

Napovedni dejavniki za motnje razpoloženja

Jana Govc Eržen

POVZETEK: Motnje razpoloženja so v splošni populaciji zelo razširjeno obolenje. Bolniki z depresijo in bipolarnimi motnjami so pogosti obiskovalci zdravnikov družinske medicine. Množičnost in raznovrstnost simptomov in znakov, značilnih za motnje razpoloženja, velikokrat predstavljajo težave pri pravočasnem odkrivanju bolnikov z depresijo in bipolarnimi motnjami. Le dobro poznavanje znakov, simptomov, napovednih dejavnikov in klinične slike bolezni omogoča pravočasno postavitev diagnoze in ustrezno zdravljenje bolezni.

Uvod

Motnje razpoloženja so poznane že več kot 2500 let. Opisane so bile v antični Grčiji in v Rimu. Že Hipokrat (460–357 pr. n. št.) je opisoval melanholijo kot stanje na čustvenem področju, za katerega je značilno odklanjanje hrane, potrnost, nespečnost, razdražljivost in utrujenost. Po Galenu (131–201) je melanholija izražena s strahom, depresijo, nezadovoljstvom z življenjem nasploh in sovraštvom do vseh ljudi.

Depresija in bipolarne motnje so pogoste motnje razpoloženja, za katere so značilne motnje na področju čustvovanja, mišljenja, vedenjske motnje, telesni simptomi in motnje na vseh področjih delovanja posameznika.

Z motnjami razpoloženja se ljudje srečujejo v vsakdanjem življenju. Razpoloženje čez dan niha, lahko se spreminja od žalosti k veselju in nazaj v žalost. Dokler so motnje blage in jih ljudje lahko obvladujejo in nadzorujejo, ne bodo vplivale na vsakdanje dejavnosti, na sposobnost za normalno opravljanje dela, na medosebne odnose in na zdravje. Izguba mehanizmov za obvladovanje razpoloženja lahko vodi v bolezen. Duševno zdravje je za vsakega posameznika ena izmed izjemnih vrednot. Porušeno duševno ravnovesje vpliva tudi na telesno zdravje.

Klasifikacija motenj razpoloženja

Motnje razpoloženja so opredeljene v Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih težav za statistične namene (MKB-10), v poglavjih od F 30 do F 39, in sicer kot motnje spremembe afekta ali razpoloženja v depresijo ali v privzdignjenost. Posamezne kategorije se znotraj omenjene klasifikacije ločijo po svoji povezanosti z maničnimi razpoloženskimi motnjami in glede na enkratno ali ponavljajočo se klinično sliko. MKB-10 depresivnih obolenj ne deli več na endogene, nevrotske in reaktivne depresije, pač pa pozna depresivne epizode različne intenzitete. Diagnozo depresivne epizode postavimo takrat, ko se motnja pojavi prvič, ko sta prisotna vsaj dva ključna simptoma in ko motnja traja najmanj dva tedna. Depresivna epizoda se lahko pojavi v dveh oblikah, bodisi kot unipolarna ali bipolarna. Z oznako distimija je opredeljena kronična ali subkronična depresivna motnja,

za katero je značilen dolgotrajen, večleten potek, psihični simptomi so velikokrat prikriti z veliko bolj izraženimi telesnimi simptomi.

Kategorije in opredelitev motenj razpoloženja (MKB-10)

Manična epizoda (F 30) Manična epizoda vključuje hipomanijo, manijo brez psihotičnih simptomov, manijo s psihotičnimi simptomi, drugačne manične epizode in neopredeljene manične epizode. Porazdelitev v te kategorije se uporablja samo za enkratni dogodek.

Bipolarna afektivna motnja (F 31) Za bipolarno afektivno motnjo je značilno dvoje ali več epizod z izrazito motenim razpoloženjem in delovanjem, kar se kaže v epizodah z izraženo hipomanijo ali manijo in drugič z depresijo.

Depresivna epizoda (F 32) Diagnozo depresivne epizode postavi zdravnik takrat, ko se depresivno stanje pojavi prvič, ko so izraženi vsi znaki in simptomi, ki opredeljujejo depresivno motnjo, epizoda pa mora trajati najmanj dva tedna. Glede na intenzivnost izraženosti posameznih znakov in simptomov je depresivna epizoda lahko blaga, zmerna ali huda. V to skupino spadajo še atipične oblike depresije, posamezne epizode larvirane depresije in neopredeljene depresivne motnje, ki jih ne moremo razvrstiti v nobeno od omenjenih kategorij.

Ponavljajoča se depresivna motnja (F 33) V tem primeru gre za ponavljajoče se epizode depresivnega razpoloženja brez pridruženih epizod hipomanije in manije. Motnje lahko trajajo več mesecev, remisije pa so različno dolge. V času remisije je lahko bolnikovo razpoloženje popolnoma ustrezno. Glede na intenzivnost izraženosti posameznih znakov in simptomov je depresivna epizoda lahko blaga, zmerna ali huda. Huda depresivna epizoda se pojavi v obliki s psihotičnimi simptomi ali brez njih.

Trajne razpoloženske (afektivne) motnje (F 34) Trajne afektivne motnje so trajne, valujoče motnje razpoloženja, posamezne epizode pa niso tako izrazite, da bi lahko bile označene kot hipomanične, manične ali depresivne. V to skupino spadata **ciklotimija**, za katero je značilna trajna nestanovitnost razpoloženja, in **distimija**, za katero je značilno kronično slabo razpoloženje, vključuje pa še slike depre-

silne nevroze, depresivne osebnostne motnje, nevrotske depresije in trajno anksiozno depresijo.

Druge razpoloženske (afektivne) motnje (F 38) V to kategorijo so vključene vse preostale razpoloženske motnje, ki niso dovolj hude in ne trajajo dovolj dolgo, da bi jih lahko uvrstili v katero od kategorij od F 30 do F 34.

Neopredeljena razpoloženska (afektivna) motnja (F 39) V to kategorijo je zaenkrat vključena samo afektivna psihoza.

Epidemiološke značilnosti motenj razpoloženja

Bolniki z motnjami razpoloženja pogosto obiskujejo zdravnika družinske medicine. Depresivne motnje spadajo med najpogostejše duševne motnje v splošni populaciji. Delež hude depresivne bolezni v splošni populaciji znaša od 2 do 4 %, med bolniki v osnovnem zdravstvu od 5 do 10 % (1). Delež zmerne do hude depresije pri bolnikih, ki obiskujejo specialista, znaša po izsledkih raziskav od 15 do 25 % (2). Več kot 25 % žensk in več kot 12 % moških se bo v svojem življenju srečalo z depresijo. Bolezen je 1,5- do 3-krat pogostejša pri osebah, ki imajo v prvem kolenu sorodnika z depresivno motnjo (3). Delež simptomov depresije je ocenjen na 13 do 20 % (4). Delež bolnikov, ki imajo izražene bipolarni motnje, se po izsledkih raziskave, ki je potekala v desetih državah, giblje med 0,3 in 1,5 % (6). Duševne in vedenjske motnje so vedno večji zdravstveni problem. Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije trpi za depresijo v svetu več kot 150 milijonov ljudi, 1 milijon ljudi pa vsako leto naredi samomor. Do leta 2020 bodo motnje razpoloženja postale drugi glavni zdravstveni problem, ki posameznika vodi v onesposobljenost; takoj za srčno-žilnimi boleznimi (5). V povprečju 35 % bolnikov, ki se zglasijo v splošni ambulanti, trpi za eno od oblik depresije, od tega jih ima 10 % hudo depresijo (6). Delež hude depresije je pri bolnikih, ki obiskujejo družinskega zdravnika, 2- do 3-krat večji kot pri splošni populaciji, saj se depresivni bolniki zaradi zdravstvenih težav pogosteje obračajo na družinskega zdravnika (7).

Znaki in simptomi motenj razpoloženja

Zdravniki družinske medicine bolnika z depresijo pogosto ne prepoznajo, kar pomembno vpliva na pogostost obiskov v splošni ambulanti in na povečanje stroškov zdravljenja (8). Raziskave kažejo, da družinski zdravniki ne prepoznajo simptomov depresije pri 30 do 50 % bolnikov z depresijo (9). V Sloveniji so podatki ugodnejši, raziskava med slovenskimi družinskimi zdravniki je namreč pokazala, da je stopnja prepoznavanja bolnika z depresijo razmeroma visoka, saj znaša 61,2 % (10). Družinski zdravniki najpogosteje ne prepoznajo depresije in simptomov depresije pri bolnikih, starejših od 65 let, pri moških, poročenih, pri starejših bolnikih in pri bolnikih s hudo telesno okvaro (11).

Znaki hipomanije in manije

Hipomanija je trajna blaga razpoloženska motnja, za katero so značilni naslednji znaki: izrazito dobro počutje, pretirana zgovornost, družabnost, domačnost, povečana dejavnost, povečana energija,

povečana spolna energija, zmanjšana potreba po spanju. Ta razpoloženska motnja bolnika ne ovira pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti.

Manična razpoloženska motnja je vzneseno stanje, ki ni v skladu z bolnikovimi socialnimi okoliščinami. Bolnik je pretirano dejaven, motena je stopnja koncentracije, značilno je izrazito pomanjkanje potrebe po spanju, njegovo vedenje je moteče za okolico, predrzno in neustrezno.

Znaki depresije

Depresija je pogosta motnja čustvovanja, za katero so značilni številni simptomi, ki so bolj ali manj izraženi glede na obliko depresivne motnje. Najpogostejši simptomi pri bolniku z depresijo so žalost, obup, izguba ali zmanjšanje zanimanja za tiste dejavnosti, ki so mu bile pred tem v veselje, tudi za spolnost. Pojavljajo se spremembe apetita ali telesne teže, motnje spanja in psihomotorični nemir, občutek nemoči in krivde, motnje mišljenja in koncentracije, težave pri odločanju ter razmišljanje o smrti in samomorilne misli. O depresiji govorimo takrat, kadar so znaki depresije prisotni večino dni v najmanj dveh zaporednih tednih. Takšno stanje vpliva tudi na socialno, delovno in vsa druga pomembna področja delovanja posameznika. Poleg znakov čustvovanja se pri depresiji pojavljajo tudi številni telesni znaki, kot so utrujenost, motnje spanja, glavobol, psihomotorične spremembe, prebavne motnje, motnje apetita, različne telesne bolečine (12). Ugotovitve angleške raziskave kažejo, da ima kar 69 % bolnikov z depresijo tudi telesne simptome (13). Zaradi telesnih znakov se najpogosteje pritožujejo določene skupine bolnikov z depresijo: nosečnice, starostniki, bolniki s sočasnimi organskimi obolenji, zaporniki (14).

Vzroki in napovedni dejavniki za nastanek depresije

Vzrokov za nastanek depresije je več, med sabo se prepletajo biološki, psihološki in socialni dejavniki. Pri nastanku depresije igrajo pomembno vlogo tudi nekateri sprožilni dejavniki in dejavniki okolja. Najbolj poznani dejavniki tveganja za razvoj depresije so genetski dejavniki ter predhodne epizode depresivnih motenj. Če ima eden od staršev izraženo motnjo razpoloženja, potem je tveganje, da jo bo imel tudi otrok, 10- do 20-odstotno, če imata motnjo razpoloženja oba starša, se tveganje podvoji (15).

Množičnost znakov, simptomov, napovednih dejavnikov in prepletenost s sprožilnimi dejavniki ter biološkimi, psihološkimi in socialnimi vzroki, vse to zahteva od zdravnika družinske medicine dobro poznavanje problema. Prepoznavanje, pravočasna diagnoza motnje razpoloženja in pravočasno zdravljenje so ključnega pomena tudi pri zmanjševanju stopnje samomorilnosti, ki je v naši državi izjemno visoka. Leta 1999 je v Sloveniji zaradi samomora umrlo 590 oseb. Moški se odločijo za samomor 2- do 3-krat pogosteje kot ženske. Število samomorov je pri moških največje v starosti od 45 do 49 let, pri ženskah pa v starosti od 55 do 59 let. Obremenjenost s samomorom je največja v severovzhodnih regijah Slovenije (16).

Na razvoj depresije vplivajo stresni dogodki v življenju posameznika, ki lahko inducirajo razvoj bolezni (17). Travmatični dogodki, kot so smrt v družini, ločitev, izguba službe, so najpogostejši negativni stres-

ni dogodki, ki vodijo v razvoj depresije. Prav tako lahko v depresijo vodijo pozitivni stresni dogodki, kot so selitev, poroka ali nastop nove službe. Pri nekaterih ljudeh se razvije depresija, če so izpostavljeni kroničnemu stresu, ki ga predstavljajo dolgotrajne obremenitve: delo prek polnega delovnega časa, delovne obremenitve v službi in doma, prevzemanje delovnih obveznosti, za katere posameznik ni dovolj usposobljen, nesrečen zakon, stalni konflikti v družini, življenje v odklonilnem okolju, osamljenost. Tudi nekatera obdobja v življenju posameznika so pomemben napovedni dejavnik za depresijo, npr. obdobje pozne adolescence, ko se mladostnik odseli od doma in je prepuščen samemu sebi, ter obdobje zrelih let, ko se otroci odselijo od doma, ko se posameznik ukvarja z vprašanjem, kaj mu je v življenju še preostalo. Naslednje krizno obdobje je obdobje, ko se posameznik upokoji, je osamljen in se sooča s finančnimi težavami. Pomanjkanje osnovnih sredstev za preživetje, ki je lahko pridruženo izgubi službe, je v vsakem življenjskem obdobju pomemben stres, ki lahko vodi v depresijo.

V obdobju adolescence se depresija kaže v slabem učnem uspehu, ko mladostnik nima volje do dela, ne more se zbrati, značilen je padec koncentracije, mladostnikovo vedenje je velikokrat naravnano k samopoškodovanju. Za to obdobje je značilna tudi zloraba alkohola in psihoaktivnih snovi.

Verjetnost, da bo oseba razvila depresivno motnjo, je povezana s številnimi drugimi dejavniki tveganja. Eden izmed pomembnih dejavnikov je tudi spol. Ugotovitve raziskav namreč kažejo, da ženske dvakrat pogosteje obolevajo za depresijo kot moški (18).

Za postavljanje diagnoze depresije veljajo za oba spola enaka merila, vendar je pri ženskah nastop in potek bolezni drugačen. Za ženske je bolj značilno sezonsko pojavljanje bolezni (19). Prav tako se pri ženskah pogosteje pojavljajo netipični simptomi, kot so pretirana zaspianost, pridobivanje telesne teže, prenašanje, občutek težkih nog in rok. Pri ženskah so pogosteje pridruženi simptomi anksioznosti, panične motnje, fobije in značilnosti odvisne osebnosti. Za ženske je značilna večja incidenca hipotireoze, ki lahko prav tako povzroči depresijo (20). Pri moških je depresija pogosteje povezana z zlorabo alkohola in psihoaktivnih snovi ter z nezaposlenostjo (21). Napovedni dejavniki za razvoj depresije se pri ženskah nekoliko razlikujejo od tistih, ki so značilni za moške. Najpogostejši napovedni dejavniki za depresijo pri ženskah so:

- družinska obremenjenost z motnjami razpoloženja,
- osebna anamneza motenj razpoloženja v zgodnjem reproduktivnem obdobju,
- izguba staršev pred 10. letom starosti,
- telesna in spolna zloraba v otroškem obdobju,

Preglednica 1. Diagnostična merila za depresijo* (22)

Psihološki dejavniki	Telesni dejavniki
Depresivno razpoloženje in/ali	Motnje spanja (insomnija ali hipersomnija)
Upad zanimanja in/ali veselja do dejavnosti, vključno s spolnostjo	Spremembe apetita/telesne teže
Občutki krivde, brezupnosti in ničvrednosti	Težave s pozornostjo/koncentracijo
Razmišljanje o samomoru (ponavljajoče)	Padec energije in nerazložljiva utrujenost
	Psihomotorična upočasnjenost ali nemir

* Za postavitev diagnoze depresije mora biti vsaj dva tedna prisoten vsaj eden od prvih dveh psiholoških dejavnikov in štirje od preostalih psiholoških in telesnih simptomov. Simptomi so izraženi zaradi značilnega poslabšanja delovanja na socialnem, delovnem ali šolskem področju.

- jemanje oralnih kontracepcijskih sredstev, zlasti tistih z visoko vsebnostjo progesterona,
- jemanje spodbujevalcev gonadotropina za zdravljenje neplodnosti,
- izpostavljenost psihosocialnim stresorjem (npr. izguba službe),
- izguba socialne podpore ali grožnja z njeno izgubo (24).

Diagnostična merila za postavitev diagnoze depresije so za oba spola enaka (preglednica 1).

Povezanost motenj razpoloženja s telesno boleznijo

Duševne motnje, vključno z motnjami razpoloženja, se pogosto prepletajo z bolnikovimi somatskimi težavami. Raziskave kažejo, da sta anksioznost in depresija prisotni pri 50 % žensk v prvem letu po postavljeni diagnozi raka dojke; odstotek se v drugem letu zmanjša na 25 %. Zdravniki družinske medicine bi morali upoštevati to dejstvo in ženskam po operaciji dojke zagotoviti ustrezno psihološko obravnavo in zdravljenje (23). Depresija je prisotna pri več kot 45 % bolnikov, ki so sprejeti v bolnišnico po miokardnem infarktu, in je neodvisen dejavnik tveganja za povečano umrljivost in obolevnost zaradi miokardnega infarkta (24). Bolniki s sladkorno boleznijo 1,5- do 2-krat pogosteje obolevajo za depresijo kot bolniki brez nje (25).

Za bolnike z motnjami razpoloženja je značilno, da so pogosti obiskovalci ambulant družinskega zdravnika, velikokrat označeni kot težavni bolniki. Zdravnik družinske medicine ima velikokrat izjemne težave pri odkrivanju vzroka za njihove pogoste obiske. Za te bolnike je značilno slabo sodelovanje pri zdravljenju kroničnih bolezni, nezadovoljnost z zdravstveno oskrbo in zatekanje v bolniški stalež brez utemeljenega razloga.

Samoocenjevalna lestvica za ugotavljanje depresije

V pomanjkanju časa za obravnavo bolnika z motnjami razpoloženja so zdravniku družinske medicine lahko v pomoč številna orodja, s katerimi lahko z večjo zanesljivostjo ugotovi bolezensko dogajanje pri bolniku v smislu depresije. Za enostavno orodje pri presejanju zadostujeta dve enostavni vprašanji, ki naj jih zdravnik bolniku zastavi sam:

Ali ste bili v preteklih mesecih pogosto žalostni, potrti, brezvoljni?

Ali ste v preteklih mesecih izgubili veselje in zanimanje za večino vsakodnevnih dejavnosti?

Samo preprosto zastavljeni vprašanji, ki zdravniku ne vzameta veliko časa, imata visoko stopnjo senzitivnosti in specifičnosti (97 % in 67 %)

(26). Če bolnik na eno od vprašanih odgovori z da, potem zdravnik lahko nadaljuje preseganje z vprašalnikom PHQ-9, ki je samoocenjevalna lestvica. Bolnik ga lahko izpolni doma in ga ob naslednjem obisku prinese v ambulanto. Ob naslednjem obisku si bo zdravnik za bolnika rezerviral več časa in se z njim pogovoril o posameznih vprašanih samoocenjevalne lestvice. Senzitivnost vprašalnika za samoocenjevanje depresije PHQ-9 je v primeru velike depresije 91-odstotna, specifičnost pa 89-odstotna, za vse preostale oblike depresije pa je senzitivnost 78-odstotna in specifičnost 96-odstotna (27).

Zaključek

Za bolnike z motnjami razpoloženja je značilno, da pogosto obiskujejo ambulante družinskega zdravnika in da so velikokrat označeni kot težavni bolniki. Znaki anksioznosti in depresije so lahko bolj ali manj izraženi, bolniki o svojih psihičnih težavah neradi govorijo in prihajajo v ambulanto zaradi telesnih težav. Takšno zapleteno stanje ter prekrivanje enih in drugih simptomov lahko zdravnika zavede, zato se bolj posveti reševanju telesnih težav. Zdravnik družinske medicine ima pri odkrivanju vzroka za njihove pogoste obiske velikokrat izjemne težave. Za te bolnike je značilno slabo sodelovanje pri zdravljenju kroničnih bolezni, nezadovoljnost z zdravstveno oskrbo in zatekanje v bolniški stalež brez utemeljenega razloga. Zdravnik družinske medicine mora takemu bolniku posvetiti dovolj časa in pozornosti, ga poslušati, v pogovoru mora uporabljati odprta vprašanja, ki dajejo bolniku več možnosti za pogovor z zdravnikom. Zdravnik družinske medicine mora biti pozoren na bolnikove socialne, družinske in ekonomske težave. Pri postavljanju pravilne diagnoze si mora zdravnik družinske medicine pomagati s sodobnimi orodji za prepoznavanje simptomov razpoloženskih motenj, jih prepoznati in se pravočasno odločiti za zdravljenje. Za uspešno zdravljenje in vodenje bolnika z motnjami razpoloženja pa je nujno tesno sodelovanje s strokovnjaki s področja psihiatrije in psihologije.

Literatura

- Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14 (4): 237-47.
- Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 18-25.
- Pincus HA, Zarin DZ, Tanielian TL, Johnson JL, West JC, Petit AR, Marcus SC, Kessler RC, McIntyre JS. Psychiatric patients and treatments in 1997: findings from the American Psychiatric Practice Research Network. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:442-49.
- Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 21-31.
- World health organization. World health report 2002-Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World health organization, 2002.
- AHCPDR Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline Number 5. Depression in primary care. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, US Department of Health and Human Services 1993.
- Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 267-76.
- Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. The recognition of depression: the primary care clinician's perspective. *Ann Fam Med* 2005; 3: 31-7.
- Simon GE, Vonkorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4:99-105.
- Car J, Kersnik J, Švab I, Rotar Pavlič D. Ugotavljanje in zdravljenje depresije v slovenski družinski medicini. Vinjeta s simulacijo primera. *Zdrav Var* 2006; 45: 90-95.
- Crawford MJ, Prince M, Menezes P, Mann AH. The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 172-6.
- To SE, Zepf RA, Woods AG. The Symptoms, Neurobiology, and Current Pharmacological Treatment of Depression. *J Neurosci Nurs* 2005; 37 (2): 102-7.
- Simon GE et al. Do your depressed patients hurt? *N Engl J Med*. 1999;34(18):1329-1335.
- Stewart DE. Physical symptoms of depression: unmet needs in special populations. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 12-16.
- Michael T. Compton MT; Nemeroff CB. Depression and Bipolar Disorder: Depressive Disorders. *ACP Medicine online*, 2002.
- Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije. Zdravstveni statistični letopis 1999. Ljubljana 2000.
- Monroe SM, Harkness K, Simons AD, Thase ME. Life stress and the symptoms of major depression. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(3):168-75.
- Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobel AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:209-15.
- Leibenluft E, Hardin TA, Rosenthal NE. Gender differences in seasonal affective disorder. *Depression* 1995;3:13-9.
- Pajer K. New strategies in the treatment of depression in women. *J Clin Psychiatry* 1995;56(suppl 2):30-7.
- Jessica A. Brommelhoff JA, Conway K, Merikangas K, Levy BR. Higher Rates of Depression in Women: Role of Gender Bias Within the Family. *J Womens Health* 2004;13(1):69-76.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Burgess C, Cornelius V, Love S et al. First year after diagnosis of early breast cancer is most dangerous for depression. *BMJ* 2006; 332: 998-1003.
- Hippisley CJ, Katherine Fielding K, Pringle M. Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: population based case-control study. *BMJ* 1998; 316:1714-1719.
- Anderson RJ, Clouse RE, Freedland KE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24:1069-78.
- Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:1144-46.
- Williams LS, Brizendine EJ, Plue L. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke* 2005; 36:635.