

## **Η ψυχωσική (παραληρητική) κατάθλιψη**

Η παρουσία παραληρητικών ιδεών ή/και ψευδαισθήσεων κατά τη διάρκεια ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ορίζει την ψυχωσική (ή παραληρητική) κατάθλιψη. Παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα, ήδη από το πρώτο ήμισυ του περασμένου αιώνα, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούσαν ότι οι καταθλίψεις που συνοδεύονται από παραληρητικές ιδέες έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση. Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, η μελέτη της ψυχωσικής κατάθλιψης εντατικοποιήθηκε λόγω της παρατήρησης ότι η απόκρισή της στη μονοθεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι πτωχότερη από εκείνη της μη ψυχωσικής κατάθλιψης. Μέχρι σήμερα, αρκετές εργασίες έχουν μελετήσει τα χαρακτηριστικά της, προσπαθώντας να διερευνήσουν τα εύλογα ερωτήματα που τίθενται για τη φύση της διαταραχής και τη σχέση της με τις καταθλιπτικές και τις σχιζοφρενικές διαταραχές.

Σε επιδημιολογικές εργασίες, η επικράτησή της στην κοινότητα έχει προσδιοριστεί στο 0,4%. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι ποσοστό 14–18% των πασχόντων στην κοινότητα από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίζει επίσης και ψυχωσικά στοιχεία, η δε συχνότητά της σε νοσηλευόμενους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι περίπου στο 25%.

Σε κλινικές μελέτες, έχει καταδειχθεί ότι η ψυχωσική κατάθλιψη είναι βαρύτερη μορφή κατάθλιψης, με εντονότερο καταθλιπτικό συναίσθημα, μεγαλύτερη ψυχοκινητική διαταραχή (ανησυχία ή επιβράδυνση) και εντονότερο ενοχικό ιδεασμό, ενώ συνήθως συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία μελαγχολικού τύπου. Οι παραληρητικές ιδέες των ψυχωσικών καταθλιπτικών είναι κυρίως παρανοϊκού, ενοχικού και υποχονδριακού περιεχομένου. Οι ψευδαισθήσεις, συνήθως ακουστικές και οπτικές, απαντώνται στο 18–30% των ασθενών. Τα προαναφερθέντα ψυχωσικά συμπτώματα συχνά εναρμονίζονται με το καταθλιπτικό περιεχόμενο του συναίσθηματος. Στην αντίθετη περίπτωση απαιτείται προσοχή στη διαφοροδιάγνωση με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή μονοπολικού τύπου.

Σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες, οι ψυχωσικοί καταθλιπτικοί έχουν βρεθεί να παρουσιάζουν χαμηλότερη βαθμολογία σε δοκιμασίες προσοχής, εύρημα που συσχετίζεται με την ψυχωσική συμπτωματολογία.

Τα ευρήματα που αφορούν την αυτοκτονική συμπεριφορά μπορούν να χαρακτηρισθούν ως αλληλοσυγκρουόμενα. Έχει ανακοινωθεί ότι ο κίνδυνος για ολοκληρωμένες αυτοκτονίες καθώς και για απόπειρες αυτοκαταστροφής είναι μεγαλύτερος· ωστόσο, σε άλλες εργασίες δεν έχουν καταδειχθεί διαφορές από τη μη ψυχωσική κατάθλιψη.

Σε πολλές μελέτες έχει ανακοινωθεί αυξημένη δραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υποφύσεως-επινεφριδίων. Η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη στην ψυχωσική κατάθλιψη είναι θετική περισσότερο από κάθε άλλη υποκατηγορία της κατάθλιψης, η δε υπερκορτιζολαιμία θεωρείται ότι αποτελεί βασική συνιστώσα στην ψυχοπαθολογία της. Επιπλέον, έχει βρεθεί αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα, μειωμένη δραστηριότητα του ενζύμου β-υδροξυλάση της ντοπαμίνης (DBH) και σεροτονινεργική δυσλειτουργία. Η υπόθεση ότι η υπερκορτιζολαιμία επαυξάνει την ντοπαμινεργική δυσλειτουργία με αποτέλεσμα την ανάδυση των ψυχωσικών συμπτωμάτων παραμένει δεσπόζουσα. Επιπροσθέτως, σε νευροαπεικονιστικές εργασίες έχει βρεθεί ότι οι ψυχωσικοί καταθλιπτικοί έχουν διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών (πιθανώς λόγω υπερκορτιζολαιμίας), ενώ σε ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες ύπνου έχει καταδειχθεί βραχύτερη λανθάνουσα περίοδος εμφάνισης της πρώτης φάσης REM ύπνου από τη μη ψυχωσική κατάθλιψη.

Οι συγγενείς α΄ βαθμού των ψυχωσικών καταθλιπτικών εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό μείζονα κατάθλιψη, ψυχωσική κατάθλιψη και διπολική διαταραχή, ευρήματα που μπορούν να θεωρηθούν ότι υποστηρίζουν την υπόθεση ότι τα ψυχωσικά στοιχεία εμφανίζονται σε πλαίσιο καταθλίψεων με έντονα τα στοιχεία «ενδογένειας».

Η βραχυπρόθεσμη (< 1–2 ετών) πρόγνωση της ψυχωσικής κατάθλιψης είναι δυσμενέστερη της μη ψυχωσικής, με περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, περισσότερες νοσηλείες, μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση και μειωμένη λειτουργικότητα. Η μακροπρόθεσμη (> 2 ετών) πορεία και έκβαση της είναι παρόμοια της μη ψυχωσικής ομολόγου της, ωστόσο ο κίνδυνος για εμφάνιση νέων καταθλιπτικών επεισοδίων πιθανώς να είναι μεγαλύτερος.

Όταν τα αντικαταθλιπτικά εισήχθησαν στη θεραπευτική της ψυχωσικής κατάθλιψης, έγινε φανερό ότι η απόκρισή της στη μονοθεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ήταν μικρότερη (35–40%) από εκείνη της μη ψυχωσικής κατάθλιψης (65–70%). Αντίστοιχα περιορισμένη φαίνεται να είναι και η απόκρισή της σε μονοθεραπεία με αντιψυχωσικό (20–40%). Ωστόσο, έχει καταδειχθεί ότι ο συνδυασμός αντιψυχωσικού-αντικαταθλιπτικού αποτελεί τη θεραπεία εκλογής με υψηλά ποσοστά ύφεσης της συμπτωματολογίας (70–80%), ενώ ευνοϊκή είναι και η απόκρισή της στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (80–90%).

Το θέμα αν η ψυχωσική κατάθλιψη απλώς αντιπροσωπεύει μια πιο βαριά μορφή της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή αποτελεί μια διακριτή κλινική οντότητα χρήζει περαιτέρω διερευνήσεως.

Η ψυχωσική κατάθλιψη που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί, κατά την τελευταία ιδίως δεκαετία, ένα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας. Σε γενικές γραμμές, παρουσιάζει παρόμοιο προφίλ με την ψυχωσική κατάθλιψη νεώτερων ασθενών με κάποιες, ωστόσο, διαφοροποιήσεις. Γίνεται πιθανώς συχνότερη προϊούσης της ηλικίας· σε νοσηλευόμενους καταθλιπτικούς, υπάρχει μια αύξηση των υποχονδριακών παραληρητικών ιδεών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστικά λάθη· έχει βρεθεί μεγαλύτερη μετωπιαία ατροφία με χαμηλότερες επιδόσεις σε δοκιμασίες ενεργού μνήμης (working memory), ευρήματα που πιθανολογείται ότι εμπλέκονται στον σχηματισμό των παραληρητικών ιδεών· η βραχύχρονη έκβασή της αναφέρεται ως ιδιαίτερα δυσμενής με αυξημένη θνησιμότητα, ενώ, τέλος, η απόκρισή της στον συνδυασμό αντιψυχωσικού-αντικαταθλιπτικού είναι κατώτερη από εκείνη σε νεώτερους ενήλικες (25–50%).

Εν κατακλείδι, η ψυχωσική κατάθλιψη είναι συχνή σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια, ωστόσο συχνά υποδιαγιγνώσκεται και παραβλέπεται. Η παθογένεσή της αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο της ψυχιατρικής έρευνας λόγω της ταυτόχρονης συνύπαρξης των ψυχωσικών συμπτωμάτων και της κατάθλιψης.

*Ε. Λύκουρας*  
Καθηγητής Ψυχιατρικής,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο

*Ρ. Γουρνέλλης*  
Λέκτορας Ψυχιατρικής  
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών  
Αιγινήτειο Νοσοκομείο

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Coryell W, Leon A, Winokur G, Endicott J, Keller M, Akiskal H, Solomon D. Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1996, 153:483-489.
2. Lykouras E, Malliaras D, Christodoulou GN, Papakostas Y, Voulgari A, Tzonou A, Stefanis C. Delusional depression: phenomenology and response to treatment. A prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1986, 73:324-329.
3. Lykouras L, Christodoulou GN, Malliaras D, Stefanis C. The prognostic importance of delusions in depression: a 6-year prospective follow-up study. *J Affect Disord* 1994, 32:233-238.
4. Rothschild A. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biol Psychiatry* 2003, 53:680-690.
5. Schatzberg AF, Rothschild AJ. Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *Am J Psychiatry* 1992, 149:733-745.