

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Πορεία, Πρόγνωση και Θεραπεία

Φίλιππος Γουρζής
Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Πατρών



Πορεία, Πρόγνωση

- Η πορεία είναι κρίσιμος παράγοντας για την εκτίμηση των κοινωνικών συνεπειών, του κόστους, του κινδύνου αυτοκτονίας και της θνησιμότητας
- Περιλαμβάνει την ηλικία έναρξης, τη διάρκεια του επεισοδίου, την επανεμφάνιση των επεισοδίων, τα υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων, καθώς και την έκβαση-ύφεση, την χρονιότητα, και τη θνησιμότητα
- Η πρόγνωση είναι θεμελιώδους σημασίας για τον γιατρό και τον ασθενή στην λήψη απόφασης για μακρόχρονη θεραπεία, καθώς και για την λήξη της

Ηλικία Έναρξης

- Η κατάθλιψη αρχίζει σε οποιαδήποτε ηλικία
- Μέση ηλικία έναρξης για νοσηλευόμενους ασθενείς \simeq 33 έτη
- Μέση ηλικία έναρξης για εξωτερικούς ασθενείς \simeq 30 έτη [53% εκ των οποίων <21 ετών]
- Δικόρυφη κατανομή: δεκαετίες των 30 και των 50
- Η ηλικία έναρξης χαρακτηρίζεται από μείωση της γενετικής ευαλωτότητας και αύξηση της επίσπευσης των επεισοδίων από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες
- Τραύματα κατά την παιδική ηλικία προκαλούν ευαλωτότητα η οποία προάγει πρόιμη έναρξη και υψηλού βαθμού συννόηση

Διάρκεια Επεισοδίων

- Μέση διάρκεια επεισοδίων 5,4 μήνες· 18-25% των ασθενών μεταπίπτουν σε χρονιότητα διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών
- Στο γενικό πληθυσμό η διάρκεια είναι 4, 8, και 16 εβδομάδες για το αρχικό και τα επόμενα επεισόδια αντίστοιχα
- Η χρονιότητα σχετίζεται με την ηλικία έναρξης και τα γνωστικά ελλείμματα
- Συνήθης στους ηλικιωμένους, σπάνια στους εφήβους
- Σχετίζεται με πρώιμες αντιξοότητες ιδιαίτερα σεξουαλική και φυσική κακοποίηση
- 5-10% των ασθενών δεν αναρρώνουν από το επεισόδιο δείκτη

Επανεμφάνιση

- Τα καταθλιπτικά επεισόδια επανεμφανίζονται στο 50% των περιπτώσεων
- Υπάρχει μείωση του χρόνου επανεμφάνισης και αύξηση του αριθμού των επεισοδίων
- Η επίσπευση των επεισοδίων από γεγονότα ζωής – ιδιαίτερα θάνατο ή απώλεια αγαπημένων προσώπων – συμβάλλει κυρίως στα αρχικά επεισόδια
- Περίπου 20% των ατόμων με απώλεια εμφανίζουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη
- Καθώς τα επεισόδια αυξάνουν η περιοδικότητα γίνεται αυτόνομη

Επανεμφάνιση

- Η πορεία της σοβαρής κατάθλιψης φαίνεται να είναι προοδευτική εκ φύσεως, παρά τη θεραπεία, και ανεξάρτητη από το φύλο, την ηλικία και τον τύπο της διαταραχής
- Παράγοντες κινδύνου για επανεμφάνιση των επεισοδίων είναι τα προηγούμενα επεισόδια, η μακρά διάρκεια των επεισοδίων, η όψιμη έναρξη, η ηλικία, η βαρύτητα των επεισοδίων και η ατελής ύφεση
- Τα υπολειμματικά συμπτώματα είναι ισχυρός παράγων κινδύνου για επανεμφάνιση, σχετίζονται με μακρόχρονη νοσηρότητα, έκπτωση λειτουργικότητας και αυτοκτονική συμπεριφορά, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους
- Ιστορικό κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο γεροντικής άνοιας όπως και ο αριθμός των υποτροπών



Πρόγνωση

- 43 έως 52% των εξωτερικών ασθενών είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων
- Το υπόλοιπο των ασθενών συνεχίζει να υποφέρει από κυμαινόμενα υπολειμματικά συμπτώματα ή σύνδρομα
- Η αναλογία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και τη συννόσηση με άλλες καταστάσεις
- Η έκβαση σχετίζεται με τη βαρύτητα και τη συννοσηρότητα του αρχικού επεισοδίου



Πρόγνωση

- Η προσεκτική αντιμετώπιση, με πρώιμες και επιθετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, βελτιώνουν την πρόγνωση
- Θετικοί προγνωστικοί παράγοντες: απουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων, μικρή διάρκεια του επεισοδίου η μικρή διάρκεια νοσηλείας και καλή λειτουργία της οικογένειας
- Αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες: συννόσηση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, χρήση ουσιών, πρώιμη έναρξη, μακρά διάρκεια του επεισοδίου και ανάγκη για νοσηλεία

Θνησιμότητα

- Διπλάσιος κίνδυνος θνησιμότητας από το γενικό πληθυσμό
- Πάνω από 15% των ασθενών αυτοκτονούν
- Για τους ασθενείς πάνω από 60 ετών η αναλογία τετραπλασιάζεται
- Η κατάθλιψη είναι υπεύθυνη για τον περισσότερο χρόνο επί κλίνης από όλες τις φυσικές νόσους- πλην των καρδιαγγειακών- και κοστίζει περισσότερο από τη χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, τον διαβήτη, την αρθρίτιδα και την υπέρταση

Θνησιμότητα

- Πριν τις νεότερες θεραπείες οι ασθενείς περνούσαν το $\frac{1}{4}$ της ενήλικης ζωής τους στα νοσοκομεία και το $\frac{1}{2}$ χρόνο της ζωής τους σε αναπηρία
- Πιθανόν οι δείκτες αυτοκτονίας είναι σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς
- Μία δια βίου μελέτη παρακολούθησης ανέδειξε την προστατευτική επίδραση της αντικαταθλιπτικής αγωγής για τη σοβαρή κατάθλιψη

Θεραπεία

- Παραδοσιακά οι θεραπείες περιγράφονται ξεχωριστά
- Σπάνια όμως περιλαμβάνουν μόνο συνταγογράφηση
- Η εκπαίδευση και η υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πάντα σημαντικές πλευρές κάθε κλινικής αντιμετώπισης

Θεραπεία

- Σημαντικές πλευρές της θεραπείας: η συζήτηση με τον ασθενή και την οικογένεια, για τη νόσο, τα συμπτώματα και την πορεία και ιδιαίτερα την επεισοδιακή φύση
- Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τον κίνδυνο επανεμφάνισης και για την έγκαιρη αναγνώριση πρώιμων σημείων και συμπτωμάτων ενός επεισοδίου
- Πρέπει επίσης να ενημερώνονται ότι ειδικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης συχνά έχουν σημαντικές συνέπειες ως προς την θεραπεία

Γενικές αρχές

- Στόχος της θεραπείας, η μείωση των οξέων συμπτωμάτων, η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και η πρόληψη των υποτροπών
- Κρίσιμη απόφαση η επιλογή της παρέμβασης και ο τύπος θεραπείας
- Εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της διαταραχής, τον κίνδυνο αυτοκαταστροφής, τη διαθεσιμότητα των θεραπειών, την προτίμηση του ασθενούς και τη φύση των συνοδών δυσκολιών
- Πολύ σοβαρές καταθλίψεις με αυτοκτονικό ιδεασμό συνήθως απαιτούν νοσηλεία

Γενικές αρχές

- Μέσης βαρύτητας ή ήπια κατάθλιψη αντιμετωπίζεται εκτός νοσοκομείου, εκτός αν επιπλέκεται με σοβαρή φυσική νόσο ή δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία
- Διεθνώς οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
- Παραπομπές: για σοβαρή κατάθλιψη, χρονιότητα, αντίσταση στη θεραπεία, συνύπαρξη κατάχρησης αλκοόλ ή συζυγικών προβλημάτων

Επιλογή Θεραπείας

- Αν και η σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να ανταποκριθεί στην ψυχοθεραπεία, η ανάρρωση αργεί περισσότερο απ' ότι με την φαρμακοθεραπεία ή την ηλεκτροσπασμοθεραπεία
- Η ψυχοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί επιπλέον, παρά μόνη της
- Στις ηπιότερες καταθλίψεις η επιλογή εξαρτάται εν μέρει από την προτίμηση του ασθενούς και την διαθεσιμότητα των ψυχοθεραπειών

Επιλογή Θεραπείας

- Στη μείζονα κατάθλιψη προτιμότερο να μην αποφεύγονται τα αντικαταθλιπτικά
- Σε σύνθετες περιστάσεις συνήθως απαιτείται συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων
- Η κυριότερη ένδειξη χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι η σοβαρότητα και η επιμονή των συμπτωμάτων

Φαρμακοθεραπεία

- Σε ηπιότερες καταθλίψεις, σε επεισόδια μετά από μείζον στρες και οξεία θλίψη, συχνά υπάρχει αυτόματη υποχώρηση και δεν χορηγείται φαρμακευτική θεραπεία, υπό την προϋπόθεση εμφάνισης ύφεσης
- Χορήγηση θεραπείας για 9-12 μήνες για ένα επεισόδιο
- Πριν την απόσυρση δεν πρέπει να υπάρχουν υπολειμματικά συμπτώματα
- Μακρόχρονη θεραπεία: συνίσταται επί πολλαπλών επεισοδίων, 2 επεισόδια τα τελευταία 2 χρόνια ή 3 επεισόδια σε 5 χρόνια

Φαρμακοθεραπεία

- Εξαρτάται όμως και από τη σοβαρότητα των επεισοδίων, τον αντίκτυπο στην προσωπική, οικογενειακή και εργασιακή ζωή των ασθενών αλλά και την προτίμηση
- Κυμαίνεται από 2 έως 3 χρόνια , ή 5 χρόνια ή και περισσότερο αν ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, και για αόριστο διάστημα αν 2 έως 3 προσπάθειες διακοπής οδηγούν σε νέο επεισόδιο εντός ενός έτους
- Η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών σε παιδιά και εφήβους παραμένει αδιευκρίνιστη παρά ταύτα χρησιμοποιούνται ευρέως
- Αντίθετα τα αντικαταθλιπτικά είναι πολύ χρήσιμα στους ηλικιωμένους με κατάθλιψη

Βιολογικές Θεραπείες

- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: όταν υπάρχει ανάγκη άμεσης υποχώρησης των συμπτωμάτων, θετικό ιστορικό ανταπόκρισης
- Φωτοθεραπεία κυρίως για την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή
- Στέρξηση ύπνου
- Διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός (r TMS)
- Εν τω βάθει εγκεφαλικός ερεθισμός (DBS)
- Ερεθισμός του πνευμονογαστρικού (VNS)



Ψυχολογικές Θεραπείες

- Η ψυχολογική αντιμετώπιση κυμαίνεται από την ψυχοεκπαίδευση για τον ασθενή και την οικογένεια μέχρι την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και τις δομημένες ψυχοθεραπείες
- Η ίδια η θεραπευτική σχέση, προλαμβάνει συνυπάρχουσες αυτοκαταστροφικές παρορμήσεις, προσφέρει εκπαίδευση και γνώση για τη νόσο και τις συνέπειές της, βοηθά τον ασθενή στη μη ανάληψη μεγάλων αλλαγών ενώ είναι σε κατάθλιψη, θέτει ρεαλιστικούς στόχους και εξασφαλίζει την υποστήριξη των άλλων προς τον ασθενή

Επιλογή ψυχοθεραπείας

- Η προτίμηση του ασθενούς είναι ο παράγων κλειδί στην επιλογή ψυχοθεραπείας
- Η κατάθλιψη συχνά θεραπεύεται με ψυχοθεραπεία, είτε μόνο, είτε σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά
- Όταν συνυπάρχουν σύνθετες ιατρικές καταστάσεις ή αντενδείκνυνται τα αντικαταθλιπτικά, η ψυχοθεραπεία είναι πρώτη επιλογή
- Ήπια κατάθλιψη: πρώτη επιλογή, ελάχιστο πλεονέκτημα προσφέρει η συνδυαστική αγωγή



Επιλογή ψυχοθεραπείας

- Μέσης βαρύτητας κατάθλιψη: η ψυχοθεραπεία ως μόνη θεραπεία ή κατά προτίμηση σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική αγωγή
- Σοβαρή κατάθλιψη: στην κλινική πράξη η αντικαταθλιπτική αγωγή χορηγείται αρχικά και συνδυάζεται με γνωσιακή συμπεριφορική ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Θεραπεία συντήρησης με ψυχοθεραπεία: όταν υπάρχουν υπολειμματικά συμπτώματα, πολλά επαναλαμβανόμενα επεισόδια, επιμένομεντα ψυχοκοινωνικά στρες, ή άρνηση φαρμακευτικής θεραπείας συντήρησης

Επιλογή ψυχοθεραπείας

- Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία: κατά προτίμηση σε ασθενείς που αναζητούν και είναι ικανοί να ανεχθούν σαφή και δομημένη καθοδήγηση
- Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία: κατά προτίμηση σε ασθενείς που βιώνουν συγκρούσεις και δυσκολίες στις μεταβατικές φάσεις της προσωπικής τους ζωής ή εργασίας
- Παραδοσιακή δυναμική ψυχοθεραπεία: δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική αλλά ίσως δεν έχει εκτιμηθεί επαρκώς



Επιλογή ψυχοθεραπείας

- Συζυγικά και προβλήματα στην οικογένεια είναι κοινά στην πορεία της κατάθλιψης
- Μπορεί να είναι είτε επακόλουθο της κατάθλιψης, είτε να αυξάνουν την ευαλωτότητα είτε να καθυστερούν την ανάρρωση
- Οι θεραπείες ζεύγους και οικογένειας δυνητικά μειώνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον κίνδυνο υποτροπών
- Συμβουλευτική: κυρίως στη πρωτοβάθμια

Αναφορές

Kessing et al 1998

Paykel et al 1995

Fischer et al 2004

Andersen et al 2005

Paykel ES 2001

NICE 2004

CANMAT 2001

Valenstein M 2006

Baldessarini RJ 1996

Glassman et al 1993

Schatzberg et al 1998

APA 2004

DeRubeis et al 2005

Hollon et al 2005

Jarrett et al 1994

Weissman et al 1994