

Depresijų diferencinė diagnostika somatinėse gydymo įstaigose

G. Daubaras

*Vilniaus universiteto
Psichiatrijos klinika,
Bendrosios praktikos
gydytojų centras*

Santrauka. Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, kuriems organinė patologija nepagrįsta tyrimais, ligos istorijose gausu įrašų apie vizitus, hospitalizacijas, dažnai keičiamą gydymą, kartotinius tyrimus, chirurgines intervencijas, dažnas specialistų konsultacijas, galima rasti užuominų apie depresiją ir jas svarbu laiku įvertinti, papildomai išklausti pacientą. Depresija yra liūdesio ar dirglios nuotaikos periodas, kai sutrinka miegas ir pasikeičia apetitas, ryškėja anhedonija (nebesidomima reguliaria ir malonia veikla), sulėtėja ar pagreitėja psichomotorika, sunku susitelkti, jaučiamas nuovargis, beviltiškumas ir bejėgiškumas, kyla mintis nusizudyti, sutrinka įvairios funkcijos. Depresija laiku nediagnozuojama todėl, kad dauguma pacientų, kurie kreipiasi į gydytoją, skundžiasi somatiniais simptomais, be to, jie dažnai serga somatinėmis ligomis, yra senyvo amžiaus, dalį ligonių sudaro moterys po gimdymo. Somatinės ligos ir farmakologinės medžiagos gali būti organinio nuotaikos sindromo priežastis. Jis nustatomas, kai būna nustatyta liga, pažeidimas ar disfunkcija; somatinės ligos ir psichikos sutrikimo išsivystymo laikas sutampa; somatinei būklei pagerėjus, psichikos sindromas redukuojasi; nebūna kitų psichikos sutrikimo priežasčių. Nustatyti depresijos pagrindinius simptomus galima naudojantis paprastu klausimu: „ar jūsų nuotaika prislėgta“ ir „ar jūs netekote bendravimo interesų, nebejauciate malonumo“. Bent vienas teigiamas atsakymas rodo, kad reikia toliau klausinėti pacientą apie kitus depresijos simptomus. Gali būti naudojami ir depresijos diagnostikos testai – PRIME-MD, M.I.N.I., Hamiltono, MADRAS, Zungo ir kt.

Išskiriama mažųjų depresijų grupė, t. y. distimija, adaptacijos sutrikimas su depresine nuotaika, mišrus nerimo bei depresinis sutrikimas ir kitos nepatikslintos depresijos, kurios labai dažnos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Distimija, praeityje vadinta depresine neuroze, jai būdingi lengvos ir vidutinio sunkumo depresijos simptomai, trunkantys dvejus metus ir ilgiau. Manoma, kad 70% sergančiųjų distimija kartu serga ir didžiąja depresija. Kai yra šie abu sutrikimai, būklė vadinama „dviguba depresija“. TKL-10 ir DSM-IV klasifikacijose išskirtas nozologinis vienetas – mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas. Tai „subsindrominis“ sutrikimas, depresijos ir nerimo simptomai neatitinka apibrėžtų sunkiosios depresijos kriterijų, tačiau yra lėtiniai, trikdo darbingumą, juos reikia atitinkamai gydyti. Esant premenstruaciniam disforiniam sutrikimui būna vienerių metų trukmės simptomai, kurie pasireiškia liuteininės fazės metu ir baigiasi folikulinės fazės metu, klinikoje stebimi depresijos ir nerimo simptomai, padidėjęs jautrumas, pyktis ir dirglumas, tarpasmeniniai konfliktai ir somatiniai simptomai, pvz., krūtų tempimas, svorio padidėjimas ir kt., sutrinka darbingumas. Teisingai atlikta diferencinė diagnostika sumažina nusivylimą gydytoju; nepagrįstą tyrimais, brangų ir ilgą somatinių ligų gydymą vaistais; sumažina hospitalizacijas į somatinių ligų gydymo įstaigas ir chirurgines procedūras; gydymas antidepresantais greičiau atstato darbingumą, socialinę veiklą, gerina gyvenimo kokybę.

Raktažodžiai: depresijos epizodas, pogimdyminė depresija, distimija, adaptacijos sutrikimas, mažoji depresija, mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas, premenstruacinis disforinis sutrikimas.

Neurologijos seminarai 2005; 9(24): 69–77

Adresas:

*Gintautas Daubaras
VU Psichiatrijos klinika,
Bendrosios praktikos gydytojų centras
Mob. 8-698 05239*

Nuo 10% iki 15% vidaus ligų įstaigų pacientų serga kliniškai ryškia depresija, o tarp sergančiųjų lėtinėmis ligomis depresija dar dažnesnė (25–50%). Pusei pacientų, sergančių somatine liga ir depresija, nustatoma tiksli diagnozė, o depresija tinkamai gydoma tik 30% atvejų. Depresijos

1 lentelė. Pagrindiniai F0-F5 nuotaikos (afektiniai) sutrikimai

F06.3	Organiniai nuotaikos sutrikimai
F1x.54	Psichozinis sutrikimas (vyrauja depresijos simptomai) vartojant psichoaktyviasias medžiagas
F20.4	Pošizofreninė depresija
F25.1	Šizoafektinis sutrikimas, depresijos tipas
F30	Manijos epizodas
F31	Bipolinis afektinis sutrikimas
F32	Depresijos epizodas (lengvas, vidutinio sunkumo, sunkus, su psichozės simptomais ir be psichozės simptomų)*
F33	Pasikartojantis depresinis sutrikimas (lengvas, vidutinio sunkumo, sunkus, su psichozės simptomais ir be psichozės simptomų)*
F34.0	Ciklotimija
F34.1	Distimija*
F38	Kiti nuotaikos (afektiniai) sutrikimai
F43.2	Adaptacijos sutrikimai*
F43.20	Trumpalaikė depresinė reakcija*
F43.21	Užsitęsusi depresinė reakcija*
F43.22	Mišri nerimo ir depresinė reakcija*
F53.0	Lengvi pogimdyminio laikotarpio psichikos ir elgesio sutrikimai, neaprašyti kitur (pogimdyminė depresija)
F53.1	Sunkūs pogimdyminio laikotarpio psichikos ir elgesio sutrikimai, neaprašyti kitur (pogimdyminė psichozė)

* BP gydytojams reikia mokėti diagnozuoti, gydyti

simptomai dažnai mažai skiriasi nuo somatinės ligos simptomų (pvz., nemiga, anoreksija, nuovargis, silpnumas). Neretai depresija laikoma neišvengiama ar natūralia somatinės ligos palydove. Taip mano paciento šeimos nariai bei globėjai. Todėl į depresiją nekreipiama reikiamo dėmesio, efektyvus gydymas atidedamas ar visiškai neskiriamas. Depresijų paplitimas sergant kai kuriomis ligomis: Alzheimerio liga – 15–55%, vėžys – 42%, koronarinių arterijų liga – 18–26%, diabetas – 33%, multiinfarktinė demencija – 27–40%, Parkinsono liga – 40%, insultas – 30–50%.

Galima išvardyti nemažai sindromų, kuriems būdinga lėtinė eiga ar yra daug įvairių simptomų ir neaiški patogenezė. Reikia atkreipti dėmesį į tuos pacientus, kurie nurodo

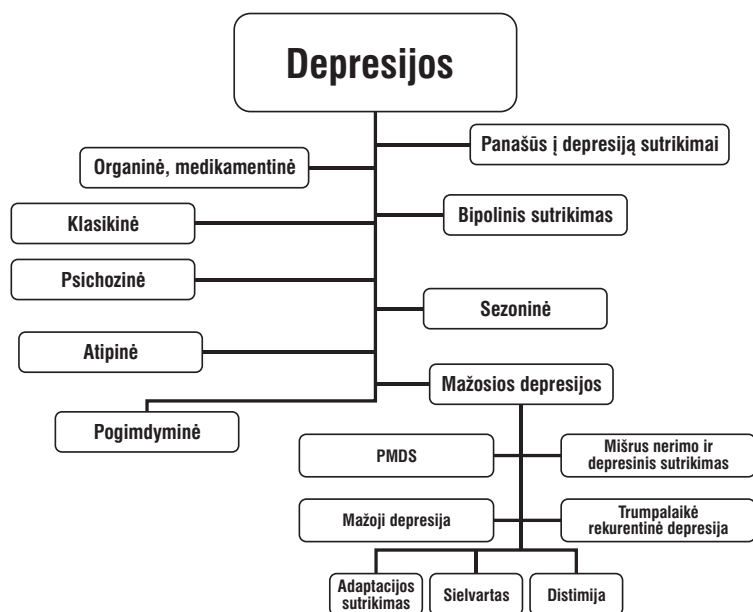
daugybę simptomų, nes dažnai jiems būna nediagnozuoti depresiniai ir nerimo sutrikimai:

Depresijos sutrikimų klasifikacija

Pagrindinės diagnozės pagal TLK-10 (1 lentelė).

DEPRESIJOS EPIZODAS (DIDŽIOJI DEPRESIJA)

Depresijos epizodas (didžioji depresija) neturi specifinių simptomų. Bloga nuotaika, miego sutrikimai, silpnumas, apetito netekimas ir kiti depresijos simptomai gali pasireikšti sergant somatinėmis ligomis, piktnaudžiaujant medžiagomis ir esant jų pasekmėms (intoksikacijai, priklausomybei, nutraukimui), taip pat esant distimijai, ciklotimijai, adaptacijos sutrikimams, asmenybės sutrikimams ir kt. Sielvartas (gedėjimas) yra normalus, nors ir labai skausmingas atsakas į artimųjų netektį (kodas Z-63.4 Šeimos nario mirtis arba dingimas, TLK-10). Jį mažina aplinkinių empatija, palaikymas. Jei sielvarto simptomatika nesikeičia, reikia galvoti apie sunkiąją depresiją. Ne visada sergantis depresija skundžiasi liūdesiu, prislėgta nuotaika. Jis gali būti dirglus, irzlus, turėti somatinių nusiskundimų. Būtina įvertinti, ar yra depresija, kai nėra aiškaus liūdesio. Kai vyresni žmonės skundžiasi pablogėjusia atmintimi ir kitais depresijos simptomais, būtina nustatyti, ar nėra pseudodemencijos, t. y. demenciją primenančios būsenos, kurios priežastis yra ne sutrikusi smegenų funkcija, o depresija.



1 pav.

Depresijos diagnostikos kelias:

1. De Wester nurodo grupę somatinių simptomų, kuriais gali pasireikšti depresija:

- nuovargis
- galvos svaigimas
- galvos skausmas
- sutrikęs miegas
- dusulys
- lėtinis skausmas
- pakitęs apetitas ir kūno masė
- netipiški neurologiniai simptomai
- širdies plakimas
- pilvo organų veiklos sutrikimas (skausmas, spazmai, degimo jausmas, diarėja, pūtimas)
- įvairūs somatiniai simptomai, kai nėra patologijos
- dažnas gydymasis ligoninėse, taip pat ambulatoriškai, gausybė lėtinų ligų, sutrikusios mėnesinės (nereguliarios, premenstruacinis sindromas)

Vienas iš dažnesnių somatinių simptomų, būdingų depresijai, yra skausmas. Depresija nustatoma 50% pacientų, kuriems yra lėtinio skausmo sindromas.

Jei yra **vienas ar du išvardyti tyrimais nepaaiškinkiami simptomai, reikia ieškoti depresijos ir nerimo.**

2. Pirmas klausimas – „*Kaip miegate pastaruoju metu?*“. Net chirurgams patariama nepamiršti paklausti apie šį simptomą.

3. Nustatyti depresijos pagrindinius simptomus naudojantis paprastu klausimu: „*Ar jūsų nuotaika prislėgta?*“ ir „*Ar netekote bendravimo interesų, nejaučiate malonumo?*“. Bent vienas teigiamas atsakymas rodo, kad reikia toliau klausinėti pacientą apie kitus depresijos simptomus. Jei buvo bent vienas pagrindinis depresijos simptomas, nustatyti, ar yra bent 4 kiti papildomi depresijos simptomai.

Depresijos simptomai:

- Pagrindiniai
 - » Depresiška nuotaika
 - » Sumažėję interesai ar pasitenkinimas veikla
- 4 ar daugiau papildomų simptomų
 - » Svorio ir apetito pasikeitimas
 - » Nemiga arba mieguistumas
 - » Sulėtėjęs mąstymas ir judesiai
 - » Nuovargio jausmas
 - » Kaltės, beviltiškumo jausmas
 - » Neryžtingumas
 - » Mintys apie savižudybę
- Sutrikusi socialinė, darbo veikla rodo depresijos sunkumo laipsnį.
- Simptomų trukmė turi būti mažiausiai 2 savaites daugumą dienų.

Norint tiksliai įvertinti depresiją, svarbu turėti objektyvią anamnezę iš šeimos narių ar draugų.

Specifiniai simptomai, padedantys atskirti depresiją nuo somatinės ligos, yra suicidinės mintys, beviltiškumas, sumažėję socialinės veiklos interesai, verksmingumas, neryžtingumas, nepasitenkinimas. Sulėtėjusi psichomotori-

ka, išskyrus atvejus, kai pacientas serga hipotiroidizmu ir Parkinsono liga, irgi yra depresijos skiriamasis požymis. Gali būti naudojami ir depresijos diagnostikos testai – PRIME-MD, M.I.N.I., Hamiltono, MADRAS, Zungo ir kt. Depresijų variantai:

Lengvas depresijos epizodas (F32.0):

- Du ar trys papildomi simptomai (jei du ar vienas pagrindiniai).
- Būdingi simptomai – depresinė nuotaika, anhedonija, padidėjęs nuovargio jausmas.
- Darbingumas, socialinės funkcijos nežymiai sutrikusios.

Vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F32.1):

Vidutinio sunkumo depresijos epizodui nustatyti reikia 4 ar daugiau papildomų simptomų, pasireiškia ūmiau, labiau sutrinka darbingumas ir socialinės funkcijos, buities veikla.

Sunkus depresijos epizodas (F32.2) be psichozės simptomų

Ūmus distresas ar ažitacija. Nepasitikėjimas savimi, kaltės jausmas, suicidinės mintys, daug „somatinių“ simptomų (ažituota depresija, didžioji depresija, vitalinė depresija).

Išskiriama melancholinė depresija – jos metu ryški anhedonija (beveik visiškai malonumo nejautimas, negebėjimas net nusišypsoti), žymus svorio netekimas, ankstyvas nubudimas, nuotaikos keitimasis – ryte blogesnė, kaltės jausmas, žymus sulėtėjimas ar ažitacija, dažniau ūmi pradžia.

Sunkus depresijos epizodas (F32.3) su psichozės simptomais:

- Psichoziniai simptomai:
 - » kludiesiai (kaltės)
 - » haliucinacijos (įžeidžiančios, kaltinančios, klausos)
 - » depresinis stuporas
- Socialinės funkcijos sutrikusios, nedarbingi
- Psichozės simptomai, atitinkantys nuotaiką arba jos neatitinkantys

Atipinė depresija (F32.8):

Priešingai nei klasikinei depresijai, atipinei depresijai būdingi simptomai – bulimija, hipersomnija, padidėjęs lytinis potraukis, vakarais blogiau negu rytais, fliuktuojanti nuotaika, histrioniškumas.

Pasikartojantis depresijos epizodas (F33)

Sutrikimui būdingi pasikartojantys (rekurentiniai) depresijos epizodai, aprašyti lengvos (F32.0), vidutinio sunkumo (F32.1) ir sunkios (F32.2 ir F32.3) depresijos epizoduose, kai anamnezėje nėra savarankiškų pakilios nuotaikos ir padidėjusio aktyvumo epizodų, atitinkančių manijos kriterijus (F30.1 ir F30.2). Išskirta sezoninė depresija. Jai būdinga: epizodai būna tik tam tikrų sezonų metu; pradžia rudenį, pasveikimas pavasarį; žiemos periodu padidėjęs apetitas (saldumynams), mieguistumas, energijos trūkumas, socialinė izoliacija.

Nediagnozavus depresijos, pasekmės gali būti įvairios: netikslinga „somatinių komplikacijų“ diferencinė diag-

nostika; nusivylimas gydytoju ir pyktis dėl neveiksmingos medicinos pagalbos; nepagrįstas tyrimais, brangus ir dažnai ilgas somatinių ligų gydymas vaistais; dažna hospitalizacija į somatinių ligų gydymo įstaigas ir chirurginės procedūros; sumažėjęs darbingumas, socialinė veikla, pablogėjusi gyvenimo kokybė; pavėluotai diagnozuotą depresiją tenka gydyti intensyviau ir ilgiau.

Sergant somatinėmis ligomis gali būti ir kitų afektinių sutrikimų, kuriuos reikia žinoti. Depresija ir somatinė liga labai gniuždo pacientą, verčia jį manyti, kad jo bendra sveikata yra labai bloga. Gydomo laikotarpis pailgėja, nes dėl sumažėjusios motyvacijos pacientas menkai dalyvauja gydyme. Jei negydoma depresija, net ir sėkmingas somatinės ligos gydymas nesugrąžina fizinių jėgų, be to, nurodoma, kad somatinė būklė vėl gali pradėti blogėti, gali prisidėti piktnaudžiavimas alkoholiu, didėti savižudybės rizika, galiausiai dar labiau sutrinka socialinės ir šeimos funkcijos, darbingumas.

Diagnozavus depresiją pagal DSM-IV ar ICD-10 diagnostikos kriterijus, reikia pradėti ją gydyti net ir tada, kai pacientui skiriamas somatinis gydymas. Pacientai, sergantys depresija ir somatine liga, dažniau linkę žudyti. Dabar vis dažniau skiriama antidepresantų, kurie nepavojingi perdozavus, nereikšminga vaistų tarpusavio sąveika, nepablogėja somatinės ligos klinika, sukelia mažai šalutinių reakcijų.

Manijos ir hipomanijos epizodai anamnezėje patvirtina bipolinio sutrikimo diagnozę. Tai kitas sutrikimas, kurio prognozė mažiau palanki. Jei įtariamas nuotaikos sutrikimas, kiekvienam pacientui reikia pateikti du klausimus: „Ar gyvenime nors kartą buvo 4 dienas paeiliui dirgli, pikta nuotaika, nuo kurios be reikalo kentėjo namiškiai?“, „Ar ši būseną pasireiškė ir būnant tarp kitų žmonių?“. Bent vienas teigiamas atsakymas yra reikšmingas toliau tikslinti bipolinio sutrikimo diagnozę.

Būtina įvertinti visas galimas **somatines ir farmakologines** depresijų priežastis. Neurologinės, endokrininės, infekcinės ir uždegiminės ligos, kitos somatinės ligos ir farmakologinės medžiagos gali būti organinio nuotaikos sindromo priežastis. Jei nustatomas organinis nuotaikos sindromas (turi būti nustatyta liga, pažeidimas ar disfunkcija; somatinės ligos ir psichikos sutrikimo išsivystymo laikas turi sutapti; somatinei būklei pagerėjus, psichikos sindromas turi redukuotis; turi nebūti kitų psichikos sutrikimo priežasčių), per pirmąsias 2–4 savaites šalinamos šio sutrikimo priežastys ir tik paskui pradeda gydyti anti-depresantu.

2 lentelė. Depresijos epizodo ir distimijos skirtumai

Rodikliai	Depresijos epizodas	Distimija
Mažiausia simptomų trukmė	Dvi savaitės	Dveji metai
Minimalus depresijos simptomų skaičius	Penki	Du
Neurovegetaciniai simptomai	Yra tipiški	Gali būti
Simptomų stiprumas	Vidutiniai	Lengvi, vidutinio sunkumo
Simptomų pradžia	Ūminiai, aiški	Nepastebima
Simptomų atkaklumas	Atkaklūs, ilgalaikiai	Būna normalios nuotaikos periodai, trunkantys iki dviejų mėnesių

MAŽOSIOS DEPRESIJOS

Kai kurie autoriai išskiria mažosios depresijos grupę, t. y. distimiją, adaptacijos sutrikimą su depresine nuotaika, mišrų nerimo bei depresinį sutrikimą ir kitas nepatikslingas depresijas, kurios labai dažnos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, t. y. jos sudaro 10–20%, be to, dėl jų prarandama 9–16% darbo dienų.

Distimija (F 34.1, TLK-10)

Somatiniams pacientams gana dažna ir distimija. Distimijos klinika yra švelnesnė negu sunkiosios depresijos, tačiau eiga lėtinė, trunkanti ne mažiau kaip dvejus metus. Kai distimija negydoma, fizinės ir socialinės funkcijos yra labiau sutrikusios negu sergant daugeliu lėtinių somatinių ligų, pvz., hipertenzija ir cukralige. Distimijai, praeityje vadintai depresine neuroze, būdingi lengvos ir vidutinio sunkumo depresijos simptomai, trunkantys dvejus metus ir ilgiau (2 lentelė). Tai lengvesnis sutrikimas negu sunkioji depresija, kuriai būdingi vidutinio sunkumo ar ryškūs simptomai.

Distimija prasideda nepastebimai, jos klinikinė eiga banguojanti, būna normalios nuotaikos periodai, tačiau jie retai trunka ilgiau kaip du mėnesius. Šiuos nuotaikos sutrikimus pacientai jaučia vidutiniškai 16 metų. Distimija, kaip ir sunkioji depresija, gali būti labai sekinanti, varginanti. Sutrikimas gali prasidėti anksti (t. y. iki 21 metų) ir vėliau. Pagal DSM-IV distimijos diagnozę nustatoma remiantis šiais kriterijais:

Distimijos, kaip ir daugelio kitų psichikos sutrikimų, etiologija nežinoma. Kelių tyrinėtojų darbai mėgino pagrįsti serotonerginės disfunkcijos teoriją, bet tai dar turi būti patvirtinta kitų mokslininkų tyrimais.

Distimijos diagnostikos kriterijai (pagal DSM-IV):

Visą dieną depresinė nuotaika mažiausiai dvejus metus (vaikams vienerius metus).

Depresijos laikotarpiu turi būti du ar daugiau šių simptomų:

- Blogas apetitas ar hiperfagija
- Nemiga ar hipersomnija
- Sumažėjusi energija ar silpnumo jausmas
- Nepasitikėjimas savimi
- Pablogėjusi geba susitelkti ar neryžtingumas
- Beviltiškumo jausmas
- Per dvejus metus laikotarpis be simptomų nebūna ilgesnis kaip du mėnesiai

- Nėra sunkiosios depresijos epizodo per pirmuosius mėnesius
- Anamnezėje nėra duomenų apie praeityje buvusius manijos, hipomanijos ar ciklotimijos sutrikimus
- Depresijos simptomai nepasireiškia kartu su lėtiniu psichoziniu sutrikimu
- Simptomai nėra susiję su tiesioginiu fiziologiniu poveikiu piktnaudžiaujant medžiagomis ar sergant somatine liga
- Dėl simptomų ryškiai sutrinka socialinė, darbinė ir kita svarbi veikla

Sutrikimo paplitimas. Distimija yra gana dažna. Įvairių tyrimų duomenimis, ji vargina apie 3% gyventojų. Į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas kreipiasi 5–15% tokių pacientų, dvigubai daugiau moterų negu vyrų.

Distimija labai dažnai būna su kitais psichikos sutrikimais ir somatinėmis ligomis. Manoma, kad ji retai yra savarankiška. Nustatytas ryšys tarp psichosocialinių stresų ir distimijos. Iš psichikos sutrikimų kartu su distimija dažniausiai pasitaiko sunkioji depresija. Manoma, kad 70% sergančiųjų distimija kartu serga ir didžiąja depresija. Kai yra šie abu sutrikimai, būklė vadinama „dviguba depresija“. Nustatyti šių dviejų depresijų kliniką labai svarbu, nes gydyti daug sudėtingiau negu sergant tik sunkiąja depresija. Kadangi šie abu sutrikimai dažnai būna kartu, nustačius sunkiąją depresiją, būtina patikslinti, ar kartu nėra distimijos. Antras ir dažnas distimijos palydovas – asmenybės sutrikimai. Tai dažniausiai vengianti, priklausoma ir ribinė asmenybė. Trečioji distimijos palydovė – socialinė fobija, pasitaikanti 15% tokių pacientų. Kartu su distimija būna kai kurios somatinės ligos. Tai neurologinės ligos (cerebrovaskulinės, išsėtinė sklerozė), AIDS, premenstruacinis sindromas, kardialinė transplantacija, hipotiroidizmas, dirglios žarnos sindromas, fibromialgija, lėtinio nuovargio sindromas. Ypač dažnai distimija būna kartu su dirglios žarnos sindromu, gana retai – sergantiesiems vėžiu. Tai patvirtina teoriją, kad sunkios somatinės ligos nėra lėtinės depresijos priežastis. Distimijos priežasčių reikia ieškoti tarp somatinių ligų. Ji gali prasidėti dėl vaistų (kortikosteroidų, b-adrenoblokatorių) šalutinio veikimo. Galiausiai galima manyti, kad ir somatinė liga, ir distimija sudaro bendrą uždara ratą ir turi įtakos viena kitai bei neuromediatorių veiklos sutrikimui. Kitos distimijos priežastys gali būti artimųjų netektis, pasikeitusi finansinė padėtis, suaugusių vaikų išėjimas gyventi atskirai.

Labai svarbu distimiją atskirti nuo sunkiosios depresijos, kurią nustatyti lengviau dėl ūmesnės ir dramatiškesnės klinikos, išryškėjančios jau pirmosiomis savaitėmis. Distimiją sunkiau diagnozuoti dėl lėtos, kliniškai neryškios eigos. Visada padeda būsenos trukmė ir kokybė. Svarbus ir amžius. Kai susergama iki 21 metų, dažniau būna asmenybės sutrikimų.

Pasikartojantis trumpalaikis depresijos epizodas (F 38.10)

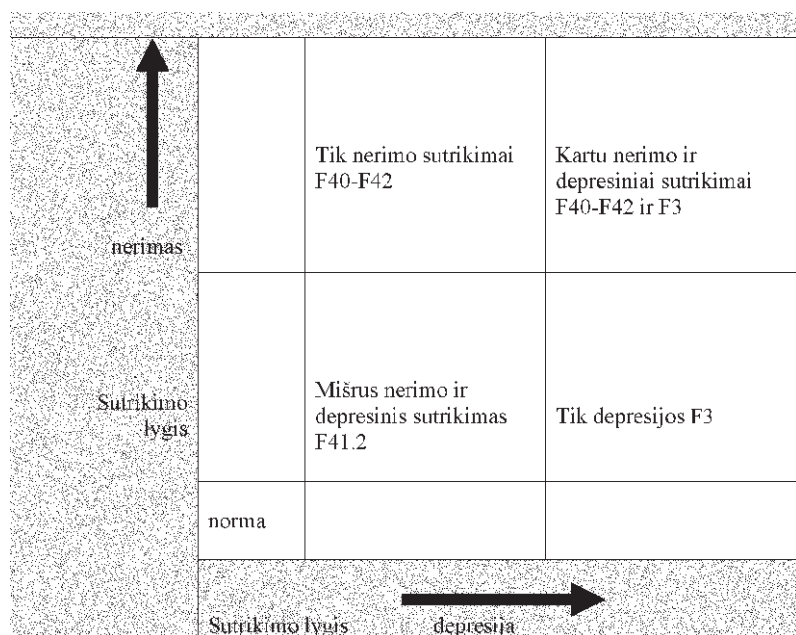
Pasikartojantys trumpalaikiai depresijos epizodai, pasitaikantys kartą per mėnesį apie vienerius metus. Kiekvienas depresinis epizodas trunka mažiau nei dvi savaites (tipiškais atvejais – 2–3 dienas, visiškai pasveikstant), bet atitinka lengvos, vidutinės arba sunkios depresijos epizodo (F32.0, F32.1, F32.2) kriterijus.

Mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas (F 41.2)

- Vienodai depresijos ir nerimo simptomų, sutinkamas tarp PSP pacientų.
- Jei nerimo simptomai yra labiau ryškesni esant lengvesnei depresijos simptomatikai, tuomet reikia diagnozuoti kurį nors specifinį fobinį ar nerimo sutrikimą. Jei ir depresinė, ir nerimo simptomatika yra pakankamai ryškios ir atitinka abiejų sutrikimų diagnostikos kriterijus, turi būti diagnozuojami abu sutrikimai ir nenaudojama ši diagnozė.

Labai svarbu įvertinti subtilius skirtumus trijų sutrikimų grupių: grynų depresijų ir nerimo sutrikimų, dviejų sutrikimų – depresijos ir nerimo bei naujo į TLK-10 klasifikaciją įrašyto mišraus nerimo ir depresinio sutrikimo (F 41.2 TLK-10). Šiuos skirtumus padeda suprasti kelios teorijos. Tradicinė teorija aiškina, kad depresija ir nerimas yra savarankiški vienetai, turi savarankiškas diagnostikos kategorijas, ir pacientui turi būti diagnozuojamas vienas iš dviejų sutrikimų, bet ne abu kartu. Pagal „komorbidiškumą“ (bendrą sergamumą) pripažįstančią teoriją depresijos ir nerimo sutrikimai yra savarankiški vienetai, tačiau jie gali tam pačiam pacientui pasireikšti vienu metu. Dažniausiai stebimi deriniai:

- Panika su agorafobija ir sunkioji depresija
- Panikos atakos ir sunkioji depresija
- Obsesinis-kompulsinis sutrikimas ir sunkioji depresija
- Generalizuotas nerimas ir sunkioji depresija (2 pav.)



2 pav. Mišraus nerimo ir depresinio sutrikimo vieta tarp nerimo ir depresijų

Tiksliai nežinoma, kaip paplitę du savarankiški depresijos ir nerimo sutrikimai, nes iki šiol nebuvo visuotinai susitarta, kaip diagnozuoti šias dvi būkles. Tačiau tyrimais nustatyta, kad nerimas dažnai komplikuoja depresijas. Kai pagrindinė diagnozė yra sunkioji depresija, apie 60% pacientų būna vidutinis nerimas, o 20–25% – ūminis nerimas. Nuo 20% iki 30% pacientų, sergančių depresija, kartu būna panikos atakų, 15% – socialinė fobija. Sėkmingą bendrą depresijos ir nerimo gydymą lemia kruopščiai nustatyta diagnozė, o tai padaryti ne taip paprasta. Pavyzdžiui, neretai pacientai, sergantys depresija, skundžiasi nerimu, baimė, sustiprėjusiais vegetaciniais simptomais (prakaitavimu, karščiu), panikos atakomis, obsesijomis ir kompulsijomis. Gali būti kitų simptomų, būdingų depresijai ir nerimui, pvz., nenustygimas, nesugebėjimas susikaupti, nemiga, energijos trūkumas, silpnumas. Nepaisant panašumų, yra kriterijų, padedančių tiksliai apibrėžti šiuos sutrikimus. Depresijai būdinga negatyvus afektas, beviltiškumo jausmas, apatija, nuovargio jausmas, sumenkėjusios emocijos, interesai ir sugebėjimas jausti malonumą (anhedonija). Motorinė įtampa, sustiprėjusios vegetacinės funkcijos, baimė, ažitacija ir nerimastinga nuotaika yra nerimo simptomai. Nerimą ir depresiją galima mėginti atskirti ir pagal miego pobūdį. Depresijai būdingas ankstyvas nubudimas, o nerimui – užmigimas. Nepastovi būseną dieną, pagerėjusi į vakarą, rodo depresiją. Bendrosios depresijų ir nerimo sutrikimų formos gali pasireikšti klinika, labiau primenančia ligas, kurios vadinamos „tyrimais nepaaiškinami nusiskundimai“, „funkciniai sutrikimai“, „somatizaciniai simptomai“.

„Subsindrominių“ būsenų teorija aiškina, kad depresijos ir nerimo simptomai neatitinka apibrėžtų sunkiosios depresijos kriterijų, tačiau yra lėtiniai, trikdantys darbingumą, jiems reikia atitinkamo gydymo. Tai TKL-10 ir DSM-IV klasifikacijose išskirtas nozologinis vienetas – mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas.

Adaptacijos sutrikimas su depresine nuotaika (F 43.2 TLK-10) ir sielvartas

Kai nepakanka duomenų depresijai diagnozuoti, prislėgta nuotaika, verksmingumas ar beviltiškumas gali būti dėl sutrikusios adaptacijos. Prislėgta nuotaika būna po įvairių stresų (dėl vedybinio gyvenimo problemų, sergant sun-

kia somatine liga ir kt.) ir praeina per 6 mėnesius be intensyvaus psichofarmakologinio gydymo. Nuo sutrikusios adaptacijos padeda greičiau pasveikti paprasta parama, socialinė pagalba, stresų, sukėlusių šiuos požymius, išaiškinimas.

- Sutrikimas paprastai prasideda per mėnesį po streso poveikio ar gyvenimo pokyčio, ir simptomai retai tęsiasi ilgiau kaip 6 mėnesius, išskyrus užsitęsusią depresinę reakciją (F 43.21). Jei sutrikimas trunka ilgiau nei 6 mėnesius, diagnozę reikėtų keisti pagal vyraujančią klinikinę vaizdą, o bet koks ilgalaikis stresas gali būti koduojamas TLK-10 XXI skyriaus Z kodais.

Sielvarto (gedėjimo) priežastis gali būti artimo, mylimo žmogaus mirtis. Sielvartas yra normalus, nors ir labai skausmingas atsakas į artimųjų netektį, pagal TLK-10 koduojamas Z-63.4 – šeimos nario mirtis arba dingimas. Sielvartas atspindi mūsų jausmus (t. y. emocinę kančią) ir elgseną (verkimas), kylančią dėl netekties. Netekties būseną apibūdinamas gedėjimo laikotarpis ar netekties jausmas dėl mirties.

Klinikiniai požymiai ir diagnozė

Gdytojai dažnai sutinka sielvartaujančius pacientus, jų artimuosius, pažįstamus. Dažniausiai sielvartas yra normalus reiškinys, praeinantis savaime, sulaukus pagalbos. Sielvarto eiga priklauso nuo paciento pasirengimo netekti artimojo trukmės, netekties staigumo, netekusio asmens svarbos.

Sielvartas gali komplikotis sunkiąja depresija, psichoze, ažitacija, mėginimu nusižudyti, piktnaudžiavimu alkoholiu, vaistais.

Sielvarto ir depresijos simptomai yra labai panašūs. Sielvarto simptomai atitinka tas aplinkybes, kuriose atsidūrė asmuo, o depresija sergančių pacientų klinika neadekvati, t. y. ilgam sutrinka veikla, būna liguistas savęs nuvertinimas, ryškiai sulėtėjusi psichomotorika.

Sielvartas gali būti dėl skyrybų, mylimo gyvūnėlio netekties, netekto darbo, kūno dalies, pablogėjusios socialinės padėties. Klinika priklauso ir nuo asmens kultūros. Gydytojas turi nuspręsti, ar reakcija būdinga tai kultūrai, kuriai priklauso pacientas. Normalaus sielvarto požymiai yra depresinė nuotaika, nemiga, nerimas, blogas apetitas, sumažėję interesai, kaltės jausmas (išgyvenama, kad nebuvo

3 lentelė. Sielvarto ir depresijos simptomų skirtumai

Sielvartas	Depresija
Prasideda po netekties	Prasideda bet kuriuo metu
Savigarbos jausmas nesikeičia	Gali pasireikšti nevisavertiškumo jausmas
Socialinė ir darbinė veikla neryškiai, laikinai sutrikusi	Ryškiai sutrikusi socialinė ir darbinė veikla
Mirusysis vertinamas realiai	Mirusysis idealizuojamas ar jo vaizdas pernelyg iškreipiamas
Somatiniai depresijos požymiai (ankstyvas pabudimas, apetito stoka, kūno masės mažėjimas ir kt.) greitai praeina	Somatiniai depresijos požymiai būna ilgai
Distresas praeina per 6–12 savaitių	Distresas ilgalaikis, trunkantis 3–18 mėnesių
Suicidinių minčių nėra ar jos trumpalaikės	Suicidinės mintys dažnos, planuojama savižudybė
Antidepressantai nepadeda	Antidepressantai padeda

4 lentelė. Mažosios depresijos diagnostikos kriterijai

<p>Ilgalaikė ar pasikartojanti prislėgta nuotaika, trunkanti mažiausiai vieną mėnesį.</p> <p>Keturi ar daugiau nurodytų simptomų tuo laikotarpiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sutrikusi geba susikaupti ar tuščios galvos jausmas; - sutrikęs miegas (užmigimas, miegojimas ar nepasitenkinimas miegu); - nuovargis ar sumažėjusi energija; - dirglumas, irzlumas; - nerimavimas; - greitas ašarojimas; - padidėjęs budrumo jausmas; - bloga nuojauta; - beviltiškumo jausmas (gilėjantis pesimizmas dėl ateities); - nepasitikėjimas savimi; <p>Stebimas distresas ar sutrikusi socialinė, darbinė ar kitų svarbių gyvenimo sričių veikla.</p> <p>Simptomų kilmė nepriklauso nuo tiesioginio fiziologinio medžiagų veikimo efekto (piktnaudžiavimo vaistais, gydymo vaistais) ar somatinės ligos.</p> <p>Turi atitikti visas šias sąlygas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niekada nebuvo depresijos, distimijos, panikos ar generalizuoto nerimo sutrikimo; - remiantis esamais simptomais, negalima diagnozuoti jokio kito nerimo ar nuotaikos sutrikimo (net dalinės remisijos); - negalima diagnozuoti jokio kito psichikos sutrikimo.
--

padaryta tai, kas galėjo padėti išvengti netekties), sėpnai apie mirusįjį, dirglumas, irzlumas, kaltinimas gydytojų, kurie gydė mirusįjį, nesugebėjimas susikaupti, dėmesio sutelkimas į daiktus, veiklą, prisiminimus, susijusius su mirusiuoju, jausmas, kad mirusysis yra čia pat, taip pat dusulio jausmas ir kiti somatiniai simptomai. Psichologinė būseną gali pasireikšti šoku, neigimu, prašinėjimu ir mirusiojo ieškojimu. Aktyvūs simptomai paprastai būna 3–6 mėnesius, vėliau pranyksta.

Sielvartas, netekties būseną nėra diagnostiniai vienetai. TLK-10 (1992) adaptacijos sutrikimų grupėje yra išskirtos liūdesio reakcijos (F 43.2), o DSM-IV (1994) ši diagnozė nenurodoma. Tačiau abiejose klasifikacijose išskiriamas adaptacijos sutrikimas su depresine nuotaika (F 43.2), kuris diagnozuojamas, kai depresijos simptomai išryškėja per 3 mėnesius po netekties, kai dėl įvykio distresas yra didesnis negu tikėtina arba sutrikdo socialinę veiklą, darbingumą, kai nėra kito psichikos sutrikimo, per 6 mėnesius požymiai pranyksta (žr. toliau adaptacijos sutrikimus). Išskiriama adaptacijos sutrikimo lėtinė forma, kai psichikos sutrikimų būna ilgiau kaip 6 mėnesius.

F43.2 Adaptacijos sutrikimai

F43.20 Trumpalaikė depresinė reakcija

F43.21 Užsitęsusi depresinė reakcija

F43.22 Mišri nerimo ir depresinė reakcija

Komplikuotas ir sutrikdantis veiklą sielvartas būdingas asmenims:

- Linkusiems sirgti depresija
- Išlikusiems gyviems po katastrofiškų išgyvenimų

- Buvusiems per daug priklausomiems nuo mirusiojo ar ambivalentiškiems asmens netekčiai ar žūčiai
- Neturintiems adekvačios aplinkinių pagalbos
- Išlikusiems gyviems, jaučiantiems pernelyg didelę kaltę
- Ankstyvoje jaunystėje praradusiems artimuosius
- Išlikusiems gyviems, kurie visą dėmesį sutelkia į savo jausmus ir poreikius
- Pastaruoju metu piktnaudžiaujantiems vaistais
- Netekusiems vaikų tėvams
- Praradusiems artimuosius nelauktai ar dėl savižudybės, AIDS
- Sergantiems kitu psichikos sutrikimu

Mažoji depresija

Pagal mokslinius tyrimo (RDC) kriterijus (4 lentelė), mažoji depresija diagnozuojama remiantis ilgo nepsichozinės depresijos epizodo klinika; pagal esamus simptomus negalima diagnozuoti sunkiosios depresijos; sutrikimo eiga gali būti lėtinė ar epizodinė; be depresiškos nuotaikos, turi būti dar du depresijos simptomai ir nusiskundimai sveikata ar sutrikusi veikla; sielvarto simptomai atmetami; trukmė – mažiausiai 1–2 savaitės.

Pogimdyminė depresija (Depresija, pogimdyminė, F 53.0 TLK-10)

Pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai yra stresas prižiūrėti kūdikį, vienišumas, pagalbos trūkumas. Pirmą kartą gimdžiusioms moterims depresija dažnesnė dėl nesuvaldomo motinystės vaidmens ir galimo socialinio bei psichologinio jausmo. Kiti rizikos veiksniai: nėra socialinės ar vyro pagalbos, nutrūko ryšys su svarbiais asmenimis, vedybinio gyvenimo sunkumai. Pogimdyminę depresiją gali sukelti stresas gimdymo metu, nesantuokinis gimdymas, dvynių gimimas.

Iki 85% motinų po gimdymo jaučia depresiją. Ji prasideda pirmosiomis dviem savaitėmis, dažniausiai 3–7-ąją dieną po gimdymo. Dažniausi nusiskundimai yra nemiga, nerimas, verksmingumas, galvos skausmas, dirglumas, pasikeitęs apetitas ir padidėjęs jautrumas. Paprastai pogimdyminė depresija veiklą mažai sutrikdo, pamažu per 2 savaites – 3 mėnesius ji savaime praeina. Dažniausiai tokias moteris pakanka nuraminti ir suteikti psichologinę pagalbą. Ūmesnė ir ilgesnė depresija būna 5–20% gimdžiusių moterų. Tokia depresija gali išryškėti per pirmuosius 6 mėnesius po gimdymo. Depresiją gali paskatinti socialinis izoliuotumas, artimųjų išvykimas. Būklę dar pablogina motinos mintys apie tai, kad nesugebės prižiūrėti vaiko. Dėl šių minčių ir nepasitikėjimo savimi atsiranda neadekvatumo jausmas, nesugebama susitelkti, atitolstama nuo socialinės veiklos, prasideda anoreksija ar didėja kūno masė, nebesidomima kasdiene veikla. Šis jausmas gali pasipildyti abejingumu ar pykčiu kūdikiui, kartais galinčiais sukelti pavojų jo sveikatai. Sergant pogimdymine depresija, somatinių nusiskundimų, ypač virškinamojo trakto sutrikimų, būna gerokai mažiau. 2/3 tinkamai gydomų pacienčių pasveiksta per metus.

5 lentelė. PMS ir PMDS diagnostikos principai

	PMS	PMDS
Dažnis	75%	3-8%
Reikalingas simptomų kiekis diagnozei	1	5 iš 11
Diagnozė nustatoma remiantis	TLK-10	DSM-IV
Socialinių funkcijų, darbingumo sutrikimai	nebūtina	būtina
Kasdieninio dienos ritmo žymėjimas	nebūtinas	būtinai

Pogimdyminio laikotarpio fiziologinių ir patologiškų pokyčių požymiai yra panašūs į depresiją. Dėl gimdant netekto didelio kraujo kiekio gali būti nuovargis, dėl vaiko priežiūros naktį gali sutrikti miegas. Silpnumas, iniciatyvos stoka, nepastovi nuotaika, kūno masės didėjimas gali pasireikšti sutrikus skydliaukės funkcijai. Laikinas hipotirozizmas būna 4–7% gimdžiusių moterų, dažniausiai išryškėjantis 4–6-ąjį mėnesį po gimdymo. Pogimdyminę depresiją reikia skirti nuo kankorėžinės liaukos, antinksčių veiklos ir kitų endokrinių sutrikimų, infekcijų sukeltamų požymių.

Premenstruacinis disforinis sutrikimas

Premenstruacinis sindromas (PMS) kamuoja milijonus reprodukcinio amžiaus moterų. PMS – tai ciklinis jaunų ir vidutinio amžiaus moterų sutrikimas, pasireiškiantis emociniais ir somatiniais simptomais. Simptomai dažniausiai vargina 25–35 metų moteris. Simptomai prasideda likus kelioms dienoms ar savaitėms iki mėnesinių ir mažėja menstruacijų metu. Nemažai daliai moterų PMS pasireiškia vien padidėjusiu krūtų jautrumu ir pabrinkimu, tačiau šie simptomai nesutrikdo moters kasdienio gyvenimo. Dažniausiai pasitaikantys somatiniai PMS simptomai – pilvo, nugaros ir galvos skausmas, krūtų jautrumas ir pabrinkimas, padidėjęs kūno svoris, pykinimas, galūnių patinimas; elgsenos sutrikimai – miego sutrikimas, seksualiniai ir apetito pokyčiai, interesų sumažėjimas, užsiklindimas savyje; nuotaikos sutrikimai – depresija, dirglumas, nuotaikų kaita, nerimas, padidėjęs jautrumas, vienišumo jausmas. Moterims, kurias vargina sunkesni emociniai sutrikimai, nustatomas **premenstruacinis disforinis sutrikimas (PMDS)**. Kai kurioms moterims simptomai pasireiškia likus savaitei iki menstruacijų, kitoms – likus kelioms dienoms iki ovuliacijos ir priešmenstruacinę savaitę. Dar kitas moteris priešmenstruaciniai simptomai vargina tik kelias dienas prieš menstruacijas. PMDS pirmą kartą buvo paminėtas 1987 metais DSM-III-R. Šio sindromo klinika, susidedanti iš somatinių ir elgesio simptomų, pasireiškia 10–14 dienų iki menstruacijų, per liuteininę fazę. PMDS galima diagnozuoti 3–8% moterų.

Diagnostiniai kriterijai svarbūs norint atskirti PMS nuo kitų susirgimų, taip pat skiriant tinkamą gydymą (5 lentelė). Priešingai nei dėl PMDS, bendro ir vieningo sutarimo dėl PMS diagnostikos nėra. Diagnostika remiasi simptomais, kurie susiję su menstruaciniu ciklu, t. y. atsiranda prieš menstruacijas ir baigiasi su menstruacijomis; simptomai yra varginantys ir reikia gydyti, nes trikdo kasdienę

veiklą; simptomai nėra dėl kito somatinio ir psichiatrinio susirgimo. Simptomai turėtų būti vertinami prieš menstruacijas ir po jų.

PMS ir PMDS diagnostiniai kriterijai

Amerikos akušerių ir ginekologų draugijos pasiūlyti PMS diagnostiniai kriterijai:

- Pacientė penkias dienas iki menstruacijų per tris menstruacijų ciklus skundžiasi daugiau nei vienu iš šių simptomų:
 1. Emociniai – depresija, pykčio protrūkiai, padidėjęs dirglumas, nerimas, pasimetimas, užsiklindimas.
 2. Somatiniai – krūtų tempimas, pilvo padidėjimas, galvos skausmas, galūnių patinimas.
- Simptomai mažėja menstruacijų metu ir nepasireiškia iki tryliktos ciklo dienos
- Simptomai pasireiškia nevarojant alkoholio, vaistų, hormoninių injekcijų
- Pacientei sunku adaptuotis socialiniame gyvenime

PMDS diagnostiniai kriterijai pagal DSM-IV:

A: Vienerių metų trukmės simptomai, kurie pasireiškia liuteininės fazės metu ir baigiasi folikulinės fazės metu

- Penki iš šių simptomų:
 1. Prislėgta nuotaika, beviltiškumo jausmas
 2. Nerimas, įtampa, kraštutinės būsenos jausmas
 3. Padidėjęs jautrumas (greitai verkia, staiga gali pradėti liūdėti)
 4. Pyktis ir dirglumas, tarpasmeniniai konfliktai
 5. Sumažėjęs interesas kasdieninėje veikloje
 6. Sunku susikoncentruoti
 7. Mieguistumas, greitas nuovargis, energijos stoka
 8. Apetito pokyčiai, padidėjęs apetitas
 9. Nemiga, mieguistumas
 10. Sunku susivaldyti ar savikontrolės praradimo jausmas
 11. Kiti somatiniai simptomai, pvz., krūtų tempimas, svorio padidėjimas ir kt.

Pastaba: turinčioms menstruacijas liuteininės fazės pradžia – ovuliacija, o pabaiga – menstruacijų pradžia, folikulinė fazė prasideda su menstruacijomis. Moterims, kurios neturi menstruacijų (šalinta gimda), liuteininė ir folikulinė fazės nustatomos vertinant lytinių hormonų kieki.

B. Sutrinka kasdieninė socialinė veikla, bendravimas, darbingumas.

C. Sutrikimas nėra kitų ligų paūmėjimas (pvz., tokių ligų kaip didžioji depresija, panikos sutrikimas ir kt.)

D. Kriterijai A, B ir C patvirtinami remiantis kasdienio dienoraščio žymėjimu mažiausiai du ciklus iš eilės.

Kadangi PMS/PMDS pasireiškia cikliška, reikėtų diferencijuoti tarp tokių susirgimų, kurie pasireiškia ar paūmėja prieš menstruacijas. Psichikos sutrikimai – didžioji depresija, distimija, generalizuoto nerimo sutrikimas, bipolinis sutrikimas; kiti – perimenopauzė, endometriozė, hipotireozė, dismenorėja, autoimuniniai susirgimai.

Depresija yra sutrikimas – ne charakterio savybė, depresija pažeidžia visą asmenybę, jos fizinės ir psichologinės sritis, kartais nepakeliamai, diagnozė dažnai nenustatoma. Laiku nustatyta tiksli diagnozė palanki prognozei, gydymui.

Kada reikalinga psichiatro konsultacija:

- Suicidinės mintys
- Psichozės simptomai
- Manijos simptomai
- Nepadeda naujieji antidepresantai
- Piktnaudžiavimas alkoholiu
- Kitos ūmios psichiatrijos problemos
- Aktualios psichosocialinės problemos

Gauta:
2005 05 16

Priimta spaudai:
2005 06 23

Literatūra

1. Daubaras G. Somatinių ligonių psichikos sutrikimai. V., 2001.
2. Daubaras G. Depresija, nerimas ir somatoforminiai sutrikimai. Diagnostika ir gydymas. V., Pharmacia, 2001.
3. Daubaras G. Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose. V., 2004.
4. DSM-IV casebook: a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Spitzer RL, et al, eds. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
5. TLK-10. Psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika / Pasaulinė sveikatos organizacija; vertė R. Bunevičius, A. Dembinskas. – K., 1997.
6. A WHO Educational Package. Mental Disorders in Primary Care. Copyright © 1998 World Health Organization.
7. Vaicekauskienė N, Daubaras G. Priešmenstruacinis sindromas ir priešmenstruacinio disforinio sutrikimo diagnostika bei gydymas. Medinfo 2004; 8: 33–6.

G. Daubaras

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN GENERAL HOSPITAL SETTINGS

Summary

The purpose of this article is to describe differences of diagnostic criteria between depressive disorders treated exclusively in the primary care and general hospital treatment settings. Depression is a common mental disorder that may afflict as many as 1 in 4 people over their lifetime. Depression is the second most common chronic disorder seen by primary care physicians. In addition to causing considerable personal suffering, depression imposes significant social costs in terms of disability, suicide, marital conflict, parenting problems, and medical costs. The degrees of suffering and disability associated with depression are comparable to those in most chronic medical conditions. Fortunately, early identification and proper treatment significantly decrease the negative impact of depression in most patients. Most patients with depression can be effectively treated with pharmacotherapeutic and psychotherapeutic modalities. Depression occurs in children, adolescents, adults, and the elderly. It manifests as a combination of feelings of sadness, loneliness, irritability, worthlessness, hopelessness, agitation, and guilt, accompanied by an array of physical symptoms. Recognizing depression in patients in a primary care setting may be particularly challenging because patients, especially men, rarely spontaneously describe emotional difficulties. A number of depressed patients may present with somatic symptoms rather than complaints of depressed mood as their chief complaint. Patients with depression who present to a primary care physician often describe somatic symptoms such as fatigue, sleep problems, pain, loss of interest in sexual activity, or multiple, persistent vague symptoms. Depression increases the risk of coronary artery disease, alters immune function, and may predispose individuals to substance abuse and tobacco dependence. Despite depression's high prevalence and significant costs, few patients with depression currently receive an adequate course of therapy. Numerous screening measures have been specifically designed to detect depression. Physicians can choose two screening questions which may indicate the need for the use of more in-depth diagnostic tools: (1) "Over the past two weeks, have you ever felt down, depressed, or hopeless?" and (2) "Have you felt little interest or pleasure in doing things?"

Dysthymia is a less severe type of depression. It involves long-term (chronic) symptoms that do not disable yet prevent the affected person from functioning at "full steam" or from feeling well. Sometimes people with dysthymia also experience episodes of major depression. This combination of the two types of depression is referred to as double-depression.

Postpartum depression (PPD) is a condition that describes a range of physical and emotional changes that many mothers can have after having a baby. Postpartum depression (PPD) may happen a few days or even months after childbirth. PPD may happen after the birth of any child, not just the first child. A woman can have feelings similar to the baby blues – sadness, despair, anxiety, irritability – but she feels them much more strongly than she would with the baby blues. PPD often keeps a woman from doing the things she needs to do every day.

Many people in the community report significant levels of depression and/or anxiety that do not meet the diagnostic criteria for either depressive episode or the anxiety disorders. There is a variety of ways of classifying this group within ICD-10, including dysthymia, mixed anxiety, and depression.

Keywords: depressive disorders, postpartum depression, dysthymia.