



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Σύντομος Οδηγός για τη **Διάγνωση** και **Θεραπεία** της **Κατάθλιψης** στην **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**



Γιώργος Κωνσταντακόπουλος

Ψυχίατρος, MD, PhD
Επιστημονικός συνεργάτης
Α' Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου
Αθηνών & Institute of Psychiatry,
Psychology and Neuroscience,
King's College London

Νικολέτα Ιωαννίδη

Κλινική Ψυχολόγος, MSc
Επιστημονικός συνεργάτης
Α' Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτρης Πλουμπίδης

Καθηγητής Ψυχιατρικής
Α' Ψυχιατρική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος Ελληνικής
Ψυχιατρικής Εταιρείας - ΕΨΕ

ΧΟΡΗΓΟΣ



Mylan

Seeing
is believing



Σύντομος Οδηγός για τη Διάγνωση και Θεραπεία της Κατάθλιψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο σύντομος αυτός οδηγός σκοπεύει να βοηθήσει τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) που δεν είναι ψυχίατροι, στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Περιέχει εργαλεία που εύκολα μπορούν να εφαρμοστούν από τον κλινικό για:

- την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς της ΠΦΥ
- τη διάγνωση της κατάθλιψης και την κλινική εκτίμησή της
- το σχεδιασμό θεραπευτικής αντιμετώπισης
- την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την κατάθλιψη και τη θεραπεία της
- την παρακολούθηση της ανταπόκρισης των ασθενών στη θεραπεία



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατάθλιψη: Επιδημιολογικά δεδομένα και επιπτώσεις

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνές παθήσεις των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών και η δυσλειτουργία που προκαλούν στους ασθενείς, είναι εξαιρετικά σημαντική. Υπολογίζεται ότι το 2030 η κατάθλιψη θα είναι η κύρια αιτία της αναπηρίας παγκοσμίως αποτελώντας περίπου το 6% του συνόλου των νόσων που προκαλούν αναπηρία. Επιπλέον οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές συνοδεύουν πολύ συχνά διάφορες σωματικές παθήσεις, των οποίων την πορεία και πρόγνωση επιβαρύνουν σημαντικά, αυξάνοντας αντιστοίχως το κόστος της θεραπείας. Τέλος, οι συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας. Οι σχετικές έρευνες δείχνουν ότι στο 90% των αυτοκτονιών, τα άτομα υπέφεραν από ψυχικές διαταραχές την περίοδο του θανάτου τους, συχνότερα δε από συναισθηματικές διαταραχές.

Τα σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και στη χώρα μας η επιβάρυνση της δημόσιας υγείας από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές είναι μεγάλη και αυξάνεται σημαντικά στις μέρες μας λόγω της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με ανασκόπηση δεδομένων από 14 χώρες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 2009 η Ελλάδα καταλάμβανε μεσαία θέση στον επιπολασμό της κατάθλιψης. Τις προηγούμενες δεκαετίες ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης στη χώρα μας εμφάνιζε σχετική σταθερότητα: 3,6% το 1978, 5,4% το 1984 και 3,3% το 2008. Ωστόσο, το 2011, ο ελληνικός πληθυσμός παρουσίασε 2,6 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρει από σοβαρή κατάθλιψη σε σύγκριση με το 2008, εκτινάσσοντας τον επιπολασμό της κατάθλιψης στη χώρα μας στο 8,2%. Όσον αφορά την αυτοκτονικότητα, τα ποσοστά της στην Ελλάδα ήταν σταθερά χαμηλά σε σύγκριση με όλες τις χώρες της Ευρώπης έως και το 2009. Ωστόσο, κατά

τη διάρκεια των τελευταίων ετών εμφανίστηκε 40% αύξηση της αυτοκτονικότητας, η οποία αποδίδεται τόσο στην αύξηση των ασθενών που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές όσο και στους δυσμενείς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Συνεπώς τα επιδημιολογικά στοιχεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων επιβεβαιώνουν ότι η οικονομική κρίση στην χώρα μας επιδεινώνει σημαντικά την ψυχική υγεία του πληθυσμού, παρομοίως με ό,τι έχει παρατηρηθεί σε άλλες χώρες κατά τη διάρκεια κρίσεων.

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με ψυχικές διαταραχές χρησιμοποιούν ολοένα και περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη ή όχι σωματικών νοσημάτων. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη αποτελεί την 3η πιο συχνή αιτία προσέλευσης – μεταξύ όλων, σωματικών και ψυχικών – σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από την άλλη πλευρά, τα σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται στο πλαίσιο της μείζονος κατάθλιψης, οδηγούν επίσης συχνά τους ασθενείς σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πλην ψυχιατρικής. Υπολογίζεται ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη απευθύνονται σε ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων πλην ψυχιάτρων σε ποσοστό 70-80%. Ωστόσο, σύμφωνα με σχετικές μελέτες τα ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης και του άγχους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ιδιαίτερα χαμηλά (36–56% και 15–36%, αντίστοιχα). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα περίπου οι μισοί ασθενείς που πάσχουν από καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, να παραμένουν αδιάγνωστοι και κατά συνέπεια χωρίς θεραπεία.

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία ασχολείται ενεργά τα τελευταία χρόνια με την απάντηση σε αυτό το μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Πρέπει να γίνει κατανοητό και αποδεκτό ότι για να καλυφθούν οι ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού, δεν είναι δυνατό οι κοινές ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα η κατάθλιψη να αντιμετωπίζονται αποκλειστικά από τους ψυχιάτρους. Η δυνατότητα να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να ενισχυθεί. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα ώστε να είναι



ικανοί να διαγνώσουν και να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, διακρίνοντας παράλληλα τις περιπτώσεις που οφείλουν να παραπέμπουν σε ειδικό. Για να είναι αυτό εφικτό, χρειάζεται μέθοδος και εργαλεία κατάλληλα για να διευκολύνουν τους ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αυτό τους το έργο. Τέτοιες μέθοδοι για τη σύντομη ανίχνευση, την εύστοχη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας. Αυτός ο Σύντομος Οδηγός εντάσσεται σε μία προσπάθεια να αναπτυχθεί αντίστοιχη μεθοδολογία και να υπάρξει κατάλληλη εκπαίδευση των ιατρών και στη χώρα μας.

Ο ασθενής με κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Οι πιο συχνοί λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς με κατάθλιψη απευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι οι εξής:

1. εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στην πορεία ενός χρόνιου νοσήματος ή μετά από ένα πρόσφατο οξύ πρόβλημα της σωματικής τους υγείας
2. έχουν σωματικά προβλήματα λόγω της κατάθλιψης και εστιάζουν σε αυτά
3. έχουν σωματικά συμπτώματα που δεν εξηγούνται παρά τον εκτεταμένο έλεγχο ή δεν δικαιολογούνται από τη βαρύτητα της πάθησής τους και δεν αντιμετωπίζονται από τις συνήθεις θεραπείες
4. αναγνωρίζουν το πρόβλημα στη διάθεσή τους αλλά δεν αποδέχονται ότι αυτό απαιτεί ψυχιατρική αντιμετώπιση.

Έχοντας αυτά κατά νου, ο ιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να εντοπίζει τις λεγόμενες «κόκκινες σημαίες» για την ανίχνευση της κατάθλιψης, δηλαδή τα χαρακτηριστικά των ασθενών που ανήκουν στις «ομάδες κινδύνου» για την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, όπως διαταραχές στον ύπνο

ή την όρεξη, εύκολη κόπωση, ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, χρόνιος πόνος, χρόνιες ασθένειες, πρόσφατο καρδιαγγειακό συμβάν κ.ά.

Σύντομος τρόπος ανίχνευσης και διάγνωσης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ένας γρήγορος τρόπος για να ανιχνευθεί η κατάθλιψη απαιτεί να γίνουν στους ασθενείς που ανήκουν στις προαναφερθείσες «ομάδες κινδύνου», μόνο δύο ερωτήσεις: (α) για τη μείωση ενδιαφέροντος για δραστηριότητες ή ευχαρίστησης από δραστηριότητες και (β) για την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης ή απελπισίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Σε περίπτωση θετικής απάντησης σε οποιαδήποτε από τις δύο ερωτήσεις, συντρέχει λόγος να προχωρήσει ο ιατρός σε ολοκληρωμένη εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με σκοπό τη διάγνωση της κατάθλιψης.

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις έχουν επιλεγεί επειδή: (α) η παρουσία είτε καταθλιπτικής διάθεσης είτε ανηδονίας – έλλειψης ενδιαφέροντος αποτελεί στα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια, όπως το διαγνωστικό σύστημα DSM-5, προϋπόθεση για τη διάγνωση της κατάθλιψης και (β) επειδή από τις σχετικές μελέτες μέχρι σήμερα έχει διαφανεί ότι αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανίχνευση της κατάθλιψης με υψηλή ευαισθησία (ποσοστό ανίχνευσης των αληθώς θετικών περιπτώσεων) και σχετικά υψηλή ειδικότητα (ποσοστό απόρριψης των αληθώς αρνητικών περιπτώσεων).

Ωστόσο, η ανίχνευση δεν ισοδυναμεί με τη διάγνωση. Όταν αποβαίνει θετική η ανίχνευση, πρέπει να συμπληρωθεί με ακόμα δύο βήματα που διασφαλίζουν τη διάγνωση της κατάθλιψης:

- Την αναγνώριση άλλων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την εκτίμηση της βαρύτητάς τους (κλινική εκτίμηση)
- Τον αποκλεισμό άλλων αιτιών εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (διαφορική διάγνωση).



Κατά συνέπεια, μία σύντομη και επαρκής μέθοδος ανίχνευσης πρέπει να συμπληρωθεί με επίσης εύχρηστες και αποτελεσματικές μεθόδους κλινικής εκτίμησης και διαφοροδιάγνωσης, για να καταστεί ικανός ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να θέσει τη διάγνωση της κατάθλιψης. Οι μέθοδοι αυτοί παρέχονται αφενός με σύντομες δομημένες συνεντεύξεις (για τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον αποκλεισμό άλλων αιτιών τους), αφετέρου – και πιο εύκολα – με τη χρήση κατάλληλων κλινικών εργαλείων εκτίμησης της κατάθλιψης. Ανάμεσα στα εργαλεία αυτά, το ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη Patient Health Questionnaire (PHQ-9) είναι το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο και αντιστοίχως έχει μελετηθεί περισσότερο η εφαρμογή του. Με τον εντοπισμό του αριθμού, του είδους και της βαρύτητας 9 καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της αναφοράς από τον ίδιο τον ασθενή, μας δίνει τη δυνατότητα διαγνωστικής απόφασης και εκτίμησης της βαρύτητας της κατάθλιψης. Με την επαναχορήγησή του κατά την πορεία της θεραπείας επιτυγχάνουμε ακριβή εκτίμηση της ανταπόκρισης και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η ενίσχυση του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν μεγάλο αριθμό ασθενών με κατάθλιψη εφόσον είναι κατάλληλα προετοιμασμένες. Τι είναι εύλογο να περιμένουμε από έναν ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας;

- Διάγνωση και ανάπτυξη ενός σχεδίου θεραπείας.
- Εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονικότητας.
- Παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και του θεραπευτικού αποτελέσματος με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης:

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 είναι αποτελεσματικό γιατί είναι σύντομο και οι ασθενείς μπορούν να το συμπληρώσουν στο σπίτι ή στην αίθουσα αναμονής. Είναι επίσης χρήσιμο ως διαγνωστικό βοήθημα και για τον προσδιορισμό της ύφεσης.

- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής:

Εξοικείωση με τουλάχιστον δύο είδη αντικαταθλιπτικών και τουλάχιστον μία στρατηγική ενίσχυσης της θεραπευτικής δράσης.

- Γνώση των περιπτώσεων που καθιστούν αναγκαία την παραπομπή σε ειδικό (ψυχίατρο, υπηρεσία ψυχικής υγείας).

Στην ενίσχυση των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλες τις παραπάνω δεξιότητες στοχεύει να συμβάλει αυτός ο Σύντομος Οδηγός. Ο στόχος αυτός επιδιώκεται μέσα από μία μεθοδολογία βημάτων και με τη χρήση εργαλείων που μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν από τον κλινικό για:

- την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς της ΠΦΥ
- τη διάγνωση της κατάθλιψης και την κλινική εκτίμησή της
- το σχεδιασμό θεραπευτικής αντιμετώπισης
- την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την κατάθλιψη και τη θεραπεία της
- την παρακολούθηση της ανταπόκρισης των ασθενών στη θεραπεία.



Βήμα 1^ο

Ανίχνευση της κατάθλιψης

Συχνά, το να ανιχνεύσεις έναν ασθενή που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να φαίνεται δύσκολο στους ιατρούς, επειδή γνωρίζουν ή διαβλέπουν ότι απασχολεί τους ασθενείς το κοινωνικό στίγμα, όταν τους ανακοινωθεί ότι τα συμπτώματά τους παραπέμπουν στη διάγνωση της κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς συνήθως ανταποκρίνονται πολύ θετικά στο ενδιαφέρον του γιατρού, όταν αυτός ρωτά για τη διάθεσή τους και συχνά δεν αντιδρούν στην προτεινόμενη θεραπεία, όταν ενημερωθούν κατάλληλα, κατανοήσουν τη δυνατότητα να βγουν από τη νοσηρή κατάστασή τους ή/και πειστούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα βελτιωθούν τα σωματικά τους συμπτώματα ή η πορεία της σωματικής πάθησής τους.

Είναι, συνεπώς, βασικό να μην αναστέλλεται η ανίχνευση της κατάθλιψης όταν υπάρχουν οι «κόκκινες σημαίες», δηλαδή στους ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης. Σε αυτούς τους ασθενείς, οι γιατροί επιβάλλεται να επιχειρήσουν ανίχνευση της κατάθλιψης χρησιμοποιώντας τις δύο ειδικές ερωτήσεις.

Βήμα 1α: Κόκκινες σημαίες

Έχει ο ασθενής κάποιο από τα ακόλουθα;

- έντονα παράπονα για διαταραχές στον ύπνο ή στην όρεξη, κόπωση και μεταβολή βάρους
- ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα
- χρόνιο πόνο
- χρόνια νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος, αυτοάνοσα κ.ά.)

- πρόσφατο καρδιαγγειακό συμβάν (έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)
- πρόσφατο μείζον στρεσογόνο γεγονός ή απώλεια
- ατομικό αναμνηστικό κατάθλιψης
- ύπαρξη άλλης ψυχιατρικής διαταραχής
- οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή)
- εκτεταμένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών (σύνδρομο “χοντρού φακέλου”)

Βήμα 1β: Κάντε ερωτήσεις ανίχνευσης

Οποτεδήποτε υποπτεύεστε κατάθλιψη, ρωτήστε τον ασθενή τις ακόλουθες ερωτήσεις:

Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα...

1. Είχατε συχνά μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες;
2. Νιώθατε πεσμένος /η, καταθλιμένος/η, ή απελπισμένος/η;

- Αν ο ασθενής απαντήσει και στις δύο ερωτήσεις «Όχι», η ανίχνευση είναι αρνητική.
- Αν ο ασθενής απαντήσει «Ναι» **σε οποιαδήποτε από τις δύο ερωτήσεις**, τότε συντρέχει λόγος να προχωρήσουμε σε ολοκληρωμένη εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με σκοπό τη διάγνωση της κατάθλιψης.

Βήμα 2ο

Διάγνωση της κατάθλιψης

Η ανίχνευση δεν ισοδυναμεί με τη διάγνωση. Όταν αποβαίνει θετική η ανίχνευση, πρέπει να συμπληρωθεί με ακόμα δύο βήματα που διασφαλίζουν τη διάγνωση της κατάθλιψης:

- Την αναγνώριση άλλων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την εκτίμηση της βαρύτητάς τους (κλινική εκτίμηση)
- Τον αποκλεισμό άλλων αιτιών εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (διαφορική διάγνωση), όπως:
 - Σωματικές παθήσεις που εμφανίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός, αναιμία)
 - Λήψη φαρμακευτικής αγωγής που επάγει καταθλιπτικά συμπτώματα
 - Κατάχρηση αλκοόλ
 - Αντίδραση πένθους
 - Διπολική διαταραχή (επεισόδια κατάθλιψης και μανίας)
- Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονικότητας
- Αξιολόγηση του συνοδού άγχους

Βήμα 2α: Διαγνωστική αξιολόγηση με το ερωτηματολόγιο PHQ-9

Πέρα από τη συνήθη διαγνωστική αξιολόγηση μέσω συνέντευξης, το Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς του ασθενή, που βοηθά στη διάγνωση της κατάθλιψης και προσδιορίζει τη βαρύτητά της.

Βλ. Οδηγίες χρήσης του PHQ-9 στο παράρτημα Α

Οι ιατροί και/ή το προσωπικό των ιατρείων συζητούν με τους ασθενείς τους λόγους για τους οποίους τους ζητούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και τους επεξηγούν πώς να το ολοκληρώσουν.

Μετά τη συμπλήρωση του PHQ-9 από τον ασθενή, ο κλινικός ή το προσωπικό των ιατρείων τη βαθμολογεί. Υπάρχουν δύο συνιστώσες του PHQ-9 που πρέπει να υπολογιστούν:

- Αριθμός συμπτωμάτων (Ακολουθώντας τα κριτήρια της κατάθλιψης του DSM-5)
- Συνολική βαθμολόγηση της βαρύτητας (Βαρύτητα κατάθλιψης)

Επιπλέον, ο ασθενής θα αξιολογήσει το βαθμό έκπτωσης της λειτουργικότητάς του (επίδρασης στη ζωή του).

Βασιζόμενος στον αριθμό των συμπτωμάτων που είναι παρόντα περισσότερο από τις μισές μέρες στη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων στο PHQ-9, στη συνολική βαθμολογία της βαρύτητας και στο βαθμό έκπτωσης της λειτουργικότητας, ο κλινικός μπορεί να διαμορφώσει τη διάγνωση της κατάθλιψης.



Κριτήρια του DSM-5 για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα συνυπάρχουν κατά τη διάρκεια μίας περιόδου 2 εβδομάδων και συνιστούν αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: Να μην συμπεριληφθούν συμπτώματα που αποδίδονται σαφώς σε άλλη ιατρική κατάσταση.

1. Καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως καταδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές (π.χ. νιώθει θλίψη, κενό, απελπισία) ή από την παρατήρηση των άλλων (π.χ. εμφανίζεται δακρυσμένος/η). **(Σημείωση:** σε παιδιά και εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση)

2. Δραστική μείωση ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, σχεδόν καθημερινά (όπως καταδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε από παρατήρηση).

3. Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή >5% του σωματικού βάρους σε διάστημα 1 μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. **(Σημείωση:** σε παιδιά, σημαντικό έλλειμμα στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης βάρους)

4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.

5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι μόνο υποκειμενικά αισθήματα νευρικότητας ή βραδύτητας).

6. Ευκοπωσία ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.

7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή παθολογικής ενοχής (τα οποία μπορεί να είναι παραληρητικού τύπου) σχεδόν καθημερινά (όχι μόνο αυτομομφή και ενοχή σχετικά με το ότι είναι ασθενής).

8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης της προσοχής ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε όπως παρατηρείται από άλλους).

9. Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για απόπειρα αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή παραβιάζουν τον κοινωνικό, εργασιακό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

C. Το επεισόδιο δεν μπορεί να αποδοθεί σε παθο-φυσιολογικές επιδράσεις μίας ουσίας ή μιας άλλης γενικής ιατρικής κατάστασης.

Σημείωση: Τα κριτήρια A-C αντιστοιχούν στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

D. Η επέλευση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από υπάρχουσα σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή αλλιώς προσδιορισμένη ή μη προσδιοριζόμενη διαταραχή του φάσματος σχιζοφρενικών και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

E. Δεν υπήρξε ποτέ στο παρελθόν μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.

Σημείωση: Αυτός ο αποκλεισμός δεν ισχύει εάν όλα τα μανιακού ή υπομανιακού τύπου επεισόδια είναι επαγόμενα από ουσία ή μπορούν να αποδοθούν στις παθο-φυσιολογικές επιδράσεις μιας άλλης ιατρικής κατάστασης.



Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη βιώνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας αρκετά συμπτώματα, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Τα συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν:

- Αίσθημα θλίψης, δυστυχίας, μελαγχολίας, απελπισίας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από ασχολίες ή δραστηριότητες που συνήθως προκαλούσαν ευχαρίστηση
- Αίσθημα κινητικής επιβράδυνσης ή ανησυχίας
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Έλλειψη ενεργητικότητας ή αίσθημα κόπωσης όλη μέρα
- Μείωση ή αύξηση στην όρεξη για φαγητό ή αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους
- Προβλήματα στη συγκέντρωση, την σκέψη, τη μνήμη ή τη λήψη αποφάσεων
- Αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας
- Σκέψεις θανάτου ή πρόθεση αυτοκτονίας

Όπως φαίνεται στο σχετικό πίνακα, το σύγχρονο διαγνωστικό σύστημα ψυχικών διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5) απαιτεί, για να τεθεί η διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, να εμφανίζονται τις τελευταίες 2 εβδομάδες τουλάχιστον 5 από τα παραπάνω συμπτώματα και τουλάχιστον 1 από τα πρώτα δύο (καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης).

Η **μείζων κατάθλιψη** συνήθως εμφανίζεται ως ένα ή περισσότερα επεισόδια (*υποτροπιάζουσα μορφή*) με τα παραπάνω συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ζωής.

Σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις με ελλιπή αντιμετώπιση ή σοβαρή ανθεκτικότητα στη θεραπεία, τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου γίνονται μόνιμα (*χρόνια κατάθλιψη*).

Υπάρχει ωστόσο και μία ακόμη μορφή κατάθλιψης με ηπιότερα συμπτώματα μεγαλύτερης διάρκειας, η **δυσθυμική διαταραχή**. Χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι τα παρακάτω:

- Ηπιότερης βαρύτητας, χρόνια διαταραχή.
- Παρουσία χρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον δύο χρόνια.
- Συμπτώματα που συνοδεύουν συνήθως την καταθλιπτική διάθεση:
 - διαταραχές όρεξης και ύπνου
 - χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση
 - χαμηλή αυτοεκτίμηση
 - δυσχέρεια συγκέντρωσης, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων

Η διαταραχή συνυφαίνεται με την προσωπικότητα του ασθενούς (καταθλιπτική προσωπικότητα, απαισιόδοξος χαρακτήρας).

Υπάρχουν ακόμα πολλές περιπτώσεις στις οποίες οι δύο αυτές καταθλιπτικές διαταραχές συνυπάρχουν, δηλαδή ένας ασθενής που εμφάνιζε επί χρόνια δυσθυμική διαταραχή, εμφανίζει στην παρούσα φάση επιπλέον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Πρόκειται για την περίπτωση της **διπλής κατάθλιψης**.

Βήμα 2β: Αξιολόγηση άλλων αιτιών εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Η διάγνωση της κατάθλιψης διασφαλίζεται εφόσον αποκλειστεί το ενδεχόμενο να προκάλεσαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα άλλες αιτίες, είτε εξωγενείς παράγοντες επιδρώντας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, είτε άλλες ψυχολογικές καταστάσεις ή ψυχικές διαταραχές.

Με σύντομες δομημένες ερωτήσεις, που παρουσιάζονται παρακάτω, μπορούν να αποκλειστούν οι πιθανές αυτές αιτίες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και να γίνει η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης.

Σωματικές νόσοι

Πολλές σωματικές παθήσεις μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά σε γενικές γραμμές συνυπάρχουν και διαφορετικά συμπτώματα και σημεία που συνδέονται με την πρωτοπαθή νόσο.

Εκτός εάν υποδεικνύεται κάτι άλλο από το ιστορικό ή/και τη φυσική εξέταση, ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει μόνο τη γενική εξέταση αίματος και την εξέταση θυρεοειδικών ορμονών (ώστε να αποκλειστεί η αναιμία και ο υποθυρεοειδισμός).

Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή

Καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα μπορεί να είναι ιδιοσυγκρασιακές επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής. Ελέγχετε την τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή για πιθανή λήψη των παρακάτω ουσιών.

Τα φάρμακα στην ακόλουθη λίστα έχουν ενοχοποιηθεί για την επαγωγή κατάθλιψης.

Αντιυπερτασικά και αντιαρρυθμικά	Μεθυλοντόπα, ρεζερπίνη, κλονιδίνη, βήτα-αναστολείς, διγοξίνη, διουρητικά (υποκαλιαιμία ή υπονατριαιμία)
Ηρεμιστικά-υπναγωγικά	Αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, ένυδρη χλωράλη, βαρβιτουρικά, μεπροβαμάτη
Αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά	Οπιώδη αναλγητικά
Ορμόνες	Κορτικοστεροειδή, αντισυλληπτικά, αναστολείς οιστρογόνων, αναβολικά στεροειδή

Χρήση/Κατάχρηση αλκοόλ (Έλεγχος με το ερωτηματολόγιο CAGE)

Ερωτηματολόγιο CAGE

1. Έχετε ποτέ νιώσει ότι πρέπει να μειώσετε το ποτό;
2. Σας έχουν ποτέ ενοχλήσει οι άλλοι άνθρωποι με το να επικρίνουν το ότι πίνετε;
3. Έχετε νιώσει ποτέ άσχημα ή ενοχή που πίνετε;
4. Υπήρξε ποτέ μέρα που το πρώτο πράγμα που κάνατε το πρωί, ήταν να πιείτε ποτό για να ηρεμήσετε τα νεύρα σας ή για να ανακουφιστείτε από τον πονοκέφαλο από μεθύσι;

➤ **Δύο ή περισσότερα «Ναι»** είναι θετική απάντηση για πιθανή κατάχρηση αλκοόλ.

Αντίδραση πένθους

Κάντε τις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Μήπως αυτή η πρόσφατη περίοδος που νιώθετε θλιμμένος ή δυστυχής, ξεκίνησε μετά το θάνατο κάποιου οικείου σας προσώπου;
 2. Αν «Ναι» στην ερώτηση 1, ρωτήστε:
Μήπως ο θάνατος συνέβη πριν από διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών;
- Αν «**Όχι**» στην **πρώτη** ερώτηση, ή αν «**Ναι**» και στις **δύο** ερωτήσεις, αντιμετωπίστε θεραπευτικά τον ασθενή για κατάθλιψη.

Μανιακό επεισόδιο (Αποκλείστε τη διπολική διαταραχή)

Κάντε την ακόλουθη ερώτηση:

Υπήρξε ποτέ περίοδος τουλάχιστον 4 ημερών που να ήσασταν τόσο χαρούμενος/η ή ενθουσιασμένος/η ώστε να βρισκόσασταν μπλεγμένος/η, ή η οικογένεια και οι φίλοι σας να ανησυχούσαν για εσάς, ή κάποιος γιατρός να σας ανέφερε ότι είστε σε μανιακό επεισόδιο;

- Μία θετική απάντηση δείχνει πιθανή διπολική διαταραχή. Σε αρνητική απάντηση αντιμετωπίζουμε τον ασθενή για κατάθλιψη.

Μπορείτε να διερευνήσετε περαιτέρω για πιθανό μανιακό επεισόδιο συμπεριλαμβάνοντας τη συνύπαρξη τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα συμπτώματα, ένα από τα οποία πρέπει να είναι το πρώτο από τα συμπτώματα στη λίστα.

1. Μία διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανυψωμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
3. Υπερτροφική αυτοεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια
4. Ομιλητικότητα κατά πολύ μεγαλύτερη του συνήθους για το άτομο ή αίσθημα πίεσης για ακατάπαυστη ομιλία
5. Περισπασιμότητα της προσοχής
6. Αύξηση της στοχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική ανησυχία
7. Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που ενέχουν υψηλό κίνδυνο οδυνηρών συνεπειών (π.χ. εμπλοκή σε αλόγιστες οικονομικές δαπάνες, σεξουαλικές αδιακρίσιες ή απερίσκεπτες επαγγελματικές επενδύσεις).

Βήμα 2γ: Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας

Όταν πραγματοποιείται διάγνωση της κατάθλιψης, χρειάζεται να αξιολογήσετε και τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Είναι βασικό να γνωρίζετε ότι δεν πρέπει να διστάσετε να ρωτήσετε σχετικά με την αυτοκτονικότητα. Οι περισσότεροι ασθενείς απαντούν χωρίς κανένα πρόβλημα, εφόσον ερωτηθούν αμέσως μετά τη συζήτηση για τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα. Επίσης, οι περισσότεροι δίνουν απολύτως αληθείς απαντήσεις.

Ρωτήστε τις ακόλουθες, διαβαθμισμένες ερωτήσεις. Αν στην ερώτηση 1 η απάντηση είναι αρνητική και η υποψία σας μικρή, παρακάμψτε τις επόμενες ερωτήσεις.

Ερωτήσεις για την ανίχνευση της αυτοκτονικότητας

1. Σας έχουν οδηγήσει αυτά τα συμπτώματα/συναίσθημα για τα οποία συζητάμε, να σκεφτείτε ότι θα ήταν καλύτερα αν ήσασταν νεκρός/ή;
☐ Ναι ☐ Όχι
2. Την τελευταία εβδομάδα, είχατε καθόλου σκέψεις ότι η ζωή δεν αξίζει ή ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει;
☐ Ναι ☐ Όχι
3. Έχετε καθόλου σκέψεις να βλάψετε τον εαυτό σας ή να σκοτωθείτε;
☐ Ναι ➡ προχωρήστε στην ερώτηση 4
☐ Όχι ➡ προχωρήστε στο λήμμα 5
4. Τι έχετε σκεφτεί γι' αυτό; Έχετε κάνει πραγματικά κάτι ώστε να βλάψετε τον εαυτό σας;
☐ Ναι ☐ Όχι
5. Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικότητα
☐ Ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ☐ Κοινωνική απομόνωση
☐ Κατάχρηση ουσιών ☐ Αβοηθητότητα
☐ Συννοσηρότητα με σημαντική αγχώδη διαταραχή

Εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας

Συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου	Επίπεδο κινδύνου	Δράση
Χωρίς τρέχουσες σκέψεις, χωρίς σημαντικούς παράγοντες κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Συνέχιση θεραπείας και παρακολούθησης
Τρέχουσες σκέψεις αλλά χωρίς σχέδιο, με ή χωρίς παράγοντες κινδύνου	Μέτριου κινδύνου	Προσεκτική αξιολόγηση της επικινδυνότητας και παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας
Τρέχουσες σκέψεις με σχέδιο (ιδιαίτερα όταν υπάρχει συγκεκριμένο σχέδιο προς εκτέλεση ή/και παράγοντες κινδύνου)	Υψηλού κινδύνου	Επείγουσα παραπομπή σε ψυχιατρική υπηρεσία (π.χ. εφημερεύουσα ψυχιατρική κλινική)

Βήμα 2δ: Αξιολόγηση του συνοδού άγχους

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο για την κλινική εικόνα της κατάθλιψης είναι η πολύ συχνή συνύπαρξή της με άγχος (αγχώδης κατάθλιψη) ή με συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές.

Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη αποτελεί σε μεγάλο βαθμό επιπλοκή ή συννοσηρή κατάσταση στις εξής διαταραχές: διαταραχή γενικευμένου άγχους, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού.

Είναι γι' αυτό σημαντικό να συνεκτιμάται το επίπεδο του άγχους σε ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία, ώστε είτε να παραπεμφθούν σε ειδικό ψυχικής υγείας, αν συνυπάρχουν βαριά καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, είτε να παρακολουθεί ο γιατρός και τη βελτίωση της αγχώδους συμπτωματολογίας κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Το Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς του ασθενή, που βοηθά στη διάγνωση του κλινικά σημαντικού άγχους και προσδιορίζει τη βαρύτητά του.

Βλ. Οδηγίες Χρήσης του GAD-7 στο παράρτημα Β

Βήμα 3^ο Επιλογή θεραπείας - Σχέδιο αντιμετώπισης

Οι περισσότεροι ασθενείς στους οποίους γίνεται διάγνωση κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μπορούν να λάβουν βοήθεια και μάλιστα η πλειονότητά τους μπορεί να θεραπευτεί από τις ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όταν αυτοί είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι.

Με βάση τη διάγνωση και την κλινική εκτίμηση της κατάθλιψης, που έχουν επιτευχθεί στο προηγούμενο βήμα, ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να προχωρήσει σε:

- **Ανάπτυξη ενός σχεδίου θεραπείας:**
Ο θεραπευτικός σχεδιασμός μπορεί να περιλαμβάνει συμβουλευτική και παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή ή/και ψυχοθεραπεία.
- **Επιλογή και διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής:**
Ο ιατρός πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τη χρήση τουλάχιστον δύο ειδών αντικαταθλιπτικών και τουλάχιστον μία στρατηγική ενίσχυσης της θεραπευτικής δράσης.
- **Παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και του θεραπευτικού αποτελέσματος με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης:**
Για την παρακολούθηση μπορεί να αξιοποιηθεί το ερωτηματολόγιο PHQ-9, το οποίο είναι σύντομο και οι ασθενείς μπορούν να το συμπληρώσουν στο σπίτι ή στην αίθουσα αναμονής. Είναι επίσης χρήσιμο ως διαγνωστικό βοήθημα και για τον προσδιορισμό της ύφεσης.

- *Γνώση των περιπτώσεων που καθιστούν αναγκαία την παραπομπή σε ειδικό (ψυχίατρο, υπηρεσία ψυχικής υγείας):*

Εντοπισμός περιπτώσεων με κίνδυνο αυτοκτονίας, μεγάλης βαρύτητας συμπτωματολογία, πολύπλοκη συννοσηρότητα, πιθανή άλλη συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

Ας αρχίσουμε από το τέλος. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πότε δεν θα θεραπεύσουμε γιατί χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση.

Πότε να παραπέμψετε σε ειδικό

- Αν υπάρχει περίπλοκη συννοσηρότητα (κατάχρηση ουσιών, σοβαρή αγχώδης διαταραχή)
- Αν παρατηρούνται συμπτώματα αυξημένης βαρύτητας (π.χ. μέτρια έως σοβαρή αυτοκτονικότητα, ψυχωτικά συμπτώματα, πολύ μεγάλη έκπτωση λειτουργικότητας)
- Αν χρειάζεται περαιτέρω διαγνωστική διευκρίνιση (για πιθανή διπολική διαταραχή, συννοσηρότητα με άλλη ψυχική διαταραχή κ.λπ.)
- Αν εμφανιστεί ανθεκτικότητα στη συνήθη θεραπεία (δύο ή περισσότερες δοκιμές φαρμάκων)
- Αν η κλινική εικόνα της κατάθλιψης και η προτίμηση του ασθενούς συνηγορούν υπέρ της ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης.

A) Φαρμακευτική αγωγή

Οι στόχοι για τη θεραπεία της οξείας φάση στην κατάθλιψη είναι η **πλήρης ύφεση** των συμπτωμάτων και η επάνοδος των ασθενών στην αρχική τους λειτουργικότητα. Στο σύνολο των καταθλιπτικών ασθενών στην ΠΦΥ, το 60% έως 80% μπορεί να αναμένει ύφεση. Ως ύφεση ορίζεται η ύπαρξη φυσιολογικής διάθεσης και ελάχιστα συμπτώματα, αλλά είναι καλύτερο να αξιολογείται χρησιμοποιώντας μια διαβαθμισμένη κλίμακα, όπως με μια βαθμολογία εντός του φυσιολογικού εύρους στο PHQ-9.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι θεραπείες πρώτης εκλογής, ειδικά για τη μέτρια έως βαριά κατάθλιψη.

Όλα τα νέας γενιάς αντικαταθλιπτικά (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRIs], αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs), μιρταζαπίνη και βουπροπιόνη) είναι φάρμακα πρώτης γραμμής, παρέχοντας καλύτερη ανοχή και ασφαλές προφίλ σε σύγκριση με παλαιότερες κατηγορίες, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) και τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs) (Πίνακες 1 και 2).

Συνταγογράφηση ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου

Συνήθως δεν υπάρχει μόνο μια και οριστική επιλογή φαρμακευτικής αγωγής για οποιονδήποτε ασθενή, δεδομένου ότι παρατηρείται σημαντική εξατομίκευση στην αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες.

Η επιλογή του αντικαταθλιπτικού βασίζεται κυρίως σε ειδικά χαρακτηριστικά των φαρμάκων όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα, την ανοχή και την ένδειξή τους για το άγχος (Πίνακας 1).

- Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αυξημένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας με εσιταλοπράμη, σερτραλίνη, μιρταζαπίνη και βενλαφαξίνη, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πιο βαριά κατάθλιψη.



- Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για καλύτερη βραχυπρόθεσμη ανοχή στη σιταλοπράμη, την εσιταλοπράμη, τη μοκλοβεμίδη και τη σερτραλίνη. Η βουπροπιόνη, μιρταζαπίνη και η μοκλοβεμίδη έχουν λιγότερες σεξουαλικές παρενέργειες από άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.
- Ένας παράγοντας ευρέος φάσματος (που ενδείκνυται τόσο για καταθλιπτικές όσο και για αγχώδεις διαταραχές) συστήνεται ιδιαίτερα σε περίπτωση υψηλού επιπέδου άγχους, λόγω της υψηλής συννοσηρότητας αυτών των διαταραχών. Σημαντική αποτελεσματικότητα στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές έχει τεκμηριωθεί για την εσιταλοπράμη, την παροξετίνη, τη σερτραλίνη και τη βενλαφαξίνη. Και άλλα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι επίσης αποτελεσματικά στις αγχώδεις διαταραχές, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα από αντίστοιχες μελέτες.

Πίνακας 1. Πρώτης γραμμής αντικαταθλιπτικά, δοσολογίες και θεραπευτικό προφίλ

Πρώτης γραμμής αντικαταθλιπτικά	Συνήθης ημερήσια δόση (mg)	Αποτελεσματικότητα	Ανοχή	Άγχος
SSRI				
Σιταλοπράμη	20-40		✓	
Εσιταλοπράμη	10-20	✓	✓	✓
Φλουοξετίνη	20-40			
Φλουβοξαμίνη	100-200			
Παροξετίνη	20-40			✓
Σερτραλίνη	50-150	✓	✓	✓
SNRI				
Ντουλοξετίνη	60-120	±		
Βενλαφαξίνη	75-225	✓		✓
Με άλλο μηχανισμό δράσης				
Βουπροπιόνη	150-300	±		
Μιρταζαπίνη	30-60	✓		
Τραζοδόνη	200-400			
RIMA				
Μοκλοβεμίδη	450-600		✓	

SSRI= εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης

SNRI= αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης

RIMA= αναστρέψιμος αναστολέας μονοαμινοξειδάσης



Πίνακας 2. Δεύτερης και τρίτης γραμμής αντικαταθλιπτικά φάρμακα και δοσολογίες

Φάρμακο	Συνήθης ημερήσια δόση (mg)
Δεύτερης γραμμής αντικαταθλιπτικά (TCA)	
Αμιτριπτυλίνη	100-250
Κλομιπραμίνη	100-250
Νεσιπραμίνη	100-250
Ιμιπραμίνη	100-250
Νορτριπτυλίνη	75-150
Τρίτης γραμμής αντικαταθλιπτικά (MAOI)*	
Φενελζίνη	30-75
Τρανυλοκυπρομίνη	20-60

*Χρήση με προσοχή εξαιτίας διατροφικών περιορισμών και αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα

TCA= τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

MAOI= αναστολείς μονοαμινοξειδάσης

Πίνακας 3. Βασικές γνώσεις για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών

- Οι πιο συχνές παρενέργειες των πρώτης γραμμής αντικαταθλιπτικών είναι ήπιες και παροδικές (εμφανίζονται για λίγες ημέρες μετά την έναρξη της χορήγησης): γαστρική δυσφορία, ναυτία, κεφαλαλγία, ζάλη, ίλλιγος.
- Η μόνη συχνή παρενέργεια που συνήθως επιμένει είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Ένας κίνδυνος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία και την παρακολούθηση, είναι η πιθανότητα τέλεσης απόπειρας αυτοκτονίας κατά την πρώτη περίοδο εμφάνισης βελτίωσης υπό την αγωγή. Γι' αυτό απαιτείται επανεκτίμηση της αυτοκτονικότητας κατά την αρχική περίοδο χορήγησης.
- Οι SSRIs συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, ειδικά σε ηλικιωμένους και σε όσους λαμβάνουν αντιπηκτικά ή άλλα φάρμακα που επιδρούν στο γαστρεντερικό βλεννογόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να χορηγείται και γαστροπροστατευτική αγωγή.
- Η βενλαφαξίνη μπορεί να επιδεινώσει καρδιακές αρρυθμίες και την αρτηριακή υπέρταση.
- Η ντουλοξετίνη μπορεί να επιδεινώσει την αρτηριακή υπέρταση
- Τα TCAs μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και καρδιακές αρρυθμίες.



Β) Ψυχοθεραπεία

Σε ήπια έως μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική όσο και το φάρμακο. Ο συνδυασμός της ψυχοθεραπείας με το φάρμακο δεν λειτουργεί καλύτερα από ότι το καθένα μόνο του, εκτός από τους ασθενείς με χρόνια, βαριά ή ανθεκτική κατάθλιψη, ή όταν υπάρχει συννοσηρότητα (αγχώδης διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας). Η επιλογή της ψυχοθεραπείας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των υπαρχόντων πόρων.

Οι επιστημονικά τεκμηριωμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν:

- Θεραπεία επίλυσης προβλημάτων: Διάρκειας 4 έως 6 εβδομάδων, με επίκεντρο την αναγνώριση των προβλημάτων και απλές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, χρήσιμη στην ΠΦΥ.
- Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία: Διάρκειας 12 έως 16 εβδομάδων, με επίκεντρο την αναγνώριση των αρνητικών πεποιθήσεων και συμπεριφορών και την ενεργοποίηση πιο ρεαλιστικού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς.
- Διαπροσωπική θεραπεία: Διάρκειας 14 έως 16 εβδομάδων, με έμφαση στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση διαπροσωπικών συγκρούσεων και προβλημάτων.

Γ) Άλλες θεραπείες

Η άσκηση και η δραστηριότητα είναι ευεργετική για την κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, **“συνταγογραφήστε”** τουλάχιστον ένα γρήγορο περπάτημα ημερησίως.

Η φωτοθεραπεία (έκθεση σε έντονο φως φθορισμού) είναι αποτελεσματική για την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά επεισόδια τον χειμώνα).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ασφαλής και αποτελεσματική για τη βαριά ή την ανθεκτική στα φάρμακα κατάθλιψη. Θα πρέπει να αποφασίζεται πάντα από ψυχίατρο.



Βήμα 4^ο

Παροχή εκπαιδευτικών μηνυμάτων στους ασθενείς

Βήμα 4α: Εκπαιδευτικά μηνύματα για τη διάγνωση

Υπάρχουν ορισμένες βασικές γνώσεις για την κατάθλιψη που πρέπει να είναι κτήμα των ιατρών κάθε ειδικότητας και μέσα από αυτούς να περνούν ως μηνύματα και στους ασθενείς. Κατ' αρχάς, γνώσεις σχετικά με το τι **δεν είναι** η κατάθλιψη.

- Η κατάθλιψη δεν είναι απλά ένα συναίσθημα που νιώθεις όταν «έχεις τις μαύρες σου». Είναι κάτι περισσότερο από το στενάχωρο συναίσθημα μετά από απώλεια ή τσακωμό ή άλλες δύσκολες στιγμές.
- Η κατάθλιψη δεν είναι ένα ελάττωμα του χαρακτήρα, ούτε ένδειξη προσωπικής αδυναμίας. Οι ασθενείς με κατάθλιψη δεν πρέπει να αισθάνονται ντροπή για αυτό που τους συμβαίνει.
- Η κατάθλιψη δεν είναι μια κατάσταση που πρέπει να την αντιμετωπίσουν μόνοι τους όσοι πάσχουν από αυτήν. Δεν μπορούν από μόνοι τους να διορθώσουν αυτή τη νοσηρή κατάσταση και να αισθανθούν καλύτερα.

Αντιστοίχως, υπάρχουν ορισμένες βασικές πληροφορίες για το τι **είναι** η κατάθλιψη, που προτρέπουν ιατρούς και ασθενείς στην ορθή αντιμετώπισή της:

- Η κατάθλιψη είναι μια ιατρική νόσος (όπως ο διαβήτης και η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι ιατρικές παθήσεις) που επιδρά στη σκέψη, τα συναισθήματα, τη σωματική υγεία και τη συμπεριφορά.

- Η κατάθλιψη είναι μια θεραπεύσιμη ιατρική νόσος. Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη και οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να αρχίζουν να νιώθουν καλύτερα σε μερικές εβδομάδες, εφόσον αντιμετωπιστούν με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.
- Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη, δεν μιλάνε στο γιατρό τους για το πώς νιώθουν. Το πρώτο σημαντικό βήμα για να νιώσουν καλύτερα οι άνθρωποι με κατάθλιψη, είναι να μπορέσουν να μιλήσουν με έναν γιατρό για το πώς νιώθουν.

Βήμα 4β: Εκπαιδευτικά μηνύματα για τη θεραπεία

Για ασθενείς που αρχίζουν αντικαταθλιπτική αγωγή:

- Τα αντικαταθλιπτικά δρουν μόνο αν τα παίρνεις κάθε μέρα
- Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι εθιστικά
- Τα οφέλη από την αγωγή αργούν να φανούν (συνήθως μετά από 2 εβδομάδες)
- Οι παρενέργειες είναι συνήθως ήπιες και παροδικές
- Συνεχίστε τα αντικαταθλιπτικά ακόμη και όταν νιώθετε καλύτερα
- Μην σταματήσετε την αγωγή πριν να συμβουλευτείτε πρώτα το γιατρό σας
- Ο στόχος της θεραπείας είναι πλήρης ύφεση, αλλά ορισμένες φορές χρειάζεται περισσότερες από μία προσπάθειες



Πείτε σε όλους τους ασθενείς:

- Αν νιώθετε χειρότερα, μην περιμένετε μέχρι το επόμενο σας ραντεβού. Καλέστε στο ιατρείο μας άμεσα.

Προσεγγίσεις αυτο-βοήθειας

- Να συμπεριλαμβάνετε πάντα την εκπαίδευση του ασθενούς (π.χ. φυλλάδια ενημέρωσης του ασθενούς)
- Να εμπλέκετε τους ασθενείς στη διαχείριση της ίδιας τους της πάθησης, με τη συζήτηση και την ενεργή συμμετοχή τους στο σχεδιασμό της θεραπείας τους
- Αξιοποιήστε εγχειρίδια αυτο-βοήθειας με οδηγίες και ασκήσεις (που βασίζονται σε τεχνικές γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας)

Βλ. Φυλλάδιο με ασκήσεις αυτο-βοήθειας στο Παράρτημα Γ

Βήμα 5^ο

Παρακολούθηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης

Βήμα 5α: Τακτική παρακολούθηση και εκτίμηση της ανταπόκρισης των ασθενών στη θεραπεία

Οι επισκέψεις του ασθενούς στο γιατρό πρέπει να πραγματοποιούνται κάθε 2-4 εβδομάδες κατά την οξεία φάση. Σε αυτές πραγματοποιείται πάντα εκτίμηση των συμπτωμάτων με το PHQ-9 και της λειτουργικότητας. Σε περιπτώσεις που συνυπάρχει αυξημένο άγχος, γίνεται αξιολόγηση και της αγχώδους συμπτωματολογίας με το GAD-7 σε κάθε επίσκεψη.

- Μία μετρήσιμη, αλλά μερική, ανταπόκριση στην κατάλληλη δοσολογία αντικαταθλιπτικής αγωγής συμβαίνει συνήθως έως τις 4 εβδομάδες.
- Η ύφεση των συμπτωμάτων επέρχεται συνήθως σε 8 έως 12 εβδομάδες.

Συνεπώς

Οι αποφάσεις για τη συνέχιση ή τη ρύθμιση της θεραπείας γίνονται συνήθως στο μεσοδιάστημα των 4 εβδομάδων στη βάση της αξιολόγησης με το PHQ-9.

Βήμα 5β: Προσπάθεια για την ύφεση

Ο στόχος της θεραπείας στην οξεία φάση είναι να επιτευχθεί η ύφεση. Επανεξετάστε την ανταπόκριση στη θεραπεία και ρυθμίστε την περιοδικά, ούτως ώστε οι ασθενείς να έχουν:

Μείωση στη βαθμολογία του PHQ-9 μέχρι <5 και καμία έκπτωση της λειτουργικότητας.

Όταν οι ασθενείς επιτυγχάνουν αυτόν τον στόχο, εντάσσονται σε θεραπεία συντήρησης (βλ. παρακάτω).

Οι ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν αυτόν τον στόχο, παραμένουν στην οξεία φάση της θεραπείας και χρειάζεται να γίνουν ορισμένες αλλαγές στη θεραπεία (αύξηση της δόσης, ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής δράσης, αλλαγή αντικαταθλιπτικού).

Οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν να παρακολουθούνται με τακτικές επισκέψεις στο γιατρό για την εκτίμηση της συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας.

Ο αριθμός και η διάρκεια των επισκέψεων στην οξεία φάση της θεραπείας ποικίλουν βάσει της βαρύτητας της κατάθλιψης, της ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία, του είδους της κλινικής πρακτικής – υπηρεσίας καθώς και των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή. Χρυσός κανόνας είναι οι 3 κατ' ελάχιστον επισκέψεις στη διάρκεια των πρώτων 12 εβδομάδων μετά την αρχική επίσκεψη.

Η πρόγνωση του μονήρους επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης είναι συνήθως καλή, αφού στην πλειονότητα των περιπτώσεων παρατηρείται ανταπόκριση στη θεραπεία και επιτυγχάνεται πλήρης ύφεση. Οι πιθανότητες υποτροπής κυμαίνονται από 30% έως 75%. Οι ασθενείς με περισσότερα από 2 επεισόδια κινδυνεύουν περισσότερο να μην παρουσιάσουν πλήρη ύφεση ή να εμφανίσουν χρόνια κατάθλιψη.

Στρατηγικές μεταβολής της θεραπείας σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στη θεραπεία:

1. Ελέγξτε ξανά τη διάγνωση (διπολική διαταραχή ή συννοσηρότητα που σας διέφυγε, όπως κατάχρηση ουσιών).
2. Αυξήστε τη δόση του χορηγούμενου αντικαταθλιπτικού.
3. Αλλάξτε και χορηγήστε διαφορετικό αντικαταθλιπτικό φάρμακο της ίδιας κατηγορίας, π.χ. άλλο εκλεκτικό αναστολέα σεροτονίνης (SSRI).
4. Αλλάξτε και χορηγήστε άλλο αντικαταθλιπτικό φάρμακο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης (π.χ. από SSRI σε SNRI).
5. Συνδυάστε αντικαταθλιπτική αγωγή από δύο διαφορετικές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης (π.χ. προσθέστε βουπροπιόνη ή μιρταζαπίνη σε SSRI ή σε SNRI). Χορηγήστε πλήρη δόση και από τα δύο φάρμακα. Να είστε προσεκτικοί για αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και αυξημένες παρενέργειες.
6. Ενισχύστε τη δράση του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου με έναν ενισχυτικό παράγοντα: λίθιο (600-900 mg ημερησίως ή σε θεραπευτικά επίπεδα ορού 0,60-1,0 mmol/L) ή τριιωδοθυρονίνη (25-50 mg ημερησίως). Εναλλακτικά, προσθέστε ένα άτυπο αντιψυχωσικό (ολανζαπίνη 2,5-10 mg, ρισπεριδόνη 0,5-3 mg ή κουετιαπίνη 100-300 mg ημερησίως). Όταν σκεφτείτε να προχωρήσετε σε αυτό το βήμα, εξασφαλίστε ότι ο ασθενής ανέχεται καλά την τρέχουσα αντικαταθλιπτική αγωγή και είναι πρόθυμος να παίρνει πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή. Να είστε προσεκτικοί για πιθανές νέες παρενέργειες, ειδικά με το λίθιο και τα άτυπα αντιψυχωσικά.
7. Παραπέμπτε τον/την ασθενή σε ψυχίατρο ή υπηρεσία ψυχικής υγείας για την επαναξιολόγηση της διάγνωσης και του θεραπευτικού πλάνου (αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία, άλλες θεραπείες).



Δεν υπάρχει τεκμηρίωση για την υπεροχή κάποιας στρατηγικής έναντι των άλλων. Όταν υπάρχει έστω και μερική ανταπόκριση στη θεραπεία, οι περισσότεροι κλινικοί είτε θα αυξήσουν τη δόση είτε θα συνδυάσουν με άλλο αντικαταθλιπτικό, προκειμένου να μην χάσουν τα οφέλη από το πρώτο αντικαταθλιπτικό.

Συνήθως δεν είναι απαραίτητη μια καθαρή περίοδος κατά την εναλλαγή μεταξύ των διαφορετικών αντικαταθλιπτικών (εκτός από τους ΜΑΟΙ). Ως εκ τούτου, το δεύτερο αντικαταθλιπτικό μπορεί συνήθως να ξεκινά σε χαμηλή δόση και να συγκλίνει σταδιακά με το πρώτο αντικαταθλιπτικό, του οποίου η δόση μειώνεται παράλληλα (προσέγγιση Χ). Σε ασθενείς που είναι ευαίσθητοι στις παρενέργειες, κάνετε μείωση δόσης του πρώτου αντικαταθλιπτικού πριν από την έναρξη του δεύτερου (προσέγγιση Υ).

Αποφύγετε τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων:

- Η φλουοξετίνη και η παροξετίνη μπορεί να αναστείλουν σημαντικά το κυτόχρωμα P450 (CYP 450) ισοένζυμο 2D6 και μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα φαρμάκων που μεταβολίζονται κυρίως από αυτό το ισοένζυμο (προσοχή με τα TCA, τους β-αναστολείς, την κωδεΐνη).
- Η φλουβοξαμίνη μπορεί να αναστείλει το CYP 1A2 και μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα φαρμάκων που μεταβολίζονται κυρίως από αυτό το ισοένζυμο (προσοχή με στατίνες, βαρφαρίνη, κινιδίνη, φαινυτοΐνη, κυκλοσπορίνη, σιλδεναφίλη, βαρδεναφίλη, κλοζαπίνη, βουσπιρόνη, διαζεπάμη).
- Η ντουλοξετίνη μεταβολίζεται εκτενώς από το CYP 1A2, οπότε αποφεύγετε τη χορήγησή της με ισχυρούς αναστολείς του CYP 1A2 (όπως φλουβοξαμίνη και κινολόνες).
- Οι ΜΑΟΙ (και μοκλοβεμίδη) δεν πρέπει να συνδυάζονται με άλλα αντικαταθλιπτικά ή σεροτονινεργικούς παράγοντες, λόγω κινδύνου δυνητικών θανατηφόρων αλληλεπιδράσεων.

Βήμα 5γ: Θεραπεία συντήρησης

Ο στόχος της θεραπείας συντήρησης στην κατάθλιψη είναι η πρόληψη της υποτροπής και της επανεμφάνισης των συμπτωμάτων.

Εκτός από τους ασθενείς με ειδικούς παράγοντες κινδύνου, οι υπόλοιποι ασθενείς θα πρέπει να συνεχίσουν την αντικαταθλιπτική αγωγή για τουλάχιστον 4-6 μήνες μετά την επίτευξη ύφεσης.

Ασθενείς με παράγοντες κινδύνου, πρέπει να συνεχίσουν την αντικαταθλιπτική αγωγή για 2 τουλάχιστον χρόνια. Μερικοί ίσως χρειαστεί να τη συνεχίσουν δια βίου για προφύλαξη.

Παράγοντες κινδύνου που επιβάλουν μακρά θεραπεία συντήρησης για την πρόληψη νέων επεισοδίων, είναι οι εξής:

- Χρόνια κατάθλιψη
- Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη (≥ 3 επεισόδια ή 2 αλλά με σύντομη επανεμφάνιση νέου επεισοδίου)
- Πρώτο επεισόδιο σε μεγάλη ηλικία (> 60 ετών)
- Σοβαρό ή ανθεκτικό στη θεραπεία επεισόδιο
- Υπολειμματικά συμπτώματα
- Συνυπάρχουσα αγχώδη διαταραχή
- Κατάχρηση ουσιών.

Προκειμένου να γίνει διακοπή των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, μειώνονται οι δόσεις σταδιακά (π.χ. τουλάχιστον ανά εβδομάδα η κάθε μείωση της δόσης), όταν αυτό είναι δυνατόν. Συνιστάται προσοχή και παρακολούθηση των ασθενών με συμπτώματα απόσυρσης (τα οποία είναι συνήθως ήπια και παροδικά).



Τα **συμπτώματα απόσυρσης** περιλαμβάνουν:

- Γριπώδες σύνδρομο
- Αϋπνία
- Ναυτία
- Ζάλη-Αίσθημα αστάθειας
- Αίσθημα ανησυχίας
- Διαταραχές αισθητικότητας (υπεραισθησίες)

Τα συμπτώματα απόσυρσης είναι πιθανότερο να συμβούν κατά τη διακοπή της παροξετίνης και της βενλαφαξίνης και λιγότερο πιθανόν κατά τη διακοπή της φλουοξετίνης και της μοκλοβεμίδης.

Παράρτημα Α

Το ερωτηματολόγιο υγείας του ασθενή PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 συνιστά μια μορφή σύντομης αξιολόγησης (9 λημμάτων) της κατάθλιψης μέσω αυτό-αναφοράς του ασθενή, που αναπτύχθηκε ειδικά για χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το PHQ-9 έχει τεκμηριωμένη χρησιμότητα ως ένα εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποδεκτή αξιοπιστία, εγκυρότητα, ευαισθησία και εξειδίκευση. Τα 9 λήμματα του PHQ-9 από τα 9 σημεία και συμπτώματα του DSM για τη μείζονα κατάθλιψη.

Ωστόσο, οι ασθενείς δεν θα πρέπει να διαγιγνώσκονται αμιγώς μέσω της βαθμολόγησης των 9 λημμάτων του PHQ-9. Ο κλινικός οφείλει να ενισχύει τη διαγνωστική κρίση του και με άλλους κλινικούς δείκτες όταν του παρουσιάζεται ένα σημαντικής βαρύτητας καταθλιπτικό σύνδρομο. Εφόσον τεθεί μια πιθανή διάγνωση με το PHQ-9, σκεφτείτε τις επιπλέον κλινικές εκτιμήσεις που μπορεί να επηρεάσουν τις αποφάσεις για διαχείριση και θεραπεία. (Εργαλεία για τέτοιου είδους εκτιμήσεις παρέχονται παραπάνω σχετικά με τη διάγνωση της κατάθλιψης).

Πέραν της χρήσης του ως διαγνωστικού εργαλείου, το PHQ-9 μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης κατά την παρακολούθηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης.

Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 μέχρι 27. Υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές μεγαλύτερης βαρύτητας της κατάθλιψης.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (PHQ-9)

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα; (Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση)	Καθόλου	Μερικές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες	0	1	2	3
2. Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Είχατε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμόσαστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθατε κουρασμένος(η) ή είχατε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Είχατε μειωμένη όρεξη ή τρώγατε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθατε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας.	0	1	2	3
7. Είχατε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες δραστηριότητες, όπως όταν διαβάζατε εφημερίδα ή όταν παρακολουθούσατε τηλεόραση	0	1	2	3

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα; (Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση)	Καθόλου	Μερικές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
8. Κινιόσασταν ή μιλάγατε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι το παρατηρούσαν ή το αντίθετο, είσατε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(η), που κινιόσασταν πολύ περισσότερο από ότι συνήθως	0	1	2	3
9. Σκεπτόσασταν ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσασταν να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3
Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;	Καμία δυσκολία	Μικρή δυσκολία	Μεγάλη δυσκολία	Υπερβολική δυσκολία
	0	1	2	3
Συνολικός αριθμός συμπτωμάτων		Συνολική βαθμολογία		

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613

Χρησιμοποιώντας το PHQ-9 για τη διαγνωστική αξιολόγηση

Από τα 9 λήμματα της πρώτης ερώτησης, συμπεριλάβετε μόνο αυτά που έχουν συμπληρωθεί ως τουλάχιστον «**περισσότερες από τις μισές μέρες**» (βαθμός ≥ 2), **κατ' εξαίρεση συμπεριλάβετε στη μέτρηση το λήμμα της αυτοκτονικότητας (9), αν δεν είναι «καθόλου», δηλαδή βαθμός > 0 .**



Για τη διάγνωση μείζονος κατάθλιψης απαιτείται να καταμετρηθούν τουλάχιστον 5 συμπτώματα.

Για τη διάγνωση της κατάθλιψης, τουλάχιστον ένα από τα λήμματα 1 ή 2 πρέπει να έχει συμπληρωθεί ως «περισσότερες από τις μισές μέρες» (βαθμός ≥ 2). Επιπλέον, η τελευταία ερώτηση, που αφορά την έκπτωση της λειτουργικότητας, θα πρέπει να έχει απαντηθεί ως «**μικρή δυσκολία**» **τουλάχιστον** (βαθμός ≥ 1).

Συνεπώς για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης βάσει του PHQ-9 απαιτούνται:

- α) Βαθμός ≥ 2 σε ένα τουλάχιστον από τα λήμματα 1 ή 2
- β) Ύπαρξη τουλάχιστον 5 συμπτωμάτων (με βαθμό ≥ 2) συνολικά
- γ) Ύπαρξη τουλάχιστον μικρής δυσκολίας (βαθμός ≥ 1) στη λειτουργικότητα.

Χρησιμοποιώντας το PHQ-9 για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης

Από τα 9 πρώτα λήμματα της πρώτης ερώτησης, συμπεριλάβετε όλα τα λήμματα που έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον ως «**μερικές μέρες**». Αποδώστε 1 βαθμό σε κάθε λήμμα που έχει συμπληρωθεί ως «μερικές μέρες», 2 βαθμούς σε κάθε λήμμα που έχει συμπληρωθεί ως «περισσότερες από τις μισές μέρες» και 3 βαθμούς σε κάθε λήμμα που έχει συμπληρωθεί ως «σχεδόν κάθε μέρα» και μετά αθροίστε. Η συνολική βαθμολογία αποδίδει τη βαρύτητα της διαταραχής.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

PHQ-9 Συμπτώματα- Δυσλειτουργία	PHQ-9 Βαρύτητα	Πιθανή διάγνωση	Ενδεδειγμένη θεραπεία**
1 έως 4 συμπτώματα, έκπτωση λειτουργικότητας	<10	Ήπια ή ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης	- Συμβουλευτική υποστήριξη - Εκπαίδευση ώστε να ενημερώσει σε περίπτωση επιδείνωσης
2 έως 4 συμπτώματα, ερώτηση 1 ή 2 θετική, έκπτωση λειτουργικότητας	10-14	Μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης (Ελάσσονα κατάθλιψη)*	- Προσεκτική παρακολούθηση - Συμβουλευτική υποστήριξη - Αν δεν υπάρχει βελτίωση μετά από 1 ή περισσότερους μήνες, σκεφτείτε τη χρήση αντικαταθλιπτικών ή παραπομπή για ψυχοθεραπεία
≥ 5 συμπτώματα, ερώτηση 1 ή 2 θετική, έκπτωση λειτουργικότητας	15-19	Μέτριας βαρύτητας Μείζων Κατάθλιψη	- Κατά την προτίμηση του ασθενή, αντικαταθλιπτική αγωγή ή/και ψυχοθεραπεία
≥ 5 συμπτώματα, ερώτηση 1 ή 2 θετική, έκπτωση λειτουργικότητας	≥ 20	Βαριά Μείζων Κατάθλιψη	- Αμιγώς αντικαταθλιπτική αγωγή ή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία

*Αν τα συμπτώματα είναι παρόντα για περισσότερο από >2 χρόνια, ή υπάρχει χρόνια κατάθλιψη, ή η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι σοβαρή, η αυτόματη ύφεση μετά από προσεκτική παρακολούθηση δεν είναι πιθανή και γι' αυτό η άμεση θεραπεία ενδείκνυται και για τα μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα (ελάσσονα κατάθλιψη).

**Παραπομπή σε κλινικό ψυχικής υγείας, εφόσον ο/η ασθενής έχει υψηλό βαθμό αυτοκτονικής επικινδυνότητας, ή ανεπαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία, ή περίπλοκες ψυχοκοινωνικές ανάγκες ή και άλλες ενεργές ψυχικές διαταραχές.

Χρησιμοποιώντας το PHQ-9 για τη αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία

Αρχική ανταπόκριση μετά από 4 εβδομάδες χορήγησης κατάλληλης δόσης αντικαταθλιπτικού

Βαθμολογία στο PHQ-9	Θεραπευτική ανταπόκριση	Θεραπευτικό σχέδιο
Μείωση 5 βαθμών και άνω από την αρχική εκτίμηση	Επαρκής	Δεν χρειάζεται αλλαγή θεραπείας. Αναμνηστική συνεδρία σε 4 εβδομάδες
Μείωση 2-4 βαθμών από την αρχική εκτίμηση	Πιθανόν ανεπαρκής	Πιθανόν χρειάζεται αύξηση της δόσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής
Μείωση 1 βαθμού ή χωρίς αλλαγή ή αύξηση από την αρχική εκτίμηση	Ανεπαρκής	Αύξηση της δόσης, αλλαγή φαρμάκου, ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής δράσης, ή παραπομπή σε ψυχίατρο

Ο στόχος της θεραπείας της οξείας φάσης είναι η **ύφεση** των συμπτωμάτων, ώστε οι ασθενείς να έχουν μείωση της συνολικής βαθμολογίας τους στο ερωτηματολόγιο PHQ-9 σε **επίπεδο <5**.

Οι ασθενείς που πετυχαίνουν αυτό το στόχο, εισάγονται στη θεραπεία συντήρησης.

Οι ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν αυτό το στόχο, παραμένουν στη θεραπεία οξείας φάσης και χρειάζονται κάποια αλλαγή στη θεραπεία (αύξηση δόσης, αλλαγή φαρμάκου, προσθήκη ενισχυτικού).

Οι ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν την ύφεση μετά από δύο επαρκείς προσπάθειες με αντικαταθλιπτική αγωγή ή μετά από 20 εβδομάδες, πρέπει να συμβουλευτούν ψυχίατρο.

Παράρτημα Β

Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης του άγχους GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder -7)

Το ερωτηματολόγιο GAD-7 συνιστά μια μορφή σύντομης αξιολόγησης (7 λημμάτων) του καθημερινού επιπέδου άγχους μέσω αυτο-αναφοράς του ασθενή, που αναπτύχθηκε ειδικά για χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρότι είχε αρχικά σχεδιαστεί για την αναγνώριση και την εκτίμηση βαρύτητας ειδικά της διαταραχής γενικευμένου άγχους, έχει βρεθεί ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί αναλόγως και για τρεις ακόμα συχνές αγχώδεις διαταραχές, τη διαταραχή πανικού, τη διαταραχή κοινωνικού άγχους και τη μετατραυματική διαταραχή στρες.

Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 μέχρι 21. Υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές μεγαλύτερης βαρύτητας άγχους. Οι συνολικές βαθμολογίες 5, 10 και 15 είναι τα όρια για την αναγνώριση του ήπιου, μέτριας βαρύτητας και σοβαρού άγχους, αντιστοίχως.

Βαθμολογία από 10 και πάνω είναι ενδεικτική κλινικά σημαντικού άγχους, που χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης και περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ GAD-7				
Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα; (Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση)	Καθόλου	Μερικές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Νιώσατε νευρικός(η), αγχωμένος(η) ή σε υπερένταση	0	1	2	3
2. Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	0	1	2	3
3. Ανησυχούσατε υπερβολικά για διάφορα πράγματα	0	1	2	3
4. Δυσκολευόσασταν να χαλαρώσετε	0	1	2	3
5. Είχατε τόσο μεγάλη ανησυχία που δεν μπορούσατε να καθίσετε ακίνητος(η)	0	1	2	3
6. Νιώθατε εύκολα ενόχληση ή εκνευρισμό	0	1	2	3
7. Φοβόσασταν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί	0	1	2	3
Συνολική βαθμολογία				

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 Arch Intern Med 2006;166:1092-1097

Παράρτημα Γ

Σχέδιο δράσης για την αυτο-βοήθεια στην κατάθλιψη

ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ!

1. Παραμείνετε σωματικά ενεργός/ή

Διασφαλίστε ότι αφιερώνετε χρόνο για να πραγματοποιείτε τις βασικές σωματικές σας ανάγκες, για παράδειγμα να περπατάτε για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κάθε μέρα.

Στη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας κάθε μέρα θα αφιερώνω τουλάχιστον λεπτά (κάντε το εύκολο, ρεαλιστικό), ώστε να κάνω

2. Αφιερώστε χρόνο σε ευχάριστες δραστηριότητες

Παρόλο που δεν νιώθετε επαρκώς κινητοποιημένοι ή ότι λαμβάνετε τον ίδιο βαθμό ευχαρίστησης όπως συνηθίζατε, δεσμευτείτε να κάνετε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα κάθε μέρα – για παράδειγμα, ασχοληθείτε με κάποιο χόμπι, ακούστε μουσική ή δείτε κάποια ταινία.

Στη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας κάθε μέρα θα αφιερώνω τουλάχιστον λεπτά (κάντε το εύκολο, ρεαλιστικό), ώστε να κάνω



3. Αφιερώστε χρόνο σε ανθρώπους που μπορούν να σας στηρίξουν

Είναι εύκολο να αποφεύγετε τις επαφές με ανθρώπους όταν είστε σε κατάθλιψη, αλλά χρειάζεστε την υποστήριξη φίλων και αγαπημένων προσώπων. Εξηγήστε τους πως νιώθετε, αν μπορείτε. Αν δεν μπορείτε να το συζητήσετε, δεν πειράζει – απλά ζητήστε τους να είναι δίπλα σας, ίσως συντροφεύοντάς σας σε κάποια από τις δραστηριότητές σας.

Στη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας κάθε μέρα θα έρθω σε επαφή για τουλάχιστον ... λεπτά (κάντε το εύκολο, ρεαλιστικό) με(όνομα) ώστε να κάνω/συζητάω για.....
.....(όνομα) ώστε να κάνω/συζητάω για.....
.....(όνομα) ώστε να κάνω/συζητάω για.....

4. Εξασκηθείτε στη χαλάρωση

Για πολλούς ανθρώπους, οι αλλαγές που επέρχονται με την κατάθλιψη – το να μην μπορείτε να κάνετε τις συνήθειες δραστηριότητες και υποχρεώσεις σας, να νιώθετε αυξανόμενη δυστυχία και αβοηθητότητα – οδηγούν σε ανησυχία. Εφόσον η σωματική χαλάρωση μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχική χαλάρωση, το να εξασκηθείτε στη χαλάρωση είναι ένας άλλος τρόπος να βοηθήσετε τον εαυτό σας. Δοκιμάστε βαθιές αναπνοές ή ένα ζεστό μπάνιο ή απλά βρείτε ένα ήσυχο, άνετο και ήρεμο μέρος και μιλήστε στον εαυτό σας με ανακουφιστικά λόγια (όπως «δεν πειράζει»).

Στη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας κάθε μέρα θα εξασκηθώ στη σωματική χαλάρωση τουλάχιστον..... φορές, για τουλάχιστον..... λεπτά κάθε φορά (κάντε το εύκολο, ρεαλιστικό).

5. Μικροί στόχοι και μικρά βήματα

Είναι εύκολο να νιώθετε καταβεβλημένοι όταν είστε καταθλιπτικοί. Κάποια προβλήματα και κάποιες αποφάσεις μπορούν να αναβληθούν αλλά κάποια άλλα όχι. Μπορεί να είναι δύσκολο να τα διαχειριστείτε όταν νιώθετε θλιμμένοι, χωρίς ιδιαίτερη ενέργεια και όταν δεν σκέφτεστε καθαρά. Προσπαθήστε να κατανέμετε τα πράγματα σε μικρά βήματα. Δώστε στον εαυτό σας εύσημα για κάθε βήμα που κατακτάτε.

Το πρόβλημα είναι ότι

Ο στόχος μου είναι

Βήμα 1:

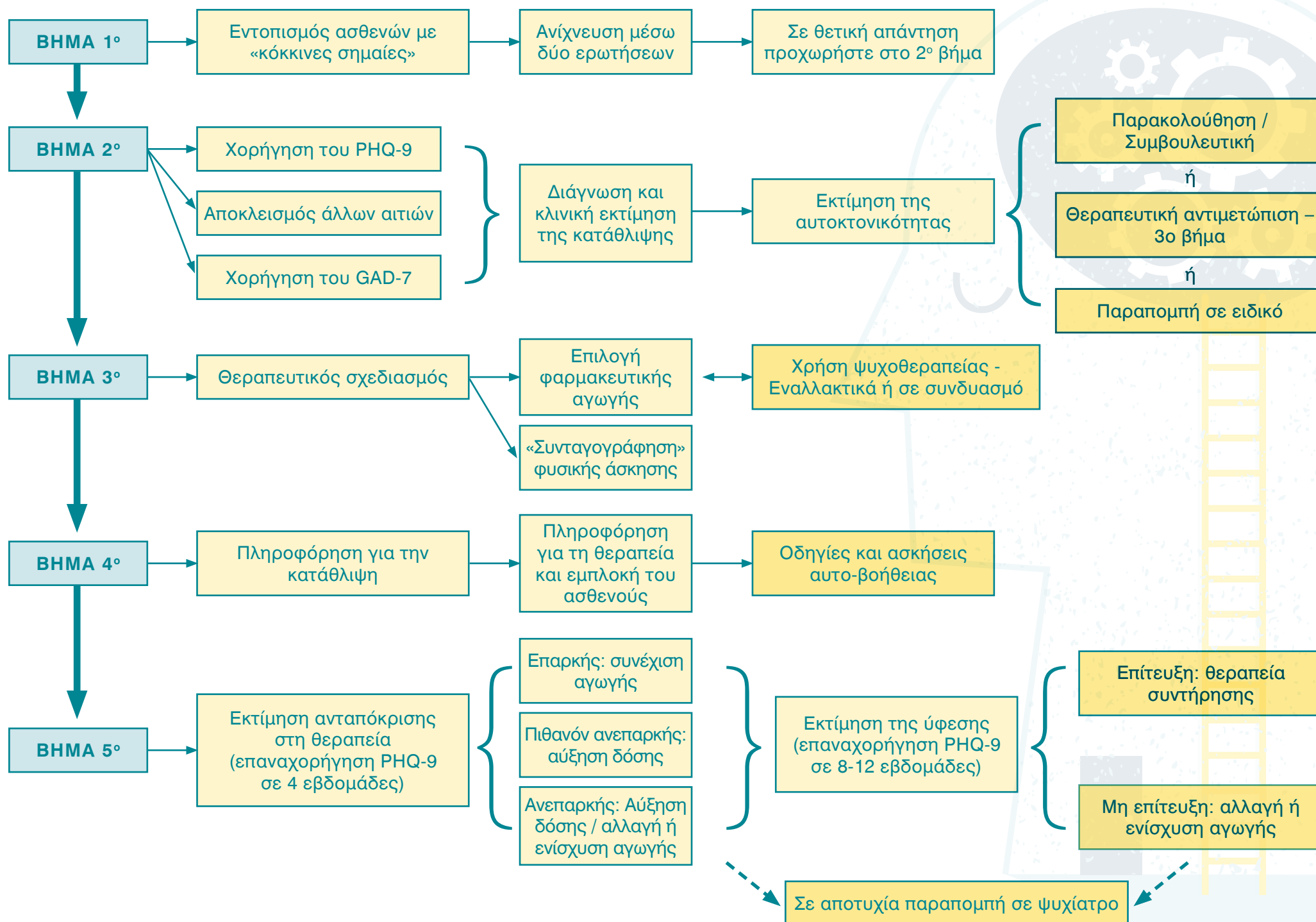
Βήμα 2:

Βήμα 3:

Πόσο πιθανό είναι να ολοκληρώσετε τις παραπάνω δραστηριότητες πριν την επόμενη σας επίσκεψη;

Όχι πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Πολύ πιθανό
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.





Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2013.

Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ 2003; 327: 1144-1146.

Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. Am J Psychiatry 2000; 157: 1925-1932.

Economou M, Madianos M, Peppou L, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. World Psychiatry 2013; 12: 53-59.

Economou M, Madianos M, Peppou L, Patelakis A, Stefanis C. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. J Affect Dis 2013; 145: 308-314.

Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. BMJ 1999; 318: 436-439.

Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou G. Suicide in Greece: 2001-2011. Psychiatriki 2013; 24: 170-174.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-613.

Κωνσταντακόπουλος Γ, Σοφianoπούλου Ε, Τουλούμη Γ, Πλουμπίδης Δ. Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους. Ψυχιατρική 2013; 24: 288-297.

Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. Br J Gen Pract 2007; 57: 144-151.

Shah A. The burden of psychiatric disorder in primary care. Int Rev Psychiatry 1992; 4: 243-250.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166: 1092-1097.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12: 439-445.

World Health Organization. The Global Burden of disease: 2004 update. WHO, Geneva 2008.

Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STARD. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26: 421-429.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΧΟΡΗΓΟΣ



Mylan

Seeing
is believing