

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπισή της με ηλεκτροσπασμοθεραπεία

ΣΚΟΠΟΣ Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ΗΣΘ) στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών στην εφαρμογή της. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 24 θήλεις νοσηλεύόμενες ασθενείς >65 ετών με διάγνωση μονοπολική συναισθηματική διαταραχή. Εφαρμόστηκε η τροποποιημένη ΗΣΘ, τόσο η μονόπλευρη και η αμφοτερόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων όσο και ο συνδυασμός των δύο μεθόδων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τις 24 ασθενείς, η απάντηση στη θεραπεία χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετική σε 19 από αυτές (79%), μέτρια σε 3 (12%) και ελάχιστη σε 2 (9%). Εξαιρετική απάντηση παρουσίασαν οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη συνοδευόμενη με ψυχωσικά στοιχεία, ενώ η μονόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων διαπιστώθηκε το ίδιο αποτελεσματική με την αμφοτερόπλευρη εφαρμογή. Ήπια παροδική γνωσιακή δυσλειτουργία παρατηρήθηκε σε 7 ασθενείς (29%) και σοβαρή σε 3 (12%). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η ΗΣΘ στις ηλικιωμένες καταθλιπτικές ασθενείς θεωρείται αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική μέθοδος, κυρίως όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται με ψυχωσικά στοιχεία, καθώς επίσης και στις περιπτώσεις μη ανοχής, από μέρους των ασθενών, των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ύπαρξης ιστορικού φαρμακευτικών αποπειρών αυτοκαταστροφής.

Η κατάθλιψη θεωρείται η συχνότερα απαντώμενη ψυχοπαθολογική κατάσταση στην καθημερινή ψυχιατρική πρακτική. Πολυκεντρικές επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι μία στις 10 γυναίκες και ένας στους 20 άνδρες θα εμφανίσει καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της ζωής του.¹ Στους ηλικιωμένους, η κατάθλιψη αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη ψυχική διαταραχή μετά τη νόσο του Alzheimer.² Μεταξύ των ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα, ποσοστό 3% υποφέρουν από δυσθυμία και 8-15% παρουσιάζουν κλινική συμπτωματολογία κατάθλιψης, ενώ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη παρατηρήθηκαν ποσοστά κατάθλιψης που κυμαίνονται από 17-37%.^{2,3} Ο επιπολασμός (prevalence) της παρουσιάζεται αυξημένος και στον ελληνικό πληθυσμό, με 27% μέτριου και σοβαρού βαθμού κατάθλιψη και 12% ήπιου βαθμού κατάθλιψη.^{4,5} Όπως και στους ενήλικες, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι διπλάσιος στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες.⁶ Η νόσος θεωρείται αιτιολογικά ετερογενής, με παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς.

Η αναγνώρισή της παρουσιάζει δυσκολίες, τόσο για το γενικό γιατρό, όσο μερικές φορές και για τον ψυχίατρο, καθόσον εκδηλώνεται συχνά με άτυπα χαρακτηριστικά, εμφανίζει συννοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις, κυρίως αγχώδεις διαταραχές,⁷ ενώ επηρεάζεται από αλλαγές στη φυσική λειτουργικότητα του ατόμου.^{2,3,8} Η ψυχική αυτή διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνή, σε ποσοστό περίπου 20%, και σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer.^{9,10}

Η κατάθλιψη ευθύνεται για αυξημένο κόστος νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης,¹¹ δημιουργεί προβλήματα στη δομή της οικογένειας του ασθενούς, κυρίως όμως συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφής, αφού 15% των ασθενών, τελικά, πεθαίνουν μετά από επιτυχή απόπειρα αυτοκτονίας.¹² Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς απαντούν στη θεραπεία, η νόσος συχνά δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα και αποτελεσματικά, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε χρονιότητα, νοσηρότητα και θνητότητα.^{12,13} Έχει διαπιστωθεί ότι μόνο ένα ποσοστό 15-25% των ηλικιωμένων με σοβα-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(6):583-589
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(6):583-589

Γ.Ν. Παπαδημητρίου,
Ι.Μ. Ζέρβας,
Α.Μ. Πολίτης,
Γ.Ι. Κανατάς,
Ι.Γ. Παπακώστας,
Κ.Ρ. Σοηδάτος

Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο
Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο,
Αθήνα

Depression in the elderly
and its management with
electroconvulsive therapy

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία
Ηλικιωμένοι
Κατάθλιψη

Υποβλήθηκε 18.4.2006
Εγκρίθηκε 7.7.2006

ρή κατάθλιψη λαμβάνουν θεραπεία.^{14,15} Από την άλλη πλευρά, μελέτες έδειξαν ότι η πρώιμη παρέμβαση μειώνει δραστικά τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και είναι αποτελεσματική στην αποτροπή της χρονιότητας της νόσου.¹⁶ Αν η θεραπεία αρχίσει πρώιμα στη διαδρομή του επεισοδίου, η χρονική διάρκειά του μειώνεται από 6 μήνες, που θεωρείται ως μέση διάρκεια, σε <3 μήνες.^{17,18}

Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων κατέχει από 50ετίας κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, τόσο των ενηλίκων όσο και των ηλικιωμένων.¹⁹ Όμως, συχνά η αναποτελεσματικότητα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακοθεραπείας (αύξηση σωματικού βάρους, καρδιαγγειακές επιπλοκές κ.ά.), κυρίως με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, οι αντιχολινεργικές ιδιότητες των φαρμάκων, που μπορεί να δημιουργήσουν διανοητική σύγχυση, αποπροσανατολισμό, ανησυχία και συμπτώματα που προσομοιάζουν με ανοϊκά σύνδρομα,²⁰ καθώς και το ιστορικό φαρμακευτικών αποπειρών αυτοκαταστροφής, περιορίζουν σε αρκετές περιπτώσεις τη χορήγησή τους.²¹ Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το θέμα της πολυφαρμακίας στους ηλικιωμένους ασθενείς, η συννοσηρότητα με σωματικές παθήσεις, οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων, καθώς και η πλημμελής συμμόρφωση (compliance) των ασθενών αυτών στη φαρμακοθεραπεία.²⁰

Έτσι, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφαρμόζονται και μη φαρμακευτικές βιολογικές θεραπείες.^{22,23} Ανάμεσα σε αυτές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) (electroconvulsive therapy, ECT) –ίσως η πλέον αμφιλεγόμενη μέθοδος θεραπείας στην ψυχιατρική θεραπευτική– κατόρθωσε να επιζήσει ως θεραπευτική μέθοδος από την πρώτη εφαρμογή της από τους Cerletti και Bini το 1938.²⁴ Τις τελευταίες δεκαετίες, πέρα από την αναθέρμανση του θεραπευτικού ενδιαφέροντος για την εφαρμογή της, οι μύθοι, οι προκαταλήψεις, καθώς και η στάση του κοινού απέναντί της έχουν ριζικά τροποποιηθεί.^{22,25-29} Προς την κατεύθυνση αυτή συνετέλεσε ιδιαίτερα η σαφής βελτίωση των συνθηκών εφαρμογής της με τη χρήση της τροποποιημένης (modified) ΗΣΘ (αναισθησία, μυοχάλαση, οξυγόνωση, ρεύματα βραχέων παλμών, αρτιότερα μηχανήματα παραγωγής ηλεκτρικού ερεθίσματος), που έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ασφάλεια των ασθενών με ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της.^{22,23,27,30}

Η ΗΣΘ εφαρμόζεται στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους και αναφέρεται αποτελεσματική ιδιαίτερα στους ασθενείς εκείνους που εμφανίζουν συχνές υποτροπές της νόσου, συνοδά ψυχωσικά στοιχεία με παραληρητι-

κές ιδέες σύντονες ή όχι με το συναίσθημα, εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εξάντληση, καχεξία και αφυδάτωση, καθώς και ανθεκτικότητα στη φαρμακοθεραπεία.³¹⁻³⁹

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ανοχή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε ηλικιωμένες καταθλιπτικές ασθενείς, καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αυτή μέθοδο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Είκοσι τέσσερις θήλεις νοσηλευόμενες ασθενείς, ηλικίας >65 ετών, με μονοπολική συναισθηματική διαταραχή αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης. Η διάγνωση της μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής βασίστηκε στα κριτήρια DSM-IV. Σε 5 ασθενείς διαπιστώθηκε και η ύπαρξη ψυχωσικών στοιχείων. Για την τεκμηρίωση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας, καθώς και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΗΣΘ, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton⁴⁰ πριν από την έναρξη και μετά από τη διακοπή των συνεδριών. Η απάντηση στη θεραπεία χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετική στην περίπτωση μείωσης >50% της βαθμολογίας στην κλίμακα Hamilton, μέτρια (μείωση >30%) και ελάχιστη (μείωση <10%). Στην αξιολόγηση ελήφθη επίσης υπόψη η διάρκεια της νόσου και η διάρκεια του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση (φαρμακευτική ή μη) των ασθενών σε προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια της νόσου. Ασθενείς με νευροψυχιατρικά νοσήματα, όπως άνοια τύπου Alzheimer, αγγειακή άνοια και νόσο του Parkinson, αποκλείστηκαν από τη θεραπεία.

Ως λόγοι θεραπευτικής επιλογής της ΗΣΘ θεωρήθηκαν η μη βελτίωση της κλινικής εικόνας από τη χορήγηση ψυχοφαρμάκων ή η ανθεκτικότητα των ασθενών στη φαρμακοθεραπεία, η θετική απάντηση στην εφαρμογή της ΗΣΘ κατά το παρελθόν, η επείγουσα κατάσταση της συμπτωματολογίας και η βαρύτητα της νόσου. Τα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Μετά από τη συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς και των συγγενών του, εφαρμόστηκε η τροποποιημένη ΗΣΘ (χρήση

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών γυναικών (n=24).

Ηλικία (έτη)	Εύρος 65–80 (70,0±3,5)
Διάγνωση	Μονοπολική διαταραχή χωρίς ψυχωσικά στοιχεία, n=19 (79%) Μονοπολική διαταραχή με ψυχωσικά στοιχεία, n=5 (21%)
Διάρκεια νόσου (έτη)	Εύρος 1–51 (25,0±16,8)
Διάρκεια παρόντος επεισοδίου (μήνες)	Εύρος 3–15 (6,0±3,3)

αναισθησίας, μυοχάλασης και οξυγόνωσης) με συχνότητα τρεις συνεδρίες την εβδομάδα. Σε σχέση με την εφαρμογή των ηλεκτροδίων, χρησιμοποιήθηκε η μονόπλευρη (unilateral) εφαρμογή των ηλεκτροδίων στο μη επικρατητικό ημισφαίριο, η αμφοτερόπλευρη (bilateral) εφαρμογή, καθώς και ο συνδυασμός των δύο μεθόδων. Ο χρόνος σπασμών ελέγχθηκε με τη μέθοδο του σφυγμομανόμετρου (cuff method), ως επιτυχής όμως συνεδρία θεωρήθηκε εκείνη με χρόνο σπασμών >20 sec.^{23,30,41}

Για τη συνολική εκτίμηση της θεραπείας αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της μεθόδου με τη σταθεροποίηση της κλινικής συμπτωματολογίας, η ασφάλειά της, η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, η ανοχή της από μέρους των ασθενών και, τέλος, η συμμόρφωση των ασθενών στην εφαρμογή της μεθόδου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 24 ασθενείς, όλες (100%) είχαν υποβληθεί σε φαρμακοθεραπεία κατά το παρελθόν, ενώ οι 12 από αυτές (50%) και σε ΗΣΘ. Σε σχέση με τους λόγους επιλογής της ΗΣΘ, πέρα από τις 12 ασθενείς που είχαν υποβληθεί στη θεραπεία αυτή στο παρελθόν με καλή απάντηση, 8/24 (33%) παρουσίαζαν ανθεκτικότητα στη φαρμακοθεραπεία, ενώ σε 4/24 (17%) η εφαρμογή της ΗΣΘ χαρακτηρίστηκε ως επείγουσα κατάσταση λόγω βαρύτητας της κλινικής συμπτωματολογίας. Πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε μονόπλευρη ΗΣΘ, 9 σε αμφοτερόπλευρη και 10 σε συνδυασμό των δύο μεθόδων. Ο αριθμός των συνεδριών κυμάνθηκε από 5–20 (13,0±3,7), ενώ ο χρόνος σπασμών από 20–69 sec (27,0±4,5).

Η απάντηση στη θεραπεία, σύμφωνα με τα κριτήρια για την αξιολόγησή της, χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετική σε 19 ασθενείς (79%), μέτρια σε 3 (12%) και ελάχιστη σε 2 (9%) ασθενείς. Εξαιρετική απάντηση παρουσίασαν κυρίως οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη συνοδευόμενη με ψυχωσικά στοιχεία. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου διαπιστώθηκε από τις πρώτες συνεδρίες και αυτό συνετέλεσε προοδευτικά στη μείωση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών. Όσον αφορά στην τοποθέτηση των ηλεκτροδίων, η μονόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων βρέθηκε το ίδιο αποτελεσματική με την αμφοτερόπλευρη εφαρμογή.

Σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθόδου, παρατηρήθηκε ήπια-παροδική γνωστική δυσλειτουργία σε 7 ασθενείς (29%) και σοβαρή σε 3 (12%). Για τις τελευταίες απαιτήθηκε η διακοπή των συνεδριών, που είχε ως αποτέλεσμα την ανάταξη της γνωστικής δυσλειτουργίας. Παθολογικές επιπλοκές, όπως καρδιακή αρρυθμία και υπόταση, εμφανίστηκαν σε 2 ασθενείς (8%),

ενώ σωματικά ενοχλήματα του τύπου της κεφαλαλγίας-ζάλης αναφέρθηκαν από μία ασθενή (4%).

Τέλος, η διάρκεια της νόσου και του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, καθώς και η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών σε προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια της νόσου, δεν φαίνεται να επηρέασαν το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εξαιρετική απάντηση στη θεραπεία παρουσιάστηκε σε ποσοστό 79% (19/24 ασθενείς) και μέτρια απάντηση σε 12% (3/24). Το συνολικό ποσοστό υπερβαίνει το 90% στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενα ευρήματα, ότι τα επίπεδα αποτελεσματικότητας της ΗΣΘ κυμαίνονται από 63–98% των ασθενών,⁴² ενώ δεν υπάρχει συγκριτική μελέτη που να παρουσιάζει την ΗΣΘ να υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων²⁸ ή που να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι κάποια άλλη θεραπευτική παρέμβαση είναι αποτελεσματικότερη της ΗΣΘ στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.^{39,43} Η πρώιμη, μάλιστα, εφαρμογή της ΗΣΘ περιορίζει σημαντικά το χρόνο νοσηλείας των ασθενών σε σχέση με τον αντίστοιχο χρόνο νοσηλείας μετά από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων,⁴⁴ καθώς και την πιθανότητα χρονιότητας της συναισθηματικής διαταραχής.⁴⁵

Το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα εκδηλώθηκε στις ασθενείς μας από τις πρώτες συνεδρίες. Αυτό συμφωνεί με τη διαπίστωση ότι η μέθοδος εμφανίζει ταχύτερη έναρξη δράσης, που μπορεί μάλιστα να εκδηλωθεί και μετά από την πρώτη συνεδρία.⁴⁶ Καλύτερη απάντηση στη θεραπεία παρατηρήθηκε στις ασθενείς μας που εμφάνιζαν ψυχωσικά στοιχεία, ευρήματα που συμφωνούν με άλλες μελέτες.^{23,47–49}

Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε σχέση με τη μονόπλευρη και την αμφοτερόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές. Το γεγονός αυτό παρατηρήθηκε και σε άλλες μελέτες, αν και αναφέρεται επίσης ότι η αμφοτερόπλευρη είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μονόπλευρη εφαρμογή, στην οποία μερικοί ασθενείς δεν απαντούν, ενώ, αντίθετα, απαντούν στην αμφοτερόπλευρη ΗΣΘ.^{23,33} Η κλασική, όμως, αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση των ηλεκτροδίων φαίνεται ότι εμφανίζει ταχύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε σοβαρές καταστάσεις, όπως ο άμεσος κίνδυνος αυτοκτονίας και η έντονη ψυχοκινητική διέγερση ή αναστολή (εμβρο-

ντισία).^{22,26} Υψηλή δόση μονόπλευρης ΗΣΘ χαρακτηρίστηκε το ίδιο αποτελεσματική με την αμφοτερόπλευρη, με εμφάνιση όμως λιγότερων ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως π.χ. η μονόπλευρη φαίνεται ότι ακολουθείται από σημαντικά μειωμένη σύγχυση και μετακριτική διαταραχή της μνήμης.^{41,47,50} Επίσης, ο χρόνος για την αποκατάσταση του διαταραχθέντος προσανατολισμού βρέθηκε ότι είναι μεγαλύτερος στην αμφοτερόπλευρη απ' ό,τι στη μονόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων.⁵¹

Η πλέον συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της ΗΣΘ είναι η γνωσιακή δυσλειτουργία, που αποτελεί και την κύρια αντίδραση τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους για την εφαρμογή της μεθόδου. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρονται περιλαμβάνουν την καρδιαγγειακή δυσλειτουργία, την παρατεταμένη άπνοια, τους παρατεταμένους σπασμούς, τα σωματικά ενοχλήματα και την εμφάνιση μανιακής συμπτωματολογίας.^{23,27,30,41}

Στις ασθενείς μας παρατηρήθηκε ήπια παροδική γνωσιακή δυσλειτουργία σε ποσοστό 29% και σοβαρή σε ποσοστό 12% (3 ασθενείς διέκοψαν τις συνεδρίες και η γνωσιακή δυσλειτουργία ανατάχθηκε), ευρήματα συμβατά με τη βιβλιογραφία.^{23,39} Οι διαταραχές της γνωσιακής λειτουργίας επανέρχονται στο φυσιολογικό ανάλογο με το χρόνο που παρήλθε από τη νοσηλεία του ασθενούς.⁵¹ Θα πρέπει να τονιστεί ότι η εφαρμογή της ΗΣΘ στη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους δεν συνοδεύεται απαραίτητα με σημαντική λειτουργική μείωση της γνωσιακής απόδοσης,⁵² ενώ, από την άλλη πλευρά, παρατηρήθηκε και βελτίωση ή σταθεροποίηση της μνημονικής λειτουργίας μετά από ΗΣΘ.^{26,53,54} Καρδιαγγειακές επιπλοκές (καρδιακή αρρυθμία, υπόταση) παρουσιάστηκαν σε χαμηλό ποσοστό (8%) των ασθενών μας. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΗΣΘ παρατηρήθηκαν ενίοτε διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, κοιλιακές αρρυθμίες, ιδίως σε αυτούς που έχουν σχετικό ιστορικό, καθώς και παροδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές.^{14,39} Η ΗΣΘ μπορεί να γίνει καλά ανεκτή ακόμη και σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις.²² Οι καρδιακές επιπλοκές, όμως, παρουσιάζονται συχνότερα σε πληθυσμό που θεραπεύεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα απ' ό,τι με ΗΣΘ.⁵⁵

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ΗΣΘ χαρακτηρίζεται ως ασφαλής θεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, ενώ γίνεται καλά ανεκτή από την πλειονότητα των ασθενών. Η μέθοδος θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική σε ασθενείς ακόμα και >90 ετών με συνοδά ιατρικά προβλήματα που δεν απαντούν σε φαρμακολογικές θεραπείες.^{56,57}

Η θνητότητα στην ΗΣΘ υπολογίζεται σε 1/10.000 ασθενείς, αποτελεί, ωστόσο, κίνδυνο ανάλογο με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος από τη γενική αναισθησία για μικροχειρουργική επέμβαση.^{23,28} Ο κίνδυνος αυτός είναι μικρότερος εκείνου που συνδέεται με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.²⁸ Οι καρδιακές επιπλοκές που συμβαίνουν αμέσως ή λίγες ώρες μετά από τη συνεδρία θεωρούνται η κυριότερη αιτία θανάτου, κυρίως στους ασθενείς με ιστορικό καρδιοπάθειας.¹⁴

Στην κλινική εφαρμογή της ΗΣΘ, από τους περισσότερους ερευνητές θεωρείται παραδεκτό ότι 6–12 συνεδρίες αρκούν για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.^{22,30,31} Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τρεις συνεδρίες την εβδομάδα (όπως και οι ασθενείς μας) αναφέρεται ότι παρουσίασαν ταχύτερο αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα σε σχέση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε μία συνεδρία την εβδομάδα, ενώ δεν παρουσιάστηκαν διαφορές στη γνωσιακή λειτουργία.⁵⁸ Σε άλλες, όμως, μελέτες δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη θεραπευτική απάντηση, με συχνότητα τριών ή δύο συνεδριών την εβδομάδα, τριών ή μίας συνεδρίας εβδομαδιαίως, η συχνότερη όμως εφαρμογή της μεθόδου συνοδεύεται με μεγαλύτερη μνημονική δυσλειτουργία.²³ Η επιλογή και η εφαρμογή της μεθόδου έγινε αποδεκτή από τους ασθενείς μας, που παρουσίασαν σημαντική συμμόρφωση στη θεραπεία.

Η ΗΣΘ μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί και ως θεραπεία συνέχισης (continuation) και συντήρησης (maintenance) του θεραπευτικού αποτελέσματος για την αποφυγή της επανεμφάνισης ενός νέου καταθλιπτικού επεισοδίου στη μακράς διάρκειας αντιμετώπιση της διαταραχής της διάθεσης.⁵⁹

Στην τελική επιλογή της ΗΣΘ ως αντικαταθλιπτικής θεραπείας στους ηλικιωμένους, όσο και στους ενήλικες, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη η φύση και η βαρύτητα της κλινικής συμπτωματολογίας. Από την άλλη πλευρά, η ΗΣΘ θεωρείται ως θεραπεία πρώτης επιλογής, πριν, δηλαδή, από τη χορήγηση ψυχοφαρμάκων, όταν υπάρχουν καταστάσεις όπως (α) ανάγκη άμεσης και αποτελεσματικής επέμβασης για λόγους ιατρικούς/ψυχιατρικούς, (β) μεγαλύτεροι κίνδυνοι από άλλες θεραπείες σε σχέση με τους κινδύνους της ΗΣΘ, (γ) ιστορικό πτωχής ή μη απάντησης στη φαρμακοθεραπεία ή, αντίθετα, θετικής απάντησης στην ΗΣΘ κατά το παρελθόν και, τέλος, (δ) επιλογή-προτίμηση του ασθενούς.⁴¹

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις για την εφαρμογή της ΗΣΘ, αλλά απλώς καταστάσεις υψηλού κινδύνου, όπως αυξημένη ενδοκράνια πίεση, πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, αγγειακό ανεύ-

ρυσμα ή δυσπλασία, αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, φαιοχρωμοκύτωμα και, τέλος, κίνδυνοι από την αναισθησία.⁴¹

Συμπερασματικά, η ΗΣΘ στους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, περισσότερο μάλιστα αποτελεσματική σ' αυτή την κατηγορία των ασθενών σε σχέση με τους νεότερης ηλικίας ασθενείς.

Η εφαρμογή της αποτελεί αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο έναντι της φαρμακοθεραπείας, με ταχύτερη μάλιστα εμφάνιση της θεραπευτικής απάντησης σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία στην αντιμετώπιση των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης, ενδείκνυται στις

περιπτώσεις μη ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθώς και σε ιστορικό φαρμακευτικών αποπειρών αυτοκαταστροφής.

Η απόφαση για την εφαρμογή της ΗΣΘ πρέπει να βασίζεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς, στους κινδύνους από τη θεραπεία σε σχέση με άλλες θεραπείες ή τη μη εφαρμογή θεραπείας, και τη συμφωνία-επιθυμία του ασθενούς και των συγγενών του.

Οι δογματικές σκέψεις για την ύπαρξη απόλυτων αντενδείξεων και οι στάσεις του κοινού για τη χρήση της έχουν αντικατασταθεί με την πραγματικότητα της σύγχρονης εφαρμογής της και την έννοια του κινδύνου/αποτελέσματος.

ABSTRACT

Depression in the elderly and its management with electroconvulsive therapy

G.N. PAPADIMITRIOU, I.M. ZERVAS, A.M. POLITIS, G.I. KANATAS, Y.G. PAPAΚOSTAS, C.R. SOLDATOS
Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, "Eginition" Hospital, Athens, Greece
Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(6):583-589

OBJECTIVE The aim of the study was to evaluate the effectiveness and safety of electroconvulsive therapy (ECT) in the management of depression in the elderly, and the compliance of the patients in its application. **METHOD** The sample consisted of 24 female inpatients aged over 65 years suffering from unipolar affective disorder. Modified unilateral and bilateral ECT and a combination of the two methods were used. **RESULTS** Of the 24 patients, treatment response was considered excellent in 19 (79%), moderate in three (12%) and minimal in two (9%). Excellent response was observed in patients with major depression with psychotic features. Unilateral application was found as effective as bilateral application. Mild transient cognitive disturbance was observed in seven patients (29%) and severe in three (12%). **CONCLUSIONS** ECT in elderly depressed patients can be considered as an effective and safe therapeutic method, especially when depression is accompanied with psychotic features, and in the case of non-tolerance by the patients of the side effects of antidepressant drugs and in patients with a history of suicide attempt with drugs.

Key words: Depression, Elderly, Electroconvulsive therapy

Βιβλιογραφία

1. ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN MM, ORVASCHEL H, GRUENBERG E, BURKE JD Jr ET AL. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984, 41:949-958
2. ALEXOPOULOS GS. Geriatric depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996, 11:397-400
3. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η κατάθλιψη στη Γηριατρική. Στο: Σολδάτος Κ (Συντ.) *Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 1999:249-272
4. PAPAΔΟΠΟΥΛΟΣ FC, PETRIDOU E, ARGYROΠΟΥΛΟΥ S, KONTAKIS V, DESSYPRIS N, ANASTASIOU A ET AL. Prevalence and correlates of depression in late life: A population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005, 20:350-357
5. MADIANOS M, STEFANIS C. Changes in the prevalence of depressive symptoms and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27:211-219
6. LEPINE JP, GASTPAR M, MENDLEWICZ J, TYLEE A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997, 12:19-29

7. LAVRETSKY H, LESSER IM, WOHL M, MILLER BL. Relationship of age, age at onset, and sex to depression in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998, 6:248–256
8. ΔΙΚΑΙΟΣ ΔΓ, ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΝ. Η σημασία της αναγνώρισης της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Στο: Παππάς ΣΙ, Σωτηρόπουλος Α, Αποστόλου Ο (Συντ.) *Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από το γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Εκδόσεις Δ. Τσίπη, Αθήνα, Τόμος Α', 2005:371–377
9. LYKETSOS CG. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004, 17:55–64
10. POLITIS AM, VOZZELLA S, MAYER LS, ONYIKE CU, BAKER AS, LYKETSOS CG. Validity and reliability of the newly translated Hellenic Neuropsychiatric Inventory (H-NPI) applied to Greek outpatients with Alzheimer's disease: A study of disturbing behaviors among referrals to a memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004, 19:203–208
11. KOENING HG, BLAZER DG. Epidemiology of geriatric depression. *Clin Geriatr Med* 1992, 8:235–251
12. CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN JH, FORBES NT, CAINE ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1001–1008
13. PAYKEL ES, PRIEST RG. Recognition and management of depression in general practice: Consensus statement. *Br Med J* 1992, 305:1198–1202
14. ALEXOPOULOS GS, SHAMOIAN CJ, LUCAS J, WEISNER N, BERGER H. Medical problems of geriatric psychiatric patients and younger controls during electroconvulsive therapy. *Am J Geriatr Soc* 1984, 32:651–654
15. PARASHOS IA, STAMOULI S, ROGAKOU E, THEODOTOU R, NIKAS I, MOUGIAS A. Recognition of depressive symptoms in the elderly: What can help the patient and the doctor. *Depress Anxiety* 2002, 15:111–116
16. HENDRIE HC, CLAIR DK, BRITTAIN HM, FADUL PE. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178:204–207
17. ANGST J. The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986, 19(Suppl 2):47–52
18. KUPFER DJ, FRANK E, PEREL JM. The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:771–775
19. BURKE MJ, PRESKORN SH. Short-term treatment of mood disorders with standard antidepressants. In: Bloom FE, Kupfer DJ (eds) *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. Raven Press Ltd, New York, 1995:1053–1065
20. SALZMAN C. Management considerations for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2000, 2(Suppl 5):33–36
21. ΚΑΤΟΝΑ CL. Psychotropics and drug interactions in the elderly patient. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001, 16(Suppl 1):S86–S90
22. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΝ, ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Σύγχρονη εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. *Ψυχιατρική* 1992, 3:25–33
23. UK ECT REVIEW GROUP. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003, 361:799–808
24. CERLETTI U, BINI L. L'ellettroshock. *Arch Gen Neurol Psychiat Psychoanal* 1938, 19:266–267
25. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Μισός αιώνας σπασμοθεραπείας: Μύθοι και πραγματικότητα. *Ιατρική* 1985, 48:1–10
26. ZERVAS IM, FINK M. Electroconvulsive therapy. *Curr Opin Psychiatry* 1991, 4:73–77
27. ΖΕΡΒΑΣ Ι, ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ, ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία*. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ και συν (Συντ.) *Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000:754–760
28. ABRAMS R. *Electroconvulsive therapy*. New York, Oxford University Press, 1998
29. ABOU-SALEH MT, PAPAΚOSTAS YG, ZERVAS IM, CHRISTODOULOU GN. World Psychiatric Association: Position statement on the use and safety of electroconvulsive therapy. Science and care. The WPA Sections Bulletin, 2004
30. FINK M. *Convulsive therapy: Theory and practice*. New York, Raven Press, 1979
31. COFFEY CE, WEINER RD. Electroconvulsive therapy: An update. *Hosp Commun Psychiatry* 1987, 45:515–521
32. KRAMER BA. Use of ECT in California, 1977–1983. *Am J Psychiatry* 1985, 142:1190–1192
33. BENBOW SM. The role of electroconvulsive therapy in the treatment of depressive illness in old age. *Br J Psychiatry* 1989, 155:147–152
34. ALEXOPOULOS GS, YOUNG RC, ABRAMS RC. ECT in the high-risk geriatric patient. *Convuls Ther* 1989, 5:75–89
35. THOMPSON JW, WEINER RD, MYERS CP. Use of ECT in the United States in 1975, 1980 and 1986. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1657–1661
36. WESSON ML, WILKINSON AM, ANDERSON DN, CRACKEN CM. Does age predict the long-term outcome of depression treated with ECT? (A prospective study of the long-term outcome of ECT-treated depression with respect to age). *Int J Geriatr Psychiatry* 1997, 12:45–51
37. GORMLEY N, CULLEN C, WALTERS L, PHILPOT M, LAWLOR B. The safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 75. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998, 13:871–874
38. BROBATY H, HICKIE I, MASON C, PRENTER L. A prospective follow-up study of ECT outcome in older depressed patients. *J Affect Disord* 2000, 60:101–111
39. VAN DER WURFF FB, STEK ML, HOOGENDIJK WJC, BEEKMAN ATF. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003, 18:894–904
40. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23:56–62
41. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION TASK FORCE ON ECT. *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990
42. PRITCETT JT, KELLNER CH, COFFEY CE. Electroconvulsive therapy in geriatric neuropsychiatry. In: Coffey EC, Cummings JL (eds) *The American Psychiatric Press textbook of geriatric neuropsychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 2000:634–659

43. PERSAD E. Electroconvulsive therapy in depression. *Can J Psychiatry* 1990, 35:175–182
44. MARTIN BA. Electroconvulsive therapy for depression in general psychiatric practice. *Psychiat J Univ Ottawa* 1989, 14:413–417
45. WILLIAMS JH, O'BRIEN JT, CULLUM S. Time course of response to electroconvulsive therapy in elderly depressed subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997, 12:563–566
46. WHEELDON TJ, ROBERTSON C, EAGLES JM, REID IC. The views and outcomes of consenting and non-consenting patients receiving ECT. *Psychol Med* 1999, 29:221–223
47. D'ELIA G. Unilateral electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1970, 215:95–98
48. LYKOURAS L, GOURNELIS R, FORTOS A, OULIS P, CHRISTODOULOU GN. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J Affect Disord* 2002, 69:225–229
49. GOURNELIS R, LYKOURAS L, FORTOS A, OULIS P, ROUMBOS V, CHRISTODOULOU GN. Psychotic (delusional) major depression in late life: A clinical study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001, 16:1085–1091
50. ABRAMS R. Is unilateral electroconvulsive therapy really the treatment of choice in endogenous depression? *Ann NY Acad Sci* 1986, 462:50–55
51. SACKEIM HA, PRUDIC J, DEVANAND DP, KIERSKY JE, FITZSIMONS L, MOODY BJ ET AL. Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *N Engl J Med* 1993, 328:839–846
52. RUBIN EH, KINSCHERF DA, FIGIEL GS, ZORUMSKI CF. The nature and time course of cognitive side effects during electroconvulsive therapy in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1993, 6:678–683
53. STOUDEMIRE A, HILL CD, MORRIS R, DALTON ST. Improvement in depression-related cognitive dysfunction following ECT. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995, 7:31–34
54. TEW JD, MULSANT BH, HASKETT RF, PRUDIC J, THASE ME, CROWE RR ET AL. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1865–1870
55. ZORUMSKI CF, RUDIN EH, BURKE WJ. Electroconvulsive therapy for the elderly: A review. *Hosp Commun Psychiatry* 1988, 39:643–646
56. FOX RA. Electroconvulsive therapy: An overview. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1996, 4:223–230
57. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES (US DHHS). *Depression in primary care: Treatment of major depression. Depression guideline panel.* Rockville, AHCPR Publ, 1993:71–123
58. KELLNER CH, MONROE RR Jr, PRITCHETT J, JARRELL MP, BERNSTEIN HJ, BURNS CM. Weekly ECT in geriatric depression. *Convuls Ther* 1992, 8:245–252
59. PAPADIMITRIOU GN, ZERVAS IM, PAPAΚOSTAS YG. Unilateral ECT in the prophylaxis of unipolar affective disorder. *J ECT* 2001, 17:229–231

Corresponding author:

G.N. Papadimitriou, Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, "Eginition" Hospital, GR-115 28 Athens, Greece
 e-mail: gnpapad@med.uoa.gr