаю смотреть на этиологию, чтобы знать, что погрузило человека в депрессию. Поэтому вы смотрите на то, что вам кажется основанием проблемы, и вы можете увидеть это по симптомам, по тому, как люди говорят, и часто быстро приходит понимание того, где находится боль в их жизни».

Кроме данных психологических нюансов содержания терапии, внимательный взгляд на три рекомендованных шага в работе с депрессией показывает, что привлечение различных специалистов системы здравоохранения часто необходимо в работе над случаями. Например, некоторые мероприятия, связанные с психологическим образованием, могут быть выполнены социальной медсестрой, в то время, как медикаментозное лечение — это область компетенции врача общей практики. В случаях, когда психологическое консультирование осуществляется вместе с психофармацевтической помощью, тесное сотрудничество между специалистами является крайне важным.

Также, психологическая помощь вместе с лечением медикаментами врачом представляется благоприятной для клиентов в плане лучшей комплаентности клиентов. Предыдущие исследования показали, что рейтинги отказа от лечения среди пациентов с большим депрессивным расстройством значительно выше для фармакотерапии: в 6-месячном клиническом исследовании методом случайной выборки 32 % пациентов отказались от прописанной им фармакотерапии, в то время как от комбинированной терапии (медикаменты плюс психологическое консультирование) отказалось всего 13 % [7].

Психологи системы первичной помощи также подтверждают из своего опыта, что для клиентов в случаях легкой и умеренной депрессии более благоприятно начинать с психологической работы, вследствие того, что это (а) обеспечивает лучшее предотвращение повторной депрессии, (б) позволяет усилить клиента, а не «медикализовать» симптомы, (в) дает людям чувство, что они могут осуществлять процесс выздоровления сами.

Большинство из опрошенных нами психологов сообщили, что периодически работают с клиентами, которые получают фармакотерапию, как в ситуациях, когда клиент уже принимал медикаменты до начала консультирования, так и когда психолог может инициировать вопрос о выписывании медикаментов через консультацию с врачом общей практики. Тем не менее, один из опрошенных психологов придерживался радикальной позиции, полагая, что «биологическое лечение психологического расстройства» неэффективно.

Интервью также подтвердили, что личный контакт с врачом общей практики является необходимым для работы психолога системы первичной помощи. Те психологи, которые имеют возможность обсуждать случаи с врачами общей практики, выразили высокую удовлетворенность таким взаимодействием. Вместе с тем, другая часть психологов высказалась о необходимости врачей общей практики знать психологов лично и пожелание иметь больше возможностей для профессионального общения не только через письма или отчеты, но и по телефону или в личных встречах.

Предельная цель консультирования / услуг, предоставляемых клиентам

Вопрос о предельной цели консультирования позволил понять, что, кроме снижения интенсивности симптомов, является важными целями для психологов в работе со всем спектром психологических вопросов.

Во-первых, важно отметить то, что все, кроме одного из опрошенных психологов, признали наличие цели консультирования, которая находится за пределами уменьшения затруднений, с которыми клиенты первоначально приходят. Более конкретно, ответы могут быть объединены в общую концепцию повышения чувства автономии, свободы или выбора у клиентов с акцентами больше на эмоциональном уровне («чувствовать себя хорошо»), поведенческом уровне («организовать свою жизнь», «могут помочь себе впоследствии»), или на работе с нездоровыми когнитивными или поведенческими паттернами, которые блокируют и эмоции, и поведение. Эти цели действительно ориентированы дальше, чем текущие затруднения клиента, а также отражают многоуровневое понимание жизни клиента. Кроме того, эти цели показывают намерение активизировать клиента и использовать время консультирования наиболее продуктивно для дальнейшей жизни клиента. Это представляется важной чертой практики системы первичной помощи.

С точки зрения общества, возникает вопрос о том, существует ли связь между ценностями, в целом разделяемыми обществом и культурой, и предельными ориентациями психологов в работе с клиентами. Ценности автономии, свободной воли и способности организовать свою жизнь в соответствии с собственными устремлениями представляются конгруэнтными современному голландскому обществу. Расширенная выборка приглашенных для интервью психологов, работающих на разных уровнях системы здравоохранения в разных странах и с различным культурным прошлым, могла бы прояснить далее этот вопрос.

Заключение

Интервью показали, что депрессивные чувства могут быть эффективно диагностированы и проработаны в системе первичной помощи с надлежащим вниманием как врачей общей практики, так и психологов к эмоциональным процессам и поведенческим изменениям клиентов. Так как в Нидерландах врач общей практики отвечает за направление клиентов в психологическую помощь, понимание врачами

психологических вопросов является крайне важным. В обращении к депрессивным чувствам, переключение внимания от строго медицинского подхода к пониманию психологической реальности клиента становится необходимым. В теории это выражается применением био-психо-социальной модели системы первичной помощи и в следовании разработанным указаниям при работе с депрессией, согласно которым вначале применяются психологические и социально-психологические методы работы, и лишь затем — лечение медикаментами (модель пошаговой помощи). В практике, в проведенных интервью психологи высказали пожелание в большей степени учитывать психологические аспекты всем специалистам системы.

Взаимодействие между специалистами в целом было оценено психологами как эффективное. Однако определенные предложения для улучшения качества взаимодействия были также внесены. Возможно также предположить, что обращение к опыту большего числа психологов позволило бы выделить и описать больше характеристик клиентов, имеющих отношение к распознаванию депрессии. Продолжение исследований в данном направлении интересно с точки зрения понимания целого спектра депрессивных чувств и способов работы с ними.

В целом, представленные опрошенными психологами позиции отражают идеологию системы первичной помощи, которая рассматривает психологическую помощь как краткосрочную, направленную на работу с конкретными вопросами в текущей жизни, и охватывающую жизненные контексты клиента. В то же время, система первичной помощи оставляет достаточно пространства для уникального личного стиля работы психолога в выбираемых методах работы (даже в рамках принятого алгоритма), в отношении и занимаемых позициях, в работе в качестве звена в системе с другими специалистами здравоохранения. Тем не менее, к некоторым вопросам, все еще требующим ответа, относятся: с какими основными сложностями встречается врач общей практики при распознавании и диагностике депрессии; какие интервенции специалистов воспринимаются как действенные клиентами, и т.п. Поэтому исследования, направленные на исследование подобных вопросов диагностики и работы с депрессией с позиций врача общей практики и клиентов смогут раскрыть более полную перспективу в отношении различных аспектов депрессии. Другим направлением дальнейших исследований могут стать такие вопросы, как изучение процесса принятия решений в пользу психотерапии или отказа от нее: какие факторы влияют на решение, какая разница существует у клиентов разного возраста и с различной выраженностью депрессии.

При проекции вопросов организации системы помощи и работы с депрессией на психологическую практику в Российской Федерации, очевидно, что некоторые аспекты будут представлены иным образом. В частности, постановка диагноза не является элементом обязанностей психолога в России, но вопрос об оказываемом на клиента эффекте диагноза наиболее вероятно проявится в том, какую позицию психолог занимает по отношению к клиенту: от роли директивного знающего эксперта до «следования» за клиентом и попытки понять его уникальные чувства.

Также, в реальности Ярославской области психологическое консультирование может рассматриваться скорее как дополнительная услуга, а не как неотъемлемая часть системы здравоохранения. В то же время опытные практикующие психологи хорошо интегрированы в профессиональное сообщество: 72% консультирующих психологов признают, что их коллеги или другие специалисты направляют к ним клиентов (данные опроса среди психологов и психотерапевтов, проведенного в июне 2013 г. Региональной Ассоциацией Психологов-Консультантов). Таким образом, вопросы взаимодействия психологов с другими специалистами системы здравоохранения актуальны и для российских практиков, что открывает возможности для исследования описанных в статье тем в психологической практике в Российской Федерации.

Литература

1. Conradi H.J. Treatment and risk factors for depression. Long-term results of a randomized controlled trial in primary care. – Groningen: Grafisch centrum, Facilitair bedrijf RuG, 2007.
2. Depression, Anxiety, and Social Disability Show Synchrony of Change in Primary Care Patients / J. Ormel, M. Von Korff, W. Van Der Brink [et al.] // American Journal of Public Health. – 1993. – Vol. 83. – P. 385–390.
3. Derksen J. Primary Care Psychologists in the Netherlands: 30 Years of Experience // Professional Psychology: Research and Practice. – 2009. – Vol. 40, № 5. – P. 493–501.
4. Handbook of Depression / Ed. by I.H. Gotlib, C.L. Hammen. – 2nd ed. – New York, The Guilford Publications, Inc. – 2009.
5. Hutschemaekers G., Tiemens B., de Winter M. Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands // International Journal of Integrated Care. – 2007. – Vol. 7. – e31. – URL: <http://www.ijic.org/> (Accessed 10.09.2013).
6. Klinkman M.S. Competing Demands in Psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in Primary care // General Hospital Psychiatry. – 1997. – Vol. 19, № 2. – P. 98–111.
7. Kool S. Comorbidity of Major Depression and Personality Disorders. – Amsterdam, 2005.
8. McDaniel S.H., LeRoux P. An Overview of Primary Care Family Psychology // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. – 2007. – № 14. – P. 23–32.
9. olde Hartman T. Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation. – Enschede: Ipskamp Drukkers. – 2011.
10. On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries / C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [et al.] // Health Affairs. – 2006. – Vol. 25, № 6. – P. 555–571.
11. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study / G.E. Simon, D. Goldberg, B.G. Tiemens [et al.] // General Hospital Psychiatry. – 1999. – № 21. – P. 97–105.
12. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions / P. Cuijpers, A. van Straten, F. Smit [et al.] // American Journal of Psychiatry, 2008. – Vol. 165. – P. 1272–1280.
13. Recognition, management and outcome of psychological disorders on primary care: a naturalistic follow-up study / J. Ormel, W. Van Den Brink, M.W.J. Koeter [et al.] // Psychological Medicine. – 1990. – Vol. 20. – P. 909–923.
14. Spijker J. Chronisch depressief in nieuw perspectief. Inaugurele rede, Radboud Universiteit, Nijmegen. – 2013.
15. Van Audenhove Ch., Hamelinck L., Bleven K. Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie // Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk / Ed. by L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyse [et al.]. – Leuven: Acco. – 2006. – P. 183–204.
16. Van Os T.W.D.P. Pandora's box How to Improve Treatment and outcomes of depression in primary care? – Amsterdam, PrimaveraQuint. – 2003.

Depressive feelings as presented in primary care in the Netherlands

N. Golovchanova¹, Y. Kuin²

¹ Golovchanova Nadezda

candidate of psychological science, psychologist; Yaroslavl regional gerontology center, Mayakovsky st., 63, Yaroslavl, 150007, Russian Federation. Phone: 8 (485) 224-02-32.

E-mail: thelifetraveler@gmail.com

² Dr. Kuin Yolande

PhD, Associate professor, Section developmental Psychology and Psychogerontology; Radboud University, Comeniuslaan 4 6525 HP Nijmegen The Netherlands. Phone: +31 24 361 61 61.

E-mail: y.kuin@psych.ru.nl

Copyright ©: N. Golovchanova, Y. Kuin

Abstract. The article presents results of the study carried out in 2012–2013 and aimed at describing current primary care psychology in the Netherlands. Special attention was paid to diagnostics and treatment approaches to depression in primary care. Depression is currently ranked highly in the disease burden worldwide, and the problems of underdiagnostics of depression and the search for most effective treatment approaches are generally discussed. By means of literature analysis and interviews with practicing primary care psychologists we created a qualitative description of the process of recognition and approaching depressive complaints in primary care settings. The main findings on recognition of depression include described behavioral patterns that can become evident during a consultation with health care providers. These descriptions extend the accepted criteria for depression diagnostics to directions for observation during a consultation. Specific suggestions on treatment of depression expressed in interviews that compliment the steps of Multidisciplinary Guidelines for Depression in the Netherlands include addressing specific areas in a client's life, helping clients to restore relationships, activating the client, helping to express the feelings, and considering the etiology of current problems. The ultimate goals of counseling perceived by the primary care psychologists are generally oriented to increasing autonomy, freedom, and choice in clients. These concepts are likely to represent the important societal values currently in the Netherlands.

Key words: primary care psychology; psychological counseling; psychotherapy; depressive feelings; treatment approaches.

For citation

Golovchanova N., Kuin Y. Depressive feelings as presented in primary care in the Netherlands. *Med. psihol. Ross.*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 9. doi:10.24411/2219-8245-2014-00003 [in Russian, in English].

Received: November 27, 2013

Accepted: December 22, 2013

Publisher: January 1, 2014

Introduction

Primary care is a well established health care system in many European countries. In the Netherlands, primary care for people with mental health problems includes that of the general practitioner (GP), social worker and psychologists (Hutschemaekers, 2007), and recently also specially trained nurse practitioners and case managers. Coordinated as a part of the stepped care system, primary mental health care offers short-term psychological help that is close to the client and is meant for clients of all ages. Primary mental health care addresses complaints that appeared for the first time, last no more than 6 months, and are a reaction to an identifiable stressor. The general practitioner plays the role of a "gatekeeper" referring clients with psychosocial concerns to the primary care psychologist or other professionals. The very idea of offering such help emerged in the Netherlands in the end of the 1970-s (Derksen, 2009).

Currently the primary care system is referred to as a fascinating laboratory for psychologists to create innovative interventions for health problems in the 21st century (McDaniel & LeRoux, 2007). Having adopted the bio-psycho-social model as the theoretical background, primary care psychologists aim at clients' good quality of life and strong personal relations via strengthening the healthy characteristics of a client, involving client's system (family, relatives and other important people) into treatment process, applying techniques from different psychological approaches, and close cooperation with other primary care providers (Derksen, 2009).

Extensive research has been devoted to various aspects of psychological practice within primary care like general effectiveness of treatment (Hutschemaekers, 2007; McDaniel & LeRoux, 2007; Ormel et al., 1990), approaching specific psychological issues or disorders (olde Hartman, 2011; van Os, 2003), presentation and recognition of complaints (Klinkman, 1997), cross-cultural aspects of care (Schoen et al., 2006, Simon et al., 1999).

However, another important area to explore is the communication links between health care professionals involved in addressing certain psychological complaints: the general practitioner, the psychologist, social workers, case managers or caregivers when necessary, and the client. We assumed that discussing a specific type of complaint — depression or depressive feelings — would give important insights into the nuances of psychological primary care practice.

The choice of depression in this regard is not accidental. Prevalence of depression has been indicated to be high not only in the Netherlands (Conradi, 2007; Spijker, 2013). Major depression is currently ranked fourth in disease burden worldwide and expected to rank first in high income countries by the 2030 (Cuijpers et al., 2008). Also, depression appears to be one of the disorders that presents itself as a *continuum* from minor to major symptoms that are often masqued behind somatic complaints and are not recognized by health care specialists. Under-diagnostics of depression is being discussed as a problem in the practice of general practitioners (Ormel, 1993; Simon et al., 1999; van Os, 2003), as many depressed primary care patients present with non-specific somatic complaints that may divert attention from identification of depression.

Moreover, many studies address the recognition process of mental disorders from the quantitative approach (e.g. Ormel, 1990; van Os, 2003; Kool, 2005; Conradi, 2007). However, it is the communication between the mental health care professionals and the patient that provides a potential of the determining the most exact condition and, if required, the following intervention plan. It can be suggested that a qualitative research would give a different kind of insight into the process. Therefore, the research goal of the current study was to gain insight into early recognition of depression and the most effective interventions for depression, especially in mild and moderate cases. Achieving this goal helped to understand the communication process between the depressed person and health care specialists, to analyze the collaboration process of the general practitioner and primary care psychologist and to describe the organizational format and administrative process of counseling in primary care, which were also important interview goals.

Methods

Literature analysis applied at the start of our research helped creating a general understanding of the primary care principles and organization, roles of its specialists, approaches to addressing various psychological issues and specifically depressive complaints and feelings. However, this description would have been incomplete without the specific information about content and organization of primary care communicated from the immediate professional experience of primary care psychologists.

In January-March 2013 we held 6 interviews with 7 primary care psychologists working in health care centers or having their own private practice. Specialization of the interviewed psychologists, in terms of age of clients, included working with adults, older adults and their relatives, children and teenagers. The range of approaches of specialization varied from cognitive-behavioral therapy to psychodynamic therapy to neurofeedback approach. Primary care psychologists were recruited through www.lve.nl web-site (of the society for primary care psychology) and also by means of the university network. A letter with an invitation to participate in current research project was sent to every prospective respondent.

The interviews lasted from 45 min to 1 h 10 min and took place either at the psychologist's practice site, or at the university. The interviews were fully audio recorded with psychologists' consent, and transcribed verbatim. All interviewed psychologists were, besides their primary care practice, involved in other professional activities (teaching at the University, teaching at professional organizations, working at a nursing home). Eleven original interview questions were formulated. In the process of interviewing additional questions about the organizational format of help were added.

Results and discussion

In the following descriptions, qualitative analysis of interviews is accompanied by the comparison with previous research and practice findings. Therefore, the presentation of immediate results interview results is combined with the discussion of specific issues and literature references.

Depression recognition and diagnosing

The research (Handbook of Depression, 2009) demonstrated that depressed people tend to show distinct communication patterns, among them are approval seeking behavior and negative feedback seeking behavior. In the interviews, we inquired whether psychologists can confirm it from their experience and possibly suggest other communication tendencies that could help a general practitioner or a psychologist to recognize depression, not only using the current diagnostic criteria of the classification systems like the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), but considering a broader context of the patient.

Most of interviewed psychologists suggested specific behavioral or emotional patterns that can possibly be considered as the signs of depressive feelings:

- Change of behavior or feeling in a client: once a general practitioner knows the client for some time, it becomes possible to observe the changes of any kind that take place in the behavior of a person;
- Irritation shown by the client regarding anything that is being discussed in consultation;
- Expressed feelings of sadness, or even crying — in those cases when clients don't try to "masque" their feelings, but cannot fully make sense of what is going on in their life;
- Feelings of inferiority experienced by the client that can be assessed by asking such questions, as "do you feel that you are less important than everybody else?", "do you feel that other people are worth more than you?", etcetera.

Helping people to express their feelings is considered an important part in the consultation, as a lot of people may experience difficulties with finding the right words to describe how they feel. In regard to the communication patterns mentioned in other research, negative feed-back seeking behavior was evaluated as non-specific for depression and as a possible reflection of any mental health distress, and approval-seeking behavior to be more true for anxiety conditions. However, just the fact that primary care psychologists formulated specific suggestions about what and how can be observed in a client, allows to conclude that observation and asking the right interview questions besides the diagnostic instruments can contribute a lot to early recognition of depression in its mild stage.

At the same time, even when the correct questions are asked, a person may be reluctant to discuss his or her problems with a general practitioner, viewing psychological disorders as something unacceptable and frightening, or seeing psychological issues as not belonging to the discussion with a doctor. This becomes especially true about older adults and clients from certain cultural backgrounds. Most interviewed psychologists admitted that working with clients from different backgrounds require some adjustment, for instance:

(in some cultures) "...they don't talk much about feelings... people talk more to the doctor about physical complaints. There are a lot of psychical complaints, and all the stress goes into the body. So in talking about feelings – they can tell, but mostly they don't see a relationship between their oppressed feelings and their complaints".

Another aspect is age. Due to generational conditions, clients of older age may be generally less used to discuss their emotional life and also be less informed about the roles that health care professionals can perform. From the experience of an interviewed psychologist, specializing in working with older adults:

"I have many clients, and I always ask: do you know what a psychologist does? Because many people don't know this word even. So it first starts with making contact, and looking at what their ideas are".

In such cases, a motivational invitation to discussing feelings will be likely to become the first step in the practice of professionals.

Another issue discussed in professional literature is differentiating between depression and other psychological problems. It is discussed that depressive feelings presented by the client can be as well indicators of other psychological disorders and have different origins (e.g. narcissistic personality, burn-out syndrome, prolonged grief, etc.). Interviews with primary care psychologists showed that these conclusions originate from the "disorder oriented thinking", as opposed to the "primary care thinking" that is oriented to investigation of various life spheres and situations that can potentially be causing distress and looking for the ways to improve the situation. However, it was also mentioned that possible implications of differences in those states to the process of psychological help include considering the character of the onset of problems (slow, gradual onset in case of depression, and presence of a specific factor or event in a situation dealing with loss). Also, clinical experience of one of the interviewed psychologists showed that depression seems to be recurrent, tends to run in families, and strongly involves biological level of being.

Effect of depression recognition on the client

Both the beneficial effect of recognition and provoking a dependant patient role is discussed in literature. On the one hand, "naming" the condition or a disease may provide a relief to a patient and prevent from further confusion or self-blaming if these had been taking place previously. Ormel et al. (1990) argue that recognition contains an "active ingredient" of re-interpretation of symptoms and signs, allowing the patient (and their social environment and the GP) to deal with the problem situation. On the other, as McDaniel and LeRoux (2007) state this, along with lifting the burden of blame in case of receiving a diagnose, a passive-dependant patient role can be encouraged. What can help make the effect of diagnosing already therapeutic for the client?

Answers of psychologists were different in nature. Radical positions included not working with diagnosis at all in primary care ("*label makes people passive*"), and opposed to that, the necessity of diagnosis when appropriate ("*diagnosis is necessary for protocolized treatment*", "*if it has a name, they are to know it*"). A more flexible way to address diagnosis is to explain it as imbalance, a sign of unhappiness ("*let's not call it depression, let's call it your 'personal devil'*").

Most psychologists agree that generally changes in attitudes towards therapeutic practices have occurred over the last years in the Netherlands bringing more attention to mental health issues and attitudes changing towards more acceptance of psychological services. Such client's reactions as "please don't send the bill to my home address, because the postman will see that I am going to a psychologist, and I am ashamed!" are less and less common.

Nevertheless, it seems to be important how the diagnosis is discussed with clients by a primary care psychologist, how it is integrated into further process of exploration the current situation and proposing the consequent steps for interventions. For example, a dominant position of a psychologist may indeed provoke a dependant patient role in a client, while inviting the client to participate actively in the treatment may be effective for maintaining clients' responsibility for their own health. A useful model is the consultation model (Van Audenhove, Hamelinck, & Bleven, 2006) in which client and health care professional are interacting equally. The professional provides information to the client and the client is active in considering what would be most helpful for her/him.

Primary care format allows to maintain the active role of clients by means of them choosing (a) whether to enter therapy or not, (b) the most relevant problem or life area, (c) frequency of the following sessions, etc. Interviewed psychologists find that all these help increase a client's responsibility for treatment. Some psychologists consider personal financial input into therapy required by insurance companies to be also beneficial for treatment motivation. Thus, primary care appears to be a flexible health care system in such aspects as communication, engagement, motivation and activating clients, allowing psychologists and general practitioners to apply their own considerations on how to make discussion of diagnose more beneficial and therapeutic for clients.

Most effective interventions for mild or moderate depression

Multidisciplinary Guidelines for Depression in the Netherlands (www.trimbos.nl) suggest three forms of depression treatment, starting with low intensity interventions and progressing to more intense treatment when necessary: (1) first-step intervention, (2) psychological interventions, and (3) treatment with medicine (pharmacotherapy).

First-step interventions are to be given to patients with first-time light depression. There are six different first-step interventions, namely (a) bibliotherapy, (b) self-help or self-management (with or without e-health), (c) activating support, (d) physical exertion / bodily activating or running therapy, (e) counseling, (f) psycho-social interventions.

Psychological interventions that are given preference to in treatment of depression are problem solving therapy and short-term therapy. When interventions listed above are insufficient or it is the case of moderate to serious depression, the following psychological interventions are recommended (a) cognitive-behavioral therapy/cognitive therapy/behavioral therapy (CBT), (b) interpersonal therapy (IPT), (c) short-term psychodynamic therapy (SPT).

Treatment with medicine is performed by the doctors and includes various medicines that are effective for depression. Which medicine is given preference to depends on the severity and duration of depression.

Considering all these, an interview question was formulated inquiring what interventions or treatment approaches psychologists find most effective in addressing mild and moderate depression. The answers were expected to provide judgments originated from the actual experience of practicing primary care psychologists.

As a result, intervention approaches mentioned by the interviewed psychologists are generally in line with those recommended by the Multidisciplinary Guidelines. Cognitive-behavioral therapy, interpersonal therapy, and short-term psychodynamic therapy are mentioned by psychologists with equal frequency.

Among more specific directions of interventions pointed out by primary care psychologists are:

(a) address specific areas in client's life:

"I don't think... in a disorder way of thinking... I think... maybe you have this because you have problems in your work, your manager is really aggressive to you, you have a quite busy family life, and a problem with parents who are in need and you have to help them and it's difficult to see where to say no... so I address that".

(b) help restore relationships, integrate the client's "system" into intervention:

"...so that they seek help, talk to others, so that they are less lonely...".

"If you also integrate into the intervention the system — the partner, husband or a wife, if you also help them dealing with the kids, if you use the system approach and look at the system, you can also shorten the treatment even in case of complex disorders".

(c) activate the client:

"I think... with adults... one thing — activate them, and not stay in bed all day".

(d) help to name and express feelings (especially for older adults):

"I say — what kind of feeling is not good? In Dutch, it's with "b" — bedroefd, bang, boos — sad, afraid, angry... The feelings that you have, belongs to which of these three? So I help because to name feelings is sometimes difficult for an elderly person".

(e) pay close attention to etiology:

"Personally I prefer to look at etiology, to know what made the person depressed. So you look at what you think the core of the problem is, and you can see it by the symptoms, by how people say things, and you often quickly get an idea of where the pain in their life is".

Aside from these psychological nuances of the content of therapy, a closer look at the three recommended steps of treatment reveals that involvement of different health care professionals is often necessary in working on cases. For instance, some of the psycho-educational activities can be performed by a social psychiatric nurse, whereas treatment with medicine is the general practitioner's area of competence.

In such cases when psychological interventions are applied along with psychopharmaceutical help, a close collaboration between specialists seems to be crucial. Also, considering psychological help along with medical treatment by the general practitioner seems to be beneficial for clients in terms of better compliance. Previous research demonstrated that refusal rates are significantly higher for pharmacotherapy among patients with major depression: in a 6 month randomized clinical trial 32% of the patients refused the proposed pharmacotherapy while only 13 % refused the combined therapy (Kool, 2005).

Primary care psychologists confirm from their practice experience that it is more beneficial for the client to start with psychological interventions in mild and moderate cases of depression, for such reasons that it (a) provides a better prevention for relapse; (b) helps strengthen the client, and not "medicalize" the symptoms; (c) gives people a sense that they can do it themselves.

Most of the interviewed psychologists mentioned that they work with clients who receive pharmacotherapy occasionally, both in situations when a client has already been on medication before starting the therapy, and when a psychologist may initiate subscribing medication by means of consulting the general practitioner. However, one psychologist seemed to hold a radical position considering "biological treatment for a psychological disorder" to be ineffective.

Interviews also confirmed that personal contacts with general practitioners seem to be essential for primary care psychologists. Those psychologists who have an opportunity to discuss cases of clients with general practitioners, report high satisfaction with collaboration. Although other primary care psychologists expressed the necessity of the general practitioner to know primary care psychologist(s) personally and a wish to have more chances to communicate not only through letters and reports, but also in phone calls or live contacts.

The ultimate goal of counseling / service provided to clients

The question about the ultimate goal of counseling helped to understand what, besides of reduction in symptoms, is an important aim for psychologists while working with a whole spectrum of psychological issues.

First, it is important to mention that all but one interviewed psychologists do have a counseling goal that lies beyond eliminating the complaints that the client came with. More specifically, their answers can be united under the concept of increasing the feeling of autonomy, freedom, or choice in clients with accents more on the emotional level ("feel good"), behavioral level ("organize their lives", "can help themselves afterward"), or working on unhealthy cognitive and behavioral patterns that block both emotions and behavior. These goals indeed seem to be oriented beyond current difficulties of a client, as well as reflecting a multi-dimensional understanding of a client's life. Besides, these goals reflect intention to activate a client and use the therapy time as productive as possible for a client's future life, and it appears to be an important feature of primary care practice.

From a societal point of view, a question that arises if a connection could be drawn between the values generally shared by a society and culture, and the ultimate orientations of psychologists when working with their clients. Values of autonomy, free will and ability to organize your life according to own aspirations seem to be congruent to the current Netherlands society. A larger sample of interviewed psychologists working on different levels of the health care system in different countries and with different cultural backgrounds may be able to clarify this question.

Conclusions

Interviews demonstrated that depressive feelings can be effectively diagnosed and addressed in primary care with proper attention to emotional processes and behavioral changes of clients paid by both general practitioners and psychologists. Because, in the Netherlands, general practitioners are responsible for referring their clients to psychological help, their understanding of psychological issues is very important. In addressing depressive feelings, shifting attention from a strictly medical approach to considering psychological reality of the patient becomes crucial. In theory, this is expressed through applying the bio-psycho-social model in primary care and by following the care guidelines for depression that start with psycho-social interventions and only then progress to treatment with medicine (stepped care model). In practice, reflected through interviews with primary care psychologists, suggestions to consider psychological aspects more are expressed.

Regarding collaboration between professionals in primary care, an overall effectiveness was expressed by the psychologists. However, certain suggestions for improvement of collaboration were also presented. It can be suggested that addressing the experience of more primary care psychologists would allow to outline and describe more features of clients that are relevant to presentation of depression. Continuing research in this direction would be interesting in understanding the whole spectrum of depressive feelings and ways of their addressing.

In general, expressed positions of the interviewed psychologists reflect the primary care ideology, viewing psychological help as generally short term, aimed to address specific issues in the current life, and involving the life context of the client. At the same time, the primary care system allows space for unique personal contributions in methods of interventions (even within the accepted guidelines), attitudes and positions, and working as a part of a network with other health care providers. However, some of the still unanswered questions are what major difficulties general practitioners encounter when recognizing and diagnosing depression, which interventions of specialists are perceived as helpful by clients, etc. Therefore, researching similar issues of recognition and treatment of depression from the positions of general practitioners and clients would provide a more complete perspective on various aspects of depression treatment. Another direction for further research may

include such areas, as investigating a depressed client's decision-making process for and against psychotherapy: what factors influence the decision, how is it different for clients of different ages and different severity of depression.

When projecting the questions on organization of care and addressing the depression on psychological practice in Russian Federation, it becomes evident that some of the issues will be displayed differently. For instance, providing a diagnosis is not an element of a psychologist's duties in Russia, but the question of effect of diagnosis is likely to present itself in different positions that a psychologist takes toward a client: from directive knowledgeable expert position to "following" the client and trying to understand his/her unique feelings.

Also, according to Yaroslavl region reality, psychological counseling can be considered an additional service rather than an essential part of the health care system. However, experienced practicing psychologists seem to be well integrated into professional community: 72 % of counseling psychologists admit that their clients are referred to them by colleagues or other specialists (data of survey among psychologists and psychotherapists conducted in June 2013 by the Regional Association of Counseling Psychologists). It makes issues of collaboration with other health care specialists urgent for Russian psychologists as well and opens possibilities for researching similar issues of psychological care in Russian Federation.

References

- Conradi, H.J. (2007) *Treatment and risk factors for depression. Long-term results of a randomized controlled trial in primary care*. Groningen: Grafisch centrum, Facilitair bedrijf RuG.
- Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A. (2008) Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *American Journal of Psychiatry*; 165:1272–1280.
- Derksen, J. (2009) Primary Care Psychologists in the Netherlands: 30 Years of Experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5, 493–501.
- Handbook of Depression*. Second edition (2009) Edited by Ian H. Gotlib, Constance L. Hammen. New York, The Guilford Publications, Inc.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & de Winter M. (2007) Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* 7, 27 August 2007. <http://www.ijic.org/>
- Klinkman M.S. (1997) Competing Demands in Psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in Primary care. *General Hospital Psychiatry*, 98–111.
- Kool, S. (2005) *Comorbidity of Major Depression and Personality Disorders*. Amsterdam.
- McDaniel, S.H., LeRoux, P. (2007) An Overview of Primary Care Family Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 23–32.
- olde Hartman T. (2011) *Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation*. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Ormel J., Van Den Brink W., Koeter M.W.J., Giel R., Van Der Meer K., Van De Willige G., Wilmsink F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders on primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909–923.
- Ormel J., Von Korff M., Van Der Brink W., Katon W., Brilman E., Oldehinkel T. (1993) Depression, Anxiety, and Social Disability Show Synchrony of Change in Primary Care Patients. *American Journal of Public Health*; 83, 385–390.
- Schoen C., Osborn R., Huynh P. T., Doty M., Peugh J., Zapert K. (2006) On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries *Health Affairs*, 25. 6, w555–w571.

Simon G.E. et al. (1999) Outcomes of Recognized and Unrecognized Depression in an International Primary Care Study. *General Hospital Psychiatry* 21, 97–105.

Spijker, J. (2013) *Chronisch depressief in nieuw perspectief*. Inaugurele rede, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Van Audenhove, Ch., Hamelinck, L., & Bleven, K. (2006). Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie. In: L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyssen, L. Hamelinck, & E.E.J. de Bruyn (Eds.), *Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 183–204). Leuven: Acco.

Van Os T.W.D.P. (2003). *Pandora's box How to Improve Treatment and outcomes of depression in primary care?* Amsterdam, PrimaveraQuint.