

2- LA DIAGNOSTICA DEI DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE

Dr. Marilena Capriotti – Specialista in Neurologia

Recentemente è stato stimato che la Depressione produce costi sanitari paragonabili a quelli dell'AIDS, delle malattie cardiovascolari e del cancro, sebbene con tipologie di spesa differenti.

Attualmente questa patologia è una delle malattie croniche meglio curabili, e laddove la terapia non viene attuata, aumenta il rischio di suicidio, diminuisce l'aspettativa di vita e peggiora la qualità della vita stessa e dei familiari.

La diagnosi di ansia e depressione è oggi sottostimata nonostante il medico abbia a disposizione validi strumenti terapeutici. Oltre al mancato trattamento dei pazienti ai quali non viene formulata una diagnosi, si aggiungono i soggetti che ricevono un trattamento inadeguato.

La funzione di filtro del MMG, conoscitore privilegiato del contesto ambientale in cui può svilupparsi una sindrome ansioso-depressiva, consente di riconoscere e trattare quadri clinici particolari di esclusiva osservazione in Medicina generale e di rara osservazione in ambito specialistico.

ILA DIFFICOLTA' DELLA DIAGNOSI NELLA PRATICA DEL MEDICO, deriva da tre fattori:

- 1- il paziente richiede l'intervento medico per sintomi somatici (stanchezza, insonnia, cefalea, disturbi gastro-intestinali ecc.), piuttosto che per depressione, perché spesso non tollera l'idea di avere un disturbo mentale, dal momento che egli potrebbe essere definito come debole di carattere o incapace, se non addirittura pazzo;
- 2- circa la metà dei pazienti depressi, visti dal medico di base, presenta anche una malattia internistica concomitante, ciò rende più complicata la valutazione diagnostica.
- 3- Problema culturale: ancora oggi la Depressione viene considerata non una malattia ma un male di vivere, in cui occorre trovare dentro di sé le ragioni del malessere; ciò è vero solo in alcuni casi che sembrano depressione ed in realtà non lo sono.

Se si sospetta fortemente di avere a che fare con un caso di depressione, facciamo al paziente domande dirette:

- riesce a trovare motivi di godimento nella vita?
- Si sente stanco e senza energie?
- Vi sono delle cose che ancora lo interessano?
- Ha difficoltà legate al sesso?
- Ha avuto pensieri suicidi?
- Sente mai delle voci che lo perseguitano o pensa mai che qualcuno possa avercela con lui?
- Fa uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti?

Le **caratteristiche** dei Disturbi dell'Umore:

1- PERIODICITA':

Il 70% di pazienti affetti da Disturbi dell'Umore va incontro, dopo guarigione a nuovi episodi di malattia.

Si parla così di RICORRENZA.

Si parla invece di RICADUTA, quando il riemergere dei disturbi depressivi, avviene prima che il paziente sia tornato ad un pieno recupero funzionale.

2- POLARITA':

Il paziente manifesta periodicamente solo episodi depressivi oppure alterna fasi depressive con fasi euforiche o maniacali.

Sulla base di questi due parametri (periodicità e polarità), distinguiamo:

1- DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI

1a- depressione maggiore: episodio singolo ricorrente

1b- distimia: depressione di durata superiore ai 2 anni. Il quadro sintomatologico è di minore entità rispetto all'episodio depressivo maggiore.

2- DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI

2a- disturbo bipolare (episodi maniacali intervallati a fasi depressive);

2b- ciclotimia

La ciclotimia è caratterizzata dall'alternarsi di fasi ipomaniacali e fasi depressive, di minore intensità rispetto all'episodio depressivo maggiore e durata superiore ai 2 anni.

Nell'odierno panorama scientifico, viene correntemente impiegato nella diagnostica della pratica clinica, il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), oltre all'ICD-10 (International Classification of Diseases).

CRITERI DSM-IV PER LA DIAGNOSI DI EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE:

Almeno 5 dei seguenti sintomi per almeno 2 settimane, che costituiscono un cambiamento rispetto alla precedente personalità.

Almeno uno deve essere: 1- deflessione timica.

Gli altri: 2- perdita di interessi; 3- perdita o aumento di peso; 4- agitazione o ritardo psicomotorio; 5- perdita di energie; 6- insonnia o ipersonnia; 7- sentimenti di colpa; 8- deficit di concentrazione; 9- ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria.

Il **suicidio** è più frequente negli uomini (al contrario i tentativi di suicidio sono 4 volte più frequenti nelle donne). Incoraggiare il paziente a verbalizzare eventuali idee suicidarie, può diminuire lo stress e ridurre l'intento suicida.

In questa classificazione il DSM-IV, tiene conto di un criterio sintomatologico (umore depresso, anedonia), di un criterio cronologico (per 2 settimane almeno tutti i giorni o per la maggior parte del giorno), di un criterio funzionale (compromissione dell'attività lavorativa e delle relazioni sociali), ed infine di un criterio di esclusione (non uso di droghe e/o non coesistenza di ipotiroidismo o altre malattie organiche causa di depressione).

La **diagnosi differenziale** in questo caso, deve essere posta con:

- 1- *LE DEPRESSIONI SECONDARIE* ad un disturbo d'ansia, ad un disturbo ossessivo-compulsivo, a una sindrome da attacchi di panico, la quale spesso evolve in una manifestazione di tipo depressivo.
- 2- *I DISTURBI DI ADATTAMENTO*, in cui i sintomi conseguono ad un cambiamento importante nella vita del soggetto che mal si adatta alla nuova situazione e recedono dopo rimozione della causa.
- 3- *DEPRESSIONI CONSEGUENTI A MALATTIE ORGANICHE* :
 - malattie del S.N.C.: m. di Parkinson, m. di Alzheimer, sclerosi multipla, stroke, epilessia lobo temporale, tumori, traumi cranici;
 - malattie endocrine e metaboliche: ipotiroidismo, m. di Cushing, ipocalcemia ed ipercalcemia;
 - malattie addominali ed infettive: tumori del pancreas, epatite e pancreatite cronica, influenza, tbc, mononucleosi;
 - uso di farmaci: corticosteroidi, anticoncezionali orali, indometacina, beta-bloccanti, alfametildopa, reserpina,, antiparkinsoniani, alcool, sedativi, neurolettici ecc.;
 - malattie sistemiche: lupus, artrite reumatoide.

Ci sono delle forme particolari di Depressione Unipolare:

- DEPRESSIONE CON MANIFESTAZIONI ANSIOSE (o S. ansioso- depressiva);
- DEPRESSIONE MALINCONICA (con areattività agli stimoli esterni, rallentamento psicomotorio, calo ponderale, idee di colpa, insonnia mattutina, umore melanconico);
- DEPRESSIONE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE (il paziente può delirare e/o avere allucinazioni, più spesso uditive);
- DEPRESSIONE ATIPICA (ai sintomi della depressione si associano ipersonnia diurna, iperfagia ed aumento di peso).

CRITERI DSM-IV PER LA DIAGNOSI DI DISTIMIA:

Umore depresso (irritabilità in bambini ed adolescenti) per almeno due anni per la maggior parte del giorno.

Presenza, insieme all'umore depresso, di almeno due dei seguenti sintomi:

- 1- scarso appetito o iperfagia;
- 2- insonnia o ipersonnia;
- 3- affaticabilità o scarsa energia;
- 4- bassa autostima;
- 5- scarsa capacità di concentrazione;
- 6- sentimenti di disperazione.

I periodi di assenza dei sintomi non durano più di due mesi, i sintomi non sono dovuti ad altre condizioni psicopatologiche, a cause internistiche, iatrogene o ad abuso di sostanze voluttuarie.

Tale forma spesso conduce il paziente dal proprio medico per richiesta di ricostituenti e di sonniferi; tende a complicarsi con l'abuso di alcool e/o di farmaci.

I distimici sviluppano frequentemente nel tempo, un Disturbo d'Ansia generalizzata o un Disturbo da attacchi di panico o un Episodio Depressivo Maggiore.

Il livello di gravità dei sintomi (a differenza di quanto avviene nella Depressione Maggiore), è tale da consentire una certa continuità di funzionamento socio-lavorativo.

Un'altra importante complicanza del disturbo distimico, è legata alla comparsa di comportamenti autolesivi (comportamenti suicidari conseguenti a sentimenti di disperazione indotti dalla cronicità della sintomatologia depressiva).

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV PER L'EPISODIO MANIACALE:

- a- Tono dell'umore elevato persistente per almeno una settimana.
- b- Presenza persistente e di gravità significativa, di almeno tre di questi sintomi:
 - 1- logorrea
 - 2- accelerazione delle idee
 - 3- aumento della stima di sé
 - 4- riduzione del bisogno di sonno
 - 5- distraibilità
 - 6- agitazione psicomotoria
 - 7- eccessivo coinvolgimento in attività piacevoli e/o potenzialmente pericolose (spese eccessive, promiscuità sessuali ecc.).

Si differenziano due forme bipolari:

la tipo I, in cui gli episodi espansivi sono sempre di tipo maniacale (spesso con necessità di cure in regime ospedaliero);

la tipo II, in cui le fasi espansive sono di intensità moderata e non tali da determinare la completa perdita delle attività sociali e lavorative.

Il Disturbo Bipolare, entra in diagnosi differenziale con la schizofrenia e con il disturbo schizo-affettivo.

Gli episodi del Disturbo dell'Umore sono periodici e NON PRESENTANO LIVELLI DI DETERIORAMENTO RESIDUO TRA UN EPISODIO E L'ALTRO.

QUANDO UN PAZIENTE DEPRESSO DEVE ESSERE SOTTOPOSTO ALL'ATTENZIONE DELLO SPECIALISTA?

Nel caso di:

- 1- rischio di suicidio;
- 2- concomitante e complessa patologia internistica;
- 3- depressione complicata da deliri e allucinazioni;
- 4- valutazione della terapia psicofarmacologica in atto;
- 5- insuccesso di un ciclo di terapia antidepressiva adeguata;
- 6- necessità di un ricovero.

QUANDO RICOVERARE?

- 1- grave rischio di gesti autolesivi;
- 2- gravi complicanze di natura internistica;
- 3- scarsa adesione al trattamento.

ANCHE IL MEDICO NON SPECIALISTA PUO' TRATTARE L'EPISODIO DEPRESSIVO, A PATTO CHE CONOSCA LE REGOLE FONDAMENTALI DI TALE TRATTAMENTO:

- 1- L'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE DEVE ESSERE TRATTATO CON FARMACI ANTIDEPRESSIVI e non con benzodiazepine o neurolettici che ne possono peggiorare il quadro clinico.
- 2- IL MEDICO DEVE CONOSCERE ALMENO DUE O TRE MOLECOLE AD ATTIVITA' ANTIDEPRESSIVA (dosi terapeutiche, effetti collaterali, interferenze farmacologiche e profilo farmacologico).
- 3- IL MEDICO DEVE INFORMARE IL PAZIENTE CHE L'ANDAMENTO DEI SINTOMI PUO' OSCILLARE (da un giorno all'altro) E CHE PER VEDERE I RISULTATI OCCORRONO FINO A QUATTRO SETTIMANE.
- 4- SE IL PAZIENTE NON RISPONDE ENTRO 4-6 SETTIMANE, SI DEVE PENSARE A MODIFICARE IL TRATTAMENTO (ricorrendo ad una molecola con profilo farmacologico diverso).
- 5- INDAGARE E SOSPETTARE SEMPRE LA POSSIBILITA' DI COMPARSA DI IDEAZIONE SUICIDARIA (fare in modo che il paziente sia controllato e se la famiglia non può farlo, si prenda in considerazione il ricovero).
- 6- RICORDARSI CHE **i triciclici sono controindicati** nelle CARDIOPATIE, IPERTROFIA PROSTATICA E GLAUCOMA AD ANGOLO CHIUSO;
I serotoninergici sono controindicati NELLE GASTRITI RICORRENTI E NELL'ULCERA PEPTICA.
- 7- QUANDO SI SARA' RISOLTO L'EPISODIO DEPRESSIVO, IL MEDICO DOVRA'

SPIEGARE AL PAZIENTE CHE LA MALATTIA HA UN ALTO RISCHIO DI RIPRESENTARSI, PER CUI E' DA VALUTARE UNA TERAPIA DI MANTENIMENTO PREVENTIVA.