

ENDOGENINIŲ DEPRESIJŲ PSICHOPATOLOGIJA IR KLINIKA

Aldona Šiurkutė^{1,2}, Marius Karnickas², Eglė Ulevičiūtė-Šigajevienė²,
Jūratė Lengvenienė², Valentinas Mačiulis^{1,2}

¹Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinika, ²Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė

Raktažodžiai: depresija, nerimaštinga depresija, anes-
tezinė depresija, melancholinė depresija, apatoadinaminė
depresija, disforinė depresija, hipochondrinė depresija, an-
tidepressantai, rezistentiška gydymui depresija, elektros im-
pulsų terapija, transkranijinė magnetinė stimuliacija.

Santrauka

Dėl nuotaikos sutrikimų psichopatologijos įvairo-
vės egzistuoja įvairių sindromų klasifikacijų, požių-
rių skirtumų, vyksta nuolatinis mokslinis pasiūly-
mų, paštabų įvertinimas ir psichikos sutrikimų dia-
gnostikos korekcija. Atsiranda naujų, nors ir seniai
žinomų, sąvokų, kaip antai subklinikiniai, subsin-
drominiai simptomai, mišrūs afektiniai sutrikimai.
Depresinis sutrikimas yra dažna patologija, su kuria
susiduria įvairių specialybių gydytojai. Depresinė
simptomatika chameleoniškai gali imituoti įvairias
somatines ligas ir pavojingai ilgai gali būti neatpa-
žinta. Klinikinėje praktikoje būna nevienareikšmis
depresinės psichopatologijos vertinimas, atiduodant
prioritetą pragmatizmui. Visgi prieš adekvačiai pa-
skiriant gydymą klinicištam svarbu įvertinti depre-
sijos psichopatologijos išraišką, kliniką, eigą. Mes
ištyrėme stacionare gydytus 124 pacientus, sergan-
čius pasikartojančiu depresiniu sutrikimu, išanaliz-
avome įvairius depresijų psichopatologinius ypa-
tumus, nuštatėme jų ryšį su ligos eiga ir prognoze.

Įvadas

Depresijų diagnostika ir gydymas išlieka aktuali-
a ir sudėtinga problema. Depresinis sutrikimas yra pasikarto-
jantis, lėtinis susirgimas. Bent vieną depresijos epizodą
yra patyrę 17–21 proc. žmonių (1), Vokietijoje – 18 proc.
(2). Lietuvoje, Higienos instituto duomenimis, 2014 me-
tais užregistruota 25612 depresijos epizodų ir pasikarto-
jančio depresinio sutrikimo atvejų (3). PSO duomenimis,
vienpolė depresija tarp svarbiausių ligų 2005 m. užėmė
trečią vietą, o 2030 metais prognozuojama pirmoji vieta
(4). Taigi ji yra dažnas nuotaikos sutrikimas, sukeliantis

negalią, didinantis savižudybių riziką. Didelis naujausių
antidepressantų pasirinkimas gerą remisiją pasiekti įgalina
tik 30 proc. pacientų, trečdaliui nebūna atsako į skiriamą
antidepressantą. Kelia susirūpinimą mažėjantis vaisto veiks-
mingumo skirtumas tarp jo ir placebo, psichiatrijos moks-
liniuose leidiniuose konstatuojamas placebo atsako dažnio
fenomeno didėjimas (2,5,6). Du trečdalius gydomų paci-
entų vargina liekamoji depresinė simptomatika, liktinis ci-
klotimijos sindromas. Jie yra didžiosios depresijos atkryčio
rizikos faktoriai, glaudžiai susiję su užsitęsusių bei lėtinių,
rezistentiškų gydymui depresijų gausėjimu ir yra aktuali
problema kasdieninėje klinikinėje praktikoje (7-9). Ligos
atsparumas medikamentiniam gydymui siekia 30–50 proc.
depresija sergančių pacientų (10). Šiuolaikinėje mokslinėje
literatūroje pasigendama psichopatologinių klinikinių tyri-
mų. Depresijų diagnostika dažnai remiasi įvairių simptomų
dermėmis, o priežastinis ryšys tarp simptomų nebeveikia
reikšmingo vaidmens. Kyla pavojus, kad psichopatologi-
niai tyrimai išnyks, todėl siūloma susirūpinti fenomenologi-
niais tyrimais (11). Manome, kad diagnozuojant depresiją
reikalinga ir būtina psichopatologijos analizė, psichiatrinė
diferencinė diagnostika ir susirgimo eigos įvertinimas. De-
presinis sindromas be klasikinės triados reiškiasi įvairiais
simptomų variantais. Nors dabartinėse klasifikacijose nėra
depresijų fenomenologinio skirstymo, tačiau klinikinėje
praktikoje aktualu nušatyti depresijos tipą pagal vyraujančią
afektą, įvertinti depresijų dinamiką.

Darbo tikslas – psichopatologinė endogeninių depre-
sijų analizė, depresijų struktūros ypatumų sąsajų įvertini-
mas su ligos eiga, gydymo prognoze.

Darbo objektas ir tyrimo metodai

Ištyrėme visus sergančiuosius pasikartojančiu depre-
sinio sutrikimu, vienerių metų laikotarpiu gydytus Respubli-
kinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje, Universitetiniame
skyriuje 2014 m. rugpjūčio – 2015 m. liepos mėnesiais.
Tokių pacientų buvo 124 (moterų 92, vyrų 32) nuo 19 iki
82 metų (vidurkis \pm SD 55,37 \pm 13,11). Pacientų amžius li-
gos pradžioje svyravo nuo 16 iki 59 metų (vidurkis \pm SD

37,56±12,57). Susirgimo trukmė svyravo nuo 2 iki 37 metų (vidurkis ±SD 14,35±9,40).

Skryriuje tarp visų 409 gydytų pacientų sergantieji psichopatologiniu sutrikimu sudarė 30,32 proc.

Pagrindinis tyrimo metodas buvo psichopatologinis-klinikinis ir klinikinis-katamnezinis. Greta jų naudotos vertinimo skalės: Montgomery-Åsberg depresijos vertinimo skalė (MADRS) ir klinikinio globalaus įspūdžio sunkumo (KGIS) skalė.

Depresijų struktūra yra labai įvairi, dinamiška, todėl jos skirstomos pagal vyraujančius psichopatologinius simptomus (12,13). Pagal tai išskyrėme šiuos depresijų sindromo tipus: nerimaštinga, aneštinė, melancholinė, hipochondrinė, apatoadinaminė, disforinė. Kliniškai buvo sunkios depresinės būsenos, MADRS svyravo tarp 30 ir 39 balų (vidutinė reikšmė 35,6±7,9 balo), KGIS – 5,4±0,9 balo.

Nerimaštingos depresijos psichopatologija ir klinika. Tarp gydytų stacionare šis depresijos tipas buvo dažniausias, jis nuštatytas 65 pacientams (52,42 proc.).

Šios grupės pacientams buvo vyraujantis nuolatinis nerimo afektas, psichinė įtampa su vitaliniu *anxietas praecordialis*. Pacientai būdavo susijaudinę, trindavo, grąžydavo rankas, aimanuodavo, geštikuliudavo, sėdėdami linguodavo, judindavo kojas, virpėdavo veido raumenys, pirštai, kalbėdavo greitai, trūkčiojančiu, virpančiu balsu, dūsausdami. Skųsdavosi vidiniu drebuliu, vibracija, „atrodo, kad širdis iššoks, negyvai užkratys“, lyg spiralė viduje spragsėtų, „kąsnis“ gerklėje. Kartu išgyvendavo dvasinę kančią, tarsi akmuo uždėtas ant krūtinės, lyg norėtu iš jos kažką išplėšti; neretai tai reikšdavosi su pykinimu, kartais net rytiniu vėmimu. Būdavo gresiančios nelaimės, blogos nuojautos, savikaltos, savęs menkinimo, nevisavertiškumo minčių, jausdavosi našta artimiesiems, niekam tikę, tinginiai, bejėgiai, nieko nesugebantys, niekam nereikalingi, ateitis atrodydavo be perspektyvos, „beviltiška“, „bus dar blogiau“. Kartais būseną pasiekdavo susijaudinimo lygį su suicidinėmis tendencijomis, kad jau nebeįstvers, išprotės. Tokiais momentais nenuštygdavo vietoje, dejuodavo, raudodavo, trankydavo galvą į sieną, mėtydavo daiktus, pjaustydavosi rankas. Tokia būseną gali būti klaidingai įvertinta kaip isterinė reakcija. Pacientai paaiškino, kad fizinis skausmas, savęs žalojimas jiems sumažina širdgėlą. Tai yra pavojingas susijaudinimo proveržis, savizudybę provokuojanti situacija, – pacientai sakėdavo, kad geriau mirti nei taip kentėti, šmėkstelėdavo mintys pulti po mašina, prisigerti vaišų. Beveik visais nerimaštingos depresijos atvejais pacientai prisipažindavo esant savizudiškų minčių. Negalėdavo atsikratyti plūstančių negatyvių minčių, pesimistiškai analizuodavo praeities įvykius, o dabartinėje situacijoje matydavo vien neišsprendžiamas problemas. Jauno am-

žiaus (25–30 metų) pacientams, dažniau moterims, buvo būdingi apmaštymai, kodėl jos ne tokios tobulos, kaip kiti, analizuodavo savo trūkumus, kad negali dirbti, „nugalėti save“, nepateisino artimųjų lūkesčių, grauždavosi, kad negali įgyvendinti savo siekių. Tokios depresijos tipą galima pavadinti pagal K. Leonhardą (1957) „savęs kankinimo“ depresija (14). Dažnai būdavo ir anhedonijos, apatijos, adinamijos, kai niekas nebedžiugina, nieko nebesinori, silpna, neturi jėgų, nebegali prisiversti atlikti būtiniausių kasdieniųjų darbų. Reikia paminėti, kad nerimaštinga depresija gali reikštis ir psichomotoriniu slopinimu, kai nerimo afektas būna kartu su apatoadinamine būseną ir kurių pacientai lengviau pakelia gulėdami (15). Būdingi nusiskundimai dėmesio koncentracijos silpnumu, išsiblaškymu, neretai tai klaidingai traktuojama kaip atminties sutrikimai. Visais atvejais konstatuoti somatovegetaciniai sutrikimai, kaip antai blogas apetitas su ryškiu svorio kritimu, tachikardija, prakaitavimas, vidurių užkietėjimas, retai viduriavimas. Buvo ryškūs, atkaklūs miego sutrikimai, pacientai negalėdavo ilgai užmigti, dažnai prabusdavo su nerimu, anksti keldavosi. Vargino dilgčiojimai, deginimai, tirpimai įvairiose kūno vietose, hipochondriniai būgštavimai. Reiškėsi tipiniai nuotaikos svyravimai paros metu su blogiausia būseną pirmąją dienos pusę ir vakariniu pagerėjimu, o daliai pacientų po pietų sustiprėdavo nerimas ir tada pablogėdavo savijauta.

Septyniems pacientams depresijos kulminacijoje išryškėdavo nuojauta, kad aplinkiniai įdėmiai į juos žiūri lyg matytų jų nenormalumą, apkalba, gali būti smerkiami, savikalta įgudavo kliesdinių bruožų. Kliesdinės idėjos buvo susijusios su depresiniu afektu ir išnykdavo jam nuslūgus. Trims pacientams buvo ir neatitinkančių afektu kliesdinių, elementarių klausos haliucinacijų.

Vidutinė depresijų epizodų trukmė – 5,2±3,6 mėn. (nuo 3 mėn. iki 1 metų). Pacientams buvo diagnozuoti 3–7 depresijos epizodai (vidutiniškai 4,2) su geromis ar dalinėmis remisijomis, kurių metu, dažniausiai sezoniškai, pasikartodavo hipotimijos būsenos, kurios sėkmingai buvo gydomos ambulatoriškai, pacientai pagal galimybes buvo darbingi, tačiau 27,69 proc. ligonių (18 iš 65) liga įgavo užsitęsusių, nepertraukiamą eigą, išliko reikšmingai nerimaštinga depresija su fobijomis, įkyriomis abejonėmis, hipochondrija ir trunka jau 5–14 metų su pasikartojančiais pablogėjimais ir dažnomis hospitalizacijomis. Jiems neveiksminga net elektros impulsų terapija. Pažymėtina, kad 20 pacientų (30,77 proc.) buvo jau pensinio amžiaus.

Anestezinė depresija. Kitas depresijų variantas, dažniausiai susijęs su nerimo afektu, yra anestezinė depresija. Jai būdinga psichinė nejautra, tai yra jausmų sumenkėjimas, susvetimėjimas, o sunkiais atvejais ir jų išnykimas. P. A. Baranov, tirdamas anestezinės depresijos psichopa-

tologiją, išskyrė grynai anestezinę, liūdesio-anestezinę ir nerimąstingą anestezinę (16). Anestezei depresijai būdingas ir depersonalizacijos-derealizacijos fenomenas. Nors jis neturi nozologinio specifiškumo, glaudžiai susijęs su afektiniais sutrikimais, senesopatijomis (17,18). Dar O. Schäfer 1880 m. apibrėžė „*Melancholica anästhetica*“ terminą. Melancholikas skundžiasi, kad nejaučia kūno funkcijų, tai paruošia dirvą formuoti hipochondriniam kliedesiui (18). N. Petrilowitsch (19) tokią depresiją pavadino susvetimėjimo depresija (vok. *Entfremdungsdepression*).

Klinikinėje praktikoje neretai neatkreipiamas dėmesys į depresijos nejaunos radikalą, ypač kai tai būna neštipriai išryškėjusi, o ir patys pacientai ne visada pasisako, tik vėliau išsiaiškinama, kad nežinoję, kaip tuos jausmus apibūdinti. Tai ir lėtas laiko slinkimas, beskonis maistas, sotumo nejautimas, jaučiasi lyg būtų sąmonę praradę, todėl kartais tenka diferencijuoti net su epilepsija. Šios depresijos psichopatologinis sutrikimas turi nepalankios prognozės informacijos.

Tarp 124 gydytų mūsų pacientų penkiems (4,03 proc.) konstatavome anestezinę depresiją. Pacientai skundėsi, kad atbukę jų jausmai, kankina bejausmiškumas, nebejaučia meilės vaikams, dingę visi jausmai, nebeturintys net gėdos jausmo, nėra mąstymo skaidrumo, tuščia galvoje, sunku išreikšti mintis, neturi atminties, nebesuprantantys kitų kalbos, nebesuvokiantys elementarių dalykų, nieko nebeįsisavinantys, nesusivokiantys aplinkoje. Aplinka atrodo nenatūrali, bejausmė, pilka, blausi, mato lyg per užtrauktą užuolaidą, lyg per vandenį, rūką, šiltnamio plėvelę, raibuliuoja akyse ir susilieja objektų vaizdas, juos mato neryškiai, norisi plačiau išplėsti akis. Vienai pacientei objektai prarasdavo netgi suvokimo prasmę, nors matanti realius daiktus, bet to subjektyviai negalinti suvokti. Vienai pacientei anestezija atitiko skausmingą psichikos nejauną (lot. *anesthesia psychica dolorosa*). Antrai kartu su autopsichine, alopsichine depersonalizacija (20,21) buvo ir somatopsichinė depersonalizacija, tai yra ji nejaučianti savo kūno, netgi bandydavo pasižnaibyti, kitas nebesuprasdavęs kūno proporcijų, nesijausdavo pilnai pasišlapinęs ir dėl to dažnai eidavo šlapintis.

Mūsų pacientų nusiskundimų nejaunos radikalas reiškėsi su nerimąstinga depresija ir liūdesio afektu, vitaliniu dvasiniu sunkumu krūtinėje, epizodinėmis suicidinėmis mintimis. Kartu buvo ir apatijos, adinamijos, „sunku būdave net rūbus į skalbyklę sudėti“. Epizodiškai pasireikšdavo susijaudinimas, kurio metu nerasdavo sau vietos, pajusdavo, kad smegenys lyg perspaustos, lyg trūkinėjančios, užsiblokuojančios mintys, lyg nekontroliuoja savo kalbos, apimdavo išprotėjimo baimė. Du pacientus ištikdavo panikos būsenos su vegetaciniais sutrikimais, hipochondrinė-

mis fobijomis, kaip antai infarkto, insulto baimėmis, būdavo ir senesopatijų, hipochondrinų būsavimų dėl galimos kokios nors somatinės ligos, smegenų atrofijos, Alzheimerio ligos, bet buvo įmanoma būsavimų psichokorekcija, jie kliedesinio lygmens nepasiekdavo. Sergantieji sunkiai išgyvendavo dėl savo jausmų pasikeitimo, dvasinio prislėgtumo, kad tiek ilgai tenka kankintis, nesveiksta, buvo būdingas pesimištinis savęs ir ateities vertinimas, ryški refleksija. Trims ligoniams buvo suicidinių minčių su konkrečiais ketinimais.

Mūsų nagrinėtais atvejais anestezinės depresijos epizodams buvo būdinga užsitęsusi eiga, vidutiniškai 4,8 metai su nežymiais būsenos pagerėjimais ir dažniais paūmėjimais. Anamnezėje buvo depresijos epizodų, dažniausiai su nozofobijomis, hipochondrija, su depersonalizacijos reiškiniais. Trims pacientams konstatuotas ligos progresavimas, atsiradus neafektinio registro simptomų: sensitivity santykio idėjų, pavydo pervertinimo idėjų, suvokimo sutrikimų. Jiems psichologiniame tyrime pasitaikydavo sprendimų, paremtų antraeiliais požymiais ir ryšiais tarp objektų, tolimų, atsitiktinių vaizdinių asociacijų. Tokia atipinė ir progresuojanti ligos eiga diferencijuotina su lėtai progresuojančiu procesu susirgimu.

Visi pacientai eilę metų jau buvo gydyti įvairiais anti-depresantais ir jų deriniais, benzodiazepiniais, papildomai skiriant ir neuroleptikų. Transkranijinė magnetinė stimuliacija ir elektros impulsų terapija taip pat buvo menkai veiksminga.

Mūsų atvejai patvirtina, kad anestezinė depresija su depersonalizacijos-derealizacijos reiškiniais turi nepalankią prognozę, būna ilgai užsitęsę ligos epizodai arba nepertraukiama ligos eiga su psichopatologijos sudėtingėjimu ir progresavimu.

Melancholinė depresija. Dar vienas iš depresijų variantų yra melancholinė depresija. Tai negausi 17 pacientų grupė (13,71 proc.) su mišria depresine simptomatika. Pagal M. V. Širšovą (22) išskirti 4 melancholinės depresijos tipai: gryna melancholinė depresija, melancholinė depresija su nerimu, su anesteziniais, su apatoadiniminiais sutrikimais.

Mūsų gydyti pacientai buvo liūdnos, kenčiančios veido išraiškos, sulėtėjusių judesių, sėdėdavo nejudėdami, nuleidę galvą, įsmeigę žvilgsnį į vieną tašką. Asociacijos kildavo lėtai, kalbėdavo mažai, trumpai atsakydami į klausimus su ilgomis pauzėmis, tyliai, vos girdimu liūdnu balsu, neretai giliai atsidūsdami, skūsdavosi, kad galvoje tuščia, nėra minčių. Buvo ryški psichinė įtampa, skūsdavosi sunkumu, slėgimu, sielvartu, širdgėla krūtinėje. Jausdavosi nevykėliais, niekam nereikalingais, našta artimiesiems, gyvenimas tampantis beprasmiu, kaltindavo save, kad nieko negali dirbti, kad dėl jų kaltės skursta šeima, niekam tikę, nieko

nebesugeba, kad nevykusiai gyveno, mažai padėjo tėvams. Sakydavo, kad depresinio turinio mintys „plūšte plūsta“, „atakuoja vienos ir tos pačios negatyvios mintys“, kad nuo jų net galvą spaudžia, negali atsikratyti. Apnikdavo suicidinės mintys, noras užmigtį ir nebeatsibusti, kad geriau būtų numirti, nes jausdavosi nei gyvi, nei mirę, išsakydavo suicidinius ketinimus. Vienai pacientei buvo depresinio turinio kliedesiai, ji parašė atsisveikinimo laišką, nurodydama, kaip padalinti turtą, visų atsiprašė. Vieną jauną 23 metų pacientą ištikdavo substūporozinės kelių valandų trukmės būsenos: sėdėdavo nejudėdamas ir žiūrėdamas į vieną tašką, neatsakydamas į artimųjų klausimus. Vėliau išsiaiškinta, kad tuo metu jausdavosi „aptinęs“, nebuvę noro atsakyti į klausimus. Dar keliems pacientams diagnozuotos žodinės iliuzijos, sensitivityvos santykio idėjos, hipochondriniai kliedesiai.

Greta vyraujančio melancholinio liūdesio dviem ligoniam reiškėsi nerimas, kuriam epizodiškai sustiprėjus ištikdavo susijaudinimo proveržiai su dvasiniu diskomfortu, nenoru gyventi. Šios grupės pacientus vargino apatija, adinamija. Aštuoniems iš jų buvo užsitęsę ligos epizodai nuo 1 iki 3 metų, o vienam 76 metų pacientui jau 8 metai tęsiasi depresija su dalinėmis, trumpalaikėmis remisijomis, nors anamnezėje buvo patyręs tik vieną depresijos epizodą su pasveikimu.

Konstatavome, kad po patirtų depresijos epizodų ir po to sekusių gerų remisijų ar pasveikimui prilygintų remisijų išsivysčius depresijai vyresniame amžiuje turintiems daugiau kaip 60 metų pacientams depresija įgaudavo užsitęsusią eigą, o jos struktūroje atsirasdavo senesťopatinė hipochondrinė simptomatika, išsivystydavo organizmo atsparumas gydymui.

Hipochondrinė depresija. Antra pagal dažnumą depresija – 28 pacientai (22,58 proc.). Jai būdingi nuskundimai įvairiaisiais somatiniais negalavimais, kuriuos dėstydamo labai smulkmeniškai, detaliam, taškų tikslumu parodydami skaudamas vietas. Vyravo nuolatinės, ataklios šiluminės senesťopatijos: deginimai, kaitimai, svilvinimai, šutinimai įvairiose kūno vietose, kūnas nuplikytas lyg karštu vandeniu, dilgėlėmis, lyg ant žaisdos būtų užpilta druskos. Kitus kankino graužimas, gėlimas, diegimas, raizymas, maudimas, spaudimas, plėšimas, pulsuojantys skausmai. Pacientai negalėdavo gulėti ant kairiojo šono dėl tos pusės šonkaulių deginimo, vengdavo judesijų kairiąja ranka, negalėdavo ilgiau pasėdėti dėl deginimo makštyje. Daliai pacientų buvo itin keišti, įmantrūs, sunkiai apibūdinami pojūčiai, kuriuos palygindavo „lyg dantys sulimpa, kažkas lyg susiklijuoja, rankų, kojų oda lyg trauklapiais apnešta, ant rankų lyg antra oda būtų užtraukta, gomurys lyg pipirais apibarštytas, lyg trintųsi du kaulai“. Liguisti pojūčiai dažniausiai pasireiškėdavo kardiovaskulinėje sistemoje,

dažnai virškinimo trakte, rečiau galvos smegenyse, odos, raumenų-skeleto, urogenitalinėje sistemoje, o keli atvejai – visose sistemose, „kur dursi, ten skauda“.

Anglų, amerikiečių psichiatrinėje mokslinėje literatūroje senesťopatijų terminas nevertojamas, jie keištus pojūčius kūne ar odoje priskiria taktilinėms, o esant interpretacijai – somatinėms haliucinacijoms, tačiau senesťopatijos iš klinikinės realybės neišnyko, o G. Huberis aprašė net 15 jų tipų (23). Senesťopatija yra pojūčio, o ne suvokimo sutrikimas, gali psichopatologijoje egzistuoti ir be kliedesinės interpretacijos, suprantama, kad nėra labai griežtų ribų tarp psichopatologinių sutrikimų. Sindromas susiformuoja iš simptomų derinio ne atsitiktiniais, o dėsniniais tarpusavio ryšiais su tam tikra struktūra ir dinamika (24).

Trečdaliui pacientų būsenos paaštrėjimo metu ištikdavo disesťezinės krizės (vok. *Dysästhetische Krisen* pagal G. Huberį) su tachikadija, svaigimu, štipriais skausmais, tirpimais, deginimu lyg ugnimi visame kūne, mirties baime, joms prasidėjus surėkdavo, kad miršta. Tokiais atvejais sakydavo, kad galvoje sprogo kraujagyslė, pajuto šiltą kraujo bangą, kitam pilve kažkas įsitempė, lyg spyruoklė būtų įstatyta, lyg kažkas nutrūko skrandyje, spaudžia skrandį, nevirškina, maldaujančiai prašydavo arba reikalaujavo pakartotinių tyrimų, specialistų konsultacijų. Viena pacientė dėl priepuolinio pobūdžio deginančių dantų skausmų išsireikalavo išrauti sveiką dantį, bet skausmai neišnyko ir vėliau už tai priekaištavo odontologui. Tokių būsenų metu minėtus psichopatologinius fenomenus tenka jau vertinti kaip artimus bendro pojūčio haliucinacijoms.

Psichiatrams pacientai dažniausiai išsakydavo baimes dėl onkologinės ligos, insulto, miokardo infarkto, smulkmeniškai fiksodavo somatinius, vegetacinius pojūčius, analizuodavo, svarstydamo, kad ne viską parodo echoskopiniai tyrimai, kad dar ne visus organus ištyrė, kad reiktų tikslesnių tyrimų, gal ne viską gydytojais pasako, gal tai gali būti kokios nors paslėpta, nediagnozuota somatinė liga, gal pakenkė papildų vartojimas, gal anksčiau skirti vaistai „sujaukė“ organizmą. Visiško įsitikinimo sergant konkrečia liga nebūdavo ir tai vertinta kaip hipochondrinė pervertinimo idėja, bet būsenai vėl paaštrėjus, daliai pacientų hipochondriniai išgyvenimai tapdavo artimi kliedesiams. Hipochondriniam pacientų elgesiui būdinga valgyti mažai, nedidelėmis porcijomis, bijodami išprovokuoti pilvo skausmus jie laikydavosi griežtos „sveikos gyvensenos“ pagal savo susikurtas sveikatinimosi schemas.

Pacientai atvykdavo su ligos epikrizių išrašų pluoštais, gausybe vaisių, kurie beveik visi jiems netikdavę, išgertos kelios tabletės sukeldavę šalutinius reiškinius, vėl kreipdavosi į gydytoją prašydami keišti vaisių. Labai būdinga tai, kad šios grupės pacientai bijo vartoti vaisius, skaito in-

formacinius vaisių lapelius ir beveik visada sau prisitaiko šalutinių reiškinių, nuštoja juos vartoti, bijo, kad vaisiai dar labiau gali pabloginti būseną, sukelti kepenų cirozę. Viena pacientė teigė, kad išgėrusi tianeptino ir valdoksano trims dienoms prarado balsą.

Kadangi hipochondrinę depresiją maskuoja minėti gausūs, intensyvūs somatovegetaciniai sutrikimai, ligoniai koncentruojasi į kūno negalavimus, o nuotaikos sutrikimus pateikia retai, „kokia gali būti nuotaika, kai taip skauda, kai taip blogai jaučiuosi“, todėl simptomus reikia aktyviai ir tikslingai aiškintis. Dominavo nerimas su nestabiliu liūdesio komponentu, anhedonija, apatija, adinamija. Pacientai aiškino, kad nuotaika „sugniuždyta“ dėl nuolatinių skausmų, „nei mirštu, nei gyvenu“, jų niekas nebedžiugina, netgi vaikai, nieko nebesinori, silpna, nėra jėgų, traukia tik gulėti, nebegali prisiversti atlikti būtinausių kasdieninių darbų. Visais atvejais buvo atkali nemiga, tiek ankstyvoji, tiek vidurinioji ar vėlyvoji, apetito praradimas, sublogdavo, kai kurie per pusmetį netekdavo 10 kg svorio, skųsdavosi stipriu prakaitavimu, vidurių užkietėjimu. Subjektyviai ir objektyviai konstatuoti endogeninio pobūdžio būsenos svyravimai paros metu, blogiausiai jausdavosi pirmą dienos pusę, „iki pietų pragariška būsena, o vakarop prašviesėja“. Senestopatinę hipochondrinę depresiją reikia diferencijuoti nuo paranojinės hipochondrijos, kuriai nebūdinga prislėgtumas, neviltis, bet būdinga afektinė įtampa, šteniškumas siekiant ligos nuštatymo, neretai ir operacijų reikalavimo.

Pažymėtina, kad hipochondrinės depresijos epizodų trukmė buvo ilga ir svyravo nuo 0,5 iki 3 metų. Iki šio klinikinio tyrimo pacientai jau buvo patyrę eilę subsindrominių, dažniausiai somatizuotų afektyvių sutrikimų, dėl kurių kreipdavosi į vidaus ligų gydytojus, buvo atlikti įvairiausi endoskopiniai tyrimai, kompiuterinė tomografija ir kt. Šeimos gydytojai dažniausiai gydydavo benzodiazepiniais, pacientai laikydavosi dietų, sveikos gyvensenos, kreipdavosi pagalbos į Natūraliosios medicinos centrą, pavieniais atvejais ir į užkalbėtojas, ekstrasensus. Pacientai pas psichiatrus patenka po kelerių susirgimo metų, o keturiems prireikė ir 10 metų. Psichiatrijos stacionare jiems būdavo diagnozuojamas pasikartojantis depresinis sutrikimas. Po gydymo dažniausiai likdavo dištimija su somatovegetacine disfunkcija, hipochondriniais būgštavimais, sezoniniais ambulatorinio lygio pablogėjimais, ligoniai gydydavosi psichosomatinuose skyriuose, sanatorijose. Dažniausiai būdavo nedarbingi. Reikia pažymėti būdingą reaktyvinį labilumą, kai menkiausi stresiniai faktoriai ryškiai pablogindavo būseną.

Įvertinę ligos katamnezinius duomenis nuštatėme, kad periodiškai pasikartodavo panaši ligos simptomatika, tik kai kada skirdavosi jos intensyvumas. Daliai pacientų atsi-

rasdavo išterinių broužų, jie siekdavo išskirtinio dėmesio, reikalaujavo dažnų ir ilgų pokalbių su gydytoju, su dramatiška išraiška kaskart išsakydavo negalavimus, savo pasvarstymus apie ligą, būdavo kaprizingi. Vienam 63 metų pacientui po 15 metų geros remisijos, ištikus naujam ligos atkryčiui, esant hipochondrinei depresijai, atsirado santykio pervertinimo idėjų, persekiojimo, nuostolio kliedesių, klausos haliucinacijų. Pasitaikė ir atipinių atvejų. Pavyzdžiui, 32 metų pacientui trejus metus besitęsiant hipochondrinei depresijai, buvo išsiaiškinti ciklotiminiai sutrikimai, turintys tendenciją nepertraukiamai eigai, ikimanifestiniame ligos periode paauglystės metais buvo dismorfofobinių išgyvenimų, vėliau pavydo pervertinimo idėjų. Apibendrinami konstatuojame, kad hipochondrinės depresijos struktūra yra sudėtinga ir polimorfiška, joje glaudžiai tarp savęs susiję afektyviai, fobiniai sutrikimai, senestopatijos, hipochondrinės pervertinimo idėjos. Labai būdinga tai, kad šie ligoniai labai bijo vaisių, dažniausiai nuštoja juos vartoję arba geria mažesnėmis nei nurodyta gydytojo vaisių dozėmis, nereguliariai. Liga turi tendenciją užsitęsusi eigai ir dažniausiai yra atspari gydymui.

Apatoadinaminė depresija. Nors apatinė ir adinaminė depresijos išskiriamos atskirai (13), klinikinėje praktikoje jos dažnai būna kartu. Adinaminių depresijų psichopatologiją tyrė B. Burba disertaciniame darbe (25), apatinių – S. A. Sorokin (26). Adinaminių depresijų klinikoje vyrauja ideomotorinis sulėtėjimas, vangumas, silpnumas, apatinių – interesų, paskatų, motyvacijos veiklai nebuvimas. M. Drobižev (27) tarp ištirtų 334 pacientų apatinę depresiją konstatavo 71 (21,26 proc.).

Mes apatoadinaminės depresijos variantą nuštatėme tik 6 pacientams (4,84 proc.). Psichopatologijoje vyravo silpnumas, vangumas, pacientai skųsdavosi visai neturintys jėgų, juos traukia tik gulėti, sunku prisiversti nusiprausti, susišukuoti, nepajėgdavo nueiti į polikliniką, nesinori užsimiti jokia veikla, niekas nedomina, neturi paskatų, iniciatyvos jokiai veiklai. Skirtingai nuo šizofrenijos apatijos, mūsų tiriamieji pacientai suvokdavo tokios apatijos ligištumą. Be dominuojančios apatijos ir adinamijos kartu buvo ir neryškus liūdesys, savęs menkinimo minčių, nusivylimo. Buvo ir subjektyviai išreiškiamo nerimo, bet objektyviai pacientai išstis dienas gulėdavo lovoje, jautėsi visiškai bejėgiški. Išorinė stimuliacija buvo menkai veiksminga, sunku būdavo priprašyti išeiti į lauką nors kiek pasivaikščioti. Visais atvejais be judesinio sulėtėjimo buvo ir mąstymo sulėtėjimas („tarsi maišu trenktas“). Buvo depresijoms būdingi paros svyravimai, vakarais kiek „atgydavo“. Mūsų stebėtais atvejais depresijos epizodai tęsėsi ilgai, nuo metų iki 5 metų su nežymiais pagerėjimais, kaskart įgaunantys lėtinės depresijos apraiškų.

Disforinė depresija. Tai depresija su niurzglumu, nepasitenkinimu, pretenzingumu, dirglumu, piktumu. K. Leonhard tokią depresiją vadina įtaria, nepasitikinčia, nes jos atveju dažniausiai būna ir santykio idėjų, pacientai sutelkę dėmesį ties aplinkinių santykiu su jais. Dažni epizodiniai suvokimo sutrikimai, bet jie nėra vyraujantys klinikiniam vaizde, dažniausiai susiję su depresiniu afektu (12).

Vyraujančią disforinę afektą nuštatėme trimis pacientams (2,42 proc.). Jie buvo niūriai dirglios nuotaikos, piktai atrežiantys į klausimus arba atsainiai atsakydami, kad nepame- na, „koks jums skirtumas“, išsakydavo priekaištus gydyto- jams dėl nepakankamo dėmesio, kad „ne gydo, o šaiposi“. Skyriuje būdavo viskuo nepatenkinti, nusivylę vaištais, pa- geidaudavo užsienio profesorių konsultacijų, įtūždavo dėl jiems neįtinkančio slaugytojos tono, būdavo dažnų pykčio plūpsnių. Už tokio disforinio afekto išsiaiškinauome blo- gą nuotaiką su nerimu, įtampa, suicidinėmis mintimis, ligo- niai teigė, kad geriau numirti ir tada visiems būtų lengviau. Disforiją lydėjo senestalgijos, hipochondrija. Depresijos užsitęsusios, trukdavo nuo 2 iki 7 metų, praicityje buvo ir kitos struktūros depresijos epizodų.

Aptarimas

Depresinio sindromo psichopatologijos įvertinimas turi praktinę klinikinę reikšmę pasirenkant adekvatų antidepre- sinį gydymą. Šiuo metu dar neturime galimybės paskirti vaisto naudojantis farmakogenetiniais kriterijais, tenka rinktis vaistus pagal klinikinius veiksnus, simptomus, sin- dromų ypatumus, susirgimo eigą. Maža tikimybė sėkmin- gai gydyti sunkią melancholinę depresiją selektyvios sero- tonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI). Nerimaštingam depresijos variantui gydyti pasirinkimo antidepresantas turėtų būti sedaciniu poveikiu pasižymintis paroksetinas, fluvoksaminas, anksiolitiniu, sedaciniu ir miegą gerinančiu poveikiu pasižymintis mirtazapinas. Siekiant energizuojan- čio, aktyvinančio poveikio tiktų fluoksetinas, sertralinas, escitalopramas. Reiktų nepamiršti SSRI farmakodinamikos ypatumų – pirmosiomis paskyrimo savaitėmis galinčio pa- sireikšti dirglumo, nerimo sustiprėjimo ir savižudybių rizi- kos padidėjimo. Senestopatinei, hipochondrinei depresijai gydyti labiau tinka selektyvios serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos inhibitorių (SNRI) grupės preparatai. Negali- ma pamiršti toksinio antidepresantų poveikio, pasireiškian- čio serotoninerginiu sindromu.

Tarp mūsų gydytų pacientų 52,42 proc. buvo sergantys nerimaštinga depresija, jos gydymas vien antidepresantais buvo nesėkmingas. Dėl užsitęsusios, ne vienerius metus trunkančios endogeninės depresijos su ryškia psichopatolo- gija, ligoniai jau buvo gydyti visų cheminių klasių antide- presantais ir jų deriniais be prognozuojamo veiksmingumo.

Depresijos sindromo struktūra buvo polimorfiška: fobijos, panikos atakos, įkyrybės, senestopatijos, hipochondrija su pervertinimo idėjomis. Įvertinus sindromo polimorfizmą, atsparumą gydymui, tenka papildomai skirti ir neurolepti- kų adekvačiomis būsenai dozėmis. Kodėl atipiniai vaištai nuo psichozės gali būti geri kaip antidepresantai? Jie turi įvairiapusių veikimo mechanizmą (1,28). 5-HT₂ receptorių antagonizmas sustiprina norepinefrino ir dopamino aktyvu- mą kaktinėje smegenų žievėje, gerina miegą, turi norepi- nefrino ir serotonino reabsorbcijos į presinapsę slopinimo savybių, 5HT_{1A} receptorių dalinis agonizmas lemia anksiolitinį ir antidepresinį poveikį. Serotonino neurotrans- misija suaktyvinama per 5-HT₇ receptorių antagonizmą. Asenapino molekulinė struktūra yra panaši į mirtazapino. Taigi atipiniai vaištai nuo psichozės turi didesnę ar mažesnę antidepresinį, anksiolitinį, miegą gerinančią poveikį. Kai ku- rie atipiniai vaištai nuo psichozės patvirtinti augmentacijai didžiaiai depresijai gydyti. Vaištai nuo psichozės turi far- makodinaminių ypatumų (28), todėl skiriant kaip papildomą medikamentą atspariai depresijai gydyti reikia tai gerai apsvarstyti.

Rezišentiškoms psichofarmakoterapijai depresijoms tikslinga taikyti transkranijinę magnetinę stimuliaciją, elektros impulsų terapiją, psichoterapiją.

Atkreiptinas dėmesys, kad tarp stacionare gydytų paci- entų net 23 (18,55 proc.) buvo vyresni nei 60 metų (60–82 m.), jau eilę metų sergantys endogenine depresija. Šiai pa- cientų grupei būdingi šie psichopatologiniai ypatumai: dir- glumas, nepasitenkinimas, hipochondrija su pervertinimo idėjomis, egocentrizmas, pavieniams konstatuoti lengvi kognityviniai sutrikimai. Dominavo užsitęsusios depresi- jos, atsparios gydymui, liktinė hipotimija su periodiniais nuotaikos pablogėjimais, somatoforminiai sutrikimai, daž- nos hospitalizacijos. Esant gretutinėms somatinėms ligoms itin sunku pasirinkti antidepresantą dėl sąveikos su terapi- nio profilio vaištais ir tikėtinų nepageidaujamų reakcijų. Mokslinėje psichiatrinėje literatūroje nurodoma, kad ser- tralinas turi mažiausią riziką širdies koronarinei ligai, paci- entai gerai toleruoja mirtazapiną, agomelatiną (29).

Jauniems 20–30 metų pacientams (tokio amžiaus paci- entų buvo 8, jie sudarė 6,45 proc. visų ligonių) depresijų struktūra buvo polimorfiška, ligos eiga atipinė, depresinės fazės ilgos. Trukmė nuo 1 iki 7 metų su dalinėmis remisijomis, kurių metu likdavo hipotimija su isteriniais, perfek- cionistiniais asmenybės bruožais, abstraktaus turinio per- vertinimo idėjomis, sumažėjusiu dėmesingumu aplinkai. Aktuali yra užsitęsusių ir chroninių depresijų problema, kai pasiekama tik dalinė remisija su liekamąja simptomatika.

Gerą remisiją pasiekti pavyko 12 ligonių (9,68 proc.). Tokius negatyvius duomenis lėmė stacionare gydytų pa-

cientų sunki, sudėtinga, polimorfiška, vyraujant užsitęsusiems ligos epizodams, klinika. Kai kuriais atvejais neatmetama antro tipo dvipolio nuotaikos sutrikimo tikimybė. Šį sutrikimą pavyko patvirtinti 15 atvejų (12,10 proc.), kai staiga išnykdavo visi depresiniai simptomai, pacientai pasijusdavo „labai gerai“, „nuostabiai“, tapdavo kupini optimizmo, žvalūs, energingi, hiperaktyvūs, veiklūs, pagreitėdavo asociacijos. Svarbu pažymėti, kad pacientai hipomaniją vertindavo kaip normalią būseną. Kryptingai aiškinantis pavykdavo aptikti panašių būsenų ir praicityje. Moksliniuose darbuose teigiama, kad 40–50 proc. unipolinės depresijos atvejų vėliau diagnozuojamas dvipolis nuotaikos sutrikimas (30-32). Tai akivaizdžiai patvirtinome savo klinikinėje praktikoje.

Dažnėja endogeninių depresijų kartu su priklausomybėmis. Žalingas alkoholio, benzodiazepinų vartojimas, priklausomybės sindromas konstatuotas 19 pacientų (15,32 proc.). Priklausomybės yra labai blogas prognozinis veiksnys, apsunkinantis gydymą, bloginantis socialinę integraciją. Mokslinės literatūros duomenimis teigiama, kad depresinius sutrikimus piktnaudžiavimas alkoholiu ir psichoaktyviomis medžiagomis lydi 30–40 proc. atvejų (33).

Išvados

1. Tarp stacionare gydytų pacientų 30,32 proc. sirgo pasikartojančiu depresiniu sutrikimu; moterų ir vyrų santykis buvo 3:1 (74,19: 26,44 proc.).

2. Dažniausiai stacionare gydytos nerimaštingos (52,42 proc.) ir hipochondrinės (22,58 proc.) depresijos.

3. Anestezinė depresija turi sunkiausią psichopatologiją, nulemiančią nepalankią prognozę ir didelį atsparumą gydymui.

4. Depresija dėl priklausomybės nuo alkoholio, benzodiazepinų nulemia blogesnę gydymo prognozę.

5. Mažėja klasikinių depresijos formų, dažnėja polimorfiškos struktūros depresijos su užsitęsusia eiga ir atsparumu gydymui.

6. Naujos kartos antidepresantų su skirtingomis farmakodinaminėmis savybėmis atsiradimas pakankamo gydymo poveikio aptariamoms depresijoms neturi.

Konstatuojame, kad depresijų gydymas sudėtingas ir problematiškas. Reikia sutikti su teiginiu, kad tik kompleksinis klinikinės situacijos, antidepresanto timoanaleptinio poveikio įvertinimas, kartu pasitelkiant elektromagnetinės terapijos metodus, lemia terapijos sėkmę (34).

Literatūra

1. Carvalho AF, McIntyre RS. Treatment-resistant mood disorders. Oxford University Press, 2015.
<http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198707998.001.0001>

2. Härter M, Klesse C, Bermejo I. et al. Evidenzbasierte Therapie der Depression. *Nervenarzt* 2010;81(9):1049-1068.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-010-3084-7>

3. Lietuvos sveikatos statistikos rodiklių sistema. <http://sic.hi.lt/webdps/tables/tblC.php,peržiūrėta> (2015 10 23).

4. Mitihina IA, Mitihin VG, YaStrobov VS, Limankin OV. Psihicheskoye zdorovije naselenija mira: epidemiologicheskyy aspekt (zarubiezhnye isliedovania 2000-2010 g.). *Zhurn. Nevrologii i psichiatrii* 2011; 6:4-13.

5. Preskorn SH. Declining differences in response rates with antidepressants versus placebo. *J of psychiatric practice* 2013;19(3):227-233.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000430506.37144.d1>

6. Preskorn SH. Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in Psychiatry (Part I): Why Studies Attempting to Correlate Drug Concentration and Antidepressant Response Don't Work. *J of Psychiatric Practice* 2014;20(2):1331-1337.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000445247.54048.68>

7. Thase ME. Residual symptoms and the risk of relapse in major depression. *J Clin Psychiatry* 2013;74 (11);e22.
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13018tx1c>

8. Paykel ES. Residual symptoms and relapse in depression. *Medicographia* 2009;31:157-163.

9. Smulevich AV, Andrushchenko AV, Romanov DV, Zaharova NV. Remisii pri afektivnyh zabolovanijah: psihopatologija, klinicheskyy socialny prognoz, vtorichnaya profilaktika. *Zhurn. Nevrologii i psichiatrii* 2014;3:4-13.

10. Montgomery S, Wang G. Clinical severity, treatment resistance, and recurrence of depression. *Medicographia* 2011; 33:132-137.

11. Jäger M, Frasch K, Becker T. Die Krise der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 2008;79(3):288-294.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-008-2418-1>

12. Leongard K. Sistematika endogenykh psihozov i ih diferencijovaniya etiologija (red. Tiganov AS). Moskva: prakticheskaja medicina 2010; 41-74.

13. Tiganov AS. Psihiatrija: rukovodstvo dle vrachei. Moskva: prakticheskaja medicina 2012; 1:638-752.

14. Chitlova VV. Trevozhnaja depresija i pastroistva lichnosti (komorbidnost, tipologicheskaja diferenciacija, terapija). *Dis. kand. med. nauk.*, 2013.

15. Bondar VV. Klinicheskyye osobnosti i tipologicheskoe delenie rezistentnykh k terapii endogenykh depresij. *Zhurn. Nevrologii i psichiatrii* 1992; 1:84-88.

16. Baranov PA. Endogenije anesteticheskije depressii (psihopatologija i tipologija). *Vestnik Rosiskoi akademii medicinskih nauk. Moskva: Medicina* 2011; 4:10-13.

17. Ahapkina MV. Psihopatologija i klinika depersonalizacionnykh pastroistv pri shizophrenii. *Dis. kand. med. nauk.*, 1993.

18. Bürgy M. Zur Differenzialdiagnostik der Depersonalisationserlebnisse. *Nervenarzt* 2012;83(1):40-48.

- <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-011-3248-0>
19. Petrilowitsch N. Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1956;194:289-301.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00352727>
 20. Haug K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen // Bumke O. *Hanbuch der Geisteskrankheiten*. Berlin, 1939; 1:134-204.
http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-47333-3_2
 21. Oka K. Zur Psychopathologie der Depersonalisation. *Nervenarzt* 2006;77(7):823-829.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-006-2066-2>
 22. Shirshova MB. Psihopatologija melanholiceskikh depresii pri shizofrenii. *Zhurn. Nevrologii i psichiatrii* 1997;11:16-18.
 23. Huber G. *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Schattauer, 2005.
 24. Tiganov SA. *Obschchaja psihopatologija: Kurs lekcyi*. Moskva, 2008.
 25. Burba BV. Psihopatologija i klinika adinamicheskikh depresyji v tečenii shizofrenii. *Dis. kand. med. nauk., M.*, 1997.
 26. Sorokin SA. Tipologija i kliniko-dinamicheskiye osobienosti endogenih apaticeskikh depresij. *Psihiatrija* 2010; 5(47):25-31.
 27. Drobizhev MJ. Antidepresanti piervih pokolienyi v sovremienoj terapii depresyji. *Zhurn. Nevrologii i psichiatrii* 2008;12:32-38.
 28. Schwarz TL, Stahl SM. Treatment strategies for dosing the second generation antipsychotics. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2011;17:110-117.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00234.x>
 29. Agoraštos A, Lederbogen F, Otte C. Behandlung der Depression bei koronarer Herzkrankung. *Nervenarzt* 2015;86(3):375-387.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-014-4162-z>
 30. Möller H-J. Unipolare depressive Erkrankungen. *Nervenarzt* 2009;80(5):513-514.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-009-2783-4>
 31. Möller H-J. Bipolare affektive Erkrankung. *Nervenarzt* 2010;81(5):523-524.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-009-2852-8>
 32. Cutler AJ. Best practices for diagnosis and treatment of bipolar depression. <http://www.medscape.org/viewarticle/821040> (peržiūrėta 2015 01 31).
 33. Strakowski SM. Treating Co-occurring substance Abuse and mood disorders. <http://www.medscape.com/viewarticle/849178> print (peržiūrėta 2015-08-14).
 34. Koštiukova EG, Mosolov SN. Diferenciovanij podhod k primienieniju antidepresantov. *Sovremenaja terapija psichicheskikh raštroištiv* 2013; 3:2-10.

**PSYCHOPATHOLOGICAL AND CLINICAL
FEATURES OF ENDOGENOUS DEPRESSIONS
A. Šiurkutė, M. Karnickas, E. Ulevičiūtė-Šigajevienė,
J. Lengvenienė, V. Mačiulis**

Key words: depression, anxious depression, anesthetic depression, melancholic depression, apathetic-adyamic depression, dysphoric depression, hypochondriac depression, antidepressants, treatment-resistant depression, electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation.

Summary

There are many classifications of affective disorders. Differences in approach to depression syndrome lead to new suggestions, comments rating, correction of mental disorders diagnostic methods. We use new, though long known concepts as subclinical, subsyndromal symptoms, mixed affective disorder. Depressive disorder is a common disease faced by doctors in various specialties. Depressive symptoms can mimic a variety of somatic diseases and sometimes take a dangerously long time to be recognized. In clinical practice we are often monitoring ambiguous evaluation of depressive psychopathology, putting priority to pragmatism. However, before initiating adequate treatment it is important for clinicians to assess psychopathological expression of depression syndrome, together with clinical characteristics and the course of disease. We have studied 124 patients, who were treated in the hospital with recurrent depressive disorder, analyzed various psychopathological features and their connection with the course of disease and prognosis.

Correspondence to: a.siurkute@rvpl.lt

Gauta 2016-01-06