

Ανασκόπηση Review

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης

I.M. Μιχόπουλος,¹ Γ.Μ. Ζέρβας²

¹Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αττικό» Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:211–221

Ολες οι ψυχοθεραπευτικές σχολές έχουν αναπτύξει μοντέλα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Υπάρχουν στοιχεία που είναι κοινά, αλλά και κάποια που κάνουν τις προσεγγίσεις να διαφέρουν. Γίνεται αναφορά στις εξής ατομικές προσεγγίσεις: Ψυχαναλυτική, Συμπεριφορική, Γνωσιακή, Διαπροσωπική, για τις οποίες υπάρχουν τα περισσότερα στοιχεία στη βιβλιογραφία. Πρόσφατες και εκτεταμένες μελέτες δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης, σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Η ψυχοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα σε ήπιας και μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη. Σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην κατάθλιψη μεγάλης βαρύτητας. Σημαντικός είναι ο ρόλος της στην πρόληψη των υποτροπών. Πρόσφατες μελέτες λειτουργικής νευροαπεικόνισης του εγκεφάλου προσφέρουν στοιχεία για τον τρόπο που η ψυχοθεραπεία επηρεάζει βιολογικές δομές. Η έρευνα στις ψυχοθεραπείες έχει να επιλύσει ακόμη μεθοδολογικά ζητήματα.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατάθλιψη, ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτική, γνωσιακή, συμπεριφορική, διαπροσωπική, αποτελεσματικότητα

Εισαγωγή

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί μία από τις θεραπευτικές εναλλακτικές επιλογές για την κατάθλιψη. Όλες οι ψυχοθεραπευτικές σχολές έχουν αναπτύξει μοντέλα για τη θεραπεία της και όλες έχουν να επιδείξουν αποτελεσματικότητα. Στην παρούσα ανασκόπηση θα επιχειρηθεί να περιγραφούν οι σημαντικότερες ατομικές προσεγγίσεις (Ψυχαναλυτική, Συμπεριφορική, Γνωσιακή, Διαπροσωπική) και να εκτιμηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους στην κατάθλιψη.

Παρά τις φαινομενικά διαφορετικές προσεγγίσεις, τόσο στη θεωρία, όσο και στην πρακτική, οι ψυχοθε-

ραπευτικές σχολές μοιράζονται, λίγο ή πολύ, κάποια κοινά στοιχεία, όχι μόνο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αλλά και γενικότερα (Frank 1993):¹

- Συναισθηματικά φορτισμένη σχέση που βασίζεται στην εμπιστευτικότητα
- Συλλογιστική που παρέχει εξηγήσεις για τα προβλήματα του ασθενούς και μεθόδους για να αντιμετωπισθούν
- Παροχή νέων πληροφοριών για το μέλλον, την πηγή του προβλήματος και για πιθανές εναλλακτικές λύσεις που εμπεριέχουν την ελπίδα της ανακούφισης

- Διευκόλυνση της συναισθηματικής φόρτισης και αποφόρτισης
- Μη ειδικές μεθόδους τόνωσης της αυτο-εκτίμησης
- Μετάδοση ελπίδας
- Παροχή εμπειριών επιτυχίας.

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση των ψυχοθεραπευτικών σχολών και της θεώρησης τους για την κατάθλιψη. Η Γνωσιακή και η Διαπροσωπική θα αναφερθούν λεπτομερέστερα, μιας και γι' αυτές υπάρχουν οι περισσότερες συγκριτικές μελέτες στη βιβλιογραφία (πίνακας 1).

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Η θεωρητική προσέγγιση της κατάθλιψης από την Ψυχαναλυτική σχολή έχει ακολουθήσει την εξέλιξη της θεωρίας στα τελευταία εκατό, περίπου, χρόνια, από τότε που διαμορφώθηκε η βασική ψυχαναλυτική θεωρία. Έτσι, πρώτος ο Freud μίλησε για την απώλεια και το ρόλο της στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τη φροϋδική θεώρηση η κατάθλιψη αποτελεί έκφραση οργής προς τον εαυτό κατόπιν ενδοβολής ενός αντικειμένου που έχει χαθεί. Μεταγενέστερες θεωρήσεις έχουν συνδέσει την κατάθλιψη με τις στοματικές (Abraham, Rado, Fenichel) και τις ναρκισσιστικές (Kohut, Bibring) ανάγκες της προσωπικότητας, με την αδυναμία του εγώ (Bibring), με αυστηρό υπεργώ (Beres) ή με μειωμένη αυτοεκτίμηση (Zetzel).² Η Klein έχει μιλήσει για την «καταθλιπτική θέση», ως βασικό στάδιο της αναπτυξιακής πορείας του βρέφους.³ Η κατάθλιψη περιγράφεται, επίσης, ως αμυντική αντίδραση συντήρη-

σης/απόσυρσης (Engel, Schmale).² Όπως σε όλη την ψυχαναλυτική θεωρία, ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί στη σχέση μητέρας-παιδιού. Η πρώιμη στέρηση της μητέρας και οι αναπτυξιακές δυσκολίες που αυτή δημιουργεί έχουν συνδεθεί με τη μελλοντική εμφάνιση κατάθλιψης, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και από πολλές επιδημιολογικές μελέτες (Mahler, Benedek, Spitz & Wolf, Bowlby).^{4,5}

Η κλασική πρακτική της ψυχανάλυσης (3-4 συνεδρίες την εβδομάδα, πολύχρονη θεραπεία) έχει εγκαταλειφθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Εφαρμόζεται περισσότερο το μοντέλο της βραχείας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα, 12μηνη θεραπεία). Το ψυχαναλυτικό πλαίσιο δίνει μεγάλη σημασία στη θεραπευτική σχέση και στη μεταβίβαση που προκύπτει. Χρησιμοποιούνται οι βασικές ψυχαναλυτικές τεχνικές: Ενσυναίσθηση (Empathy), Διευκρίνιση (Clarification), Ερμηνεία (Interpretation), και Αντιπαράθεση (Confrontation).

Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Σύμφωνα με τη Συμπεριφορική θεώρηση, η κατάθλιψη αποτελεί μια υπεργενικευμένη απόκριση, η οποία προκύπτει μετά από συγκεκριμένο ερέθισμα ή γεγονός. Δίνεται έμφαση στις συνθήκες που συντελούν στη συντήρηση της παθολογίας, αυτές είναι: η μείωση της συχνότητας ή της αποτελεσματικότητας των θετικών ενισχυτών (είτε λόγω απώλειας ή βιοχημικά) (Fester, Costello),⁶ η έλλειψη των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων και η ύπαρξη αυξημένων αποστροφικών συμπεριφορών (Lewinsohn).⁷ Τα παραπάνω οδηγούν σε χαμηλή συχνότητα εγχειρηματικής συμπεριφοράς, παθητικότητα και δυσφορία. Οι

Πίνακας 1. Συγκριτική παρουσίαση των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στην κατάθλιψη.

	Ψυχαναλυτική	Γνωσιακή-συμπεριφορική	Διαπροσωπική
Αίτια	Ενδοψυχικές συγκρούσεις	Δυσπροσαρμοστικά σχήματα	Διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις
Τεχνικές	Θεραπευτική σχέση, μεταβίβαση	Λειτουργική αντιπαράθεση σε αρνητικές σκέψεις, αναγνώριση σχημάτων, μεταγνωσιακή ικανότητα	Βελτίωση ικανότητας για επικοινωνία, αναδιαμόρφωση όρων του περιβάλλοντος
Ρόλος θεραπευτή	Διερμηνέας: Ενσυναίσθηση, απόσταση για ανάλυση της μεταβίβασης	Πεπειραμένος ερευνητής: Ενεργητικός ρόλος, συνεργατικός εμπειρισμός	Ερευνητής, καθοδηγητικός: Ενεργητικός ρόλος, θετική μεταβίβαση
Ρόλος οικογένειας/συζύγου	Δεν συμπεριλαμβάνονται στη θεραπεία	Παρατηρητής-βοηθός (σπάνια)	Κομβικός ρόλος

Από: Karasu T.B. Am J Psychiatry 1990⁸⁴

καταθλιπτικές σκέψεις θεωρούνται απλώς δευτερογενείς. Ακόμη ένας βασικός παράγοντας που συντελεί στη συντήρηση της παθολογίας θεωρείται η μαθημένη αβοηθητικότητα (Seligman).⁸ Σύμφωνα με τη θεωρία ένα επανειλημμένο αναπόφευκτο σοκ οδηγεί σε μελλοντικές καταστάσεις σε ελλείμματα στην κινητοποίηση (δεν γίνονται προσπάθειες διαφυγής), στη μάθηση (αποτυχία μάθησης νέων ανακουφιστικών τακτικών) και στο συναίσθημα (έντονη παθητικότητα).

Η συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη είναι βραχείας διάρκειας και ως κύρια τεχνική εφαρμόζει τη συμπεριφορική ενεργοποίηση (behavioral activation). Αυτή περιλαμβάνει την κατάτμηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων ανάλογα με το επίπεδο της κατάθλιψης. Το ξεκίνημα γίνεται από απλές δραστηριότητες και με προοδευτική αύξηση επιτυγχάνεται ενεργοποίηση του ατόμου. Το συναίσθημα βελτιώνεται δευτερογενώς.

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεώρηση, η γνωσιακή δυσλειτουργία είναι πυρηνικό στοιχείο της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης ανεξαρτήτως βαρύτητας, χρονιότητας ή κλινικής εικόνας. Αυτό δεν σημαίνει ότι η γνωσιακή δυσλειτουργία αποτελεί αιτιοπαθογενετικό παράγοντα, αλλά ότι είναι τόσο κεντρική που επηρεάζει όλες τις άλλες εκδηλώσεις. Το γνωσιακό «προφίλ» της κατάθλιψης περιλαμβάνει διαταραχές βαθύτερης δομής της σκέψης (δυσλειτουργικές πεποιθήσεις): «καταθλιπτικογόνα» σχήματα, διαταραχές στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών: διεργασικές παρεκκλίσεις και διαταραχές περιεχομένου της σκέψης: αυτόματες σκέψεις. Το άτομο θεωρεί τον εαυτό αποτυχημένο, τον κόσμο εχθρικό και το μέλλον άσχημο, προσεγγίζοντας το θέμα μέσω της γνωσιακής τριάδας: εαυτός-κόσμος-μέλλον.⁹ Βασικό στοιχείο αποτελεί η ενεργοποίηση του σχήματος. Το σχήμα καθοδηγεί όλο το αντιληπτικό μας σύστημα στην επιλογή των στοιχείων που θα επεξεργαστεί προκειμένου να δράσει. Όταν ενεργοποιηθεί ένα καταθλιπτικογόνο σχήμα «κλειδώνει» όλο τον αντιληπτικό (και ερμηνευτικό) μηχανισμό στον καταθλιπτικό τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών. Από τη στιγμή που εμφανίζεται καταθλιπτικό συναίσθημα (σε οποιοδήποτε πλαίσιο) αυτό γίνεται κατανοητό ως ενεργοποίηση μιας σειράς αλληλοσυνδεόμενων βαθύτερων νοητικών δομών (mode) με τέτοιο τρόπο που καταλήγουν να ανακινούν ένα αίσθημα προσω-

πικής απώλειας, αποτυχίας και στέρησης. Η ισχύς της ενεργοποίησης αυτών των δομών και η κυριαρχία του ειδικού τρόπου επεξεργασίας πληροφοριών που αυτές επιβάλλουν στο συνήθη τρόπο αντίληψης επεξεργασίας των ερεθισμάτων καθορίζει τη βαρύτητα και τη διάρκεια της κατάθλιψης. Οι υποτροπές εξηγούνται με βάση ένα μοντέλο προδιάθεσης-στρες: Η προδιάθεση αναφέρεται σε μια ετοιμότητα για ενεργοποίηση των βαθύτερων δομών που αφορούν την καταθλιπτική θεματολογία (χαμηλός ουδός ενεργοποίησης) και μια προ-καταθλιπτική οργάνωση της υποκείμενης προσωπικότητας. Το στρες αφορά την ολοένα και ευκολότερη ενεργοποίηση αυτών των δομών μέσα από τα αρνητικά γεγονότα ζωής έτσι ώστε οι δομές αυτές αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερο σθένος.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι βραχείας διάρκειας και περιλαμβάνει συμπεριφορικούς και γνωσιακούς χειρισμούς. Οι συμπεριφορικές τεχνικές εφαρμόζονται στην έναρξη, κυρίως, της θεραπείας και αποσκοπούν στη δραστηριοποίηση: τεχνική ευχαρίστησης και ικανοποίησης, κατάτμηση δραστηριοτήτων, προγραμματισμός δραστηριοτήτων. Οι γνωσιακές επεμβάσεις καταγράφουν, ελέγχουν και τροποποιούν άμεσες κυρίως γνωσιακές δραστηριότητες (σκέψεις, εικόνες, διεργασίες) υπεύθυνες για την εκδήλωση περιγεγραμμένης ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η ορθολογιστική, η νοοκατασκευαστική και η πραγματιστική. Τελικό στάδιο αποτελεί η γνωσιακή αναδόμηση, η οποία στοχεύει στην αξιολόγηση και έλεγχο κεντρικότερων γνωσιακών δραστηριοτήτων και δομών (κανόνες, πεποιθήσεις, σχήματα). Για να επιτευχθεί απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός συνεδριών και συνδυασμός συμπεριφορικών, συναισθηματικών, γνωσιακών και διαπροσωπικών τεχνικών. Τελικός στόχος της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει «θεραπευτής» του εαυτού του, τόσο στο παρόν επεισόδιο, όσο και σε πιθανά μελλοντικά.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Η Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 από τους Klerman & Weissman.¹⁰ Είναι βραχείας διάρκειας, μέτριας δόμησης και εστιάζεται στα συμπτώματα. Έχει εφαρμοσθεί στις περισσότερες μορφές της κατάθλιψης και βασική της υπόθεση αποτελεί η θέση ότι, ασχέτως αιτιών, η κατάθλιψη τείνει να πυροδοτείται από δια-

προσωπικές κρίσεις. Θεωρεί ότι τρία είναι τα βασικά στοιχεία της κατάθλιψης: τα συμπτώματα, η λειτουργικότητα και η προσωπικότητα του ασθενή. Εστιάζει, δε, στα δύο πρώτα. Η στάση του διαπροσωπικού θεραπευτή είναι θετική, ενεργητική και μη κριτική. Η θεραπευτική σχέση χρησιμοποιείται ως πρότυπο για τις σχέσεις του ασθενή. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται εκπαίδευση στον τρόπο που ο ασθενής θα επιτύχει σαφέστερη επικοινωνία. Οι βασικές προβληματικές διαπροσωπικές περιοχές που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο της θεραπείας είναι το πένθος, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η μετάβαση ρόλου και τα διαπροσωπικά ελλείμματα.

Στην αρχική φάση της θεραπείας, δίνεται σημασία στην απογραφή των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και στη σύνδεση της κατάθλιψης με τη διαπροσωπική κατάσταση του ασθενή, γίνεται, δηλαδή, μια διαπροσωπική διατύπωση του προβλήματος. Κατόπιν γίνεται εστιασμός στις προσδοκίες και αντιλήψεις του ασθενή για τις σχέσεις του και προσπάθεια ανεύρεσης εναλλακτικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων. Σημαντικό ρόλο παίζει η δημιουργία κατάλληλου κλίματος εμπιστοσύνης και συναισθηματικής ασφάλειας έτσι ώστε ο ασθενής να έχει το χώρο για αυτό-αποκάλυψη. Ζητήματα που απασχολούν κατά το τέλος της θεραπείας είναι το πένθος και η αυτονομία.

Αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην κατάθλιψη

Μετά την εμφάνιση των νεότερων αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων, με κύριους εκπροσώπους τους ειδικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), η χρήση της φαρμακευτικής θεραπείας διευρύνθηκε ιδιαίτερος. Ακόμα και γιατροί άλλων ειδικοτήτων χορηγούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, με λιγότερο σκεπτικισμό και επιφυλάξεις, μιας και αυτά παρουσιάζουν συνδυασμό καλής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Από την άλλη μεριά, σε πρόσφατες και εκτεταμένες μελέτες έχει βρεθεί ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης, σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και σε νοσηλεύμενους ασθενείς.¹¹ Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, αυτές οι δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν πάψει να εξετάζονται σε αντιδιαστολή. Αρκετά συχνά γίνεται ταυτόχρονη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (combined therapy). Η αποτελεσματικότητα αυτού του συνδυασμού έχει μελετηθεί τα τελευ-

ταία χρόνια και έχει δειχθεί ότι σε ελαφρές ή μέτριες μορφές κατάθλιψης ο συνδυασμός δεν προσφέρει πλεονέκτημα, ενώ σε κλινικής βαρύτητας κατάθλιψη η συνδυασμένη θεραπεία υπερτερεί της φαρμακοθεραπείας.¹²⁻¹⁵ Παρακάτω θα γίνει λεπτομερής αναφορά στη σύγκριση των δύο μεθόδων και στο συνδυασμό αυτών, αναλόγως της κλινικής βαρύτητας της κατάθλιψης.

Η αποτελεσματικότητα της Βραχείας Ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας δεν έχει μελετηθεί σε αρκετές έρευνες. Παρουσιάζονται, επίσης, ζητήματα σχετικά με τη μεθοδολογία των εργασιών που εξετάζουν τη χρήση της (ομάδες ελέγχου, τυχαιοποίηση, αριθμός ατόμων, αριθμός εργασιών). Αναφέρεται ως αποτελεσματική (όσο και οι άλλες μέθοδοι θεραπείας που ελέγχθηκαν, και ανώτερη της λίστας αναμονής) σε μία μετα-ανάλυση, η οποία είχε συμπεριλάβει έντεκα μελέτες,¹⁶ αν και έχουν εκφρασθεί αντίθετες γνώμες.¹⁷ Θεωρείται, γενικά, ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με μικτή συμπτωματολογία, ενώ στην κλινική πρακτική, συμπεριλαμβάνονται και ασθενείς που θεωρούνται «δύσκολοι» (αυτοί που εμφανίζουν σημαντικά ζητήματα προσωπικότητας). Σε πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση τριών μελετών φαίνεται ότι η Βραχεία Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακευτική θεραπεία, ενώ ο συνδυασμός των δύο ήταν πιο αποτελεσματικός από τη φαρμακευτική θεραπεία (και εξίσου αποτελεσματικός με την ψυχοθεραπεία μόνη). Μειονεκτήματα της μεθοδολογίας όμως (μη τυχαιοποίηση, μη χρήση διόρθωσης κατά Bonferroni), καθιστούν τα αποτελέσματα όχι απολύτως ασφαλή.¹⁸ Μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκε ανάθεση θεραπείας με χρήση τυχαιοποίησης έδειξε ότι η προσθήκη Βραχείας Ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στη φαρμακοθεραπεία βελτιώνει την κοινωνική λειτουργικότητα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα.¹⁹

Παρόμοιοι είναι οι περιορισμοί που εμφανίζονται και στη μελέτη της Συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας. Σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση της αποτελεί το γεγονός ότι η εφαρμογή της συμπεριφορικής γνωσιακής ψυχοθεραπείας (CBT) έχει περιορίσει τη χρήση της αμιγώς συμπεριφορικής θεραπείας στην κατάθλιψη. Σε μετα-ανάλυση για διάφορες παθήσεις, μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη, ελέγχθηκε η προσθήκη του «γνωσιακού» παράγοντα σε συμπεριφορική θεραπεία και φάνηκε ότι δεν πλεονεκτεί σε σχέση με την αμιγώς συμπεριφορική θεραπεία.²⁰

Ορισμένες μελέτες της αποδίδουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη γνωσιακή και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία²¹ ή ακόμα και υπεροχή έναντι της γνωσιακής στην οξεία φάση²² και παρόμοια αποτελέσματα στη χρόνια φάση.²³ Και οι δύο τελευταίες μελέτες δίνουν στη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (συμπεριφορική ενεργοποίηση: behavioral activation) παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη φαρμακευτική θεραπεία. Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις: η πρώτη εξετάζει τα αποτελέσματα της συμπεριφορικής ενεργοποίησης αναλύοντας 16 εργασίες και καταλήγει ότι η αποτελεσματικότητά της είναι παρόμοια με της γνωσιακής ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, σημειώνοντας όμως, μεθοδολογικά σφάλματα (ομάδες ελέγχου, ασαφής καθορισμός κλινικών δειγμάτων). Η δεύτερη εξετάζει τη θεραπεία επίλυσης προβλήματος (problem solving therapy) αναλύοντας 13 εργασίες, καταλήγει ότι παρά την πιθανή αποτελεσματικότητά της, η μεθοδολογία των εργασιών δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.²⁴

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελούν τις πλέον ερευνητικά κατοχυρωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα και περισσότερο δοκιμασμένες ειδικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη.¹¹ Αρκετές μετα-αναλύσεις εμφανίζουν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία πιο αποτελεσματική από την εικονική θεραπεία (placebo),²⁵⁻²⁷ εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακευτική θεραπεία και το ίδιο αποτελεσματική με τη διαπροσωπική και τη βραχεία ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.^{25,28} Στα ίδια αποτελέσματα (εξίσου επιτυχείς: γνωσιακή, διαπροσωπική, ιμπραμίνη) κατέληξε μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Υγείας (NIMH).²⁹ Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η μελέτη των Thase et al³⁰ κατά την οποία δοκιμάστηκαν τα εξής: αλλαγή σε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ή εφαρμογή γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ως ενίσχυση μετά από ανεπιτυχή (αλλά επαρκή) θεραπεία με ένα αντικαταθλιπτικό, ενώ στην ομάδα ελέγχου έγινε αλλαγή αντικαταθλιπτικού σκευάσματος ή ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος με δεύτερο φάρμακο. Σε αυτήν φάνηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν CBT (είτε μόνη, είτε σε συνδυασμό με φάρμακα) είχαν ίδια ανταπόκριση με αυτούς που άλλαξαν φάρμακο ή η θεραπεία τους ενισχύθηκε με δεύτερο φάρμακο. Οι ασθενείς που πήραν άλλο φάρμακο είχαν πιο γρήγορη ανταπόκριση από τη CBT αλλά και πιο πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ με την πάροδο του χρόνου η βελτίω-

ση της συμπτωματολογίας εξισορροπήθηκε στις δύο ομάδες. Για τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες, δεκατρείς από τις οποίες πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν σε τέσσερις μετα-αναλύσεις. Από αυτές προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ήταν ανώτερη από το placebo σε 9 μελέτες, εμφάνισε παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη φαρμακοθεραπεία, ο συνδυασμός διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και φαρμάκων δεν έδειξε προστιθέμενο αποτέλεσμα, ενώ η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία φάνηκε τουλάχιστον το ίδιο καλή ή σημαντικά καλύτερη από τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε 3 μελέτες (έμμεση σύγκριση).³¹ Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση αναφέρεται ότι καμία από τις συνήθεις ψυχοθεραπείες δεν υπερτερεί, η διαπροσωπική θεραπεία εμφανίζει, όμως, ελαφρά υπεροχή.³²

Κατάθλιψη μέτριας-μεγάλης βαρύτητας (HAM-D>20)

Όταν η συμπτωματολογία είναι βαρύτερη, οι μελέτες δείχνουν ότι η παρουσία της φαρμακοθεραπείας είναι σημαντική.^{12,13} Μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Υγείας (NIMH)²⁹ έδειξε ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία υστερούσε τόσο από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, όσο και από τη φαρμακοθεραπεία. Οι θεραπείες δίνονταν, όμως, από ταχύρρυθμα εκπαιδευμένους θεραπευτές. Μεταβολές στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής ψυχοθεραπείας σε σχέση με την πείρα του θεραπευτή εμφανίστηκαν και στη μελέτη του De Rubeis,³³ όπου η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία στο κέντρο που οι θεραπευτές ήταν έμπειροι, ενώ υστερούσε στο κέντρο που οι θεραπευτές ήταν πιο άπειροι. Σε μελέτη του 2006,²² στην οποία γινόταν σύγκριση συμπεριφορικής ενεργοποίησης, φαρμακοθεραπείας και γνωσιακής ψυχοθεραπείας, φάνηκε ότι οι δύο πρώτες υπερτερούσαν στους ασθενείς που εμφάνιζαν σοβαρή κατάθλιψη. Αντίθετα, σε μελέτη του 2007³⁴ η οποία συνέκρινε τη γνωσιακή-συμπεριφορική και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία φάνηκε ότι οι δύο θεραπείες είχαν παρόμοια αποτελεσματικότητα στο σύνολο των ασθενών. Ακόμα και εκείνοι που εμφάνιζαν μελαγχολικά χαρακτηριστικά είχαν εξίσου καλή ανταπόκριση. Όταν εξετάστηκαν, όμως, οι ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, φάνηκε ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία υπερτερούσε. Μελέτη του 2007 με νοσηλευόμενους ασθενείς έδειξε υπερο-

χή του συνδυασμού διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας έναντι της «συνήθους» θεραπείας.³⁵

Χρόνια-ανθεκτική και υποτροπιάζουσα κατάθλιψη

Οι μελέτες που αναφέρονται στη χρόνια και ανθεκτική κατάθλιψη δεν είναι καλά ελεγχόμενες. Πρόσφατη ανασκόπηση από τον Markowitz³⁶ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει μέτρια και μη ειδικά αποτελέσματα. Σε εργασία στην οποία οι μη ανταποκρινόμενοι σε φαρμακοθεραπεία (νεφαζοδόνη) άλλαξαν σε ψυχοθεραπεία (γνωσιακή-συμπεριφορική ανάλυση, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: CBASP) και το αντίστροφο, φάνηκε ότι η αλλαγή είτε προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση βοήθησε στη βελτίωση των ασθενών.³⁷ Η ίδια ψυχοθεραπευτική μέθοδος φάνηκε να έχει θετικά αποτελέσματα σε εργασία του Klein:³⁸ οι ασθενείς που έλαβαν CBASP εμφάνισαν σημαντική διαφορά στις υποτροπές και στο επίπεδο των υπολειμματικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε ανοιχτή μελέτη των Kenny & Williams,³⁹ με μονοπολικούς και διπολικούς ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη υπήρξε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση στη λειτουργικότητα με τη χρήση τροποποιημένου γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT). Πρόσφατη ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα της μακράς διάρκειας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας αναφέρει αποτελεσματικότητα (βελτίωση στα συμπτώματα και στη λειτουργικότητα) στη χρόνια κατάθλιψη, ειδικά στις περιπτώσεις που συνοδεύονται από διαταραχές προσωπικότητας.⁴⁰

Η ψυχοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την πρόληψη των υποτροπών.⁴¹ Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να μειώσει τις υποτροπές έως και 50%.⁴²⁻⁴⁴ Δύο πρόσφατες ελεγχόμενες μελέτες αναδεικνύουν, επίσης, τη συμβολή της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην πρόληψη των υποτροπών: για ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση με ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της θεραπείας με μηνιαίες αναμνηστικές συνεδρίες μειώνει τον κίνδυνο των υποτροπών, σε σχέση με απλή παρακολούθηση⁴⁵ και η ψυχοθεραπεία, συγκρινόμενη με φαρμακοθεραπεία, υπερτερεί στη μείωση των υποτροπών (76% μετά τα φάρμακα, 30,8% μετά την

ψυχοθεραπεία).⁴⁶ Έτσι, σε εργασίες που μελετήθηκε η θεραπεία συντήρησης με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε ασθενείς που βρίσκονταν σε ύφεση, φάνηκε ότι μειώνει τις υποτροπές από 46-72%.⁴⁷⁻⁴⁹ Ο Paykel σε πρόσφατη ανασκόπηση⁵⁰ καταλήγει στο ότι τα φάρμακα αποτελούν πιο εύκολη και γρήγορα αποδοτική λύση στην αρχή της θεραπείας, αλλά η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία υπερτερεί στον έλεγχο των υποτροπών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν φανεί και με τη χρήση της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας: μηνιαίες συνεδρίες μεγαλώνουν το χρονικό διάστημα της υποτροπής. Όσο πιο ειδικά στοιχεία χρησιμοποιούνται τόσο μεγαλύτερο το ελεύθερο μεσοδιάστημα μεταξύ επεισοδίων (2 χρόνια vs 5 μήνες).⁵¹ Ο συνδυασμός με φαρμακοθεραπεία μειώνει τις υποτροπές,⁵² ακόμα και για ασθενείς μεγαλύτερους από 60 ετών.⁵³ Ο Frank καταλήγει ότι το μέγιστο όφελος εμφανίζεται με μηνιαίες συνεδρίες μετά το πέρας της θεραπείας (για γυναίκες που δεν έλαβαν φαρμακοθεραπεία).⁵⁴

Ειδικές μορφές κατάθλιψης

Μια ειδική μορφή υποτροπιάζουσας κατάθλιψης είναι η εποχιακή κατάθλιψη. Αναφέρεται μια σημαντική πρόσφατη μελέτη στην οποία συγκρίθηκαν η φωτοθεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Φάνηκε ότι ο συνδυασμός τους ήταν ανώτερος (73%) από τις δύο θεραπείες χωριστά, που εμφάνισαν παρόμοια αποτελεσματικότητα (50%).⁵⁵ Μια ιδιαίτερη μορφή κατάθλιψης είναι η περιγεννητική κατάθλιψη. Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική, είτε ατομικά, ή σε ομάδες. Ομάδες μητέρων βοηθούν εκτός και αν συμπεριλαμβάνουν μαζί καταθλιπτικές με μη καταθλιπτικές μητέρες οπότε οι καταθλιπτικές χειροτερεύουν.⁵⁶⁻⁵⁸ Μη κατευθυντική ή υποστηρικτική συμβουλευτική βοηθά για ήπια έως μέτρια κατάθλιψη.^{59,60} Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική για λοχειακή κατάθλιψη,^{59,61} εξίσου αποτελεσματική με φλουοξετίνη⁶² και σε ομαδική μορφή.⁶³ Η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική για λοχειακή κατάθλιψη συγκριτικά με λίστα αναμονής^{64,65} και σε ομαδική μορφή.⁶⁶

Μηχανισμός αλλαγής-ψυχολογικά δεδομένα

Οι ψυχοθεραπείες, λοιπόν, βοηθούν στην κατάθλιψη. Με ποιον, όμως, τρόπο; Έχει γίνει προσπάθεια να βρεθούν τα ειδικά εκείνα συστατικά που έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ως θετικά στοιχεία αναφέρονται η θε-

ραπευτική σχέση (συνεργατικός εμπειρισμός), η θεραπευτική συμμαχία και οι προσδοκίες του ασθενή, στοιχεία που δείχνουν το βαθμό εμπλοκής του στη θεραπεία.^{67,68} Ως αρνητικά στοιχεία αναφέρονται οι τελειοθηρικές πεποιθήσεις, η παράξενη-εκκεντρική και η καταθλιπτική προσωπικότητα.^{68,69} Σημαντικό ρόλο παίζουν τα «μεγάλα απότομα κέρδη» ("sudden gains"),⁷⁰⁻⁷² τα οποία εμφανίζονται νωρίς, μετά από μια ιδιαίτερα σημαντική από πλευράς γνωσιακής αλλαγής συνεδρία. Ασθενείς που αναφέρουν τέτοιες αλλαγές έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και σε άλλες ψυχοθεραπείες. Σημαντικό στοιχείο για τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η απόκτηση μεταγνωσιακής ικανότητας. Όταν επιτυγχάνεται δηλαδή αλλαγή του τρόπου σκέψης και όχι μόνο του περιεχομένου,⁴⁷ ο τρόπος επεξεργασίας των ερεθισμάτων γίνεται λιγότερο δύσκαμπτος και απόλυτος και αυξάνεται η ικανότητα ανάλυσης καταστάσεων.⁷³ Ο Teasdale αναφέρει τον όρο «μεταγνωσιακή συνειδητότητα».⁷⁴ όσο πιο αυξημένη είναι, τόσο μεγαλύτερος ο χρόνος για υποτροπή (ελεγχόμενη μελέτη). Αυτά σημαίνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προλαμβάνει την υποτροπή μετατοπίζοντας την τροπικότητα (mode) της επεξεργασίας πληροφοριών στη σκέψη των καταθλιπτικών (κάτι που δεν γνωρίζουμε αν ισχύει για την οξεία έκφραση του καταθλιπτικού επεισοδίου).

Για τη διαπροσωπική θεραπεία, μεταγραφές από συνεδρίες για διαπροσωπική σύγκρουση⁷⁵ δείχνουν ότι οι τεχνικές του θεραπευτή που προωθούν την αλλαγή είναι: η διερεύνηση, η αναζήτηση αντιστοιχιών σε άλλες σχέσεις, η διερεύνηση μοτίβων σχέσεων, η διερεύνηση επικοινωνιακών μοτίβων, η σηματοδότηση των σημαντικών, η παροχή υποστήριξης, η διερεύνηση εναλλακτικών, η επίλυση προβλήματος, η σηματοδότηση αναλογιών και η αντιπαράθεση. Από την άλλη μεριά, τα κύρια στοιχεία του ασθενή που βοηθούν στην αλλαγή είναι: η διάθεση να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα, να αναθεωρήσει διαπροσωπικά ζητήματα και να ανακατασκευάσει την αίσθηση εαυτού. Βοηθητικά στοιχεία, επίσης, ήταν η ικανότητα να διαχειρίζεται πολλαπλές θεωρήσεις για το ίδιο θέμα, η ενημερότητα για τα συναισθήματα των άλλων, η επιθυμία για αλλαγή, το αίσθημα ευθύνης για αλλαγή, η ικανότητα να χρησιμοποιεί ευρεία γκάμα επικοινωνιακών στρατηγικών, η επιθυμία για συνεργασία και η ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης.⁷⁶

Μηχανισμός αλλαγής – νευροβιολογικά δεδομένα

Λίγες μελέτες συγκρίνουν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία ως προς τις μεταβολές που προκαλούν στο μεταβολισμό περιοχών εγκεφάλου. Βρίσκουν διαφορές, αλλά έχουν μεθοδολογικές ελλείψεις: παρόμοια αποτελεσματικότητα στην εξομάλυνση του μεταβολισμού στον προμετωπιαίο λοβό σε ασθενείς που έλαβαν παροξετίνη ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία,⁷⁷ μικρές διαφορές (αύξηση στο μεταβολισμό του μαιχμιακού συστήματος στην ομάδα της ψυχοθεραπείας, παρόμοια αύξηση στο μεταβολισμό των βασικών γαγγλίων και στις δύο ομάδες) σε ασθενείς που έλαβαν βενλαφαξίνη ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία⁷⁸ και διαφοροποιήσεις στο μεταβολισμό εγκεφαλικών δομών σε ασθενείς που έλαβαν παροξετίνη ή γνωσιακή ψυχοθεραπεία: αύξηση του μεταβολισμού στις δομές του προμετωπιαίου φλοιού στην ομάδα της παροξετίνης, αλλά μείωση στην ομάδα της γνωσιακής με ταυτόχρονη αύξηση στο ραχιαίο τμήμα της υπερμεσολοβίου έλικας.⁷⁹ Σημαντική είναι η εργασία των Kennedy et al⁸⁰ όπου τυχαίοποιημένα οι ασθενείς έλαβαν βενλαφαξίνη και γνωσιακή ψυχοθεραπεία και μετρήθηκαν οι αλλαγές του μεταβολισμού της γλυκόζης σε αυτούς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία. Και οι δύο θεραπείες εμφάνισαν μείωση στον έσω προμετωπιαίο φλοιό (αριστερά) και στον μετωπο-κογχικό φλοιό (άμφω), αλλά αύξηση στον κροταφο-ινιακό φλοιό (δεξιά). Οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία εμφάνισαν, επίσης, αυξημένη δραστηριότητα στην υπερμεσολοβία έλικας, ενώ οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη βενλαφαξίνη εμφάνισαν μείωση στα οπίσθια τμήματα της περιοχής υπό το γόνυ του μεσολοβίου (περιοχή 25 κατά Brodmann) δεξιά. Ο ρόλος της υπερμεσολοβίας έλικας είναι πολύ σημαντικός: συντονίζει τα αισθητηριακά αντιληπτά ερεθίσματα με τα συναισθήματα, ρυθμίζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις στον πόνο και ρυθμίζει την επιθετική συμπεριφορά.

Τελευταίες εργασίες συνδέουν νευροβιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στη σύγχρονη πρακτική γίνεται όλο και πιο σημαντικός, όσο αναδεικνύεται η λειτουργία της, όχι μόνο μέσω ψυχολογικών ενδείξεων, αλλά και μέσω βιολογικών δεικτών. Αναφέρονται ενδεικτικά οι εργασίες των Caspi⁸¹ και Pezawas.⁸² στην πρώτη μελέτη γίνεται φανερή η αλληλεπίδραση

περιβάλλοντος και γονιδίων στην ευαλωτότητα για κατάθλιψη (η πιθανότητα για εμφάνιση κατάθλιψης για τους φορείς ομόζυγου βραχέος αλληλίου του γονιδίου για το μεταφορέα της σεροτονίνης αυξάνεται πολλαπλάσια όσο αυξάνεται η σοβαρότητα του στρες στο οποίο έχουν υποβληθεί, σε σχέση με τους ετερόζυγους φορείς ή τους ομόζυγους φορείς του μακρού αλληλίου). Στη δεύτερη μελέτη βρέθηκε ότι υπήρχε λιγότερη φαϊά ουσία στην περιοχή γύρω από το γόνυ του πρόσθιου τμήματος της υπερμεσολοβίου έλικας και στην αμυγδαλή σε ασθενείς που είχαν τη βραχεία μορφή του πολυμορφισμού συγκριτικά με άτομα που είχαν τον μακρό/μακρό γονότυπο. Ομοίως, έχει βρεθεί ότι η βραχεία μορφή του πολυμορφισμού του γονιδίου για το μεταφορέα της σεροτονίνης (χαμηλή έκφραση του γονιδίου) αυξάνει κίνδυνο για μετατραυματική διαταραχή μετά από στρες (PTSD) (μετά από διόρθωση για φύλο, ηλικία και οικογενειακό ιστορικό) κατά 4,5 φορές και μείζονα κατάθλιψη μόνο σε συνθήκες υψηλού στρες και χαμηλής κοινωνικής στήριξης.⁸³ Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας είναι να «διορθώσει» στο βαθμό που της αναλογεί τις επιπτώσεις από το ψυχοκοινωνικό στρες, κάτι που όταν επιτυγχάνεται γίνεται αντιληπτό και με νευροβιολογικές μεθόδους.

Μεθοδολογικά ζητήματα

Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία παραμένει ένα ανοιχτό ζήτημα. Αρκετά μεθοδολογικά ζητήματα δεν έχουν διευθετηθεί:

Οι διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες που αποτελούν τον κανόνα για τον έλεγχο των φαρμακευτικών θεραπειών, στον τομέα των ψυχοθεραπειών αποτελούν ακόμη μελλοντικό στόχο. Οι πιο πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες αφορούν στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, αλλά η κριτική που δέχονται είναι σημαντική, καθώς υποστηρίζεται ότι είναι τα μη ειδικά στοιχεία της θεραπείας που δίνουν αποτελεσματικότητα.⁵⁰

Οι παρεμβάσεις, γενικά, είναι δύσκολες και η παρακολούθηση σύνθετη. Η ψυχοθεραπεία θεωρείται ότι μπορεί να έχει επίδραση και σε στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενή, σε αντίθεση με τα φάρμακα. Πώς μπορεί να ξεχωρίσει κανείς αυτή τη δράση, για να δει ποια είναι η δράση στα συμπτώματα της κατά-

θλιψης (ή οποιασδήποτε άλλης διαταραχής); Από την άλλη μεριά, πώς μπορεί κανείς να ξέρει ποια είναι η επίδραση της προσωπικότητας του ασθενή στην ανταπόκριση στη θεραπεία; Στην καθημερινή κλινική πρακτική οι ασθενείς δεν προσέρχονται απαλλαγμένοι από έντονα στοιχεία ή και διαταραχές προσωπικότητας.

Οι ασθενείς επιλέγουν αν θα κάνουν και ποιου τύπου ψυχοθεραπεία, αυτό είναι μια προκατάληψη (bias) για κάθε μελέτη. Όπως επίσης και οι θεραπευτές δεν είναι ουδέτεροι απέναντι στον τύπο της ψυχοθεραπείας που ασκούν. Στοιχεία του θεραπευτή όπως η εκπαίδευση, η πείρα, το κίνητρο και η προσωπικότητα παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας.

Ένα ζήτημα ακόμη είναι η επιλογή των ασθενών: όταν μιλούμε για κατάθλιψη και μελέτες, οι αυτοκτονικοί ασθενείς και αυτοί που δεν θέλουν για οποιοδήποτε λόγο να μπουν στη μελέτη δεν λαμβάνονται υπόψιν. Πώς επηρεάζουν τα αποτελέσματα οι διακοπές της θεραπείας (drop outs); Αυτά, βεβαίως, είναι θέματα που αφορούν και την έρευνα της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Κοινό ζήτημα είναι, επίσης, και η χρηματοδότηση της έρευνας, με εκ διαμέτρου διαφορετικές λύσεις: εύκολη και ικανή χρηματοδότηση για τη φαρμακευτική έρευνα, δύσκολη και ισχνή για τις ψυχοθεραπείες. Τελευταίες μελέτες που δείχνουν τη συνεργική αποτελεσματικότητα των δύο θεραπειών ίσως δείξουν ότι η ψυχοθεραπεία δεν είναι πολυτέλεια, αλλά σημαντικός κρίκος στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Συμπεράσματα:

- Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν αποτελεσματική εναλλακτική λύση στις ήπιες και μετρίου βαθμού καταθλίψεις.
- Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι σημαντικές ως συμπληρωματική παρέμβαση στις κλινικά σοβαρές καταθλίψεις.
- Υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα ότι η ψυχοθεραπεία έχει σημαντικό ρόλο στη σοβαρή κατάθλιψη και κυρίως στην πρόληψη των υποτροπών, συνήθως μαζί με φαρμακοθεραπεία.
- Υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα για τη βιολογική βάση και της ψυχοθεραπείας.

Psychotherapeutic approaches of depression

I.M. Michopoulos,¹ I.M. Zervas²

¹2nd Department of Psychiatry, Athens University Medical School, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece

²1st Department of Psychiatry, Athens University, Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:211–221

All schools of psychotherapy have developed specific therapeutic approaches for depression. Common elements exist but still there are differences as well. In this we will review the following approaches, mostly cited in the depression therapy literature: Psychoanalytic, Behavioral, Cognitive and Interpersonal. Recent studies show that psychotherapy is effective in depression, even in the elderly and in hospitalized patients. Psychotherapy results are very good in mild to moderate depression. In combination with pharmacotherapy, psychotherapy shows good results in severe depression. It has an important role in preventing new episodes. Recent functional imaging studies show how psychotherapy can affect biological brain structure and function. However, there are still methodological issues that have to be dealt with in psychotherapy research.

Key words: Depression, psychotherapy, psychoanalytic, cognitive, behavioral, interpersonal, effectiveness

Βιβλιογραφία

1. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing*. New York, Norman Cousins, 1993
2. Barron JW. *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington DC, American Psychological Association, 1998
3. Klein M. *Love, guilt and reparation: and other works 1921–1945*. New York, Free Press, 1975
4. Bowlby J. *Loss: sadness and depression (Attachment and loss)*. Basic Books, New York, 1980
5. Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant symbiosis and individuation*. New York, Basic Books, 2000
6. Costello CG. *Anxiety and depression: the adaptive emotions*. New York, Fireside ed 1976
7. Lewinshon P. *Control your depression*. Fireside ed, New York, 1992
8. Seligman EPM. *Helplessness: On depression, development and death*. Fireside ed. New York, 1976
9. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976
10. Weissman M, Markowitz JC, Klerman G. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, Basic Books, 2000
11. Department of Health. *Treatment choice in psychological therapies and counseling*. UK, 2001
12. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, III, Pilkonis PA, Hurley K et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:1009–1015
13. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:714–719
14. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000, 342:1462–1470
15. Cuijpers P, van SA, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2008
16. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992, 149:151–158
17. Svartberg M, Stiles TC. Efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1993, 150:684–685
18. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de JF. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007, 22:1–8
19. Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Hendriksen M, Vink A, Schoevers RA. Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depress Anxiety* 2007, 24:553–562
20. Sweet AA, Loizeaux AL. Behavioral and cognitive treatment methods: a critical comparative review. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991, 22:159–185
21. Stravynski A, Greenberg D. The psychological management of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:407–414

22. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006, 74:658-670
23. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:468-477
24. Cuijpers P, van SA, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007, 22:9-15
25. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, 49:59-72
26. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:414-419
27. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1007-1013
28. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen TS. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002, 68:159-165
29. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:971-782
30. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007, 164:739-752
31. de Mello MF, de Jesus MJ, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 255:75-82
32. Cuijpers P, van SA, Andersson G, van OP. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:909-922
33. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:409-416
34. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007, 190:496-502
35. Schramm E, van CD, Dykierok P, Lieb K, Kech S, Zobel I et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007, 164:768-777
36. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *J Clin Psychol* 2003, 59:847-858
37. Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA, Banks PL, Blalock JA, Borian FE et al. Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:513-520
38. Klein DN, Santiago NJ, Vivian D, Blalock JA, Kocsis JH, Markowitz JC et al. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:681-688
39. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007, 45:617-625
40. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008, 300:1551-1565
41. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 15):13-7
42. Blackburn IM, Eunson KM, Bishop S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986, 10:67-75
43. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:782-787
44. Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:802-808
45. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:381-388
46. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:417-422
47. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69:347-357
48. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:31-40
49. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:647-657
50. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007, 10:131-136
51. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:1053-1059
52. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:769-773
53. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999, 281:39-45
54. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR et al. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2007, 164:761-767
55. Rohan KJ, Roeklein KA, Tierney LK, Johnson LG, Lippy RD, Lacy TJ et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007, 75:489-500
56. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 2000, 49:395-399
57. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2003, 48:115-124

58. Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992, 33:685-698
59. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003, 182:412-419
60. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996, 39:209-216
61. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2002, 41:405-409
62. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997, 314:932-936
63. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996, 30:852-860
64. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:1039-1045
65. Stuart S, O'Hara MW. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:75-76
66. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001, 10:124-131
67. Blatt SJ, Quinlan DM, Zuroff DC, Pilkonis PA. Interpersonal factors in brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:162-171
68. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:532-539
69. Shahar G, Blatt SJ, Zuroff DC, Pilkonis PA. Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:629-633
70. Tang TZ, Luborsky L, Andrusyna T. Sudden gains in recovering from depression: are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:444-447
71. Tang TZ, DeRubeis RJ, Beberman R, Pham T. Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:168-172
72. Kelly MA, Roberts JE, Ciesla JA. Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behav Res Ther* 2005, 43:703-714
73. Manber R, Chambers AS, Hitt SK, McGahuey C, Delgado P, Allen JJ. Patients' perception of their depressive illness. *J Psychiatr Res* 2003, 37:335-343
74. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:275-287
75. Crowe M, Luty S. The process of change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry* 2005, 68:43-54
76. Crowe M, Luty S. Patterns of response and non-response in interpersonal psychotherapy: a qualitative study. *Psychiatry* 2005, 68:337-349
77. Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:631-640
78. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:641-648
79. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:34-41
80. Kennedy SH, Konarski JZ, Segal ZV, Lau MA, Bieling PJ, McIntyre RS et al. Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007, 164:778-788
81. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386-389
82. Pezawas L, Meyer-Lindenberg A, Drabant EM, Verchinski BA, Munoz KE, Kolachana BS et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neurosci* 2005, 8:828-834
83. Young KA, Holcomb LA, Bonkale WL, Hicks PB, Yazdani U, German DC. 5HTTLPR polymorphism and enlargement of the pulvinar: unlocking the backdoor to the limbic system. *Biol Psychiatry* 2007, 15, 61:813-818
84. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1990, 147:133-147

Αλληλογραφία: Ι.Μ. Μιχόπουλος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αττικό» Γενικό Νοσοκομείο, Ρίμινι 1, 124 62 Αθήνα, Τηλ. 210-58 32 426, Fax: 210-53 26 453
e-mail: imihopou@med.uoa.gr