

## «Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους: Σύγχρονα Δεδομένα»

P. ΓΟΥΡΝΕΛΜΗΣ \*

### Περίληψη

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Λόγω δε της μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στον αναπτυγμένο κόσμο, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ήδη αποτελεί, και στο μέλλον όλο και περισσότερο θα αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

Ο επιπολασμός για όλη τη ζωή της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους στην κοινότητα κυμαίνεται από 1 έως 4%, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από 8 έως 16% και της δυσθυμίας προσδιορίζεται περί το 2%. Εντούτοις, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης βρίσκεται αυξημένος σε πλαίσια πρωτοβάθμιας (5%) και τριτοβάθμιας περίθαλψης (11%) καθώς και σε πλαίσια μακράς νοσηλείας (12%).

Τόσο ψυχοπαιεστικοί όσο και βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Στους πρώτους περιλαμβάνονται η μοναξιά, χηρεία, ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός, η ιδρυματοποίηση, η απώλεια οικείων και φίλων, το πένθος, η παρουσία οξείας ή χρόνιας νόσου και αναπηρίας, η εξάρτηση, κτλ. Οι ψυχολογικοί αυτοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση της νόσου σε άτομα με βιολογική ευαλωτότητα για κατάθλιψη. Στους δεύτερους περιλαμβάνονται οργανικοί παράγοντες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για κατάθλιψη όπως η λήψη φαρμακευτικών ουσιών (β-αναστολέων, αναστολέων ιόντων ασβεστίου, διγοξίνη, βενζοδιαζεπίνες, αντιψυχωσικά και αντιπαρκισονικά φάρμακα κτλ) ή σωματικές παθήσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης όπως ο υπο/υπερθυρεοειδισμός, η ν.Parkinson, η αγγειακή νόσος, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κτλ.

Επειδή η συνύπαρξη των σωματικών νόσων σε αυτό το ηλικιακό φάσμα είναι συχνή - και αυτό έχει επι-

πτώσεις στην κλινική εικόνα θέτοντας προβλήματα διαφοροδιάγνωσης - έχουν προταθεί διάφορες προσεγγίσεις αξιολόγησης για την καλύτερη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης από τις σωματικές νόσους. Αυτές οι μέθοδοι αξιολόγησης είτε αποκλείουν τα συμπτώματα που μπορούν να αποδοθούν στη σωματική νόσο («εκλεκτική προσέγγιση»), είτε περιλαμβάνουν μόνο τα «γνωσιακά» και «συναισθηματικά» συμπτώματα της κατάθλιψης («προσέγγιση υποκατάστασης»), είτε επιβάλουν την λεπτομερή εκτίμηση όλων των συμπτωμάτων («προσέγγιση καλύτερης εκτίμησης»), είτε περιλαμβάνουν τόσο τα γνωσιακά όσο και των σωματικά συμπτώματα («προσέγγιση συμπερίληψης»).

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην μεγάλη ηλικία, προσομοιάζει με εκείνη νεότερων ασθενών, εντούτοις, παρατηρούνται και διαφορές. Σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ηλικιωμένων καταθλιπτικών, όπως αυτών με όψιμη έναρξη της διαταραχής, με προεξάρχουσα παρουσία αγγειακών παραγόντων κινδύνου και ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες, η κλινική εικόνα συχνά χαρακτηρίζεται από απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος, ανεξήγητα σωματικά παράπονα, άγχος, απάθεια, ανηδονία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και μειωμένη αυτοφροντίδα. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν συχνά αυξημένα επίπεδα γνωσιακών ελλειμμάτων, εγκεφαλική ατροφία, υπερπυκνώσεις στη λευκή ουσία, μειωμένη κληρονομική επιβάρυνση για κατάθλιψη, δυσμενέστερη πρόγνωση και συχνά καθυστερημένη και ασταθή απάντηση στη θεραπεία.

Τα νευροβιολογικά ευρήματα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν δυσλειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, υπερκορτιζολαιμία, μετωπιαία δυσλειτουργία και ατροφία, μειωμένο όγκο του κερκοφόρου πυρήνα καθώς και υπερπυκνώσεις στη λευκή ουσία.

Σημειώνεται ότι στους ηλικιωμένους η αυτοκτονική συμπεριφορά υποδηλώνει πραγματική επιθυμία θανάτου και συνδέεται σε πολύ υψηλό βαθμό με κατάθλιψη. Έχει δειχθεί επίσης ότι η κατάθλιψη αποτελεί

\* Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο

προγνωστικό παράγοντα άνοιας. Ειδικότερα, η πρώιμης έναρξης κατάθλιψη έχει βρεθεί να είναι «ήπιος» παράγων ανάπτυξης άνοιας, ενώ η κατάθλιψη που συνοδεύεται με έντονη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών («ψευδοάνοια») και η όψιμης έναρξης κατάθλιψη μπορεί να αποτελούν πρόδρομο άνοιας. Η μακροπρόθεσμη πορεία της γηριατρικής κατάθλιψης, αυτή σε γενικές γραμμές θεωρείται παρόμοια με εκείνη νεώτερων ενηλίκων. Στους δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η όψιμη έναρξη της διαταραχής, η παρουσία απάθειας, η βαριά διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, η παρουσία νευροαπεικονιστικών ευρημάτων, η ατελής ύφεση του καταθλιπτικού επεισοδίου, η συνυπάρχουσα σωματική νόσος και η διαταραχή προσωπικότητας. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ίδια η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει ένα παράγοντα μακροχρόνιου

στρες για τον οργανισμό προκαλώντας: αναστολή της νευρογένεσης, μείωση του αριθμού των νευρώνων στην οδοντωτή έλικα, διαταραχή στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, μείωση του όγκου του ιππόκαμπου, μείωση του όγκου του μετωπιαίου λοβού, γνωσιακά ελλείμματα, ενεργοποίηση προφλεγμονωδών κυτοκινών και τέλος, καρδιαγγειακή νόσο. Η θεραπεία περιλαμβάνει την ψυχιατρική παρακολούθηση και όταν χρειάζεται την χορήγηση φαρμακοθεραπείας. Στην τελευταία περιλαμβάνονται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRIs) αλλά και η νορτρυπτιλίνη. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βραχείες ψυχοθεραπείες (Συμπεριφορική, Γνωσιακή, Οικογενειακή, κ.ά) έχουν δείχθει αποτελεσματικές σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς.

### Βιβλιογραφία

- Alexopoulos G, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KR. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanism and treatment. *Biol Psychiatry* 2002; 52:543-558
- Alexopoulos G. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-70.
- Alexopoulos G, Borson S, Cuthbert B, Devanand DP, Mulsant B, Olin J, Oslin D. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 164-174.
- Baldwin R, Gallagley A, Gourlay M, Jackson A, Burns A. Prognosis of late life depression: a three-year cohort study of outcome and potential predictors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:57-63.
- Baldwin R. Is vascular depression a distinct sub-type of depressive disorder? A review of causal evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:1-11.
- Baldwin R, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people. *Practicing the evidence. World Psychiatric Association Sections of Old Age Psychiatry and Affective Disorders. London: Duniz Ltd; 2002.*
- Blazer D, Steffens D, Busse E. *Essential of geriatric psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2007.*
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late life depression: a meta-analysis of randomized control trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 1139-1149.
- Conwell Y. Suicide. In *Late life depression. Roose S, Sackeim H (Eds.). New York: Oxford University Press, 2004 pp 95-106*
- Devanand GP, Kim MK, Paykina M, Sackeim H. Adverse life events in elderly patients with depression or dysthymic and in healthy-control subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 265-74
- Roose S, Sackeim H. *Late-Life Depression. New York: Oxford University Press; 2004.*
- Holroyd, S., Duryee, J., 1997. Differences in geriatric psychiatry outpatients with early- vs late-onset depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 12, 1100-1106.
- Salloway, S., Malloy, M.S., Kohn, R., Gillard, E., Duffy, J., Rogg, J., Tung, G., Richardson, E., Thomas, BA., Westlake, R., 1996. MRI and neuropsychological differences in early- and late- onset depression. *Neurology* 46, 1567-1574.
- Simpson, S., Baldwin, R.C., Jackson, A., Burns, A., Thomas, P., 2000. Is the clinical expression of late-life depression influenced by brain changes? MRI subcortical neuroanatomical correlates of depressive symptoms. *Int. Psychogeriatr.* 12, 425-434.