



Depressione: aspetti clinici, terapeutici e sociali

di Salvatore Di Salvo

E' possibile individuare alcune caratteristiche dei disturbi dell'umore che permettono d'identificarne vari sottotipi.

Periodicità

La ricorrenza, cioè la tendenza a presentarsi periodicamente, è da sempre considerata caratteristica peculiare dei disturbi dell'umore. Circa il 70% dei pazienti con tali disturbi, quando giunge all'osservazione dello specialista, ha già sofferto di almeno due episodi maggiori, mentre una percentuale ancora più alta ha presentato episodi minori di breve durata risolti spontaneamente.

Nel valutare la periodicità occorre tener conto di diversi fattori, tra cui la durata del singolo episodio, il tempo che intercorre tra le ricadute, le modalità di successione delle diverse fasi della malattia, la comparsa di ciclicità rapida o continua, la tendenza alla cronicità.

La durata di ciascun episodio è variabile da caso a caso, ma tende ad essere relativamente costante nello stesso paziente. Essa non è chiaramente correlata con la gravità degli episodi stessi: in alcuni pazienti sono brevi ed attenuati, come ad esempio avviene nel disturbo ciclotimico, in altri egualmente brevi, ma gravi, in altri ancora intensi e di lunga durata, con tendenza a diventare cronici. Questi ultimi sono riportati soprattutto nella letteratura classica e sono precedenti l'introduzione dei trattamenti con farmaci.

Il tempo che intercorre tra un episodio e l'altro, detto "intervallo libero", varia considerevolmente, oscillando da qualche ora fino ad alcuni decenni. È stato rilevato che la durata di tale intervallo in genere tende ad una spontanea e graduale riduzione nelle fasi iniziali della malattia, per poi stabilizzarsi dopo un certo numero di ricadute.

Ciclicità e ricorrenza rappresentano caratteristiche indipendenti dalla gravità dei sintomi del singolo episodio, mentre esiste una relazione tra numero degli episodi e prognosi. In alcuni pazienti con disturbo bipolare I o II la frequenza di ricadute è particolarmente elevata fino a raggiungere o superare le quattro per anno. Tale decorso, detto a cicli rapidi, ha in genere un'evoluzione cronica e risponde poco alla profilassi con gli stabilizzatori.

Prognosi

L'evoluzione dei disturbi dell'umore appare indipendente dalla gravità delle fasi di malattia. Pazienti con gravi episodi di depressione e di mania possono rispondere in maniera rapida e

completa agli interventi terapeutici, con ritorno ad un buon adattamento nelle fasi d'intervallo libero, quando cioè non sono presenti sintomi.

Al contrario alcune forme attenuate possono essere resistenti ai trattamenti ed avere un'evoluzione cronica. In quest'ultimo caso non è raro il riscontro di un marcato disadattamento sociale, con problematiche interpersonali e relazionali.

La prognosi dipende dal tipo di decorso ed è infausta soprattutto in presenza di ciclicità rapida e continua. L'esito sfavorevole può essere conseguente a errori diagnostici o al persistere di sintomatologia residua dopo la risoluzione dell'episodio maggiore oppure a scarsa disponibilità del paziente a seguire con regolarità il trattamento proposto. La presenza di problemi in ambito psicologico e sociale può facilitare la comparsa di nuovi episodi, soprattutto di tipo depressivo, avviando in tal modo un circolo vizioso negativo.

Problemi terapeutici

Fino a circa sessant'anni addietro i trattamenti con farmaci dei disturbi dell'umore costituivano meri palliativi. I primi antidepressivi, quelli di seconda e terza generazione e la profilassi delle ricadute hanno modificato radicalmente le potenzialità terapeutiche.

La realtà clinica dei disturbi del tono dell'umore è comunque molto complessa ed è necessario adattare la strategia terapeutica ad ogni singolo caso, in riferimento al tipo di antidepressivo da utilizzare e alle modalità e ai tempi di somministrazione, così come avviene nel trattamento di pazienti con altre patologie quali ipertensione, diabete, cardiopatie.

E' necessario fare una corretta diagnosi ed un'accurata indagine sull'eventuale presenza di episodi precedenti. In presenza di un episodio depressivo, il riscontro, nella storia del paziente, di fasi ipomaniacali ha notevole valore diagnostico e determina differenti priorità e strategie terapeutiche.

Ad esempio, nelle depressioni unipolari è opportuno prescrivere antidepressivi a dosi adeguate e per un periodo di tempo sufficientemente lungo anche dopo la risoluzione del quadro clinico, per evitare una precoce riattivazione della sintomatologia.

Invece nelle forme bipolari l'uso di antidepressivi deve essere molto più cauto perchè può indurre stati misti, facilitare o accelerare il passaggio verso fasi maniacali e aggravare la successiva evoluzione del disturbo.

La distinzione delle forme unipolari da quelle bipolari è importante soprattutto quando occorre programmare una terapia a lungo termine.

Nelle unipolari, infatti, la prevenzione delle recidive abitualmente si attua prolungando la somministrazione degli antidepressivi.

Nelle bipolari il trattamento d'elezione è rappresentato dagli stabilizzatori del tono dell'umore: sali di litio, carbamazepina ed acido valproico, lamotrigina e gabapentina.

Conseguenze sociali e individuali

I disturbi dell'umore rappresentano oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Si calcola che circa il 10% della popolazione vada incontro, nel corso della vita, ad almeno un episodio depressivo. La depressione costituisce, inoltre, una delle più comuni cause di consultazione medica ed è al quarto posto nella classifica delle diagnosi dopo l'ipertensione, il diabete e le bronchiti.

La forma bipolare è più invalidante di qualsiasi altra patologia cronica, ad eccezione dell'infarto del miocardio, e comporta cospicui costi per la società in termini di perdita di giornate lavorative e di spese sostenute per farmaci, visite mediche ed ospedalizzazioni.

Si tratta di una patologia che, anche nelle forme più lievi, determina alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita. In questi pazienti la percentuale di divorzio e la perdita di posizioni lavorative acquisite sono superiori a quelle della popolazione generale. Durante gli episodi maniacali non sono rari comportamenti impulsivi e decisioni non ponderate che, oltre ad essere distruttive per la stabilità economica e familiare, possono provocare conseguenze legali. Frequenti e gravi sono anche le complicanze, quali l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, ed il rischio di suicidio, stimato, almeno nelle forme bipolari, circa 30 volte superiore a quello della popolazione generale.

La maggior parte delle persone che soffrono di disturbi dell'umore non ricerca un trattamento: come già sottolineato in precedenza, solo circa un quarto giunge all'osservazione dello psichiatra e riceve una cura adeguata.

Il problema della diagnosi è in rapporto alla natura dei disturbi. Il tono affettivo rappresenta una parte essenziale della vita e dell'identità di ogni persona e la distinzione tra oscillazioni normali ed espressioni lievi o moderate di malattia è spesso difficile.

Non di rado l'origine dei sentimenti melanconici è attribuita a fattori esterni ed anche le fasi maniacali spesso non sono interpretate come condizione morbosa, ma come espressione di tendenze antisociali, d'insufficiente senso di responsabilità, di ridotte capacità di autocontrollo e di scarso senso morale.

Conclusioni

La molteplicità dei quadri clinici, le diverse varietà di sintomi e i differenti tipi di decorso ed evoluzione generano non poche difficoltà d'inquadramento diagnostico. Le manifestazioni tipiche

della depressione e della mania sono facilmente riconoscibili, mentre difficoltà s'incontrano nelle forme attenuate ad esordio precoce, ad andamento cronico, talora difficilmente distinguibili dai temperamenti "normali", dalle fisiologiche reazioni agli eventi e dai disturbi di personalità.

Sul versante delle forme attenuate, lievi oscillazioni dell'umore, in senso depressivo o maniacale, vengono spesso interpretate come processo di adattamento, raramente sono percepite come patologiche e non viene attuato alcun intervento terapeutico.

Problematica è anche l'interpretazione di sintomi depressivi che insorgono in rapporto a circostanze di vita avverse, soprattutto in relazione ad eventi di perdita. La maggior parte degli individui esposti a tali eventi non sviluppa la malattia, mentre ciò è possibile in soggetti "strutturalmente" predisposti.

Si può dunque affermare che la probabilità che un evento determini un disturbo dell'umore è legata alla presenza di una predisposizione costituzionale. Infatti la percentuale di soggetti che, esposti a fattori esterni stressanti, cade in depressione non supera il 10%, valore sovrapponibile al rischio di depressione indipendentemente da eventi traumatici della vita.

Precedenti episodi depressivi costituiscono un fattore di rischio di "malattia" assai più rilevante rispetto alle caratteristiche degli eventi stressanti e del contesto sociale in cui si verificano.