



Il trattamento della depressione

PAOLO CARBONATTO, GIANFRANCO PLACIDI*, FILIPPO TURCHI**

Responsabile, Area Progettuale SIMG Psichiatria

** Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Firenze*

*** Psichiatra, Università di Firenze*



SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

PACINeditore
MEDICINA

© Copyright 2005 by Pacini Editore S.p.A. - Pisa

ISBN 88-7781-709-7

Realizzazione editoriale

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca 1

56121 Ospedaletto (Pisa)

Pacini.Editore@pacinieditore.it

www.pacinimedicina.it

Grafica e stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini - Pisa

La pubblicazione è stata realizzata con il contributo di Lundbeck Italia

Edizione fuori commercio. Omaggio per i Signori Medici

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% del volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Le riproduzioni per uso differente da quello personale sopracitato potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dall'Editore.

Indice

1	Note epidemiologiche ed impatto della depressione in Medicina Generale	pag. 7
2	Dinamiche assistenziali tra Medicina Generale e assistenza specialistica	» 11
3	Gestire il paziente depresso: una peculiarità del setting della Medicina Generale	» 13
4	Trattamento	» 19
5	I principali farmaci antidepressivi	» 21
6	Criteri generali di terapia farmacologica	» 23
7	La compliance del paziente	» 25
8	Quando la richiesta di aiuto viene dai parenti ..	» 27
9	Una particolare categoria di pazienti: gli anziani	» 29
10	Psicoterapia cognitivo-comportamentale della depressione	» 35
11	Psicoterapia interpersonale della depressione	» 37
12	Approfondimento ai tre casi clinici	» 39

1

Note epidemiologiche ed impatto della depressione in Medicina Generale

I disturbi dell'umore*, che insieme alla psicopatologia dell'ansia** vengono annoverati tra i disturbi dell'affettività, comprendono tre grandi complessi sintomatici (la depressione, gli stati dell'esaltamento affettivo maniacale e gli stati misti) in genere ben identificabili indipendentemente dalle specifiche diagnosi di singole forme morbose. In questa sede affronteremo soprattutto le alterazioni sul versante depressivo che senza dubbio costituiscono un problema di salute mentale di frequente riscontro nell'ambito delle cure primarie (Katon et al., 1992), rientrando così a pieno titolo nell'ambito delle problematiche di competenza del Medico di Medicina Generale (MMG).

Esiste però, ed è ben nota, una grande difficoltà nell'approccio ai pazienti con questo tipo di disturbo: entrando nell'ambito della psicopatologia dell'affettività, in altre parole andando a confrontarsi con emozioni, affetti, sentimenti, stati d'animo (vale a dire, con tutte le componenti dell'umore di un soggetto), non si può dimenticare che gli stessi atteggiamenti, le stesse "problematiche" che si possono osservare in persone affette da patologie mentali sono presenti

anche in uomini e donne assolutamente "normali". Questo non accade invece quando si affronta ad esempio la psicopatologia della percezione o del pensiero: in queste condizioni, infatti, ci si imbatte in fenomeni – quali le allucinazioni o i deliri – che rappresentano alterazioni *qualitative* rispetto alla cosiddetta "normalità" che ciascuno vive facilmente come "diversi" rispetto al proprio sentire corrente o alle esperienze quotidiane. Si potrebbe in ultima analisi sostenere che è davvero facile riconoscere di primo acchito come "patologico" un fenomeno dispercettivo o un'idea delirante, come può accadere quanto una persona ci parla di ripetute visioni mistiche o di voci che si sa essere inesistenti o di fantasiosi complotti orditi contro di lui.

Per contro, un sentimento di tristezza o di depressione sono esperienze che praticamente qualsiasi persona ha personalmente sperimentato: ecco quindi da dove origina la difficoltà di orientarsi tra "variante della normalità" e "fenomeno patologico" quando ci si trova di fronte ad un sentimento depressivo, in assenza di caratteristiche "patognomiche" o fortemente orientative ed in presenza invece – unico elemento per

* Per "umore" si intende di norma uno stato emotivo che, diversamente dai *sentimenti* o dalle *emozioni*, non ha un preciso riferimento o il cui oggetto sia comunque indeterminabile.

** Si impiega il termine *ansia* per descrivere uno stato emotivo a contenuto spiacevole, associato ad una condizione di allarme e di paura.

stabilire un *cut-off* tra patologia e cosiddetta normalità – solo di criteri di tipo “*quantitativo*”. In altre parole, diventano significativi non le tipologie di sintomi, ma la loro *intensità, durata ed impatto sul funzionamento sociale* dell’individuo.

I sistemi diagnostici attualmente più utilizzati (DSM, ICD) tentano di stabilire criteri precisi e quasi “ragionieristici”, in grado di supportare la fase di diagnosi che però, in ambito psichiatrico, mette pesantemente in gioco la soggettività del medico. Non va dimenticato che se tutti nella vita sono stati in qualche occasione un po’ depressi, questo può in qualche occasione favorire l’empatia con un paziente depresso, ma non possiamo pensare che ciò aiuti a valutare meglio una persona depressa e a capire se debba essere considerata malata.

Infine, a complicare ulteriormente il quadro contribuisce il gran parlare che fanno i mass-media di depressione ed antidepressivi, con il risultato che spesso incontriamo persone le quali, di fronte ad una fisiologica reazione depressiva ad un preciso e ben identificato evento negativo, si sono già confezionate una depressione e si recano dal medico sollecitando la prescrizione di una qualche “pillola della felicità”, di cui hanno sentito parlare in televisione o letto sulla loro rivista preferita o su cui hanno trovato copiosa documentazione attraverso Internet.

In ogni caso deve essere chiaro a tutti i MMG che prendersi cura dei pazienti con disturbi psichici (ed in particolar modo dei pazienti depressi) rientra tra le loro speci-

che aree di intervento e che essi, in modo più o meno consapevole, “sono” anche psichiatri dal momento che lo “*fanno*” per il 30% del tempo che dedicano al loro lavoro. Nel 1995 uno studio multicentrico dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva rilevato una prevalenza dei disturbi psichici nella Medicina Generale complessivamente pari al 24%, ed uno studio epidemiologico della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) sulla depressione in Italia, osservata a livello degli ambulatori di Medicina Generale (1920 pazienti randomizzati sull’intero territorio nazionale), ha evidenziato una prevalenza della depressione pari all’8,4% e di casi “sottosoglia” al 4,9%.

A fronte di questi dati, occorre prendere atto che (almeno nella realtà attuale del nostro Paese) i servizi psichiatrici riescono a farsi carico, e con fatica, solo dei pazienti con psicosi di maggiore gravità che ammontano a quote inferiori all’1% della popolazione. La conclusione è la necessità di prendere atto che nell’ambito dell’attuale Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i pazienti depressi o vengono seguiti dai loro Medici di famiglia o rischiano di non essere seguiti da nessuno.

Qualcuno potrebbe obiettare che esiste comunque l’opportunità per i depressi di farsi seguire da uno psichiatra in regime libero-professionale, ma pare abbastanza scontata la risposta che qualsiasi MMG che creda davvero nel proprio ruolo e nel proprio lavoro potrebbe dare: in un SSN efficiente, doversi rivolgere ad uno specialista privato andrebbe considerato un’*estrema ratio*!

Caso clinico: “... comunque dottore, faccia lei!”

Michele ha 45 anni, è impiegato, celibe e senza figli; non ha fratelli, né sorelle, né casi di disturbi psichiatrici in famiglia. La madre viene tuttavia descritta come persona molto ansiosa ed apprensiva, tanto che lo chiama al telefono 5-6 volte al giorno. Quando Michele si presenta in ambulatorio appare teso, impaziente di raccontare la propria storia e intento a tentare di capire se la visita potrà essergli utile. Il paziente riferisce di attraversare un periodo difficile da quando quattro mesi prima è terminata, sebbene in modo non traumatico, una relazione affettiva che durava da sette anni.

Riferisce di essere molto preoccupato per la sua salute perché da un paio di mesi si sente triste e abbattuto, ha perso interesse alla pesca che praticava regolarmente ed alla compagnia, sebbene non fosse mai stato “un gran compagno”. Ha difficoltà a prendere sonno, spesso ha incubi e bruschi risvegli notturni; riferisce che nel complesso il suo sonno è molto poco riposante. Al mattino si sente “fiacco” come se gli “mancassero le forze o l’energia”, ha perso 5 kg perché non ha più appetito e deve sforzarsi per mangiare; inoltre non esce più volentieri di casa perché sente di non essere “abbastanza protetto” e che le poche volte che è uscito ultimamente lo ha fatto accompagnato dalla madre.

Avverte come un senso di tensione durante il giorno (“... come se visse sul filo del rasoio”) che tende però a migliorare alla sera, accusa episodi ricorrenti di cefalea gravativa soprattutto nei momenti di tensione ed è molto preoccupato che “*possa esserci di mezzo una malattia cerebrale sconosciuta o qualcosa di strano che con le comuni indagini mediche non si riesce ad identificare all’esordio*”.

Appare evidente dalla comunicazione verbale e non verbale che Michele attenda di essere rassicurato. Sebbene l’umore sia depresso, durante il colloquio assume spesso tinte disforiche, tanto che anche il paziente si rende conto di essere più irritabile e talvolta addirittura “scattoso” nell’ultimo periodo: “*ho risposto male perfino al capo-ufficio*”. Riferisce inoltre facilità al pianto, si commuove spesso alla fine dei film, tanto che riferisce di essere diventato improvvisamente fragile e emotivamente labile. Se interrogato riguardo a prospettive future e fiducia circa la sua guarigione, appare scettico e pessimista: “*in fondo c’è poco da essere fiduciosi se uno si ritrova in queste condizioni ...*”.

Alla fine del colloquio Michele sottolinea che non vorrebbe tuttavia essere trattato “*come un matto*”, anche perché a lui le medicine “*fanno spesso uno strano effetto*”, gli unici farmaci che prende abitualmente, e che non ha intenzione di sospendere per il rischio di sentirsi “scoperto”, sono dei tranquillanti che gli ha consigliato sua madre e con i quali riesce ad ottenere almeno qualche attimo di sollievo, e conclude: “*comunque dottore, faccia lei!*”.

Spunti di riflessione

- Quali elementi del caso considerate rilevanti ai fini diagnostici e prognostici? E perché?
- Quali peculiarità rilevate nel quadro clinico presentato?
- Che diagnosi fate? E sulla base di quali elementi?
- Quale trattamento ritenete corretto instaurare?

Commento al caso clinico “... comunque dottore, faccia lei!”

Il disturbo ansioso-depressivo misto è molto frequente nella pratica clinica ambulatoriale, soprattutto nelle strutture mediche di base, e viene incluso in appendice del DSM-IV (1994) con criteri operativi di ricerca. L'ansia e la depressione rappresentano due disturbi con continue sovrapposizioni sintomatologiche. Infatti, è definito dalla contemporanea presenza di sintomi depressivi e ansiosi, ma né gli uni, né gli altri, sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente (ICD-10). La sintomatologia presentata da M.M. è caratterizzata da umore depresso, che tuttavia assume spesso tinte disforiche e si associa ad irritabilità, perdita di interesse per attività che prima davano soddisfazione (la pesca), anergia, iporessia e perdita di peso (5 kg), labilità emotiva e facilità al pianto. Sul piano cognitivo, così come in corso di depressione, è presente scarsa fiducia circa le prospettive di guarigione, scetticismo, sono frequenti le previsioni negative, la disperazione, le preoccupazioni su temi come la propria salute (“possa avere una malattia cerebrale sconosciuta, o qualcosa di strano che con le comuni indagini mediche non si riesce ad identificare all'esordio”). Secondo i criteri diagnostici del DSM-IV è necessario che tale sintomatologia duri per più di un mese; che causi un disagio clinicamente significativo o menomazioni nel funzionamento sociale o lavorativo, e che non possa essere meglio inquadrabile all'interno di: un disturbo depressivo, distimico, ciclotimico o bipolare; dei disturbi psicotici; o dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o di una condizione medica generale. I disturbi del sonno assumono spesso caratteristiche sintomatologiche a cavallo tra componenti psicopatologiche depressive e ansiose (ha difficoltà a prendere sonno, spesso ha incubi e bruschi risvegli notturni; riferisce che nel complesso il suo sonno è molto poco riposante), e sono spesso molto invalidanti. Tra i sintomi più propriamente ansiosi M.M. presenta il senso di tensione, gli episodi ricorrenti di cefalea muscolo-tensiva, la sensibilità rispetto alle figure rassicuranti (medico, mamma), la vulnerabilità all'abuso e alla dipendenza dalle benzodiazepine. Sul piano cognitivo è spesso presente un'aspettativa ansiosa associata a tematiche ipocondriache e previsioni catastrofiche. È inoltre solitamente presente in questi casi una familiarità per disturbi dell'umore o per disturbi d'ansia.

2

Dinamiche assistenziali tra Medicina Generale e assistenza specialistica

Alla luce delle considerazioni sopra espresse, è indispensabile che si instaurino e si mantengano buoni rapporti di collaborazione tra Medicina Generale e Dipartimenti di Salute Mentale, considerando anche che da questo punto di vista la Psichiatria è una specialità le cui caratteristiche la differenziano nettamente da tutte le altre ed al tempo stesso la accomunano alla Medicina Generale. A ben guardare, infatti, Psichiatria e Medicina Generale erogano entrambe servizi sanitari di primo livello e che in entrambe la relazione tra medico e paziente è centrale sia dal punto di vista concettuale, sia dal punto di vista pratico. E poi, se i servizi psichiatrici non riescono a seguire un maggior numero di pazienti, non è certo per uno scarso impegno di chi ci lavora, ma piuttosto perché non sono attrezzati per poterlo fare.

Va peraltro considerato che seppure MMG e Psichiatri operano entrambi “sul territorio”, esistono sostanziali differenze nel metodo di lavoro: i primi sono “da sempre” impegnati sul territorio e, in qualche modo, pionieri del collegamento tra istituzioni e

“privato”, abituati però a fornire una risposta prevalentemente “tecnica” ed in genere a lavorare da soli. Lo Psichiatra invece si è trovato ad operare sul territorio solo dopo la chiusura (“apertura”?) degli Ospedali Psichiatrici ed è abituato a creare modalità alternative di cura, ad attivare attività di gruppo con nuove figure professionali ed a costruire una rete di sanità/assistenza con altre agenzie territoriali. Per un MMG collaborare con i servizi psichiatrici significa imparare a considerarsi un “nodo” della rete assistenziale, cambiare un po’ prospettiva di approccio a queste problematiche, valutarne anche con maggiore attenzione gli effetti sociali, imparare a cogliere il disagio anche in un’ottica demedicalizzante.

Laddove si riesca ad instaurare buoni rapporti tra MMG e Dipartimenti di Salute Mentale, la collaborazione e la formazione saranno davvero reciproche: i Medici di famiglia potranno aiutare gli Psichiatri a gestire anche i casi gravi, questi ultimi per contro potranno fornire al MMG consulenza e supporto per tutti i pazienti che invece sono curati direttamente da lui.

3

Gestire il paziente depresso: una peculiarità del setting della Medicina Generale

Tra i depressi, quelli più difficili da diagnosticare sono probabilmente (anche se questo può apparire paradossale) quelli meno gravi. Un episodio di depressione maggiore importante non pone particolari problemi diagnostici. Se un paziente mangia poco, dimagrisce, si sveglia presto, è più stanco al mattino che alla sera, ha sempre voglia di piangere, manifesta idee suicidarie, non prova più alcun interesse né per il sesso, né per altre attività prima piacevoli per lui, la diagnosi è davvero alla portata di tutti!

Quelli che possono invece far nascere delle difficoltà sono i casi di *depressione mascherata* oppure di *depressione sottosoglia* (Tab. I).

Si potrebbe quindi riflettere sul fatto che il setting della Medicina Generale non è solo

quello dove più spesso sono riconosciuti e trattati i soggetti con problemi di depressione, ma forse è anche quello dove questo processo, per diversi motivi, può svolgersi in modo ottimale. La depressione “sottosoglia” in pratica è vista solo dai MMG, anzi è possibile affermare che si tratta di un’entità nosografica “scoperta” dalla Medicina Generale. Così pure la cosiddetta “depressione mascherata” ha la possibilità di essere “smascherata” soprattutto dai MMG, dal momento che ben difficilmente un paziente si recherà da uno psichiatra per lamentarsi con lui di disturbi somatici (la “maschera”). Per quanto riguarda la *comorbidità* nei depressi, è possibile affermare che nessuno più di un MMG è abituato a confrontarsi quotidianamente con questo importante

Le diagnosi difficili.

Il paziente con depressione mascherata

- presenta svariati sintomi somatici, privi di spiegazione organica
- non si lamenta esplicitamente di depressione del tono dell’umore
- ha certamente un abbassamento del tono dell’umore, ma ha difficoltà a verbalizzarlo (alessitimia)
- utilizza il sintomo somatico come strumento di “aggancio relazionale” con il medico

Il paziente con depressione sottosoglia

- non sono presenti tutti i criteri diagnostici previsti per la diagnosi di depressione
- esiste una riduzione significativa del funzionamento sociale

Tabella I.

aspetto. Viene infatti sempre posto l'accento sull'importanza della diagnosi differenziale tra depressione maggiore e disturbi dell'umore indotti da sostanze o da condizioni mediche generali: ebbene, nessuno più di un MMG ha la possibilità di identificare facilmente questi disturbi, grazie ad una conoscenza dei pazienti globale e protratta nel tempo.

Le risposte che i Medici di famiglia danno a tutti questi pazienti sono spesso pertinenti, ma non sempre inserite in un quadro conoscitivo aggiornato dal punto di vista nosografico. In un recente studio effettuato su 750 MMG dell'intero territorio italiano, risultano formulate circa 400 diagnosi psichiatriche differenti, a fronte di una nosografia che ne prevede meno di 50.

Da questo studio sono anche emersi gli errori terapeutici più frequenti: terapie sottodosate, trattamenti interrotti troppo precocemente, uso incongruo di benzodiazepine. Da questi dati emerge chiara anche la necessità di interventi formativi mirati sui MMG, centrati soprattutto sui nuovi sistemi nosografici e sulla farmacoterapia; ma anche la necessità di formare psichiatri specificatamente indirizzati a fornire supporto e consulenza all'Area della Medicina di famiglia.

Certo, la conoscenza nosografica e farmacologica non basta, dal momento che gli aspetti relazionali, importanti nei confronti di qualunque tipologia di paziente, diventano cruciali con i pazienti depressi. La relazione medico-paziente in realtà è resa oggi più complessa da una vera e propria "rivoluzione copernicana" che si è verificata in questi ultimi anni. C'era una volta il medico paternalista che nel suo rapporto con il paziente si ispirava al *principio di beneficenza* ("so io cosa è bene per te"), forse senza esserne neppure del tutto consapevole o comunque senza pensare che potessero esistere altre modalità di approccio. Oggi nella relazione medico-paziente ci si ispira sempre più al *principio di autonomia*: in questa ottica il paziente viene considerato come soggetto autonomo con il quale è ne-

cessario "negoziare" ogni intervento diagnostico o terapeutico che lo riguardi. Una situazione che se è vera in generale, lo è a maggior ragione per un MMG che impiega prevalentemente il metodo clinico che McWhinney definisce "*rinnovato*", orientato al paziente e non alla malattia, e che si ispira al modello "biopsicosociale" di malattia proposto dallo psichiatra Engel.

La Medicina Generale è concettualmente controcorrente rispetto alla Medicina Ospedaliera, dal momento che il suo modello di riferimento epistemologico è molto più spesso quello qualitativo rispetto a quello quantitativo: quindi soggettività invece di oggettività, antropologia invece di positivismo, olistico invece di parcellizzazione. La Medicina Generale non è quindi una Medicina Interna Ospedaliera ad un livello più elementare come qualcuno talvolta afferma: le differenze sono sostanziali e qualitative. Mentre il malato ospedaliero è un essere "in cattività", nel setting della Medicina Generale il malato (e il sano) vivono nel loro ambiente naturale, nel loro contesto sociale e familiare. È per questo che il MMG è più interessato a prestare *ascolto* all'*illness* (potremmo chiamarlo disagio) del paziente, piuttosto che ad appiccicargli frettolosamente e semplicisticamente un'etichetta diagnostica (*disease*).

In un contesto di questo tipo è evidente che lo stile relazionale del medico finisce per incidere in modo rilevante sul livello di soddisfazione del paziente e sull'efficacia dei nostri interventi. Tutto questo non deve però portare all'errata conclusione che l'obiettivo del nostro lavoro debba essere *comunque* la soddisfazione del paziente: questo potrebbe anche essere *ingiustamente soddisfatto*, oppure talvolta, altrettanto ingiustamente, *insoddisfatto*. Il punto non è questo; l'essenziale è capire che la compliance del paziente è pesantemente condizionata dallo stile relazionale del medico. Da queste considerazioni si può concludere in modo sicuro che la *formazione alla relazione*, cioè al *saper essere*, dovrebbe essere

centrale nel percorso formativo di ogni medico. Le difficoltà anche emotive del singolo medico (in particolare nel mondo della Medicina di famiglia) devono essere prese in considerazione nel nostro modo di pensare alla medicina e dovrebbe diffondersi sempre più la convinzione che il vissuto emozionale del medico rappresenti una risorsa piuttosto che un limite. Di fatto la riscoperta della centralità della persona e dei suoi bisogni, indipendentemente dalla malattia di cui soffre (e dunque *capire* prima di *fare*) potrà aiutare il MMG ad aumentare la consapevolezza del proprio ruolo. Così come la correttezza della diagnosi e l'efficacia della terapia sono strettamente correlate a quei comportamenti del medico che favoriscono la relazione ed, in particolare, la disponibilità all'ascolto che se è utile con tutti i pazienti, nei confronti del paziente depresso può tradursi in un vero e proprio *atteggiamento psicoterapico*.

A questo proposito, è fondamentale tenere distinto l'*atteggiamento* psicoterapico dall'*intenzione* psicoterapica, per la quale sono richieste una preparazione specifica e l'applicazione di particolari tecniche, basa-

te su una specifica teoria della mente e della malattia mentale. L'*atteggiamento psicoterapico*, al quale può e deve essere educato ogni Medico di famiglia, è invece soltanto uno stile di comportamento attento a cogliere e valutare nel paziente le reazioni psicologiche e qualsiasi atto connotato da una valenza emotiva (anche l'esame obiettivo e la prescrizione di un farmaco possono esserlo!) al fine di ottenere la collaborazione nel percorso verso il miglioramento o la guarigione, nel contesto imprescindibile e carico di significati della relazione medico-paziente. Un percorso che per il medico può essere particolarmente costoso in termini di impegno e di tempo, ma che resta fondamentale affinché il paziente riesca a percepire la motivazione esistente alla base dei suoi disturbi e riesca in qualche modo a riformulare le sue richieste. Ed anche in quei casi in cui il medico arriva a decidere l'opportunità di un invio allo specialista, questo invio non può non essere preceduto da un corretto percorso di ascolto del paziente, per evitare che una corretta e consapevole decisione sia vissuta dal paziente come "espulsiva".

Caso clinico: “arriva Caterina ...”

Iole ha 29 anni, laureata in biologia, è attualmente disoccupata. Si presenta in perfetto orario alla visita ambulatoriale, è accompagnata dal marito, con il quale è sposata da cinque anni. È d'aspetto curato, ma appare visibilmente insofferente. Appena si siede tende a precisare che è stato il marito a volerla portare dallo psichiatra, perché lei in realtà ritiene di non averne affatto bisogno, “... piuttosto è lui che sarebbe da curare ...”. Iole rivela di essere incinta da circa quattro mesi e mezzo e che questa gravidanza in fondo non era stata cercata anzi “non era stata programmata, visto il momento che sta passando mio marito ed io che non ho ancora trovato un lavoro stabile, però, che c'entra ... è sempre una gioia”.

Dal colloquio emerge che i rapporti con la famiglia del marito sono diventati più problematici da quando è stata comunicata la notizia della gravidanza, tanto che Iole descrive la suocera come maleducata e intrusiva; dice che il marito non le sembra sufficientemente interessato alle fasi della gravidanza e le dà l'impressione di vivere l'evento come un intoppo ad una routine di una coppia ben collaudata. Inoltre, opportunamente indagate, diventano esplicite le difficoltà da parte della paziente ad accettare i cambiamenti del corpo “che sta gonfiando”. Emerge che Iole si è trasferita dalla Puglia dopo il matrimonio, ma “purtroppo” la sua famiglia è rimasta lontana e che, sebbene senta i suoi genitori ogni giorno, si sente abbandonata e lasciata a sé stessa: “Mia madre avrebbe saputo come starmi vicino ...”.

Si descrive come persona ottimista, estroversa, molto attaccata alla famiglia, scrupolosa e con un forte senso del dovere. Sua madre soffre di depressione ricorrente, mentre il padre ha abusato di alcol in passato. Ad un colloquio più approfondito, emerge che già da un mese e mezzo la paziente accusa fatica, astenia, anergia, diminuzione dell'appetito, calo della libido e insonnia iniziale e terminale, tanto che negli ultimi 15 giorni dorme 5 ore per notte. Riferisce che effettivamente è stata “un po' giù di tono”, ma che ultimamente è più nervosa e irritabile che depressa. Dice di essere stata rassicurata dalle amiche, perché tali sintomi sono frequenti in corso di gravidanza. Sembra invece molto preoccupata sul futuro della figlia, perché sente la responsabilità della sua educazione tutta sulle sue spalle; inoltre ha l'impressione che il rapporto con il marito sarà compromesso dalla nascita di Caterina e che subentreranno problemi economici. Appare anche preoccupata circa la salute della figlia: “... e se non dovesse essere sana?”, ma soprattutto ribadisce che la mancata condivisione dell'evento con il marito è quello che la ferisce di più “tanto che lui pensa di risolvere tutto portandomi qui!”.

Spunti di riflessione

- Quali elementi del caso considerate rilevanti ai fini diagnostici e prognostici? E perché?
- Quali peculiarità rilevate nel quadro clinico presentato?
- Che diagnosi fate? E sulla base di quali elementi?
- Quale trattamento ritenete corretto instaurare?

Commento al caso di Caterina

Sebbene il quadro ormonale in gravidanza risulti un fattore protettivo nei confronti della depressione, circa il 10% delle donne presenta una chiara sintomatologia depressiva durante la gestazione e una quota maggiore ha sintomi subclinici. Inoltre, la depressione in gravidanza rappresenta un fattore di rischio per la depressione *post-partum*: molte pazienti infatti fanno risalire l'inizio del quadro depressivo alla gestazione e la sua piena manifestazione al periodo successivo al parto. La diagnosi di depressione gravidica risulta particolarmente complicata per diversi aspetti, quali la vergogna di chiedere aiuto e dello stigma, l'apprensione circa la somministrazione di farmaci, la difficoltà di individuare come patologici sintomi che normalmente possono essere presenti in corso di gravidanza, come la diminuzione dell'appetito, il calo della libido e dell'energia, disturbi del sonno. Comunque, il quadro clinico è spesso caratterizzato da flessione del tono dell'umore, che può tuttavia assumere tinte disforiche ("un po' giù di tono", ma che ultimamente è più nervosa e irritabile che depressa), l'anedonia, l'apatia, l'astenia, la perdita della libido, l'iporessia e il mancato aumento di peso, l'anergia, ma talvolta l'agitazione psicomotoria. Durante la gravidanza non sono frequenti deliri e allucinazioni, ma possono presentarsi nel *post-partum* e dar luogo ad un vero e proprio stato misto (psicosi puerperale descritta dai vecchi autori) caratterizzato dalla compresenza di sintomi depressivi e sintomi maniacali (irrequietezza motoria, disforia, aggressività, perplessità). Talvolta è presente un'alternanza della sintomatologia tra le opposte polarità (ipersonnia-insonnia, rallentamento-agitazione). La madre presenta spesso tematiche ipocondriache o uno stato persistente di preoccupazione sul futuro: tematiche di inadeguatezza riguardanti la responsabilità e la gestione del figlio/a (sente la responsabilità della sua educazione tutta sulle sue spalle, ha l'impressione che il rapporto con il marito sarà compromesso dalla nascita di Caterina e che subentreranno problemi economici; appare anche preoccupata circa la salute della figlia). La trasformazione del proprio corpo e i cambiamenti di vita durante la gestazione polarizzano l'attenzione della donna sul corpo (cambiamenti del corpo "che sta gonfiando"). Sono frequenti le lamentele fisiche senza riscontro internistico, che solitamente si risolvono dopo il parto. Solitamente è presente una familiarità positiva per disturbi dell'umore. Non è infrequente che alla depressione si associno sintomi subclinici d'ansia generalizzata, ossessivo-compulsivi, condotte alimentari anomale.

4

Trattamento

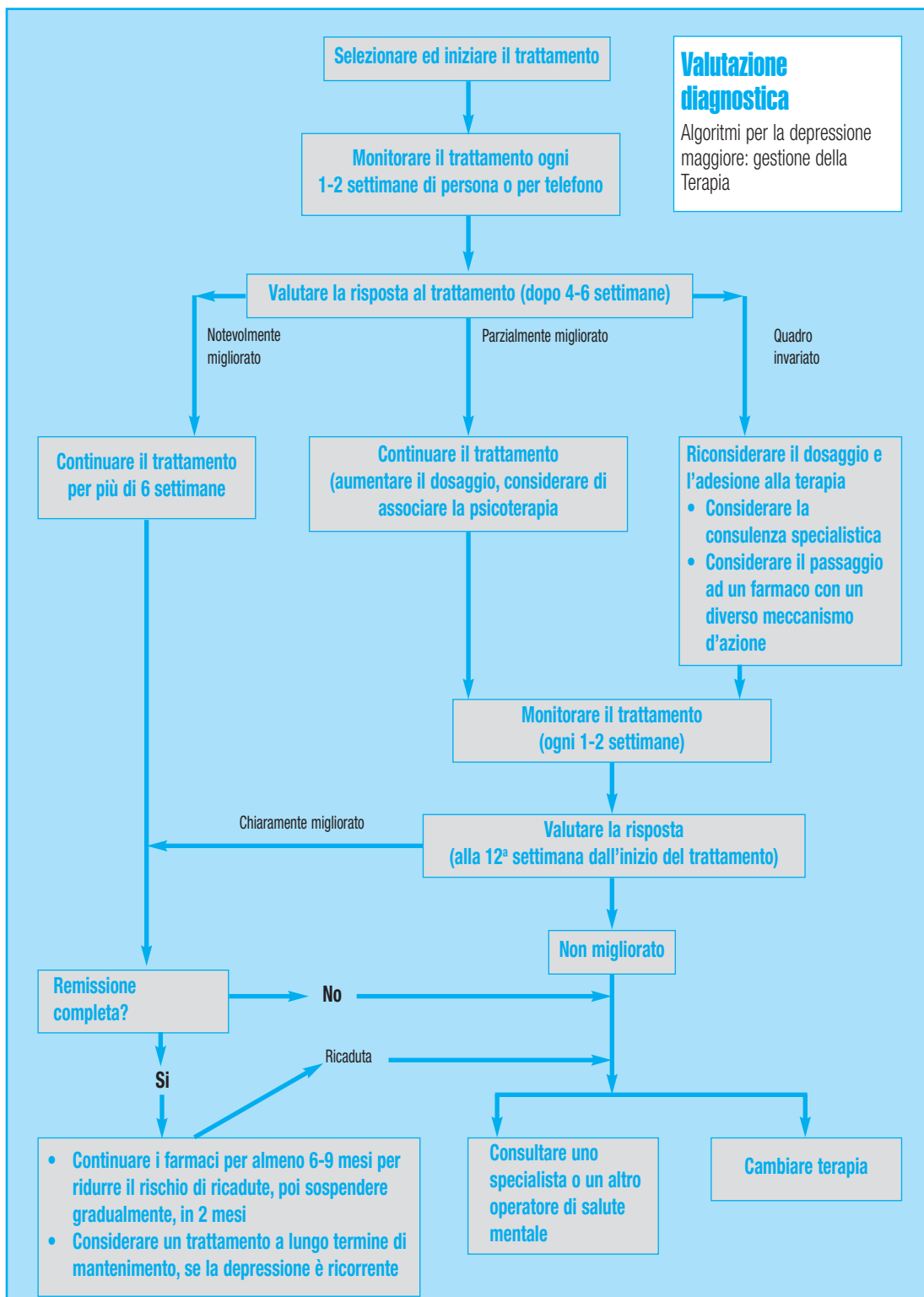
Prima di affrontare i problemi relativi all'utilizzo dei farmaci disponibili per il trattamento della depressione, è opportuno ricordare alcune considerazioni più generali da tener presente per un corretto approccio al paziente ed ai suoi familiari. Nella Tabella II ne viene elencata una serie ed è fortemente raccomandato di tenerla ben presente tutte le volte che un medico deve farsi carico direttamente, per un colloquio o per una decisione operativa diagnostica o terapeutica, di un paziente depresso. Merita fare qui un accenno al problema del *suicidio*, innanzitutto per sfatare un diffuso luogo

comune: non è vero che “*chi ne parla non lo fa*”, ma è vero esattamente il contrario! Poi per ricordare che è più frequente nei maschi e nelle persone anziane; infine che il rischio di suicidio è maggiore nelle prime settimane di terapia antidepressiva, in quanto il farmaco agisce sull'inibizione psicomotoria prima che sul tono dell'umore e di conseguenza il paziente, che prima era così inibito da non riuscire nemmeno a mettere in atto tentativi anticonservativi, può essere ancora tanto depresso da desiderare il suicidio, ma non più così inibito da non riuscire a farlo!

Di fronte ad un paziente depresso, il medico ricordi che:

- la depressione è una malattia frequente, per cui sono disponibili trattamenti efficaci
- la depressione è appunto “una malattia” e non è segno di debolezza o di pigrizia
- *evitare assolutamente* – parlando con il paziente – frasi tendenti a minimizzare o sottovalutare il suo problema (“*deve solo stare tranquillo ...*” oppure “*non è niente*”) o a farlo sentire ancora più in colpa aumentando la disistima (“*ci metta un po' più di buona volontà*” ... “*si tiri su*” ... “*esca, si diverta, faccia un viaggio o ...*” ... “*si faccia coraggio ...*”)
- al momento di prescrivere un *farmaco*, è bene non promettere risultati immediati: è infatti sempre necessario un certo tempo di latenza perché i farmaci diano gli effetti desiderati; ricordare che possono esserci all'inizio lievi effetti collaterali che di solito scompaiono spontaneamente in una decina di giorni
- la terapia, anche laddove la risposta sia abbastanza rapida, deve comunque essere proseguita per almeno 6 mesi a dosaggio pieno anche dopo la risoluzione dell'episodio e, se si decide che è utile una profilassi, anche per molti anni.

Tabella II



5

I principali farmaci antidepressivi

Come è buona regola generale in molti campi di farmacoterapia, ogni medico dovrebbe imparare a conoscere e ad usare bene un numero limitato di molecole scelte in un numero ancor più limitato di classi.

Nel campo dei farmaci per la depressione (Tab. III), la scarsa maneggevolezza degli IMAO e la scarsa efficacia degli atipici possono essere buoni motivi per non tenerli in considerazione. Le benzamidi hanno il problema di stimolare spesso la secrezione di prolattina; solo l'ultima (amisulpiride) è più maneggevole e sembrerebbe abbastanza efficace nella distimia. I triciclici sono sicuramente molto efficaci, ma altrettanto poco maneggevoli. In conclusione, le molecole antidepressive da preferire nell'ambito di un impiego da parte dei MMG sono gli SSRI, la venlafaxina (unico SNRI) e la reboxetina (unico NARI).

Per quanto riguarda i *triciclici*, pur avendone ricordato la minore maneggevolezza, vale comunque la pena di fare alcune considerazioni che possono aiutare il medico a

delinearne meglio il profilo ed individuarne casi di possibile impiego. In effetti essi rivestono un ruolo fondamentale nella storia della psichiatria, di cui hanno di fatto segnato l'inizio dell'approccio farmacologico: la loro efficacia, ampiamente dimostrata da centinaia di studi controllati, è in generale sovrapponibile a quella degli SSRI, anche se i triciclici appaiono ancora superiori in alcuni sottogruppi di pazienti con depressione maggiore grave e con manifestazioni melancoliche. È peraltro indubbio che la maggior incidenza di effetti collaterali e di controindicazioni li rende meno maneggevoli e che la necessità di almeno due somministrazioni quotidiane non favorisce una buona *compliance* dei pazienti.

I *triciclici* più utilizzati sono l'amitriptilina (dotata di azione prevalentemente sedativa) da 50 a 300 mg/die, l'imipramina (azione prevalentemente attivante) da 75 a 300 mg/die e la clomipramina (azione intermedia) da 75 a 300 mg/die. In tutti i casi il trattamento va iniziato ed interrotto gradual-

I principali farmaci antidepressivi.

- IMAO di prima generazione, non reversibili
- IMAO di seconda generazione, reversibili (RIMA)
- Triciclici
- "Atipici" (mianserina, trazodone)
- Benzamidi sostituite
- Inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI)
- Inibitori selettivi del reuptake di serotonina e noradrenalina (SNRI)
- Inibitori del reuptake della noradrenalina (NARI)

Tabella III

mente: in fase iniziale si deve suddividere la dose in 2 o 3 somministrazioni giornaliere ed è poi possibile raggiungere progressivamente la dose unica. Le controindicazioni sono rappresentate da glaucoma, ipertrofia prostatica, affezioni stenose dell'apparato gastroenterico ed urinario, epatopatie, insufficienza cardiaca. Gli effetti collaterali più frequenti sono secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, turbe dell'accomodazione, stipsi, tachicardia, tremori, deficit erettili, ipotensione posturale, nausea.

SSRI, SNRI, NARI (Tab. IV) sono tutti farmaci efficaci e non facilmente differenziabili clinicamente uno dall'altro; contrariamente ai triciclici, nessuno è particolarmente "spostato" né sul versante sedativo, né su quello disinibente, a parte la fluvoxamina che presenta un'azione sedativa un po' più evidente.

Si tratta di molecole tutte molto maneggevoli e con poche controindicazioni; sono somministrabili fin dall'inizio in dose unica (tranne reboxetina) e l'unico effetto collaterale rilevante può essere la nausea che compare nel 20-25% dei casi. Possono

comparire interazioni con altri farmaci a livello degli isoenzimi del citocromo P-450, per cui è buona norma controllare con attenzione la scheda tecnica e studiare a fondo il farmaco scelto prima di iniziare ad impiegarlo specie nei pazienti con politerapia in atto; nel caso di pazienti politrattati conviene utilizzare citalopram o escitalopram in ragione della scarsa o nulla probabilità di dare interazioni farmacologiche. Tutte queste molecole sono efficaci come i triciclici, garantiscono una migliore compliance e sono molto più maneggevoli in termini di effetti collaterali e controindicazioni.

Nel panorama delle molecole impiegate per il trattamento della depressione appare peraltro interessante l'attuale disponibilità di escitalopram che, pur compreso nella più vasta e "storica" categoria degli SSRI, è dotato di alcune caratteristiche peculiari che lo rendono efficace nel trattamento della depressione maggiore e nel disturbo di attacchi di panico con o senza agorafobia. Il suo meccanismo d'azione è peculiare in quanto agisce sul trasportatore della serotonina a livello di due diversi siti d'azione: un sito primario (su cui agiscono tutti gli SSRI) ed un sito allosterico (per il quale solo escitalopram presenta elevata affinità) (Sanchez et al., 2004).

Escitalopram, inoltre, è il più selettivo tra gli SSRI nei confronti del sistema serotoninergico, senza alcuna significativa azione su altri gruppi di recettori e trasportatori. Escitalopram, inoltre, determina un rapido miglioramento della sintomatologia depressiva (Gorman et al., 2002; Montgomery et al., 2004) con un favorevole profilo di tollerabilità e ridotto potenziale di interazioni farmacologiche legate alla minima o assente inibizione delle isoforme del citocromo P450 (1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1, 3A), aspetto sempre rilevante specie nei pazienti che per problemi di pluripatologia assumono più farmaci contemporaneamente.

Tabella IV SSRI, SNRI, NARI.

SSRI

- Fluoxetina da 20 a 80 mg/die
- Fluvoxamina da 50 a 300 mg/die
- Paroxetina da 20 a 50 mg/die
- Sertralina da 50 a 200 mg/die
- Citalopram da 20 a 60 mg/die
- Escitalopram da 10 a 20 mg/die

SNRI

- Venlafaxina da 75 a 375 mg/die; disponibile la forma a rilascio prolungato da 75 a 375 mg/die monosomministrazione

NARI

- Reboxetina da 8 a 12 mg/die (in 2 somministrazioni)

6

Criteri generali di terapia farmacologica

Nella scelta di una terapia antidepressiva vale un importante principio di fondo che solo apparentemente può apparire banale: *riutilizzare la molecola che sembra aver già funzionato* in un eventuale episodio depressivo precedente.

Inoltre, qualunque sia la molecola utilizzata, è fondamentale utilizzarla a *dosaggio pieno* e per un *periodo di tempo sufficiente*, vale a dire per almeno sei mesi dopo la remissione completa della sintomatologia.

Vi è poi il problema dell'*associazione sistemica con le benzodiazepine*, abitudine molto diffusa che però in linea di massima non è consigliabile. Le benzodiazepine andrebbero infatti prescritte soltanto per un uso "al bisogno", specificando bene al paziente l'elevato rischio di comparsa di una dipendenza. Sembra si tenda a dimenticare che sostanzialmente tutti gli antidepressivi agiscono anche sull'ansia, oltre che sul tono dell'umore, seppure non così prontamente come le benzodiazepine.

Per quanto riguarda il problema della *prevenzione delle recidive*, se si tratta di un paziente che ha avuto un unico episodio (depressivo o maniacale) la profilassi è comunque utile seppure non indispensabile; se invece gli episodi sono stati due o più, è praticamente d'obbligo prendere in considerazione un trattamento profilattico. Se il paziente ha sempre avuto solo episodi depressivi, la profilassi sarà effettuata con gli antidepressivi. La profilassi con gli antidepressivi viene attuata utilizzando per periodi lunghi, anche per alcuni anni, la stessa

dose del farmaco che è risultata efficace nella fase iniziale.

Qualora invece il paziente abbia avuto episodi di Disturbo Bipolare (cioè quando vi sia stato anche un solo episodio maniacale) è indispensabile usare il carbonato di litio.

Il *litio* può essere utilizzato anche nella fase maniacale conclamata, ma il suo impiego è subordinato al controllo periodico della litiemia, dal momento che l'assorbimento del farmaco è estremamente variabile. Si inizia con 300 mg/die e si aumenta gradualmente fino ad ottenere una litiemia compresa tra 0,6 e 1,2 mEq/l. La litiemia va controllata inizialmente almeno una volta alla settimana per i primi due mesi, poi una volta al mese per sei mesi e successivamente ogni 3-4 mesi. Essendo una somministrazione a scopo profilattico da continuare per molti anni, oltre al controllo della litiemia alle scadenze prima indicate, è necessario anche un controllo almeno annuale di emocromo e funzionalità tiroidea e renale. L'unica controindicazione assoluta all'uso del litio è la gravidanza. Sono controindicazioni relative ad ipotiroidismo, insufficienza renale, epilessia ed aritmie cardiache. In conclusione, si ritiene che il monitoraggio di una terapia profilattica con il litio (ma anche l'iniziativa di intraprenderla) possa rientrare senz'altro nelle competenze di un medico generale. Diverso è l'impiego di questo farmaco per il trattamento degli episodi maniacali (per i quali sono indicati insieme ai neurolettici), situazione in cui è sicuramente necessario il ricorso allo specialista.

7

La compliance del paziente

È a questo punto opportuno dare ancora qualche suggerimento relativo alla *gestione della compliance* del paziente alla terapia, nodo centrale del rapporto medico-paziente in Medicina Generale, indipendentemente dalla natura del problema che affligge il paziente. È stato già richiamato prima che il rapporto medico-paziente non può prescindere né dalla prospettiva della “negoiazione”, né dal principio di autonomia del paziente che non può più essere considerato come un soggetto succube o dipendente da trattare con benevolenza, pur abbinando trattamenti efficaci e umanizzazione del rapporto professionale, ma come un cittadino che in fondo esercita il diritto di ricevere un certo trattamento. Un cittadino che sempre più spesso è persona colta, informata, consapevole delle sue scelte e che comunque, anche quando non lo è, esprime il suo diritto ad avere un professionista sanitario che si prenda cura di lui e lo faccia innanzitutto informandolo.

Di sicuro è dimostrato che il momento dell’informazione al paziente e della negoziazione con lui di ogni tipo di intervento non ha solo il significato di rispettare la sua au-

tonomia, ma di preoccuparsi realmente di attuare le cure nel miglior modo possibile ottenendo una compliance piena e consapevole. Soprattutto nel *setting* della Medicina Generale questi aspetti non possono essere trascurati, pena la riduzione della compliance a livelli estremamente bassi e quindi preoccupanti per l’efficacia finale di ogni intervento sanitario.

E tutto ciò è di particolare rilevanza quando ci si trova di fronte a pazienti con problemi di area psichiatrica. Ne deriva che con pazienti affetti da disturbi depressivi è fondamentale superare i maggiori problemi di *compliance* alla terapia, che si sa essere riferiti alla fase di latenza degli effetti farmacologico ed alla terapia con finalità di profilassi. È pertanto necessario fornire al paziente informazioni concernenti gli stessi punti richiamati nella Tabella II, insistendo in particolare sulla “normalità” di un effetto un po’ lento della fase iniziale della terapia, sull’opportunità di proseguire l’assunzione dei farmaci oltre la fase di risoluzione dei sintomi e sui benefici, laddove opportuno, di una terapia protratta a scopo preventivo-profilattico.

8

Quando la richiesta di aiuto viene dai parenti

La richiesta di poter consultare uno psichiatra dovrebbe sempre essere fatta dal diretto interessato, ma succede abbastanza spesso anche in ambito specialistico che le cose non vadano proprio così. Nel *setting* della Medicina Generale è prassi abituale che una persona chieda aiuto per un'altra; è quasi la norma che tutti i membri di un nucleo familiare abbiano lo stesso medico curante e che lo mantengano per lunghissimi periodi di tempo. Accade quindi che tutti, medici e pazienti, considerino cosa "normale" che una persona parli con il medico della salute e dei problemi di una terza persona, generalmente non presente al colloquio. Se poi si tratta di problemi non gravi o comunque non particolarmente "delicati", il medico è portato a presumere che il paziente sia al corrente che un suo parente si incarichi di parlare di lui con il medico e che questi tenda a dare per scontato che non ci sia nulla di scorretto in questo comportamento ... e finisca per seguire questo comportamento anche in situazioni più complesse. Di fatto le richieste di aiuto per interposta persona andrebbero sempre scoraggiate, considerando anche che in mancanza di chiarezza di rapporto fin dall'inizio, il medico rischia di trovarsi avvolto da un groviglio relazionale strutturato sulla menzogna che ben difficilmente può portare a qualcosa di buono per il paziente.

E tra i casi "delicati" figurano senza dubbio ai primi posti quelli psichiatrici, specie in quelle situazioni in cui il paziente non ha

consapevolezza di malattia ed è quindi comprensibile che non sia lui stesso a presentare il problema. Ma non è sempre così. Occorre quindi, fin dal primo approccio, cercare sempre di spiegare al parente che deve suggerire a chi sta male di portare la sua richiesta di aiuto in prima persona. È ovviamente necessario chiarire che non si tratta solo di un freddo rispetto di pur importanti norme deontologiche, ma che in effetti si tratta del metodo più adatto a porre le basi di una relazione che possa essere davvero terapeutica. Qualora poi si finisca per accettare di vedere una persona su richiesta di un parente, è importante non solo chiarire ciò che il paziente sa di questa richiesta, ma anche scoprire le ragioni per cui non è stato lui stesso a contattare direttamente il medico. È appena il caso di aggiungere che si deve evitare assolutamente di prescrivere tramite terze persone accertamenti diagnostici o terapie senza averne parlato prima con il paziente, anche in quei casi in cui il medico lo segue per altri problemi ed è convinto di conoscerlo già molto bene. Si deve inoltre fare tutto il possibile per dissuadere il familiare dall'usare l'inganno per convincere il paziente a venire da noi. È il tipico sotterfugio del genitore che spiega al figlio che sta andando dal medico per essere sottoposto a un generico controllo, guardandosi bene dal precisare il vero motivo della visita e naturalmente di dirgli che il tutto era stato concordato con il medico a sua insaputa.

Nella maggior parte dei casi, in effetti, è possibile arrivare a parlare direttamente con il paziente, affrontando in modo esplicito i suoi problemi: l'elemento cruciale è riuscire a resistere alle pressioni dei parenti, il che non è così facile, ma per un MMG è "pane quotidiano" opporsi a richieste incongrue provenienti dalle parti più disparate!

Certo esistono casi in cui è di fatto impossibile stabilire una relazione efficace con il paziente, ad esempio quando sia affetto da demenza: in questi casi l'obiettivo è riuscire a stabilire un buon rapporto non tanto con il paziente quanto con i parenti, i quali peraltro necessitano spesso più di consigli burocratico-assistenziali che non strettamente clinici.

Diverso il caso dei soggetti affetti da *episo-di maniacali* o *psicotici acuti*, nei quali è molto probabile che si verifichi la necessità di dover intervenire con urgenza e, dopo

aver verificato di persona la situazione ed il sospetto diagnostico, di coinvolgere tempestivamente lo specialista.

Ma quando si tratta di pazienti verosimilmente *depressi*, non si deve mai rinunciare ad entrare direttamente in contatto con loro in modo corretto e comunque è sempre bene che il medico eviti di promettere al familiare di affrontare il problema con il paziente, senza avere ricevuto in modo esplicito dal familiare stesso l'autorizzazione a dire al paziente che si è stati informati da lui circa l'esistenza del problema.

In conclusione, di fronte ad una richiesta d'aiuto fatta da un parente è necessario evitare l'uso sistematico della menzogna sia con il paziente, sia con i suoi parenti, ed è necessario imparare ad accettare l'idea che, se non si sa bene come muoversi, è preferibile non fare nulla piuttosto che prendere iniziative ispirate al semplice buon senso o al desiderio di "fare comunque qualcosa".

9

Una particolare categoria di pazienti: gli anziani

La prevalenza di disturbi dell'umore in età avanzata presenta tassi tanto elevati da giustificare il rilevante impiego di psicofarmaci in tale popolazione. Nel trattamento antidepressivo del paziente anziano, inoltre, è necessario adattare l'utilizzo degli psicofarmaci a parametri farmacodinamici e farmacocinetici differenti rispetto al paziente più giovane, ancor più qualora si sia in presenza di comorbidità neurologica, cardiovascolare ed internistica che riducono l'indice terapeutico di molte molecole a causa della maggiore probabilità di effetti avversi dei farmaci o di loro interazioni, in un contesto, pressoché abituale, di polifarmacoterapia. Del resto in età geriatrica la depressione è indubbiamente più frequente proprio in situazioni di comorbidità rispetto all'anziano "sano", ed è facilitata da una storia di progressi disturbi psichiatrici o dalla gravità della patologia organica coesistente. In questa fascia d'età i disturbi dell'umore possono essere la conseguenza di numerosi fattori, quali la compromissione della salute fisica con riduzione dell'autonomia personale, lutti, eventi di perdita, incertezza nei confronti del futuro, riduzione delle performance secondaria a disturbi cognitivi, e così via. Può così realizzarsi una vera e propria situazione di "sommerso psichiatrico", nel senso che la patologia emozionale dell'anziano può risultare sottodiagnosticata e, di conseguenza, sottotrattata. Ciò si correla ad un elevato tasso di ricadute e di cronicizzazione, ad un incremento di

mortalità, ad un maggior rischio di suicidio, nonché ad una prognosi più grave per le malattie organiche concomitanti.

In età avanzata, inoltre, per un processo di amplificazione dell'interdipendenza fra sfera somatica e psichica, è prevalentemente la dimensione corporea ad esprimere il disagio esistenziale, con possibilità di comparsa di disturbi somatoformi, depressione mascherata, pseudodemenza depressiva e tendenza alle "lamentele somatiche" (iporessia, insonnia, disturbi dispeptici, cefalea, ecc.), che superano di gran lunga quelle riguardanti i vissuti emozionali. Questi aspetti impongono problemi di diagnosi differenziale verso le patologie organiche e sono, sovente, alla base di una tendenza all'abuso di medicinali, per cui la prescrizione di psicofarmaci deve essere cauta e mai disgiunta da una presa in carico globale, anche psicologica, del paziente anziano. Una corretta prescrizione psicofarmacologica nell'anziano deve tener conto di diversi fattori, rappresentati dalle modificazioni neurotrasmettitoriali e recettoriali cerebrali proprie dell'età senile, da variazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche (riduzione della capacità metabolica, modificazioni del volume di distribuzione), da problematiche soggettive quali una ridotta *compliance*, la presenza di disturbi cognitivi e mnemonici, talora alla base di un'assunzione farmacologica non corretta: la conseguenza è che l'insieme di questi fattori è in grado di amplificare tanto l'effetto terapeutico,

quanto la possibilità di effetti collaterali di qualsiasi psicofarmaco.

Per quanto riguarda la scelta dell'antidepressivo in questo contesto, gli *antidepressivi triciclici*, nonostante la comprovata efficacia clinica, risultano di problematico utilizzo causa della frequenza di problemi di salute coesistenti ed alla complessità del profilo farmacodinamico che ne limita la sicurezza di impiego. I pazienti anziani sono maggiormente suscettibili, rispetto agli adulti giovani, agli effetti collaterali anticolinergici centrali e periferici dei triciclici (disturbi mnemonici, confusione, ritenzione urinaria, stipsi, secchezza delle fauci, turbe dell'accomodazione, peggioramento del glaucoma), al blocco antistaminico (sedazione, incremento ponderale), all'azione antiadrenergica (ipotensione posturale, vertigini, cadute con rischio di fratture già favorite dall'osteoporosi). Inoltre, l'azione cardiotossica diretta dei triciclici può indurre aritmie ventricolari, blocchi di branca, blocchi AV, fino a rari casi di scompenso cardiaco congestizio. Nell'anziano e nelle depressioni associate a patologie organiche esiste, inoltre, il rischio di interazioni farmacologiche indesiderate (derivanti dall'utilizzo dei triciclici in associazione con altri farmaci somministrati per le patologie coesistenti), tra cui le più significative sono rappresentate dal rischio di ipotensione ortostatica, incrementato dall'associazione con alcuni antipertensivi, e dall'aumento della pressione endoculare favorito dall'associazione con corticosteroidi.

Peraltro va ricordato che non tutti i triciclici presentano le medesime caratteristiche di esposizione al rischio di eventi indesiderati in età geriatrica; ad esempio, le amine terziarie (amitriptilina, imipramina) sono meno tollerabili e potenzialmente più dannose rispetto alle amine secondarie (nortriptilina, desipramina), soprattutto riguardo agli effetti anticolinergici e cardiovascolari.

Gli antidepressivi eterociclici o atipici (tab. 3) rappresentano un'alternativa ai triciclici per la diversa struttura chimica e per il di-

verso meccanismo d'azione neurotrasmettitoriale o recettoriale, più selettivo rispetto ai triciclici. Nell'anziano possono essere utilizzati la mianserina ed il trazodone che presentano ciascuno un peculiare rischio di effetti collaterali collegato al diverso meccanismo d'azione. La mianserina agisce infatti mediante *down-regulation* dei recettori alfa-adrenergici, mentre il trazodone dimostra un'azione selettiva sul sistema serotoninergico. L'effetto collaterale più frequente della mianserina, correlato all'azione istaminergica ed alfa-adrenergica, è rappresentato dalla comparsa di sedazione (peraltro utilizzabile a fini terapeutici, ma che va sempre valutata con cautela per il rischio che ne potrebbe derivare, qualora eccessiva, nell'eventualità di risvegli notturni), da fenomeni di *hang-over* al risveglio e da un incremento dell'appetito con aumento ponderale. È possibile la comparsa di ipotensione posturale, riferibile all'azione di blocco dei recettori alfa1-adrenergici e correlata ai livelli plasmatici del farmaco.

Il trazodone è invece privo di effetti collaterali anticolinergici e cardiovascolari significativi, anche in caso di sovradosaggio; può, però, indurre sedazione ed ipotensione ortostatica, quest'ultima imputabile alle sue proprietà alfa-adrenolitiche, per cui l'impiego nell'anziano deve essere cauto.

Le benzamidi sostituite (levosulpiride, amisulpiride), a basso dosaggio, vengono impiegate nella terapia del disturbo distimico e nel disturbo somatoforme, sfruttandone l'effetto antidepressivo, antiastenico e migliorativo della cenestesi. Nel paziente anziano va attentamente controllata l'eventuale comparsa di disturbi extrapiramidali (tremore, parkinsonismo, discinesie) derivanti dall'azione bloccante dopaminergica già a bassi dosaggi: per questo se ne consiglia l'impiego a dosaggi intorno alla metà circa rispetto al giovane, comunque sotto stretto controllo ed evitando in ogni caso le terapie protratte. Le benzamidi, inoltre, determinano un rapido ed elevato incremento della prolattinemia che, anche in fase post-

menopausale, ne sconsiglia l'impiego in presenza di anamnesi positiva per patologie mammarie. Altro elemento di cautela nell'anziano con problemi internistici e/o cardiologici è rappresentato dall'incremento ponderale. Per le benzamidi sostituite non sono segnalate significative interferenze farmacologiche.

Gli SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram e escitalopram), grazie alla scarsa affinità di legame per i recettori istaminergici, muscarinici, alfa1- e alfa2-adrenergici, presentano una notevole maneggevolezza e tollerabilità, con possibilità di impiego scevro di rischi in varie patologie depressive, anche in comorbidità con disturbi vascolari e cognitivi ed in età geriatrica. Mancando di proprietà chinidino-simili, gli SSRI non inducono fenomeni di tossicità cardiovascolare e sono sicuri anche in caso di sovradosaggio. Tutti gli SSRI possono essere impiegati in monodose giornaliera, elemento facilitante la compliance nel paziente anziano in polifarmacoterapia. Nell'ambito di tale classe farmacologica esiste, tuttavia, una complessa eterogeneità di risposta clinica che deriva dalla potenza di inibizione del reuptake della serotonina, oltre che da un'azione non esclusiva su tale neurotrasmettitore: sotto questo profilo, l'escitalopram risulta più selettivo per il sistema serotoninergico e privo di affinità per i recettori dopaminergici, adrenergici, colinergici o istaminergici.

La fluoxetina è dotata di azione noradrenergica e selettiva nei confronti dei recettori 5HT₂, mentre la sertralina presenta una significativa azione dopaminergica; la paroxetina, per contro, determina un blocco dei recettori muscarinici e la fluvoxamina sembra agire sui recettori sigma, coinvolti nella regolazione dei sistemi dopaminergici e nella trasmissione colinergica.

Gli effetti collaterali più frequenti degli SSRI sono tipo gastroenterico (nausea, iporexia, gastralgie, raramente vomito), che compaiono nel 20-30% dei pazienti, da non sottovalutare nella gestione della complian-

ce del paziente anziano. A tale inconveniente si può ovviare associando temporaneamente una benzamide.

Sul versante degli effetti collaterali di ordine neuropsichiatrico, gli SSRI possono indurre fenomeni transitori, di attivazione o di sedazione, per lo più in fase iniziale di adattamento dei recettori serotoninergici. Nel lungo termine, l'assenza di effetti indesiderati di tipo sedativo o anticolinergico garantisce una buona prestazione cognitiva nel paziente anziano, anche qualora il disturbo depressivo si associ a disturbi cognitivi. Nonostante l'assenza di tossicità cardiovascolare diretta degli SSRI, tali farmaci sono, comunque, responsabili di un incremento del tono serotoninergico, con specifici effetti della serotonina sul tono vasale, sulla permeabilità ed aggregazione capillare e sull'emostasi. L'impiego, quindi, degli SSRI non può essere considerato scevro di azione vasale indiretta da 5HT: in ogni paziente, la risposta vascolare globale dipenderà dal tono vasale preesistente, dal dosaggio, dalla proporzione e dal tipo di recettori coinvolti; in alcuni casi, quindi, soprattutto in corso di vasculopatie ostruttive, è opportuno un controllo dei parametri cardiovascolari del paziente, soprattutto se in età avanzata o in esiti di patologie vascolari acute (IMA, stroke, ecc.). Le interazioni farmacocinetiche fra SSRI ed altri farmaci sono correlate all'inibizione del sistema enzimatico del citocromo P450 da parte di tali molecole, con possibilità di un incremento dell'attività di anticoagulanti, beta-bloccanti, neurolettici ed altri antidepressivi. Come già accennato prima, avere a disposizione molecole più sicure costituisce quindi un vantaggio; in questo senso citalopram e escitalopram hanno dimostrato un ridotto potenziale di interazioni farmacologiche (per assente o minima inibizione delle isoforme del citocromo P450) e pertanto sono più adatti nei pazienti in politerapia.

La venlafaxina è un farmaco che non mostra affinità per i recettori muscarinici, adrenergici e istaminergici. Gli effetti col-

laterali più comuni sono di tipo serotonergico e noradrenergico, essendo rappresentati da nausea, cefalea, sonnolenza e/o irrequietezza, secchezza delle fauci, insonnia, stipsi e vertigini. Per quanto riguarda gli effetti collaterali cardiovascolari, oltre ad un lieve aumento della frequenza cardiaca, clinicamente non significativo ma soggettivamente percepito dal paziente, può risultare occasionalmente più rischioso, nell'anziano già iperteso, un modesto ma persistente incremento della pressione arterio-

sa, dose dipendente, che impone attenti controlli, specie in presenza di terapie a dosaggi medio-alti.

In conclusione, risulta fondamentale nel trattamento dei disturbi dell'umore in pazienti portatori di altre patologie, specie se anziani, valutare sia gli aspetti somatici sia quelli emozionali delle varie patologie, tenendo conto della complessità dell'individuo malato e del significato negativo, in senso prognostico, del disturbo dell'umore sulla malattia somatica.

Caso clinico: “Rachele, la mamma che si sentiva di peso ...”

Rachele ha 74 anni, è vedova con un figlio di 50 anni e due nipoti (di 16 e 14 anni). Ha lavorato per 20 anni come impiegata in un ufficio comunale, attualmente è pensionata e vive in casa da sola. La madre è descritta come una donna molto apprensiva. Non viene riferita familiarità per disturbi psichiatrici.

È nota come persona coscienziosa e affidabile, apprensiva, introversa e pessimista, ma abbastanza decisa, pignola per certi aspetti quali la pulizia e l'ordine della casa. Non vengono riferite problematiche in età infantile. Conduce una vita sostanzialmente regolare ed è indipendente dal punto di vista economico e sociale.

Quando si presenta in ambulatorio, accompagnata dal figlio, non appare trascurata nell'aspetto, sebbene la mimica facciale e l'espressività appaiano ridotte. Durante il colloquio emerge che in seguito alla morte improvvisa del marito, avvenuta circa sei mesi prima, per un infarto cardiaco, ha manifestato una progressiva “debolezza”, associata a difficoltà digestive e dolori generalizzati. Spontaneamente non riferisce flessione del tono dell'umore, ma sottolinea di sentirsi “scarica” e senza voglia. L'appetito è diminuito assieme al piacere e alla voglia di cucinare, e nell'ultimo periodo è comparso anche disinteresse per la cura e la pulizia della casa. Non riferisce difficoltà ad addormentarsi, ma la mattina si sveglia intorno alle 5.30 e la qualità del sonno è nettamente peggiorata. Il figlio mostra viva preoccupazione perché ha notato che ultimamente dimentica sempre più spesso le cose, appare sbadata e non più affidabile, e tende a stare a casa senza uscire a fare la spesa o a trovare le amiche che abitano vicino. Interrogata, rivela di essere preoccupata delle sue condizioni di salute, e di avere il timore di essere malata e che “*presto toccherà a me andarmene, d'altronde che ci sto a fare, ormai sono solo un peso per gli altri, e non vorrei che mio figlio mi dovesse accudire come un'inferma, meglio morire presto e in silenzio come mio marito ...*”.

Durante il colloquio appare lucida, sebbene rallentata da un punto di vista ideativo e con aumentata latenza alle risposte. Rachele riferisce anche di avere durante il giorno momenti in cui non riesce a stare ferma, sente come un senso di “smania”, un tremore interno e prova un profondo disagio perché in quei momenti sono più vive le preoccupazioni circa la sua salute e il suo senso di solitudine.

Secondo quanto riferito dal figlio, non si erano presentati episodi simili in precedenza, sebbene la mamma fosse passata attraverso molti momenti difficili nel corso della sua vita. Il figlio rivela che il rapporto con il marito fosse un grande sostegno affettivo e di come fosse saldo il loro rapporto di coppia, sebbene avessero talvolta un'interazione conflittuale.

Spunti di riflessione

- Quali elementi del caso considerate rilevanti ai fini diagnostici e prognostici? E perché?
- Quali peculiarità rilevate nel quadro clinico presentato?
- Che diagnosi fate? E sulla base di quali elementi?
- Quale trattamento ritenete corretto instaurare?

Commento al caso di Rachele

La depressione nel soggetto anziano è un disturbo con caratteristiche clinico-sintomatologiche molto eterogenee, così come diversi sono i risvolti prognostici. Il quadro risulta complesso per la contemporanea presenza di sintomi depressivi, cognitivi, disabilità funzionali e comorbidità con altri disturbi. Già Kraepelin (1913) aveva descritto la “malinconia involutiva” come una forma depressiva che non presentava familiarità per disturbi dell'umore, a decorso cronico, con maggiore frequenza di eventi legati all'esordio, con tendenza all'evoluzione amenziale.

L'umore è frequentemente disforico o irritabile, se è presente una flessione timica spesso non viene riferita spontaneamente dal paziente.

L'espressività soggettiva della sofferenza viene affidata a sintomi somatici (difficoltà digestive e dolori generalizzati) soprattutto a carico dell'apparato gastro-intestinale, cefalee, mialgie e dolori diffusi, all'anedonia (sentirsi “scarica” e senza voglia). Oltre ai disturbi del sonno (si sveglia intorno alle 5.30 e la qualità del sonno è nettamente peggiorata), è spesso presente agitazione psicomotoria, irrequietezza, tremore interno (momenti in cui non riesce a stare ferma, sente come un senso di “smania”), ma può esserci talora rallentamento fino all'arresto psicomotorio.

L'ideazione è più spesso rallentata, con aumentata latenza alle risposte, deficit di concentrazione e di memoria, indecisione, deficit nelle funzioni esecutive (pseudo-demenza) che talvolta impongono una diagnosi differenziale con la demenza. Cognitivamente sono presenti tematiche di colpa, di rovina, ipocondriache e di morte, che vanno dalla paura di morire, al senso di inutilità (“*ormai sono solo un peso per gli altri ...*”), all'ideazione suicidaria con relativa pianificazione del tentativo di suicidio, che caratterizza una condizione ad alto rischio. Non è infrequente la concomitante presenza di deliri ipocondriaci, depressivi e talvolta paranoidei (riferimento, veneficio, furto, maltrattamento), la presenza di sintomi dello spettro ansioso e ossessivo-compulsivo. L'eterogeneità del quadro dipende chiaramente anche dall'età del soggetto, dalla tempestività dell'intervento terapeutico, dalla possibilità di un sostegno sociale, dalle caratteristiche premorbuse e dalle concomitanti diagnosi cliniche. Occorre inoltre tener presente che la depressione nell'anziano presenta spesso sintomi residui, come ansia, anergia, insonnia, apatia, sensi di colpa o di inutilità, che talora persistono in forme subcliniche anche dopo una risposta iniziale incoraggiante all'intervento terapeutico.

10

Psicoterapia cognitivo-comportamentale della depressione

All'interno del più ampio capitolo costituito dalla psicoterapia cognitivo-comportamentale, il filone cognitivo-razionalista è quello che ha dato i contributi più importanti all'inquadramento ed allo studio dei processi mentali che si sviluppano in corso di depressione e che ha anche fornito efficaci strumenti di cura e prevenzione. Secondo il modello della psicologia cognitiva, il comportamento umano è la conseguenza di un processo di previsione che precede la scoperta; gli occhi vedono ma sono guidati dal cervello e quello che si cerca non è tanto qualcosa di nuovo ma la conferma delle previsioni. Sono gli schemi che inducono il soggetto a ricercare ed a selezionare l'informazione disponibile. Ciò significa che chi percepisce è in grado di recepire solamente ciò che è in sintonia con i propri schemi. Il concetto di "schema" è inteso come quella parte del ciclo percettivo che è interno all'individuo, è modificabile dall'esperienza ed in qualche maniera specifico di ciò che si percepisce. Ad un livello intermedio tra il funzionamento del sistema nervoso centrale e dei dati di osservazione, la psicologia cognitiva pone il concetto di schema che presiede agli atti percettivi, alla ricostruzione dei ricordi, alle azioni, alle esperienze emozionali, alle modalità di rapporto con il mondo esterno, all'autostima.

Uno dei presupposti su cui si fonda la psicoterapia è la stretta interdipendenza esi-

stente tra comportamenti, emozioni e stili cognitivi. Le emozioni ed i comportamenti degli individui non sono determinati direttamente dalle specifiche situazioni che essi incontrano nel corso della loro vita, quanto piuttosto dalle modalità con cui queste vengono interpretate e dai significati che ad esse vengono attribuiti. Ogni individuo sviluppa un gran numero di schemi o modelli operativi, essendo ognuno un attivo costruttore della propria visione del mondo.

Nella depressione si osservano assieme al dolore mentale e all'esperienza di impotenza tipici contenuti e processi cognitivi. Aaron Beck ha identificato tre dimensioni cognitive, con cui il depresso da un lato mantiene il dolore mentale e dall'altro conduce a ritenerlo immodificabile, con una conseguente esperienza di impotenza. La prima dimensione riguarda i *contenuti di pensiero*, con una visione pessimistica di sé, del mondo esterno, associata ad un'interpretazione negativa delle esperienze presenti e passate, e attese negative per il futuro (triade cognitiva di Beck). La seconda dimensione riguarda la *modalità* con cui tali pensieri, rappresentati nella coscienza, sfuggono alla critica e alla coscienza autoriflessiva, contribuendo all'instaurarsi di impressioni di inefficienza e di impotenza. Le convinzioni dei pazienti depressi sono presenti sotto forma di "pensieri automatici" e sono rappresentate da una serie di cognizioni erronee basate sull'autoaccusa, l'esa-

gerazione dei problemi esterni e la mancanza di speranza che, nel loro insieme, giocano un ruolo determinante nel caratterizzare in senso depressivo il tono dell'umore e la patologia di un comportamento. La terza dimensione è quella dell'*elaborazione delle informazioni*. Beck ha individuato modalità di costruzione della realtà alterate che ha chiamato distorsioni cognitive, tra cui le più comuni sono rappresentate dalla personalizzazione (riferire gli eventi esterni a se stessi), dall'astrazione selettiva (astrarre un dettaglio senza collegarlo con il resto), dall'inferenza arbitraria (trarre conclusioni da dati insufficienti) e dall'ipergeneralizzazione (costruire delle regole generali partendo da un singolo elemento).

La terapia cognitiva si fonda sul concetto che le convinzioni irrazionali e i giudizi distorti verso di sé, l'ambiente ed il futuro sono alla base delle esperienze mentali depressive. L'approccio terapeutico si basa sulla possibilità di modificare i processi distorti del pensiero attraverso un intervento di tipo razionale: quando il paziente conoscerà le radici del suo disturbo potrà correggere le cognizioni errate e, quindi, anche le reazioni emotive ed il comportamento inadeguato.

Il processo terapeutico si basa sulle operazioni richiamate nella Tabella V. Comprendere cosa sta succedendo può essere utile al paziente per due motivi: migliora l'immag-

gine di sé e lo rassicura, sapendo che il disturbo è comune a molte persone o che non sta accadendo qualcosa di ignoto in lui e attorno a lui; tutto ciò migliora il senso di autostima e articola meglio il processo di conoscenza.

La terapia ha una durata breve: 12-24 settimane, con frequenza di una seduta a settimana. È indicata per il trattamento sia della depressione di grado lieve o moderato non psicotica sia come terapia aggiuntiva nel trattamento di soggetti che abusano di sostanze e che presentano comorbidità con i disturbi di personalità. La terapia cognitivo-comportamentale ha dimostrato di essere efficace come trattamento di mantenimento (a 2 anni) per il disturbo depressivo maggiore ricorrente.

Tra i fattori associati ad una scarsa risposta alla terapia cognitivo-comportamentale vi sono la condizione di disoccupazione, il sesso maschile, la comorbidità, la tendenza al disadattamento socio-lavorativo e alcune alterazioni nei valori dei test di laboratorio o strumentali (ad esempio, anomalie all'EEG nel sonno, aumentata attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, aumento della tiroxina).

Anche se testata per la depressione unipolare, la psicoterapia cognitivo-comportamentale sembra efficace anche in corso di depressione bipolare in aggiunta alla terapia farmacologica.

Tabella V Le operazioni del processo terapeutico.

- Far emergere i pensieri automatici, insegnando al paziente a scoprire quelli che producono le emozioni quali ansia, tristezza, rabbia
- Valutare i pensieri automatici, ed acquisire la consapevolezza che percepire la realtà è qualcosa di diverso dalla realtà stessa
- Identificare gli assunti di base che stanno all'origine dei pensieri automatici
- Analizzare la validità delle regole

Psicoterapia interpersonale della depressione

La psicoterapia interpersonale, sviluppata da Gerald Klerman nel 1984, è una psicoterapia breve, che dura tra 12 e 16 settimane, di solito di una seduta a settimana, volta al trattamento ambulatoriale della depressione non-bipolare non-psicotica.

La psicoterapia interpersonale si fonda su alcuni presupposti teorici. Il primo è che il disturbo psichiatrico sia l'espressione del tentativo del soggetto di adattarsi all'ambiente e ai suoi cambiamenti e che tale risposta sia influenzata da precedenti esperienze, in particolare quelle della vita relazionale infantile e dell'affiliazione a vari gruppi sociali (Adolf Meyer). Il secondo contributo si deve alla teoria di Bowlby il quale pone l'attenzione sulle dinamiche dell'attaccamento come base per lo sviluppo della vita emotiva del soggetto e delle sue conseguenze sul piano cognitivo, comportamentale e delle relazioni sociali.

Obiettivo della psicoterapia è ridurre i sintomi depressivi e migliorare la qualità di vita del paziente attraverso il miglioramento del funzionamento interpersonale. Viene posto l'accento sia sulle relazioni attuali, che sulle strategie per migliorare la vita interpersonale del paziente.

La psicoterapia interpersonale focalizza essenzialmente il suo intervento su quattro aree: 1) sulle perdite, recenti e pregresse, e

sul dolore da lutto; 2) sul conflitto di ruolo; 3) sulla transizione di ruolo; 4) sui deficit interpersonali e quindi sull'isolamento sociale, sui deficit nelle abilità sociali e su altri fattori interpersonali che possono condizionare il decorso della depressione. Il terapeuta è molto attivo nell'aiutare a delimitare gli aspetti predominanti del problema interpersonale del paziente, rassicurando e cercando di chiarire i sentimenti e le emozioni del paziente, migliorando la comunicazione e lo sviluppo di capacità interpersonali. Inoltre, la psicoterapia interpersonale è indicata sia come unica terapia, sia in associazione al trattamento farmacologico; ha inoltre dimostrato di essere efficace come trattamento di mantenimento nel prolungare l'intervallo interepidodico in pazienti con episodi depressivi non gravi che non assumono farmaci.

I fattori suggeriti come associati ad una scarsa risposta alla psicoterapia interpersonale includono la comorbilità con i disturbi di personalità, in particolare il disturbo evitante di personalità, mentre sembra più efficace per depressi con tratti ossessivi di personalità, per pazienti single o non conviventi e per anziani. Alcuni studi suggeriscono il suo utilizzo anche per i pazienti depressi HIV-positivi e nella depressione dell'adolescenza.

Approfondimento ai 3 casi clinici

La diagnosi, in tutti e tre i casi presentati, è di Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo.

Inoltre nel caso di Michele è anche presente un Disturbo d'Ansia Generalizzato.

In tutti i casi la sintomatologia depressiva è abbastanza evidente (astenia paradossa, insonnia terminale, perdita di interesse per attività piacevoli, ecc.), ma in tutti è anche presente un elemento che potrebbe in qualche modo “giustificare” la depressione: nel primo un lutto di sei mesi prima, nel secondo una gravidanza non programmata, nel terzo la fine di una relazione quattro mesi prima.

È molto importante che i medici si abituino a considerare questi “*life event*” come fattori di rischio, cause scatenanti e non “spiegazioni” che portano a considerare come “normale” l'esistenza di una condizione depressiva.

La nosografia precedente il DSM-III tendeva a considerare meno grave qualsiasi depressione reattiva e a ritenere veramente degna di essere trattata solo la depressione cosiddetta endogena. Ora invece si considera determinante la gravità dei sintomi ed il loro impatto sul funzionamento sociale, indipendentemente dalla loro maggiore o minore endogenicità.

Nel caso di Rachele vi sono alcuni elementi (dimenticanze, rallentamento psichico) potrebbero porre il dubbio della diagnosi differenziale con una demenza; ma l'insorgenza relativamente rapida e la presenza di

una immagine di sé negativa fanno propendere per la depressione.

Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, in tutti e tre i casi si pone l'indicazione ad una terapia farmacologica con un farmaco antidepressivo che comunque non esclude mai l'impiego di qualche supporto psicoterapico. Anche se qui non abbiamo elementi sufficienti a valutare la gravità dei quadri clinici, ricordiamo che, in tutti quei casi di depressione classificabili come “lieve”, il *counselling* interpersonale si è rivelato efficace quanto i farmaci antidepressivi.

Per Rachele, 74 anni, l'uso di un antidepressivo avrebbe anche il significato di permettere una diagnosi *ex adiuvantibus*: la risposta al trattamento confermerebbe infatti la correttezza della diagnosi di depressione. Nel caso di Iole (depressione in gravidanza) si impone ovviamente una maggior cautela nell'uso dei farmaci. Sicuramente sono da evitare litio e triciclici, ma l'impiego di un SSRI, se valutato come indispensabile, è possibile; i dati disponibili non suggeriscono un incremento di difetti congeniti, ma l'uso prolungato in prossimità del parto può causare sindrome d'astinenza nel neonato (le medesime considerazioni possono essere riferite anche alle benzodiazepine).

È soprattutto nel caso di Michele (ma anche nei primi due) che si può eventualmente prendere in considerazione l'impiego di benzodiazepine per tenere sotto controllo una sintomatologia ansiosa eccessivamente disturbante. Però è opportuno che l'abbina-

mento di una benzodiazepine ad un antidepressivo – come ben precisato nel testo – non sia considerato prassi abituale ed inevitabile.

Le benzodiazepine implicano un elevato rischio di dipendenza, incidenti automobili-

stici ed infortuni sul lavoro causati dall'allungamento dei tempi di reazione: esse pertanto vanno prescritte in modo mirato, e possibilmente consigliandone sempre un uso "al bisogno".

- Andreoli V. *Il Medico di Medicina Generale e la psichiatria*. Masson 2000.
- Asioli F, a cura di. *Il medico di base e lo psichiatra*. NIS 1996.
- Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli 1961.
- Bellantuono C, Balestrieri M, Ruggeri M, Tansella M. *I disturbi psichici nella Medicina Generale*. Il Pensiero Scientifico 1992.
- Bellantuono C. *Il trattamento dell'ansia e della depressione. Guida all'uso razionale degli psicofarmaci nella Medicina Generale*. Il Pensiero Scientifico 1997.
- Brunello N, et al. *Fact Nwes and Views* 2004;5:6-11.
- DSM IV-TR-MG - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali per la Medicina Generale*. Masson 2002.
- Ellenberger HF. *La scoperta dell'inconscio*. Borin-ghieri 1976.
- Gorman JM, Korotzer A, Su G. *Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo-controlled trials*. *CNS Spectrum* 2002;7(4 Suppl 1):40-44.
- Jervis G. *Manuale critico di psichiatria*. Feltrinelli 1975.
- Lesser AL. *Problem-based interviewing in general practice: a model*. *Med Educ* 1985;19:299-304.
- Mencacci C, a cura di. *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici*. Masson 2003.
- Montgomery SA, Huusom AKT, Bothmer J. *A Randomised Study Comparing Escitalopram with Venlafaxine XR in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder*. *Neuropsychobiology* 2004;50:57-64.
- Owens MJ, Knight DL, Nemeroff CB. *Second-generation SSRIs: human monoamine transporter binding profile of escitalopram and R-fluoxetine*. *Biol Psychiatry* 2001;50:345-50.
- Pancheri P, Cassano GB, a cura di. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson 1992.
- Parma E. *Disturbi psichici in Medicina Generale*. UTET 1997.
- Piccinelli M, Bellantuono C, Tansella M. *Psichiatria e Medicina Generale*. Il Pensiero Scientifico 1998.
- Sanchez C, et al. 4th International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Monte Carlo, 19-21 novembre 2003.
- Shorter E. *Storia della psichiatria*. Masson 2000.
- ICD 10 dei disturbi psichici. Linee guida per la Medicina Generale*. Masson 1997.

Finito di stampare nel mese di Agosto 2005
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
Internet: <http://www.pacinieditore.it>



