

Η μετεμφραγματική κατάθλιψη στη διασυνδεδετική - ψυχιατρική του Γενικού νοσοκομείου

Χ. ΙΣΤΙΚΟΓΛΟΥ¹, Ν. ΚΟΥΤΟΥΒΙΔΗΣ², Γ. ΧΑΡΙΤΑΚΗΣ³, Δ. ΒΛΥΣΙΔΗΣ¹

Περίληψη

Σύμφωνα με τα διεθνή standards η Μετεμφραγματική Κατάθλιψη αποτελεί ιδιαίτερη παράμετρο και υπολογίζεται σε 15-30% σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εμφραγμάτων 48-72 ώρες μετά από Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου. Στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν 283 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά τη διάρκεια ενός έτους (2007) στη Μονάδα Εμφραγμάτων της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας. Στους εν λόγω ασθενείς, μετρήθηκαν αφενός η νοητική κατάσταση του ασθενούς με την MMSE (Mini Mental State Examination) και η κατάθλιψη με την Κλίμακα MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη δοκιμασία χ^2 και την ανάλυση διασποράς μιας μεταβλητής (ANOVA). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με MMSE < 2. Δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ασθενών ως προς το φύλο, την ηλικία και την πρόγνωση του εμφράγματος. Ευρέθησαν 53,3% καταθλιπτικοί ασθενείς έναντι 46,7% μη καταθλιπτικών ασθενών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της MADRS. Όσον αφορά δε τις επιπλοκές ευρέθησαν 19 καταθλιπτικοί ασθενείς που ενεφάνισαν επιπλοκές έναντι 5 μη καταθλιπτικών ασθενών ($\chi^2=7,41$, $p<0,01$) διαφορά στατιστικά σημαντική. Από τους 283 ασθενείς οι 202 (71%) ήταν άνδρες και οι 81 (29%) γυναίκες. Από τους 150 καταθλιπτικούς ασθενείς οι 98 (65%) ήταν άνδρες και οι 52 (35%) γυναίκες. Οι ηλικίες των ασθενών που νοσηλεύθηκαν ήταν για μεν τους άνδρες 38-78 ετών και για τις γυναίκες 55-86 ετών. Το εύρος των ηλικιών για τους καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν για μεν τους άνδρες 42-68 ετών, για δε τις γυναίκες 56-79 ετών. Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,02$) μεταξύ των αγάμων και διαζευγμένων εμφραγματιών ως προς το ποσοστό κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους έγγαμους καταθλιπτικούς μετεμφραγματικούς ασθενείς. Από τους 150

καταθλιπτικούς εμφραγματικούς που ευρέθησαν στη μελέτη οι 63 ήταν διαζευγμένοι (42%), οι 43 άγαμοι (34,8%) και οι υπόλοιποι 46 έγγαμοι (27%). Από τη μελέτη ως γνωστόν αποκλείστηκαν οι ασθενείς με στάδιο Killip 3q4 ($n=7$). Σημειωτέον ότι το στάδιο Killip έκρινε τη βαρύτητα της συνύπαρξης πνευμονικού οιδήματος και κυρίως ανεπάρκειας. Η Μετεμφραγματική Κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τους ασθενείς που παρουσιάζουν Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και νοσηλεύονται στις μονάδες εμφραγμάτων του Γενικού Νοσοκομείου.

Για την ανάταξη του εμφράγματος απαιτείται:

- 1) Στενή συνεργασία Καρδιολόγου και Ψυχιάτρου
- 2) Αντικαταθλιπτική αγωγή, και
- 3) Θρομβόλυση.

Τέλος, σημαντική είναι η συμβολή της Διασυνδεδετικής-Ψυχιατρικής στη διάγνωση και θεραπεία της Μετεμφραγματικής Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο.

Λέξεις Κλειδιά: Έμφραγμα, Μυοκάρδιο, Κατάθλιψη, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γενικό Νοσοκομείο, Διασυνδεδετική-Ψυχιατρική.

Εισαγωγή

Η Μετεμφραγματική Κατάθλιψη αποτελεί ιδιαίτερη ψυχοπαθολογική οντότητα στο Γενικό Νοσοκομείο και παρατηρείται σε ποσοστό 15-30% σε ασθενείς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εμφραγμάτων 48-72 ώρες μετά από Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου. Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζει σε καθημερινή βάση ο Ψυχίατρος του Γενικού Νοσοκομείου στις Μονάδες Εμφραγμάτων και στην Καρδιολογική Κλινική στα πλαίσια άσκησης της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής. Για την επίλυσή τους και την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς είναι απαραίτητο ο Ψυχίατρος να έχει καλό επίπεδο γνώσεων Εσωτερικής Παθολογίας και Καρδιολογίας, και ο Καρδιολόγος με τον οποίο θα συνεργαστεί να έχει ευαισθητοποιηθεί στα ψυχιατρικά προβλήματα και να έχει γνώσεις Ψυχιατρικής^{1,2}.

¹ Ψυχιατρικό Τμήμα Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας,

² Ψυχιατρικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ,

³ Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καρπενησίου.

Οι ασθενείς με καρδιακές παθήσεις και ιδιαίτερα όσοι πάσχουν από στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου εμφανίζουν συχνά έντονο άγχος ως αντίδραση στο καρδιολογικό πρόβλημα, τον πόνο και τον φόβο του θανάτου¹⁸⁻²⁰. Το άγχος εμφανίζεται αμέσως μετά το έμφραγμα σε νοσηλευόμενους ασθενείς, κορυφώνεται τη δεύτερη ημέρα και συνήθως υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες. Μερικοί όμως ασθενείς εξακολουθούν να παρουσιάζουν έντονο και επίμονο άγχος, αρκετό διάστημα μετά το συμβάν^{3,4,21,22}.

Στους νοσηλευόμενους για έμφραγμα στο Γενικό Νοσοκομείο ανευρίσκεται μείζων κατάθλιψη σε ποσοστό 15-30%, ενώ 65% παρουσιάζουν ελάσσονα κατάθλιψη σύμφωνα με τα διεθνή standards^{5,6}.

Σε μια μελέτη που έγινε σε νοσηλευόμενους με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά, η κατάθλιψη ήταν η συχνότερη ψυχική διαταραχή και ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 24%. Η συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης ήταν 5,4%, ενώ συνολικά και σε συνοσηρότητα με άλλη ψυχική διαταραχή ανήλθε σε 17,7%, δηλαδή 1 στους 5 εμφραγματίες έπασχε από μείζονα κατάθλιψη^{5,6,7}.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδειχθεί η συσχέτιση Κατάθλιψης με Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (OEM) [8,9,10].

Υλικό - Μέθοδος

Εξετάσθηκαν 283 ενδοноσοκομειακοί μετεμφραγματικοί ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά τη διάρκεια ενός έτους (2007) στη Μονάδα Εμφραγμάτων του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας. Στους ασθενείς αυτούς δόθηκαν για εκτίμηση η MMSE (Mini Mental State Examination) για την εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών και η Κλίμακα MADRS (Montgomery-Asberg) για την Κατάθλιψη²³. Η Κλίμακα MADRS αποτελείται από 10 λήμματα: 1) εμφανή θλίψη, 2) αναφερόμενη θλίψη, 3) εσωτερική τάση, 4) μειωμένο ύπνο, 5) μειωμένη όρεξη, 6) δυσκολίες στη συγκέντρωση, 7) κόπωση, 8) αδυναμία συναισθήματος, 9) απαισιόδοξες σκέψεις, 10) αυτοκτονικές σκέψεις. Το κατώφλι κατάθλιψης-μη κατάθλιψης (cut-off) στην Κλίμακα MADRS είναι το Score 12. Συγκεκριμένα, άνω του 12 θεωρείται ότι ο ασθενής έχει κλινική κατάθλιψη¹⁷. Η Κλίμακα MADRS δόθηκε στις 5, 15, 30 και 45 ημέρες μετά το έμφραγμα μυοκαρδίου. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη

δοκιμασία χ^2 και την ανάλυση διασποράς μιας μεταβλητής (ANOVA)¹¹.

Η διάγνωση της κατάθλιψης και η ταξινόμησή της σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, τέθηκε σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR.

Αποτελέσματα

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ασθενών ως προς το φύλο, την ηλικία και την πρόγνωση του εμφράγματος^{24,25}. Ευρέθησαν 53,3% καταθλιπτικοί ασθενείς έναντι 46,7% μη καταθλιπτικών ασθενών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της MADRS. Ο Μέσος Όρος τιμών της MADRS αρχικά ήταν υψηλότερος (mean \approx 14-30) την 5^η μετεμφραγματική ημέρα ενώ την 45^η ημέρα ήταν 5-12 (mean \approx 5-12) δεδομένου ότι όλοι ανεξαιρέτως οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη έλαβαν θεραπεία με SSRIs. Όσον αφορά δε τις επιπλοκές ευρέθησαν 19 καταθλιπτικοί ασθενείς που ενεφάνισαν επιπλοκές έναντι 5 μη καταθλιπτικών ασθενών ($\chi^2=7,41$, $p<0,01$) διαφορά στατιστικά σημαντική.

Από τους 283 ασθενείς οι 202 (71%) ήταν άνδρες και οι 81 (29%) γυναίκες. Από τους 150 καταθλιπτικούς ασθενείς οι 98 (65%) ήταν άνδρες και οι 52 (35%) γυναίκες. Οι ηλικίες των ασθενών που νοσηλεύθηκαν ήταν για μεν τους άνδρες 38-78 ετών και για τις γυναίκες 55-86 ετών. Το εύρος ηλικιών για τους καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν για μεν τους άνδρες 42-68 ετών, για δε τις γυναίκες 56-79 ετών.

Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,02$) μεταξύ των άγαμων και διαζευγμένων εμφραγματικών ως προς τα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους έγγαμους καταθλιπτικούς μετεμφραγματικούς ασθενείς^{26,27}. Από τους 150 καταθλιπτικούς εμφραγματικούς που ευρέθησαν στη μελέτη, οι 63 ήταν διαζευγμένοι (42%), οι 43 άγαμοι (34,8%) και οι υπόλοιποι 46 έγγαμοι (27%). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι ασθενείς με MMSE $<$ 2 ($n=3$) και οι ασθενείς με στάδιο Killip 3 & 4 ($n=7$). Σημειωτέον ότι το στάδιο Killip εκτιμά τη βαρύτητα της συνύπαρξης πνευμονικού οιδήματος και καρδιακής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα

Η Μετεμφραγματική Κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τους ασθενείς που παρουσιάζουν Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (OEM) και νοσηλεύονται στις Μονάδες Εμφραγμάτων των Γενικών Νοσοκομείων.

Συνεπώς, αυτό απαιτεί τη στενή συνεργασία Καρδιολόγου και Ψυχιάτρου και την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής ταυτόχρονα με τα καρδιολογικά φάρμακα και τη θρομβόλυση, διότι αυτό συντελεί στη μείωση των επιπλοκών του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, οι οποίες είναι συχνότερες στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Ως πλέον ασφαλή αντικαταθλιπτικά φάρμακα για τη μετεμφραγματική κατάθλιψη θεωρούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).

Συζήτηση

Τα ποσοστά μετεμφραγματικής κατάθλιψης στη δική μας μελέτη 53,3% αποκλίνουν κατά πολύ και υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά από τα ποσοστά που υπάρχουν διεθνώς (15-30%)^{12,13}.

Η ερμηνεία για τη στατιστική διαφορά της μελέτης μας συγκριτικά με τα διεθνή standards οφείλεται στο γεγονός ότι οι μετρήσεις της Κατάθλιψης στις άλλες μελέτες έγιναν κυρίως 30 και 45 ημέρες μετά το έμφραγμα του Μυοκαρδίου, ενώ η δική μας μελέτη έγινε τις ημέρες 5, 15, 30 και 45 και η Κλίμακα MADRS που έγινε την 5^η και 15^η μετεμφραγματική ημέρα εμφανίζει σαφώς υψηλότερες τιμές.

Η αντιαιμοπεταλιακή δράση των SSRIs που πά-

ντως δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ανταπόκριση των καρδιολογικών ασθενών που εμφανίζουν κατάθλιψη, αποτελεί μια επιπλέον θεραπευτική δράση, την οποία πιθανά δεν διαθέτουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Η μεταβολή στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων αποτελεί ενδεχομένως βασικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό των αιφνιδίων θανάτων σε καρδιολογικούς ασθενείς με κατάθλιψη, που φαίνεται να αποκαθίσταται με τη χορήγηση των SSRIs¹⁴.

Μια σοβαρή παρενέργεια των δύο αυτών υποκατηγοριών των αντικαταθλιπτικών και ίσως των SSRIs είναι η αιμορραγική διάθεση του ασθενούς λόγω της παράτασης του χρόνου προθρομβίνης που προκαλούν όταν συγχωρηγούνται με αντιπηκτική αγωγή ή θρομβόλυση. Η ανάγκη συγχωρήγησης απαιτεί συχνότερο έλεγχο της πήκτικότητας του αίματος και καλή συνεργασία με τον θεράποντα Καρδιολόγο για ενδεχόμενη τροποποίηση της αντιπηκτικής αγωγής του ασθενούς, δεδομένου ότι η μετεμφραγματική κατάθλιψη δυσχεραίνει σοβαρά την ανάρρωση του ασθενούς μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM)²⁸. Επίσης, είναι δυνατόν η διάγνωση της Μετεμφραγματικής Κατάθλιψης να υποκαθίσταται από άλλες διαγνώσεις, όπως μετατραυματική διαταραχή άγχους, χρόνιος αλκοολισμός κ.α.^{15,16}.

Summary

C. ISTIKOGLU¹, N. KOUTOVIDIS², G. HARITAKIS³, D. VLISSIDES¹: Post-infarct depression in the liaison - Psychiatry of the general hospital

Post-infarct Depression is a common psychopathological entity at the General Hospital and is observed at a rate of 15-30% in patients undergoing treatment in the Care Units, within 48-72 hours following an acute Myocardial Infarction. The purpose of the thesis is to underline the association between Depression and Acute Myocardial Infarction. We examined 283 post-infarct inpatients treated at the Infarction Care Unit of the "Asklepeion" General Hospital, Voula, during one year. These patients were submitted to the MMSE (Mini Mental State Examination) for evaluation of their cognitive functions and the MADRS (Montgomery-Asberg) scale, for depression. The statistical analysis of the results has been performed using the χ^2 test and the variance analysis (ANOVA).

As a result, no statistically significant differences were found between the depressive and non-depressive patients based on sex, age, and infarction prognosis. The ratio of depressive patients versus non-depressive patients was 53.3% versus 46.7%, according to the MADRS results. With regard to complications, there were 19 depressive patients with complications, versus 5 non-depressive patients ($\chi^2=7.41$, $p<0.01$); this difference is statistically significant. Furthermore, a statistically significant difference ($p<0.02$) was observed between unmarried and divorced infarctal patients, and married, depressive infarctal patients. Patients presenting a MMSE <2 ($n=3$), as well as patients found at a Killip level of 3 & 4 ($n=7$) were excluded from the study (the Killip level evaluates the severity of pulmonary oedema and heart failure co-existence).

Post-infarct Depression is directly connected to the patients suffering from Acute Myocardial Infarction and

¹ Department of Psychiatry, "Asklepeion" General Hospital, Voula, Athens-Greece,

² Department of Psychiatry, NIMTS Military Hospital

³ Karpenissi Mental Health Center.

are treated in the Infarction Units of General Hospitals. Therefore, this requires the close collaboration of the Cardiologist and the Psychiatrist and the initiation of anti-depressive treatment along with the administration of cardiac medication and thrombolysis, as this reduces complications from the Acute Myocardial Infarction, which are more frequent to the depressive patients. The safest anti-depressive medication for post-infarction depression are the Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) Antidepressants.

Key words: Infarction, Myocardium, Depression, Infarction Unit, General Hospital, Liaison - Psychiatry.

Βιβλιογραφία

1. Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Ι. Ρόντος, Ε. Ρίζος: Ψυχικές διαταραχές και καρδιακά νοσήματα, σελ. 299-308, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα (2009).
2. Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν. Ψυχιατρική, Πρώτος Τόμος, σελ. 423-427, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα (2000).
3. Mosez DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* (1996), 58:395-401.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajik CM. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* (1995), 14:388-398.
5. Rizos E, Rontos I, Papasteriadis E, Lykouras L. DSM-IV psychiatric disorders among acute myocardial infarction patients. *Hellen Psych Gen Hospital* (2004), 2:28-32.
6. Aromaa A, Raitasalo R, Reunamen A et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand* (1994), 377 (Suppl.1):77-82.
7. Penninx BWJH, Beekman ATF, Honing A et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* (2001), 58:221-227.
8. Goldstein MG, Niaura R. Cardiovascular Disease Part I. In: Standmree A (ed), *Psychological Factors Medical Conditions*. Washington, American Psychiatric Press (1995):19-37.
9. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins (1995):1463-1481.
10. Huffman JC, Stern TA, Januzzi JL. The psychiatric management of patients with cardiac disease. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds), *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Philadelphia, Mosby (2004):547-569.
11. Ιστίκογλου Χ, Κουτουβίδης Ν, Χαριτάκης Γ, Βλυσίδης Δ, Μικριδισιάν Ο, Μιχελιδάκης Κ, Μανώλης Α, Αντωνακούδης Χ, Κυφνίδης Κ, Αντωνακούδης Γ. Μετεμφραγματική Κατάθλιψη, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο, 30 Απριλίου - 2 Μαΐου 2009, Κέρκυρα, Τόμος Περιλήψεων σελ. 49.
12. Prat LA, Ford DE, Crum RM et al. Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction. *Circulation* (1996), 94:3123-3129.
13. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajik M. Depression following myocardial infarction: impact of 6-month survival. *JAMA* (1993), 270:1819-1825.
14. Musselman DL, Tomez A, Manatunga AK et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* (1996), 153:1212-1217.
15. Doerfler LA, Paraskos JA. Anxiety, post-traumatic disorder, and depression in patients with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* (2004), 24:414-421.
16. Lykouras L, Rontos I, Rontos K, Katsaras A, Markoulos T, Papasteriadis E, Christodoulou G. Detecting alcohol-related problems among General Hospital patients with heart disease. *Psychother Psychosom* (2001), 70:25-29.
17. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), pages 1-6 (1989).
18. Huffman JC, Stern TA, Januzzi JL. The psychiatric management of patients with cardiac disease. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds). *Handbook of General Hospital Psychiatry*, Philadelphia, Mosby (2004):547-569.
19. Katertobl D. Panic and plaques. Panic disorders and coronary artery disease in patients with chest pain. *J Am Board Fam Pract* (2004), 17:114-126.
20. Gorman JM, Sloan RP. Heart rate in depressive and anxiety disorders. *Am Heart J* (2000); 140:S77-S83.
21. Ginzbourg K, Solomon Z, Bleich A. Repressing coping style, acute stress disorder, and post-traumatic stress disorder, after myocardial infarction. *Psychosom Medicine* (2009); 64:748-757.
22. Rizos E, Rontos J, Papasteriades E, Lykouras L. DSM-IV psychiatric disorders among after acute myocardial infarction patients. *Hell Psych Gen Hospital* (2004); 2:28-32.
23. Grippo AJ, Johnson AK. Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease. *Neurosci Behav Rev* (2002); 26:941-962.
24. Pollo KBG, Lagrissi-Thade F, Wagner WR. Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischaemic heart disease after peroxetine and nortriptyline treatment. *J Clin Psychopharmacology* (2000); 20:137-140.
25. Zigelstein R, Fauerbach J, et al. Patients with depression and less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arc Intern Med* (2002); 160:1818-1823.
26. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2003); 253:313-320.
27. Gorman JM, Sloan RP. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am Heart J* (2000); 140:S77-S83.
28. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajik M. Depression and 12-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* (1995); 91:999-1005.