

## 5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

### Διάγνωση και διαγνωστικά εργαλεία

#### *Αναγνώριση – Ανίχνευση της κατάθλιψης σε ομάδες υψηλού κινδύνου*

**Σύσταση 1:** Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η χρήση δύο σύντομων ερωτήσεων διαλογής για την αναγνώριση- ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα υψηλού κινδύνου (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικού νοσήματος, χρόνια πρόβλημα υγείας, πρόσφατη απώλεια, κατάχρηση ουσιών, μειονότητες, οικονομικά αδύναμοι κ.τ.λ.).

#### **Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II**

#### **Βαθμός Σύστασης: A**

Η αποτελεσματική διαχείριση της κατάθλιψης προϋποθέτει την ακριβή αναγνώριση-ανίχνευση της νόσου σε επίπεδο Π.Φ.Υ. Πολλοί ασθενείς με διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν παρουσιάζονται αρχικά αιτιώμενοι καταθλιπτική διάθεση και οι γιατροί της Π.Φ.Υ. πρέπει να υποπτευθούν τις καταθλιπτικές διαταραχές στηριζόμενοι σε ένα σύνολο κοινών συμπτωμάτων και παραγόντων κινδύνου. Άτομα με παράγοντες κινδύνου κυρίως (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικού νοσήματος, χρόνια πρόβλημα υγείας, πρόσφατη απώλεια, κατάχρηση ουσιών, μειονότητες, οικονομικά αδύναμοι κ.τ.λ.), καθώς και με μη ειδικά συμπτώματα (πολλαπλά ανεξήγητα συμπτώματα, πολλαπλές-περισσότερες από πέντε το χρόνο-ιατρικές επισκέψεις, χρόνια κόπωση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διαταραχές ύπνου, μνήμης ή άλλες γνωσιακές διαταραχές, δυσλειτουργία στην εργασία, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, μεταβολές του βάρους τους) ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αναλυτικότερα, το ιστορικό ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου συσχετίζεται με 50% πιθανότητα επανεμφάνισης του επεισοδίου, δύο επεισόδια συσχετίζονται με 70% πιθανότητα και τέλος τρία ή και περισσότερα με 90% πιθανότητα επανεμφάνισης κατάθλιψης<sup>35</sup>.

Η πλειοψηφία των υπαρχουσών Κ.Ο.<sup>26-28,30</sup> συστήνει το στοχευμένο έλεγχο σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αν και τα επιστημονικά δεδομένα είναι ακόμη ανεπαρκή. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν ΤΕΚΔ που να ελέγχουν αν ο προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο βελτιώνει τις εκβάσεις της νόσου<sup>36</sup>, εκτός αν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, οδηγίες που προέρχονται από διεθνείς οργανισμούς<sup>37,38</sup>, καθώς και Κ.Ο. από διεθνή και ευρωπαϊκά δίκτυα<sup>39,40</sup> συστήνουν την ανίχνευση της κατάθλιψης ως μέρος της βασικής υποστηρικτικής, καθώς και παρηγορικής θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο. Σύμφωνα με αναφορά, που προέρχεται από το



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Ηνωμένο Βασίλειο, συστήνεται η ανίχνευση-προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή διαβήτη ως μέρος του ετήσιου ελέγχου τους. Επίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι ο στοχευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου αυξάνει τα ποσοστά ανίχνευσης των συνήθων ψυχικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ.<sup>41</sup>, καθώς και την πιθανότητα παρέμβασης από τους γενικούς ιατρούς<sup>42-44</sup>. Δεν έχει, ωστόσο, τεκμηριωθεί επαρκώς κατά πόσο η ανίχνευση της νόσου επιτυγχάνει στατιστικώς σημαντική βελτίωση στη συνολική κλινική έκβαση.

Η κόπωση είναι το έβδομο πιο συχνό σύμπτωμα στην Π.Φ.Υ. και το 24% όλων των ασθενών που προσέρχονται σε πρωτοβάθμια κέντρα υποστηρίζουν ότι η κόπωση είναι ένα μείζον πρόβλημα υγείας<sup>45</sup>. Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο 39% των ασθενών που προσέρχονται αιτιώμενοι χρόνια κόπωση<sup>46</sup>. Αν και οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα, ο έλεγχος για θυρεοειδοπάθεια σε όλους τους ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν είναι απαραίτητος, καθώς ο επιπολασμός των παθήσεων του θυρεοειδούς στους ασθενείς με κατάθλιψη είναι ο ίδιος με αυτόν του γενικού πληθυσμού<sup>47,48</sup>. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου με την κατάθλιψη και διαπιστώθηκε ότι η θεραπεία της υποκείμενης ψυχικής διαταραχής συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του συνδρόμου<sup>49</sup>. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με σοβαρού βαθμού παχυσαρκία (Δείκτης Μάζας Σώματος >40) συχνά πάσχουν από κατάθλιψη<sup>50</sup>. Επίσης, η κατάχρηση οινόπνευματος και ουσιών γενικότερα μπορεί να μιμηθεί καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και να συνυπάρχει με κατάθλιψη<sup>51</sup> και έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της επισφαλούς χρήσης οινόπνευματος με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας<sup>52</sup>. Αναλυτικές οδηγίες αναφορικά με την κατάχρηση οινόπνευματος αποτελούν αντικείμενο άλλης Κ.Ο.

Η ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τη χρήση σύντομων (2 προφορικών ερωτήσεων) εργαλείων διαλογής έχει εφαρμοστεί στην Π.Φ.Υ. με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας, αλλά σχετικά χαμηλή ειδικότητα. Οι δύο ερωτήσεις αναφέρονται στην καταθλιπτική διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Η πλειοψηφία των Κ.Ο. συστήνουν τη χρήση δύο προφορικών ερωτήσεων, όπως είναι οι ερωτήσεις του Whooley ή το Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2), για την αναγνώριση-ανίχνευση της κατάθλιψης στους ενήλικες<sup>26-28,30</sup>. Το 1994 οι Spitzer και συν. δημιούργησαν ένα διαγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση διαφόρων ψυχικών διαταραχών το Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)<sup>53</sup> και από αυτό προέκυψαν τρία βασικά εργαλεία: το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)<sup>54</sup>, το Patient Health Questionnaire-2



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

(PHQ-2)<sup>55</sup>, καθώς και οι ερωτήσεις του Whooley ('Whooley questions')<sup>56</sup>. Το PHQ-2 και οι ερωτήσεις του Whooley, αν και χρησιμοποιούν τα ίδια στοιχεία (τις πρώτες δύο ερωτήσεις του PHQ-9), διαφέρουν, ωστόσο, στην ποιότητα των χρησιμοποιούμενων μεταβλητών. Το μεν PHQ-2 ακολουθεί την ίδια με το PHQ-9 μορφή, όπου κάθε ερώτηση μπορεί να απαντηθεί με μία διαβαθμισμένη κλίμακα, που παίρνει τιμές από 0 έως 3 (0-καθόλου, 1-μερικές ημέρες, 2-περισσότερες από τις μισές, 3-σχεδόν κάθε μέρα), οι δε ερωτήσεις του Whooley έχουν τη μορφή μίας δίτιμης ποιοτικής μεταβλητής (ναι/όχι) και συνεπώς το κατώφλι για την ανίχνευση είναι το 1 συγκριτικά με το 3 στο PHQ-2. Σύμφωνα με μετα-ανάλυση<sup>57</sup> η χρήση σύντομων εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με τον αποκλεισμό της διάγνωσης, στην περίπτωση, όμως, της θετικής δοκιμασίας απαιτείται εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου<sup>58</sup>. Επίσης, σύμφωνα με άλλη συστηματική ανασκόπηση<sup>59</sup> προκύπτει ότι προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελούμενα από δύο στάδια μάλλον είναι περισσότερο αποδοτικά, αν και απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες, που να συμπεριλαμβάνουν και ανάλυση κόστους-αποτελέσματος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί το συμπέρασμα.

Κατά τη χορήγηση του PHQ-2 στο γενικό πληθυσμό βρέθηκαν υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας<sup>60</sup>. Το PHQ-2 έχει επίσης χρησιμοποιηθεί και σε μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών<sup>61</sup> με πολύ καλά αποτελέσματα, καθώς και σε ασθενείς με καρκίνο. Ειδικότερα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο<sup>62</sup>, διαπιστώθηκε ότι η χρήση των δύο ερωτήσεων είναι μία εκ των δύο περισσότερο ενδεδειγμένων μεθόδων ανίχνευσης της κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Επιπρόσθετα το PHQ-2 έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα<sup>63</sup> και σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο<sup>64</sup>, και σε όλες τις περιπτώσεις τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας προσέγγιζαν ή και ξεπερνούσαν αυτά του γενικού πληθυσμού<sup>55</sup>.

Συνεπώς, τα πρόσφατα δεδομένα συντείνουν στη χρήση του PHQ-2 έναντι της μεθόδου των δύο ερωτήσεων με διχοτομική απάντηση. Ο συνδυασμός της διαβαθμισμένης συχνότητας των συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διάθεσης και της ανηδονίας με τον ταυτόχρονο περιορισμό της διάρκειας των συμπτωμάτων σε δύο εβδομάδες μειώνουν το ποσοστό των ψευδώς θετικών περιπτώσεων ανίχνευσης της νόσου. Οι δύο ερωτήσεις του PHQ-2 είναι: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων έχετε νιώσει:



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

1. πεσμένος, καταθλιπτικό συναίσθημα ή απελπισία;
2. ανηδονία (ελαττωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση κάνοντας τις δραστηριότητές σας);

### *Εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου*

**Σύσταση 2:** Για άτομα με υποψία κατάθλιψης συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η χρήση εργαλείων διαλογής, όπως του Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) σε συνδυασμό με εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, που να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου.

#### **Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I**

#### **Βαθμός Σύστασης: A**

Υπάρχουσες οδηγίες τόσο από τις Ηνωμένες Πολιτείες<sup>65</sup> όσο και από το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>26,39</sup> που συστήνουν τη χρήση εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για την ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση<sup>59</sup> προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελούμενα από δύο στάδια μάλλον είναι περισσότερο αποδοτικά, αν και απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες, που να συμπεριλαμβάνουν και ανάλυση κόστους-αποτελέσματος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί το συμπέρασμα. Η πλειοψηφία των υπάρχουσών Κ.Ο.<sup>26,28,30</sup> συστήνουν αυτή τη στρατηγική. Στο πρώτο στάδιο χρησιμοποιείται ένα ευαίσθητο εργαλείο, όπως π.χ. δύο προφορικές ερωτήσεις ή το PHQ-2. Εάν το άτομο που εξετάζεται, απαντήσει θετικά σε οποιαδήποτε από τις δύο ανιχνευτικές ερωτήσεις, τότε ο κατάλληλα εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας οφείλει να χορηγήσει ένα πιο αναλυτικό εργαλείο, όπως το PHQ-9, στο πλαίσιο μίας εμπειριστατωμένης κλινικής εκτίμησης του περιστατικού<sup>67</sup>.

Για άτομα με υποψία κατάθλιψης συστήνεται η χρήση εργαλείων διαλογής σε συνδυασμό πάντοτε με εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, που να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου. Ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης είναι το PHQ-9, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια ενός διαγνωστικού αλγόριθμου, ώστε να προκύψει μία πιθανή διάγνωση ή ως εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου, αλλά και ως εργαλείο παρακολούθησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.<sup>67,68</sup>. Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 αποτελείται από 9 ερωτήσεις και η καθεμία βαθμολογείται από 0



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

έως 3, επομένως η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 27 με τιμές (κατώφλι) 5, 10, 15, 20 που αντιστοιχούν σε ήπια, μέτρια, μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη<sup>67</sup>.

Συμπεράσματα από μετα-ανάλυση<sup>69</sup> υποστηρίζουν την ιδιαίτερη προσοχή που πρέπει να δίνεται, όταν χρησιμοποιείται ένα όριο-κατώφλι, καθώς πρέπει να ληφθούν υπόψη τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το πλαίσιο-πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο- στο οποίο γίνεται ο έλεγχος, καθώς και η αποδοτικότητα των προγραμμάτων διαλογής στις εκβάσεις. Το ίδιο όριο-κατώφλι ίσως δεν είναι κατάλληλο σε όλες τις περιπτώσεις<sup>69</sup>. Από μελέτες έχει προκύψει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διαγνωστική ακρίβεια του PHQ-9 για τιμές μεταξύ του 8 και 11. Η ειδικότητα του PHQ-9 κυμαίνεται από 0,73 (95% CI 0,63–0,82) για τιμή 7 και 0,96 (95% CI 0,94–0,97) αντίστοιχα για τιμή 15. Βαθμολογία ίση με 11 PHQ-9 έχει την καλύτερη σχέση μεταξύ ευαισθησίας και ειδικότητας<sup>69</sup>.

Το PHQ-9 έχει χρησιμοποιηθεί τόσο από γιατρούς της Π.Φ.Υ. όσο και από ειδικούς σε θέματα ψυχικής υγείας<sup>70,71</sup>. Αναλυτικότερα το PHQ-9 έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές κλινικές μελέτες σε διάφορες παθήσεις, όπως σε νευρολογικές διαταραχές<sup>72</sup>, καρδιαγγειακά νοσήματα<sup>73-75</sup>, σακχαρώδη διαβήτη<sup>76</sup>, χρόνια νεφρική νόσο<sup>77</sup>, καρκίνο<sup>78,79</sup>, ρευματολογικά νοσήματα<sup>80</sup>, γαστρεντερολογικά νοσήματα<sup>81</sup>, γυναικολογικά-μαιευτικά περιστατικά<sup>82,83</sup>, καθώς επίσης και σε διάφορα χρόνια προβλήματα υγείας<sup>84,85</sup>. Μεταφράσεις του PHQ υπάρχουν σε περισσότερες από 60 γλώσσες, γεγονός που διευκολύνει τη χρήση του στη μελέτη των ψυχικών διαταραχών, καθώς και στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων σε παγκόσμιο επίπεδο. Περισσότερα στοιχεία σχετικά με το εργαλείο μπορούν να αναζητηθούν στη συγκεκριμένη ιστοσελίδα <http://www.phqscreeners.com>. Το PHQ-9 μπορεί να χορηγηθεί προφορικά, στα πλαίσια της κλινικής συνέντευξης, αλλά και τηλεφωνικά<sup>86</sup>. Ηλικιωμένοι ασθενείς με ήπια γνωσιακή δυσλειτουργία μπορούν να απαντήσουν με αξιοπιστία στις ερωτήσεις του PHQ-9<sup>80</sup>. Τυχόν πολιτισμικές ιδιαιτερότητες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εφαρμογή του<sup>30</sup>.

Τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου δεν επαρκούν από μόνα τους για τη διάγνωση της κατάθλιψης, αλλά υποδεικνύουν την ανάγκη μιας πιο εμπειριστατωμένης κλινικής εκτίμησης, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου<sup>58</sup>. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μετα-ανάλυση<sup>87</sup> η βελτίωση της ικανότητας των γενικών ιατρών να διαγιγνώσκουν την κατάθλιψη μπορεί να επιτευχθεί με επανεκτίμηση των περιστατικών με υποψία κατάθλιψης.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΜΕΣΤΕΡΕΒΛΩΜΙΣΗ



[www.espa.gr](http://www.espa.gr)

Εφόσον το αποτέλεσμα της διαδικασίας διαλογής αποβεί θετικό, ο γιατρός οφείλει να κάνει μία εμπειρισταωμένη εκτίμηση, που να περιλαμβάνει: το ιστορικό της παρούσας νόσου και συνοδά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων μανίας ή και ψύχωσης, καθώς και το ψυχιατρικό ιστορικό του ατόμου με στοιχεία που αφορούν την τωρινή αγωγή του, ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία, προηγούμενες νοσηλείες ή απόπειρες αυτοκτονίας, όπως και συνύπαρξη άλλων ψυχιατρικών ασθενειών<sup>25</sup>. Ο γιατρός της Π.Φ.Υ. πρέπει να εξετάσει τη φαρμακευτική αγωγή, που λαμβάνει το άτομο, καθώς και ασθένειες που πιθανό να προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης. Ειδικές εξετάσεις, όπως π.χ. έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας, πρέπει να γίνονται μόνο, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις<sup>88</sup>.

Διάφορα φάρμακα έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως: η ιντερφερόνη, η αλφα-μεθυλντόπα, τα στεροειδή, η ισοτρετινοΐνη, η βαρενικλίνη, καθώς και οι ορμονικές θεραπείες. Η κατάχρηση αλκοόλης, καθώς και τα υπνωτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης και η συνύπαρξή τους με την κατάθλιψη είναι συχνή<sup>51</sup>. Επιπρόσθετα, η διακοπή ορισμένων ουσιών, όπως η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, τα αγχολυτικά μπορούν να προκαλέσουν σύνδρομο που μιμείται κατάθλιψη. Στο πλαίσιο της αρχικής κλινικής εκτίμησης απαιτείται διαφορική διάγνωση της διαταραχής του συναισθήματος, που μπορεί να οφείλεται σε άλλο πρόβλημα υγείας. Ορισμένα νοσήματα συσχετίζονται με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, όπως νευρολογικά νοσήματα (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, άνοια, νόσος Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση), διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος, μεταβολικά νοσήματα (π.χ. υπερκαλιαιμία), κακοήθειες, καθώς και λοιμώδη νοσήματα<sup>89,90</sup>.

Μία διεξοδική κλινική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει και πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, προκειμένου να εκτιμηθεί η επίδραση της κατάστασης του ατόμου στη λειτουργία της οικογένειας<sup>91,92</sup>. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε τυχόν πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Σε ορισμένες κουλτούρες, η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα, όταν εμφανίζονται συμπτώματα ψύχωσης, διαταραχές μετατροπής ή και σοβαρή φυσική ασθένεια<sup>93</sup>.

### *Ταξινόμηση της Κατάθλιψης*

**Σύσταση 3:** Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ταξινόμηση της νόσου σε ήπια, μέτρια, σοβαρή να





Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

στηρίζεται όχι μόνο στα συμπτώματα, αλλά και στην έκπτωση της λειτουργικότητας και στη διάρκεια του επεισοδίου.

#### **Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV**

#### **Βαθμός Σύστασης: A**

Τα διαγνωστικά κριτήρια και οι μέθοδοι ταξινόμησης των καταθλιπτικών διαταραχών έχουν αλλάξει κατά τη διάρκεια των ετών. Δύο είναι τα διεθνώς αποδεκτά διαγνωστικά συστήματα που έχουν σε γενικές γραμμές παρόμοια διαγνωστικά χαρακτηριστικά για την κλινικώς σημαντική-σοβαρή κατάθλιψη. Σύμφωνα με το DSM-IV<sup>32</sup> ή και V<sup>34</sup> η κλινικά σοβαρή κατάθλιψη ορίζεται ως Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, ενώ σύμφωνα με το ICD-10<sup>33</sup> ορίζεται ως καταθλιπτικό επεισόδιο. Ωστόσο υπάρχουν και διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων, κυρίως όσον αφορά το κατώφλι των συμπτωμάτων που απαιτούνται για τη διάγνωση της νόσου. Σύμφωνα με το DSM-IV απαιτούνται τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα (στα οποία πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνεται ένα από τα εξής δύο συμπτώματα-κλειδιά: καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία. Κατά το ICD-10 απαιτούνται τέσσερα από τα δέκα συμπτώματα (τουλάχιστο δύο από τα εξής τρία: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, ελαττωμένη ενέργεια, και τουλάχιστο δύο επιπλέον από τα υπόλοιπα επτά). Αναλυτικά το σύνολο των συμπτωμάτων αναφέρεται στον ορισμό του νοσήματος. Η συμπτωματολογία πρέπει να επιμένει για τουλάχιστο δύο εβδομάδες σύμφωνα και με τα δύο διαγνωστικά συστήματα (με τη διαφορά ότι στο ICD-10 η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να είναι και μικρότερη, αν αυτά έχουν αιφνίδια έναρξη ή ασυνήθιστα σοβαρή κλινική εικόνα). Επιπλέον, και στα δύο συστήματα τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, που επιδεινώνεται με τη σοβαρότητα του επεισοδίου. Η λειτουργικότητα αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ακαδημαϊκή ή εργασιακή απόδοση, καθώς και τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Η σταδιοποίηση της βαρύτητας της κατάθλιψης περιγράφεται στο κεφάλαιο του ορισμού.

Η πλειοψηφία των υπαρχουσών Κ.Ο. χρησιμοποιεί το σύστημα DSM-IV για τη διάγνωση και την ταξινόμηση της κατάθλιψης<sup>25,26,28,30</sup>.

### **Παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη)**

#### ***Ψυχοθεραπευτικές Μέθοδοι***

**Σύσταση 4:** Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί, οι Ιατροί άλλων ειδικοτήτων καθώς και οι επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να παρέχουν, εφόσον είναι



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ψυχολογικές θεραπείες (συμπεριφορική ενεργοποίηση, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική θεραπεία, θεραπεία επίλυσης προβλημάτων) πριν ή/ και παράλληλα με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ή να παραπέμπουν σε ειδικό θεραπευτή ή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε αντίθετη περίπτωση.

### Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

### Βαθμός Σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί συνδυσμό οδηγιών από υπάρχουσες Κ.Ο.<sup>25,30</sup> και ταυτόχρονα προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στο πάνελ. Οι ψυχολογικές θεραπείες συστήνονται από τις υπάρχουσες Κ.Ο. ως αρχική θεραπευτική επιλογή είτε ως μονοθεραπεία, κυρίως σε ηπιότερες μορφές της νόσου<sup>26-29</sup>, είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή<sup>25,30</sup>, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της κατάθλιψης. Οι ψυχολογικές θεραπείες θα πρέπει να παρέχονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας<sup>94</sup>. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοθεραπευτή, όπως είναι οι ικανότητες και η εμπειρία του, καθώς και με παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως φύση και διάρκεια των συμπτωμάτων, στάσεις και αντιλήψεις του ατόμου, προηγούμενη ανταπόκριση σε ψυχοθεραπευτική μέθοδο<sup>25</sup>.

Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις<sup>95,96</sup> η συμπεριφορική ενεργοποίηση είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, τόσο σε ενήλικες όσο και σε ηλικιωμένους συγκριτικά με τη συνήθη φροντίδα και εξίσου αποτελεσματική με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ).

Επιστημονική τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ΓΣΘ είναι περισσότερο αποτελεσματική συγκριτικά με τη συνήθη θεραπεία και τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με άλλες ψυχολογικές θεραπείες, όπως η ψυχοδυναμική ή η διαπροσωπική θεραπεία<sup>97-100</sup>. Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ με τη φαρμακοθεραπεία καταλήγει σε αντιφατικά αποτελέσματα<sup>101,102</sup> και σύμφωνα με μετα-ανάλυση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα μεταξύ φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας<sup>103</sup>.

Η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης ασθενών με ΜΚΔ, όπως προκύπτει από συστηματικές ανασκοπήσεις<sup>104,105</sup>. Σύμφωνα με άλλη συστηματική ανασκόπηση<sup>106</sup> η διαπροσωπική θεραπεία έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα στα συμπτώματα της κατάθλιψης σε σχέση με τη ΓΣΘ, αλλά και τη φαρμακοθεραπεία. Ωστόσο, η ΓΣΘ φάνηκε να υπερέχει στη μείωση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη συγκριτικά με τη διαπροσωπική<sup>107</sup>.





Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι αποτελεσματική κυρίως στην πρόληψη της κατάθλιψης των ηλικιωμένων<sup>108</sup>, καθώς έχει εφαρμοστεί σε αυτήν ηλικιακή ομάδα στην Π.Φ.Υ.<sup>109,110</sup>, σε ασθενείς με συννοσηρότητα<sup>111</sup> και κυρίως σε ήπιες μορφές κατάθλιψης. Σύμφωνα με αποτέλεσμα μετα-ανάλυσης<sup>112</sup>, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων βρέθηκε να είναι περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης συγκριτικά με παρεμβάσεις ελέγχου, αν και μεταξύ των μελετών υπήρχε μεγάλη ετερογένεια.

Συμπερασματικά, αναφορικά με την υπεροχή της μίας έναντι της άλλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση<sup>113</sup> διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των κύριων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (συμπεριφορική ενεργοποίηση, ΓΣΘ, διαπροσωπική θεραπεία, θεραπεία επίλυσης προβλημάτων).

### *Θεραπευτική διαχείριση ήπιας κατάθλιψης*

**Σύσταση 5:** Σε άτομα με ήπια κατάθλιψη, οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εάν δεν είναι εκπαιδευμένοι στην εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών (I) και δεν υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής υποστήριξης, μπορούν να ξεκινούν αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς, όπως εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).

**Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I,III-1**

**Βαθμός Σύστασης: B**

Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.<sup>25-30</sup> η θεραπευτική διαχείριση της ΜΚΔ στηρίζεται στην αρχική εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου (ήπια, μέτρια και σοβαρή). Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις συστήνονται από το σύνολο των Κ.Ο.<sup>25-30</sup> για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. είτε ως μοναδική αρχική θεραπευτική επιλογή<sup>26,28,29</sup>, κυρίως σε περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης, είτε σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία<sup>25,30</sup>, ανεξαρτήτως βαρύτητας της νόσου. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοθεραπευτή, όπως είναι οι ικανότητες και η εμπειρία του<sup>94</sup>, καθώς και με παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως φύση και διάρκεια των συμπτωμάτων, στάσεις και αντιλήψεις του ατόμου, προηγούμενη ανταπόκριση σε ψυχοθεραπευτική μέθοδο<sup>25</sup>.

Σύμφωνα με μετα-ανάλυση,<sup>114</sup> οι σύντομες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. και ίσως να μη διαφέρουν από τη φαρμακοθεραπεία. Οι ψυχολογικές θεραπείες είναι καλύτερα ανεκτές<sup>26</sup>



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

και ίσως έχουν μεγαλύτερης διάρκειας επίδραση συγκριτικά με τα αντικαταθλιπτικά<sup>28,115</sup>. Υπάρχουν ωστόσο φραγμοί στην εφαρμογή τους κυρίως λόγω κόστους και διαθεσιμότητας<sup>28</sup>.

Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου είναι: η σοβαρότητα και η χρονιότητα των συμπτωμάτων, η παρουσία ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων ερεθισμάτων, η παρουσία συνοδών νοσημάτων, πολιτισμικές αντιλήψεις, διαθεσιμότητα και επάρκεια των θεραπευτικών επιλογών, καθώς και οι προτιμήσεις των ασθενών<sup>25</sup>. Ασθενείς με μεγαλύτερο αυτοέλεγχο της υγείας τους παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, όταν θεραπεύτηκαν είτε με ψυχοθεραπεία είτε με αντικαταθλιπτικά φάρμακα<sup>116</sup>. Επειδή τόσο τα αντικαταθλιπτικά όσο και η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικές μέθοδοι, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην προτίμηση του ατόμου<sup>117-119</sup>.

Σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας, λαμβάνοντας υπόψη τους την έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των γενικών ιατρών στη χώρα μας στην εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών και επί αδυναμίας πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ. να χορηγούν σε ασθενείς με ήπια κατάθλιψη αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς, όπως είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Σύμφωνα με τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή,<sup>120</sup> αν και οι περισσότεροι ασθενείς με ήπια ή ήπια προς μέτρια κατάθλιψη αναρρώνουν χωρίς θεραπεία εντός λίγων εβδομάδων, εντούτοις ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δε βελτιώνεται παρόλη την παρακολούθηση αρκετών μηνών.

Σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες:

1. Πρώτης γενιάς αντικαταθλιπτικά στα οποία περιλαμβάνονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά TCAs και οι μη εκλεκτικοί αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs).
2. Δεύτερης γενιάς αντικαταθλιπτικά όπως οι: εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοναδρεναλίνης (SNRIs).



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



[www.espa.gr](http://www.espa.gr)

3. Άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως η μιρταζαπίνη, η βουπροπιόνη, η τραζοδόνη και η νεφαζοδόνη.

Για τους περισσότερους ασθενείς η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών, καθώς και εντός της ίδιας κατηγορίας<sup>25</sup>. Σε κλινικές μελέτες τα ποσοστά ανταπόκρισης στα διάφορα αντικαταθλιπτικά κυμαίνονται από 50% έως 75%. Επιστημονική τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις<sup>121-123</sup>, υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά τους συγκριτικά με το placebo στις σοβαρότερες μορφές σε σχέση με ηπιότερες μορφές της νόσου. Υπάρχουσες Κ.Ο.<sup>26-28</sup> δε συστήνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε ήπιας βαρύτητας κατάθλιψη, εκτός και αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι (μη ανταπόκριση σε ψυχολογικές θεραπείες, συνοδό πρόβλημα υγείας, προτίμηση του ασθενή κ.ά.). Ωστόσο οδηγίες από άλλες Κ.Ο.<sup>25,30</sup> συστήνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής ανεξάρτητα από την αρχική βαρύτητα της νόσου, ακόμη και σε ήπιες μορφές κατάθλιψης. Η σύσταση αυτή ενισχύεται και από την ύπαρξη πρόσφατης μετα-ανάλυσης,<sup>124</sup> σύμφωνα με την οποία η υπεροχή της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών συγκριτικά με το placebo είναι ξεκάθαρη, και μάλιστα η αρχική βαρύτητα της νόσου δεν επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μία πολυκεντρική τυχαιοποιημένη δοκιμή,<sup>120</sup> που σχεδιάστηκε για να διευκρινιστεί αν τα αντικαταθλιπτικά, και συγκεκριμένα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) σε συνδυασμό με υποστηρικτική φροντίδα έναντι των ασθενών που έλαβαν μόνο υποστηρικτική φροντίδα είναι αποτελεσματικά σε ήπιες μορφές της νόσου, προέκυψε ότι η προσθήκη ενός SSRI επιπρόσθετα στην υποστηρικτική φροντίδα ήταν αποδοτική, τόσο σε κλινικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα αυτό αφορούσε περιστατικά ήπιας κατάθλιψης, διάρκειας συμπτωμάτων τουλάχιστον 8 εβδομάδων. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ήπια προς μέτρια κατάθλιψη, που αντιμετωπίστηκαν σε επίπεδο Π.Φ.Υ. Αν και δεν είχε ομάδα ελέγχου, ο σχεδιασμός της προσομοιάζε με κανονικές συνθήκες άσκησης κλινικής πράξης. Συνολικά 220 ασθενείς στρατολογήθηκαν για τη μελέτη και οι εκβάσεις αξιολογήθηκαν στις 12 και 26 εβδομάδες. Οι ασθενείς έπρεπε να έχουν μία ελάχιστη βαθμολογία ίση με 12 τουλάχιστο στην κλίμακα Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale-HDRS) και τα συμπτώματα να επιμένουν για τουλάχιστον οκτώ εβδομάδες. Η υποστηρικτική φροντίδα από τους γενικούς ιατρούς περιελάμβανε συνεδρίες παρακολούθησης στις 2, 4, 8, και 12 εβδομάδες μετά την αρχική εκτίμηση. Συνολικά 87% των ασθενών έλαβε αντικαταθλιπτικά στην ομάδα των SSRIs σε συνδυασμό με υποστηρικτική φροντίδα και μόνο 20% στην ομάδα της υποστηρικτικής



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

φροντίδας. Μία μικρή , όμως- στατιστικώς σημαντική- διαφορά καταγράφηκε στην κλίμακα HDRS στο διάστημα των 12 εβδομάδων. Ο αριθμός των ατόμων που έπρεπε να λάβει τη θεραπεία, προκειμένου ένας να θεραπευτεί (numbers needed to treat-NNT), για να επιτευχθεί συγκεκριμένα η ύφεση ( HDRS < 8) ήταν 6 στις 12 εβδομάδες και 6 στις 26 εβδομάδες παρακολούθησης. Ο NNT, για να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση (HDRS μείωση  $\geq 50\%$ ), ήταν 7 και 5 αντίστοιχα.