

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Συντονιστής: Ελευθέριος Λύκουρας
Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Μέλη: Παναγιώτης Φερεντίνος
Λέκτορας Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Θεόδωρος Μουγιάκος
Ψυχίατρος, Αρχίατρος 414 ΣΝΕΝ

Είναι προφανές ότι όσα αναφέρονται στα «Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης» αφορούν το φαρμακευτικό σκέλος της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, καθώς όλοι γνωρίζουμε ότι η βιοψυχοκοινωνική (ολιστική) προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντος περιλαμβάνει ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική ή άλλη βιολογική θεραπεία.

Delirium

- Συνεργαστείτε με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων
- Αναγνωρίστε την αιτία του
- Διαχωρίστε το ντελίριο με υπερδραστηριότητα από ντελίριο με υποδραστηριότητα και το μεικτό
- Ξεκινήστε την αντιμετώπιση τυχόν επειγουσών καταστάσεων για τη ζωή
- Αντιμετωπίστε τον αιτιολογικό παράγοντα
- Απομακρύνετε οποιοδήποτε φάρμακο ή ουσία μπορεί να επιδεινώνει το ντελίριο
- Εξασφαλίστε την ασφάλεια του ασθενούς
- Εκτιμήστε την παρούσα ψυχική κατάσταση
- Αντιμετωπίστε φαρμακευτικά σε περιπτώσεις: διέγερσης, ψυχωτικών συμπτωμάτων, αναγκαίας καταστολής για διενέργεια εξετάσεων, απειλής για τον εαυτό ή για άλλους.
- Εκπαιδεύστε τον ασθενή και το περιβάλλον
- Αντιμετωπίστε την κατάσταση μετά

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι η θεραπεία εκλογής
- Θεραπεία πρώτης επιλογής: μονοθεραπεία, με τις μικρότερες δυνατές δόσεις και τη συντομότερη δυνατή διακοπή.
- Οποιαδήποτε θεραπεία εφαρμοστεί πρέπει να επανεξετάζεται σε καθημερινή βάση
- Δεν είναι απαραίτητη η χρήση ΦΑ σε ντελίριο με υπερδραστηριότητα αν ο ασθενής δεν εμφανίζει ψυχωσικά συμπτώματα
- Η χρήση ΦΑ για την αντιμετώπιση αποκλειστικά της περιπλάνησης δεν ενδείκνυται
- Προτιμητέα τα υψηλής ισχύος ΑΨ από τα χαμηλής.
- Από τα κλασσικά αντιψυχωσικά: αλοπεριδόλη σε χαμηλές δόσεις
- Σοβαρά διεγερτικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν μεγαλύτερες δόσεις ή άλλη οδό χορήγησης (ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια)
- Τα αντιχολινεργικά φάρμακα δέον να αποφεύγονται
- Τα άτυπα ΑΨ: ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη
- Τα αντιχολινεργικά φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται γιατί επιδεινώνουν τη συγχρητική κατάσταση
- Σε ασθενείς με νόσο Parkinson ή άνοια με σωμάτια Lewy και delirium: άτυπα ΑΨ ή λοραζεπάμη ανά 2-3 ώρες
- Σε περίπτωση επιμήκυνσης του διαστήματος QTc.450 ms ή >25% απαιτείται καρδιολογική εκτίμηση και μείωση ή/και διακοπή του ΑΨ

- Οι ΒΖΔ δεν είναι θεραπεία πρώτης γραμμής εκτός από το ντελίριο από απόσυρση από αλκοόλ και από υπνωτικά – κατασταλτικά. (διαζεπάμη, χλωροδιαζεποξείδιο) σε μεγαλύτερες δόσεις από τις συνήθεις του ντελίριο
- Σε αυτή τη περίπτωση είναι απαραίτητη η χορήγηση θειαμίνης.
- Οι ΒΖΔ μπορεί να είναι χρήσιμες σε: αντιχολινεργικές παρενέργειες ή ακαθισία λόγω ΑΨ, ή σε συνδυασμό με ΑΨ όταν ο ασθενής δεν ανέχεται την αύξηση της δόσης των ΑΨ
- Όταν χρησιμοποιηθούν ΒΖΔ, προτιμητέες είναι αυτές με μέση διάρκεια ημιζωής, χωρίς ενεργούς μεταβολίτες (π.χ. λοραζεπάμη)
- Οι ΒΖΔ αντενδείκνυνται σε ντελίριο από ηπατική εγκεφαλοπάθεια και σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια
- Σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια προτιμητέες είναι οι ΒΖΔ οι οποίες μεταβολίζονται μέσω γλυκουρονιδάσης: λοραζεπάμη
- Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο συνδυασμός ΑΨ και ΒΖΔ είναι αποτελεσματικότερος και μειώνει το ποσοστό εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. EPS)
- Σε ακραίες περιπτώσεις διέγερσης οι δόσεις των φαρμάκων δύναται να αυξηθούν αρκετά

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with delirium, APA practice guidelines, 2004
2. Practice guideline for the treatment of patients with delirium, APA practice guidelines, 1999
3. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Delirium, Canadian Journal of Geriatrics Volume 9, Supplement 2, 2006 S35
4. Expert Consensus Guidelines for Using Antipsychotic Agents in Older Patients, J Clin Psych, 2004; 65, suppl 2

Σχιζοφρένεια

Η θεραπεία μπορεί να χωριστεί ως εξής:

1. Θεραπεία πρώτου επεισοδίου
2. Θεραπεία οξείας φάσης
3. Θεραπεία συντήρησης, πρόληψη υποτροπών
4. Θεραπεία ανθεκτικής σχιζοφρένειας

Θεραπεία πρώτου επεισοδίου

- Τα από του στόματος αντιψυχωσικά (ΑΨ) δεύτερης γενιάς (άτυπα) θεωρούνται θεραπεία πρώτης επιλογής: ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη, αμισουλπρίδη, παλιπεριδόνη
- Η σερτινδόλη χρησιμοποιείται σε ασθενείς οι οποίοι δεν δύνανται να ανεχθούν τουλάχιστον ένα από τα υπόλοιπα ΑΨ
- Προτιμότερη η μονοθεραπεία
- Η δόση της φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ) προτιμότερο να είναι στα κατώτερα όρια της συνήθους δόσης όπως αυτά καθορίζονται
- Η διάρκεια της θεραπείας δέον να συνεχίζεται για 12-24 μήνες μετά την ύφεση του επεισοδίου.

Θεραπεία της οξείας φάσης

- Θεραπεία πρώτης γραμμής είναι τα από του στόματος δεύτερης γενιάς ΑΨ. Οι δόσεις δέον να κινούνται εντός των θεραπευτικών ορίων όπως αυτά καθορίζονται
- Για ασθενείς οι οποίοι ελάμβαναν πρώτη γενιά ΑΨ και είχαν είτε μειωμένη αποτελεσματικότητα είτε ανυπόφορες ανεπιθύμητες ενέργειες η θεραπεία εκλογής είναι η αλλαγή σε από του στόματος δεύτερης γενιάς ΑΨ
- Αν οι ασθενείς λαμβάνουν πρώτη γενιά ΑΨ με καλή ανταπόκριση και χωρίς παρενέργειες, παραμένουμε σε αυτά
- Η διάρκεια της θεραπείας οξείας φάσης είναι το λιγότερο 6 εβδομάδες
- Όπου υπάρχει κίνδυνος αύξησης σωματικού βάρους (ΣΒ) ή εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) όπως στη θεραπεία με άτυπα ΑΨ, απαιτείται στενή παρακολούθηση και παρακλινικός έλεγχος ρουτίνας
- Μετά το τέλος της οξείας φάσης και λόγω των υψηλών ποσοστών υποτροπής, η θεραπεία δέον να συνεχίζεται για 12-24 μήνες
- Εάν αποφασισθεί διακοπή της θεραπείας δέον να γίνεται σταδιακά και με στενή παρακολούθηση προς εντοπισμό συμπτωμάτων υποτροπής

- Σε περιπτώσεις οξέων ψυχωτικών ή/και διεγερτικών ασθενών είναι απαραίτητη η ταχεία καταστολή τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα από του στόματος σκευάσματα πρέπει να προτιμώνται. Αν απαιτηθούν ενέσιμα σκευάσματα, τα φάρμακα εκλογής είναι λοραζεπάμη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, ζιπρασιδόνη, αριπιπραζόλη σε ενδομυϊκή χορήγηση.
- Σε κάθε περίπτωση χρησιμοποίησης αλοπεριδόλης δέον να συνδυάζεται με αντιχολινεργικά σκευάσματα. Απαραίτητη είναι δε η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς.

Θεραπεία συντήρησης, πρόληψη υποτροπών

- Εφόσον ο ασθενής έχει οφεληθεί στην οξεία φάση από μία συγκεκριμένη ΦΑ συνεχίζουμε την ίδια
- Από του στόματος ή μακράς δράσης ενέσιμα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία συντήρησης
- Για ασθενείς οι οποίοι ελάμβαναν πρώτης γενιάς ΑΨ που είχαν είτε μειωμένη αποτελεσματικότητα είτε ανυπόφορες ανεπιθύμητες ενέργειες η θεραπεία εκλογής είναι η αλλαγή σε από του στόματος δεύτερης γενιάς ΑΨ
- Αν οι ασθενείς λαμβάνουν πρώτης γενιάς ΑΨ με καλή ανταπόκριση και χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες, παραμένουμε σε αυτά
- Όπου υπάρχει κίνδυνος αύξησης ΣΒ ή εμφάνισης ΣΔ όπως στη θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά, απαιτείται στενή παρακολούθηση και παρακλινικός έλεγχος ρουτίνας ή ακόμη και αλλαγή σε άλλο άτυπο ή τυπικό ΑΨ
- Αν ο ασθενής είναι ευχαριστημένος με μια ΦΑ δεν την τροποποιούμε
- Προτιμούμε τη μονοθεραπεία
- Η διάρκεια της θεραπείας δέον να παρατείνεται κατά 2-5 χρόνια για ασθενείς με μία υποτροπή και περισσότερο από 5 χρόνια (ίσως και δια βίου) για περισσότερες από μία υποτροπές
- Αν ο ασθενής έχει λάβει τουλάχιστον 2 ΑΨ (εκ των οποίων ένα άτυπο) για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες το καθένα χωρίς επαρκή κλινική ανταπόκριση, εξετάστε το ενδεχόμενο της ανθεκτικής μορφής της νόσου και την πιθανότητα χρησιμοποίησης κλοζαπίνης. Σε μερικές περιπτώσεις είναι χρήσιμη η προσθήκη δεύτερου ΑΨ στη θεραπεία με κλοζαπίνη
- Τα μακράς δράσης ΑΨ αποτελούν επιλογή στη θεραπεία εφόσον είναι επιθυμία του ασθενούς ή όταν υπάρχουν ζητήματα προσκόλλησης στη θεραπεία. Τα σκευάσματα μακράς δράσης πρέπει να συνταγογραφούνται εντός των καθοριζόμενων ορίων.

Ανθεκτική σχιζοφρένεια

- Εξετάστε τους πιθανούς παράγοντες μη ανταπόκρισης στη ΦΑ: δόση, διάρκεια, συμμόρφωση, κατάχρηση ουσιών, σωματική νόσος, πολυφαρμακία
- Αν η νόσος είναι ανθιστάμενη σε θεραπεία με τυπικά ΑΨ, ο κλινικός μπορεί να δοκιμάσει αρχικά τη χρήση άτυπου ΑΨ

- Αν ο ασθενής έχει λάβει τουλάχιστον 2 ΑΨ (εκ των οποίων ένα άτυπο) για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες το καθένα χωρίς επαρκή κλινική ανταπόκριση, εξετάστε το ενδεχόμενο της ανθεκτικής μορφής της νόσου και την πιθανότητα χρησιμοποίησης κλοζαπίνης το συντομότερο δυνατό
- Σε μερικές περιπτώσεις είναι χρήσιμη η προσθήκη δεύτερου ΑΨ στη θεραπεία με κλοζαπίνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Acute treatment of schizophrenia, The World Journal of Biological Psychiatry, 2005; 6(3): 132_ 191
2. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Long-term treatment of schizophrenia, The World Journal of Biological Psychiatry, 2006; 7(1): 5_ 40
3. NICE: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care, The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2003
4. Guideline watch (september 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, APA Practice guidelines
5. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, APA Practice guidelines 2004
6. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP Consensus Meeting, March 2008, Nice European Neuropsychopharmacology (2009), 19, 520-532
7. ECNP consensus meeting. Negative, depressive and cognitive symptoms of schizophrenia. Nice, March 2004B , European Neuropsychopharmacology (2007) 17, 70—77

Κατάθλιψη

Η θεραπεία μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις:

1. Θεραπεία οξείας φάσης (acute phase therapy)
2. Συνεχιζόμενη θεραπεία (continuation phase therapy)
3. Θεραπεία συντήρησης (maintenance phase therapy)

Θεραπεία οξείας φάσης

A. Αρχική επιλογή αντικαταθλιπτικού γίνεται εκτιμώντας τα παρακάτω:

- Ιστορικό του ασθενούς και προηγούμενη ανταπόκριση σε ΑΚ
- Οικογενειακό ιστορικό νόσων και ανταπόκρισης σε θεραπείες
- Σωματική συνοσηρότητα
- Ψυχιατρική συνοσηρότητα και χρήση ουσιών
- Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
- Φαρμακοκινητική
- Κλινική εικόνα κατάθλιψης και προεξάρχοντα συμπτώματα
- Ειδικά συμπτώματα (π.χ. με ή χωρίς ψυχωσικά, κατατονικά, αυτοκτονικότητα κλπ)
- Προφίλ παρενεργειών και ασφάλειας της ΦΑ
- Προτίμηση ασθενούς
- Κόστος

B. Η επιλογή του αρχικού ΑΚ μπορεί να γίνει ανάμεσα σε κάποιο από τα: SSRIs, SNRIs, Μιρταζαπίνη, Βουπροπιόνη, Αγκομελατίνη

Γ. Τα τρικυκλικά ΑΚ και οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης έπονται στην επιλογή λόγω παρενεργειών

Δ. Πρώιμη εκτίμηση της εξέλιξης μπορεί να γίνει στις 2 εβδομάδες. Μερική απάντηση (20% στις κλίμακες) στη θεραπεία, στο χρονικό αυτό σημείο, αποτελεί ένα πρώτο δείγμα απάντησης στη θεραπεία.

Ε. Αρχική εκτίμηση θεραπείας στις 4 εβδομάδες:

- Σε πλήρη ανταπόκριση: εφαρμογή συνεχιζόμενης θεραπείας
- Σε μερική ή καθόλου ανταπόκριση, επαναξιολόγηση των παρακάτω:

- α. Διάγνωση.
 - β. Σωματική και ψυχιατρική συνοσηρότητα.
 - γ. Χρήση ουσιών.
 - δ. Δόση.
 - ε. Φαρμακοκινητική.
 - στ. Ανεπιθύμητες ενέργειες.
 - ζ. Συμμόρφωση.
- Σε μερική ή καθόλου ανταπόκριση: βελτιστοποίηση θεραπείας με αύξηση της δόσης στα ανώτατα επιτρεπτά όρια εφόσον δεν υπάρχουν παρενέργειες, ή/και αύξηση της έντασης της ψυχοθεραπείας εφόσον εφαρμόζεται.

ΣΤ. Επανεκτίμηση θεραπείας σε 2 εβδομάδες

- Σε πλήρη ανταπόκριση: εφαρμογή συνεχιζόμενης θεραπείας
- Σε μερική ή καθόλου ανταπόκριση, επιλογή από τα παρακάτω:
 - α. Προσθήκη ψυχοθεραπείας αν δεν εφαρμόζεται
 - β. Αλλαγή σε άλλο ΑΚ με διαφορετικό ή και όμοιο μηχανισμό δράσης (συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών και μοκλοβεμίδης)
 - γ. Ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας με σκεύασμα που δεν είναι ΑΚ όπως: άλατα λιθίου, κουετιαπίνη, βουσπιρόνη, διεγερτικό.
 - δ. Συνδυασμός αντικαταθλιπτικών με διαφορετικό μηχανισμό δράσης

Ζ. Επανεκτίμηση θεραπείας σε 2-4 εβδομάδες

- Σε πλήρη ανταπόκριση: εφαρμογή συνεχιζόμενης θεραπείας
- Σε μερική ή καθόλου ανταπόκριση:
 - α. Συνδυασμός αντικαταθλιπτικών με διαφορετικό μηχανισμό δράσης
 - β. ΗΣΘ

Η. Σημειώσεις

- Σε περίπτωση ανταπόκρισης στην ενίσχυση με άλατα λιθίου, αυτά πρέπει να συνεχίζονται για 6-12 μήνες.
- Τα επίπεδα των αλάτων λιθίου πρέπει να είναι εντός του θεραπευτικού παράθυρου.
- Η επιλογή του παράγοντα με τον οποίον ενισχύουμε ή συνδυάζουμε την ΑΚ αγωγή γίνεται με βάση τα προεξάρχοντα συμπτώματα του ασθενούς (π.χ. αγχώδη, διαταραχές ύπνου κλπ)
- Στην περίπτωση κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα είναι απαραίτητος ο συνδυασμός ΑΚ με ΑΨ εξ αρχής.

- Η εφαρμογή ψυχοθεραπείας ή ΗΣΘ πρέπει να γίνεται σε κάθε φάση της θεραπείας αν αυτή είναι η προτίμηση του ασθενούς.
- Η ΗΣΘ ενδείκνυται για γρήγορη αναταπόκριση σε σοβαρή αυτοκτονική κατάθλιψη, σε κατατονική κατάθλιψη καθώς και σε κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα.

Συνεχιζόμενη θεραπεία

A. Διάρκεια: 6-9 μήνες μετά την πλήρη ύφεση

B. Δόση: στη δόση με την οποία επετεύχθη η ύφεση.

Γ. Αν η ύφεση επετεύχθη με ενίσχυση ή με συνδυασμό παραγόντων στην ΑΚ θεραπεία, οι παράγοντες αυτοί δέον να συνεχίζονται.

Δ. Απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση και αξιολόγηση τυχόν υπολειπόμενων συμπτωμάτων, συμπτωμάτων υποτροπής ή σημείων ελλειπούς προσκόλλησης στη θεραπεία.

Ε. Δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα της συνεχιζόμενης θεραπείας με ΗΣΘ, παρότι κάποιοι από τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν σε αυτήν στην οξεία φάση μπορεί να ωφεληθούν απ' αυτήν.

Θεραπεία συντήρησης

A. Ενδείξεις:

- Σε ασθενείς με συχνά επεισόδια (≥ 2 με σημαντική επιβάρυνση τα τελευταία 5 χρόνια ή ≥ 3 δια βίου)
- Σε χρόνια μορφή της νόσου, ή σε επεισόδια που υφίστανται δύσκολα
- Σε ασθενείς με υπολειμματικά συμπτώματα
- Σε ύπαρξη σοβαρών ή/και ψυχωτικών συμπτωμάτων και σοβαρού αυτοκτονικού ιδεασμού.
- Σε περιπτώσεις ψυχιατρικής συνοσηρότητας.

B. Διάρκεια: 2-3 χρόνια.

Γ. Είδος ΦΑ: όμοια με τις προηγούμενες φάσεις της θεραπείας σε πλήρη θεραπευτική δόση.

Δ. Δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης με ΗΣΘ, παρότι κάποιοι από τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν σε αυτήν στην οξεία φάση μπορεί να ωφεληθούν απ' αυτήν

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Practice guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition, APA, October 2010
2. NICE: Depression: The treatment and management of depression in adults, 2009
3. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)
Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8(2): 67_104
4. Texas medication algorithm project, procedural manual, major depressive disorder algorithms, 2008
5. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Journal of Affective Disorders 117 (2009) S1–S2

Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους

Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην εκτίμηση ηλικιωμένων ασθενών

- Αρκετές σωματικές παθήσεις αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης
- Η κατάθλιψη είναι παράγοντας κακής πρόγνωσης για αρκετές σωματικές παθήσεις
- Φάρμακα άλλων ειδικοτήτων προδιαθέτουν σε κατάθλιψη, ή έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες μιμούνται συμπτώματα
- Απαιτείται ενδελεχής έλεγχος της κατάστασης σωματικής υγείας των ηλικιωμένων ασθενών ιδιαίτερα σε αυτούς με πρωτοεμφανιζόμενη κατάθλιψη.
- Απαιτείται ενδελεχής έλεγχος αυτοκτονικότητας
- Σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, ο κίνδυνος εμφάνισης νέου επεισοδίου αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχουν διαταραχές του ύπνου.
- Απαιτείται σωστή εκτίμηση του πένθους
- Η κλινική εικόνα είναι αρκετές φορές διαφορετική από την κατάθλιψη των ενηλίκων (σπάνια προβάλλεται μελαγχολική διάθεση, πιο συχνά τα σωματικά ενοχλήματα και η ψευδοάνοια)

Παράγοντες σημαντικοί για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους

- Οι ηλικιωμένοι έχουν επιβραδυνόμενο ηπατικό μεταβολισμό και νεφρική λειτουργία και απέκριση. Λόγω αυτού συνήθως απαιτούνται μικρότερες δόσεις φαρμάκων (οι οποίες εντέλει θα επιτύχουν ίδια θεραπευτικά επίπεδα στο πλάσμα των ασθενών) σε σχέση με νεότερους ασθενείς
- Προτιμότερη είναι η μονοθεραπεία
- Δέον να χρησιμοποιούμε ΦΑ με πολλαπλούς στόχους (π.χ. για καταθλιπτικούς ασθενείς με αϋπνία: αντικαταθλιπτικό το οποίο είναι **και** κατασταλτικό)
- Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε παρενέργειες όπως: αντιχολινεργικές, ορθοστατική υπόταση, σύνδρομο αναντίστοιχης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH), καρδιαγγειακά συμβάματα
- Σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν και άλλες αγωγές απαιτείται προσοχή στις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
- Σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν διγοξίνη απαιτείται προσοχή στο ποσοστό δέσμευσης με τις πρωτεΐνες του πλάσματος
- Η ΗΣΘ είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, ιδιαίτερα σε ασθενείς >65.
- Οι ηλικιωμένοι έχουν παρόμοια ποσοστά απάντησης με τους ενήλικες
- Σε σχέση με νεότερους ασθενείς, οι ηλικιωμένοι είναι πιθανότερο να εμφανίσουν υπολειμματικά συμπτώματα και υποτροπές της κατάθλιψης

Φαρμακοθεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

- Η επιλογή του αντικαταθλιπτικού θα γίνει με βάση:
 - ο Α. Ιστορικό προηγούμενης καλής ανταπόκρισης
 - ο Β. Προφίλ ασθενούς
 - ο Γ. Σωματική συνοσηρότητα
 - ο Δ. Ψυχιατρική συνοσηρότητα
 - ο Ε. Ανεπιθύμητες ενέργειες-ασφάλεια
 - ο ΣΤ. Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
- Θεραπείες πρώτης γραμμής (λόγω ασφάλειας): SSRIs, SNRIs, μιρταζαπίνη, βουπροπιόνη, αγκομελατίνη.
- Οι SSRIs προκαλούν συχνότερα SIADH
- Τα τρικυκλικά ΑΚ και η μοκλοβεμίδη πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών
- Δόση έναρξης: 1/2 αυτής των ενηλίκων. Αύξηση εφόσον κρίνεται απαραίτητη σε 4 εβδομάδες στην μεγαλύτερη επιτρεπτή ή στη μεγαλύτερη ανεκτή.
- Πρώιμη εκτίμηση σε 2 εβδομάδες
- Σε 4 εβδομάδες:
 - ο Α. Σε σημαντική ανταπόκριση χωρίς ύφεση: αναμονή για άλλες 4 εβδομάδες με ή χωρίς ενίσχυση (με άλλον παράγοντα πλην ΑΚ), ή συνδυασμό με άλλο ΑΚ, ή συνδυασμό με ψυχοθεραπεία
 - ο Β. Σε μικρή ανταπόκριση: αύξηση της δόσης στα ανώτερα επιτρεπτά ή/και ανεκτά όρια
 - ο Γ. Σε καθόλου ανταπόκριση: αλλαγή ΑΚ, ή ενίσχυση θεραπείας ή συνδυασμός ΑΚ
- Στις 8 εβδομάδες σε ανεπαρκή ανταπόκριση με μέγιστες δόσεις ΑΚ: αλλαγή ΑΚ, ή ενίσχυση θεραπείας ή συνδυασμός ΑΚ
- Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι αποτελεσματική και ασφαλής στους ηλικιωμένους ασθενείς
- Τα ΑΚ και ιδιαίτερα οι SSRIs δέον να διακόπτονται σταδιακά
- Στις αλλαγές ΑΚ καλύτερη τακτική είναι το cross tapering
- Οι ασθενείς που αναρρώνουν από ΜΚΕ λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης για τουλάχιστον 12 (έως και 24) μήνες
- Ηλικιωμένοι ασθενείς με υπολειμματικά συμπτώματα λαμβάνουν ΦΑ δια βίου
- Ηλικιωμένοι ασθενείς με περισσότερα από 2 επεισόδια στο ιστορικό τους, με σοβαρά ή δύσκολα αντιμετωπίσιμα επεισόδια ή που απαιτήθηκε ηλεκτροσπασμοθεραπεία, λαμβάνουν ΦΑ δια βίου
- Η κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα ανταποκρίνεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή μεικτή θεραπεία ΑΚ με ΑΨ
- Τα ΑΚ ενδείκνυνται στην «αγγειακή» κατάθλιψη και στην κατάθλιψη της άνοιας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Practice guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition, APA, October 2010
2. NICE: Depression: The treatment and management of depression in adults, 2009
3. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)
Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8(2): 67_104
4. Texas medication algorithm project, procedural manual, major depressive disorder algorithms, 2008
5. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Journal of Affective Disorders 117 (2009) S1–S2

Διπολική-I Διαταραχή

A. ΜΑΝΙΑΚΟ/ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ Ή ΜΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- Λίθιο, βαλπροϊκό, άτυπο αντιψυχωσικό (αριπιπραζόλη, ζιπρασιδόνη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη)
- Λίθιο ή βαλπροϊκό + άτυπο αντιψυχωσικό (αριπιπραζόλη, ζιπρασιδόνη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη) με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνη (λοραζεπάμη) σε σοβαρή μανία
- Απαραίτητη η διακοπή αντικαταθλιπτικών.
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, τα συμπτώματα της μανίας (ευφορική, δυσφορική, ψυχωσική) και το κόστος.

Βήμα 2 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από 2 εβδομάδες):

- α. Βελτιστοποίηση δόσης, έλεγχος επιπέδων στο πλάσμα, έλεγχος συμμόρφωσης
- β. Αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής
- γ. Προσθήκη άλλου φαρμάκου 1^{ης} επιλογής

Βήμα 3 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από επιπλέον 2-4 εβδομάδες):

- α. Αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής
- β. Έναρξη θεραπείας 2^{ης} επιλογής:
 - κλασσικά αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη, χλωροπρομαζίνη)
 - άλλα άτυπα αντιψυχωσικά (κλοζαπίνη, παλιπεριδόνη)
 - λίθιο ή βαλπροϊκό + αλοπεριδόλη
 - καρβαμαζεπίνη
 - λίθιο+βαλπροϊκό, λίθιο+ καρβαμαζεπίνη
 - Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- Προσθήκη ή αλλαγή σε αμισουλπρίδη, νιμοδιπίνη

Δεν συνιστώνται:

- μονοθεραπεία με γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη, τοπιραμάτη, λαμοτριγίνη, τιαγκαμπίνη, βεραπαμίλη
- ρισπεριδόνη ή ολανζαπίνη + καρβαμαζεπίνη
- Συνιστάται συνέχιση θεραπείας επί τουλάχιστον 6-12 μήνες μετά την ύφεση.
- Δυνατή η μείωση δόσης μετά την ύφεση ανάλογα με την ανοχή.

B. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- Λίθιο, λαμοτριγίνη, κουετιαπίνη
- Λίθιο ή βαλπροϊκό +SSRI ή βουπροπιόνη, ολανζαπίνη+SSRI, λίθιο+βαλπροϊκό
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, η βαρύτητα της κατάθλιψης, η αυτοκτονικότητα και το κόστος.
- Τα αντικαταθλιπτικά, όταν χορηγούνται, πρέπει πάντοτε να συνδυάζονται με αντιμανιακό παράγοντα (λίθιο, βαλπροϊκό, άτυπο αντιψυχωσικό)
- Όταν συνυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, πρέπει να προστίθεται και άτυπο αντιψυχωσικό.

Βήμα 2 (ανεπαρκής ανταπόκριση μετά από 4 εβδομάδες):

- α. Βελτιστοποίηση δόσης, έλεγχος επιπέδων στο πλάσμα, έλεγχος συμμόρφωσης
- β. Προσθήκη ή αλλαγή σε άλλη θεραπεία 1^{ης} επιλογής

Βήμα 3 (ανεπαρκής ανταπόκριση μετά από 4 εβδομάδες):

- α. Αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής
- β. Έναρξη θεραπείας 2^{ης} επιλογής:
- Κουετιαπίνη+ SSRI
- Βαλπροϊκό, λίθιο ή βαλπροϊκό +λαμοτριγίνη

Βήμα 4- Θεραπεία 3^{ης} επιλογής (ανεπαρκής ανταπόκριση μετά από 4 εβδομάδες):

- Καρβαμαζεπίνη, λίθιο+ καρβαμαζεπίνη
- Ολανζαπίνη

- Λίθιο ή βαλπροϊκό+ βενλαφαζίνη ή μιρταζαπίνη, λίθιο ή βαλπροϊκό ή άτυπο αντιψυχωσικό+ τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, λίθιο+ αναστολέας MAO
- Λίθιο ή βαλπροϊκό ή καρβαμαζεπίνη + SSRI + λαμοτριγίνη
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: ιδίως σε ασθενείς με σοβαρό επεισόδιο, συνοδά ψυχωσικά ή κατατονικά συμπτώματα, υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, άρνηση λήψης τροφής, εγκυμοσύνη μπορεί να είναι 1^{ης} επιλογής

Δεν συνιστώνται:

- Μονοθεραπεία με γκαμπαπεντίνη
- Μονοθεραπεία με αριπιπραζόλη
- Συνιστάται διατήρηση των αντικαταθλιπτικών έως 12 εβδομάδες και στη συνέχεια σταδιακή διακοπή τους εντός 4 εβδομάδες εκτός εάν εμφανισθεί εκτροπή σε μανία ή υπομανία νωρίτερα.

Γ. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ- ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ

Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- Λίθιο (εάν πιθανολογείται καλή συμμόρφωση στο μέλλον), βαλπροϊκό (αποφυγή σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας), λαμοτριγίνη
- Αριπιπραζόλη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη ή ρισπεριδόνη depot
- Λίθιο ή βαλπροϊκό + κουετιαπίνη, συμπληρωματική θεραπεία με ρισπεριδόνη ή ρισπεριδόνη depot, συμπληρωματική θεραπεία με ζιπρασιδόνη
- Έναρξη μετά από ένα σοβαρό μανιακό επεισόδιο ή μετά από δύο επεισόδια (μανιακά, μικτά ή καταθλιπτικά)
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, το φύλο, οι συννοσηρές καταστάσεις, το ιστορικό συμμόρφωσης, η επικράτηση μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων και το κόστος.
- α) Όταν επικρατούν τα μανιακά/υπομανιακά επεισόδια: λίθιο, βαλπροϊκό, αριπιπραζόλη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη σε μονοθεραπεία ή συνδυασμούς
- β) Όταν επικρατούν τα καταθλιπτικά επεισόδια: κουετιαπίνη ή λαμοτριγίνη + αντιμανιακό (+αντικαταθλιπτικό σε περιορισμένο αριθμό ασθενών)

Θεραπεία 2^{ης} επιλογής:

- καρβαμαζεπίνη
- λίθιο+βαλπροϊκό, λίθιο+καρβαμαζεπίνη, λίθιο+λαμοτριγίνη

- λίθιο ή βαλπροϊκό+ολανζαπίνη, λίθιο+ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη+φλουοξετίνη

Θεραπεία 3^{ης} επιλογής:

- συμπληρωματική θεραπεία με γκαμπαπεντίνη
- συμπληρωματική θεραπεία με κλοζαπίνη
- συμπληρωματική θεραπεία με ω-3 λιπαρά οξέα
- συμπληρωματική θεραπεία με ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντήρησης

Δε συνιστώνται:

- μονοθεραπεία με: γκαμπαπεντίνη, τοπιραμάτη, αντικαταθλιπτικά
- Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας επί τουλάχιστον 2 έτη μετά από ένα επεισόδιο της νόσου και έως και 5 έτη εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για υποτροπή (χρήση ουσιών, ψυχωσικά συμπτώματα, ιστορικό συχνών υποτροπών, συνεχή ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, πτωχή ψυχοκοινωνική υποστήριξη)
- Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας επ'αόριστον όταν αυτή είναι αποτελεσματική στην πρόληψη υποτροπών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goodwin GM & Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 2009; 23(4): 346–388.
2. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *World J Biol Psychiatry*. 2009; 10(2):85-116.
3. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Möller HJ, Kasper S; WFSBP Task Force On Treatment Guidelines For Bipolar Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry*. 2010 Mar;11(2):81-109.
4. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, MacQueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Young AH, Alda M, Milev R, Vieta E, Calabrese JR, Berk M, Ha K, Kapczinski F. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 2009 May;11(3):225-55.

Αγχώδεις & συναφείς διαταραχές

Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- Οι SSRIs εσιταλοπράμη, παροξετίνη, σερτραλίνη ή οι SNRIs βενλαφαξίνη, δουλοξετίνη με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνες (αλπραζολάμη, διαζεπάμη έως 2-4 εβδομάδες)
- πρεγκαμπαλίνη
- Προτιμώνται τα αντικαταθλιπτικά (SSRIs, SNRIs) όταν συνυπάρχει κατάθλιψη.
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας και το κόστος.

Βήμα 2 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από 8-12 εβδομάδες):

- α. αύξηση δόσης
- β. αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής
- γ. προσθήκη ή αλλαγή σε φάρμακο 2^{ης} επιλογής:
 - κουετιαπίνη
 - βενζοδιαζεπίνες (αλπραζολάμη, διαζεπάμη) όταν δεν υπάρχει ιστορικό εξάρτησης
 - υδροξυζίνη
 - βουσπιρόνη

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- προσθήκη άλλου άτυπου αντιψυχωσικού (ολανζαπίνης, ρισπεριδόνης)
- προσθήκη βαλπροϊκού
- προσθήκη β- αναστολέα (για έλεγχο σωματικών συμπτωμάτων)

Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας επί τουλάχιστον 6-12 μήνες μετά την ανταπόκριση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2011 doi:10.1017/S1461145710001434.
2. Bandelow B, Johar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2008; 9(4): 248-312.
3. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guideline 22, amended). National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, UK.

Διαταραχή Πανικού

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- SSRIs (εσιταλοπράμη, παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) ή βενλαφαξίνη με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνες (αλπραζολάμη, διαζεπάμη, λοραζεπάμη έως 2-4 εβδομάδες)
- μονοθεραπεία με βενζοδιαζεπίνες επί 2-4 εβδομάδες όταν δε συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας και το κόστος.

Βήμα 2 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από 8-12 εβδομάδες):

α. αύξηση δόσης

β. αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής

γ. Θεραπείες 2^{ης} επιλογής:

- αλλαγή σε χλωριμιπραμίνη
- προσθήκη βενζοδιαζεπινών (αλπραζολάμης, διαζεπάμης, λοραζεπάμης) για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα όταν δεν υπάρχει ιστορικό εξάρτησης

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- συνδυασμός φαρμάκων 1^{ης} ή 2^{ης} επιλογής (π.χ. SSRI + χλωριμιπραμίνη ή βενλαφαξίνη)
- προσθήκη άτυπου αντιψυχωσικού
- προσθήκη βαλπροϊκού ή λιθίου
- προσθήκη ή αλλαγή σε μιρταζαπίνη
- αλλαγή σε μοκλοβεμίδη

Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας στην ίδια δόση επί τουλάχιστον 12-24 μήνες μετά την ανταπόκριση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Practice guideline for the treatment of patients with Panic Disorder. American Psychiatric Association, 2009, USA.
2. Bandelow B, Johar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders- First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry, 2008; 9(4): 248-312.

3. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guideline 22, amended). National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, UK.

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- SSRIs (εσιταλοπράμη, παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) ή βενλαφαξίνη με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνες (βρωμαζεπάμη, κλοναζεπάμη έως 2-4 εβδομάδες)

* Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας και το κόστος.

Βήμα 2 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από 8-12 εβδομάδες):

α. αύξηση δόσης

β. αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής

γ. Θεραπείες 2^{ης} επιλογής:

- αλλαγή σε μοκλοβεμίδη

- προσθήκη βενζοδιαζεπινών (κλοναζεπάμης) για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα όταν δεν υπάρχει ιστορικό εξάρτησης

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- συνδυασμός φαρμάκων 1^{ης} επιλογής (π.χ. SSRI + βενλαφαξίνη)

- προσθήκη άτυπου αντιψυχωσικού (ολανζαπίνης)

- προσθήκη πρεγκαμπαλίνης

- προσθήκη ή αλλαγή σε μιρταζαπίνη

- προσθήκη βουσπιρόνης

Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας στην ίδια δόση επί τουλάχιστον 6-12 μήνες μετά την ανταπόκριση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bandelow B, Johar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry, 2008; 9(4): 248-312.

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Βήμα 1- Θεραπεία 1^{ης} επιλογής:

- SSRIs (εσιταλοπράμη, παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) με τιτλοποίηση μέχρι τη μέγιστη ανεκτή δόση
- Απαιτούνται συνήθως υψηλότερες δόσεις από ό,τι για την αντιμετώπιση κατάθλιψης ή άλλων αγχωδών διαταραχών.
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις, ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας και το κόστος.

Βήμα 2 (επί ανεπαρκούς ανταπόκρισης μετά από 8-12 εβδομάδες από τις οποίες τουλάχιστον 4-6 εβδομάδες στη μέγιστη ανεκτή δόση):

- α. αλλαγή σε άλλο φάρμακο 1^{ης} επιλογής
- β. αλλαγή σε χλωριμιπραμίνη (2^{ης} επιλογής)

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- προσθήκη αλοπεριδόλης ή άτυπου αντιψυχωσικού (αριπιπραζόλης, κουετιαπίνης, ολανζαπίνης, ρισπεριδόνης)
- συνδυασμός SSRI + χλωριμιπραμίνης
- προσθήκη ή αλλαγή σε βενλαφαξίνη, μιρταζαπίνη
- προσθήκη λιθίου
- προσθήκη βουσπιρόνης

Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας στην ίδια δόση επί τουλάχιστον 12-24 μήνες μετά την ανταπόκριση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bandelow B, Johar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders □ First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry, 2008; 9(4): 248-312.
2. Practice guideline for the treatment of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. American Psychiatric Association, 2007, USA.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

1^{ης} επιλογής:

- παροξετίνη, σεφτραλίνη, φλουοξετίνη ή βενλαφαξίνη
- Κατά την επιλογή του φαρμάκου 1^{ης} επιλογής λαμβάνονται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία, η ανοχή, οι αντενδείξεις, οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, οι συννοσηρές καταστάσεις και το κόστος.

2^{ης} επιλογής:

- αμιτριπτυλίνη
- μιρταζαπίνη
- λαμοτριγίνη
- ρισπεριδόνη

3^{ης} επιλογής:

- σιταλοπράμη, εσιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, μοκλοβεμίδα
- ολανζαπίνη, κουετιαπίνη
- καρβαμαζεπίνη

Ανθεκτικές περιπτώσεις:

- συνδυασμός φαρμάκων 1^{ης} ή 2^{ης} επιλογής
- προσθήκη ολανζαπίνης, ρισπεριδόνης, κουετιαπίνης

Συνιστάται συνέχιση της θεραπείας στην ίδια δόση επί τουλάχιστον 6-12 μήνες μετά την ανταπόκριση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bandelow B, Johar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders-First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry, 2008; 9(4): 248-312.