



Emilio Sacchetti

*Depressione Maggiore
ed Altri Disturbi Depressivi:
un Compendio
per il Medico di Medicina Generale*

DSM-IV-TR: DISTURBI DELL'UMORE

DISTURBI DEPRESSIVI

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE

DISTURBO DISTIMICO

DISTURBO DEPRESSIVO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

DISTURBI BIPOLARI

DISTURBO BIPOLARE I

DISTURBO BIPOLARE II

DISTURBO CICLOTIMICO

DISTURBO BIPOLARE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

ALTRI DISTURBI DELL'UMORE

DISTURBO DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE

DISTURBO INDOTTO DA SOSTANZE

DISTURBO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

I DISTURBI DEPRESSIVI NELLA PROSPETTIVA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il medico di medicina generale, che lo voglia o meno, non può esimersi dal farsi carico anche dei disturbi depressivi dei suoi pazienti dal momento che molti di essi hanno sofferto, soffrono o soffriranno di un qualche disturbo depressivo. Questa affermazione appare tanto più vera se si considera che il medico di medicina generale rappresenta spesso il primo e, non di rado, l'unico referente clinico.

Di fronte ad un caso probabile di depressione, il medico di medicina generale è tenuto a distinguere con sollecitudine i "casi" dai "non-casi" e poi, una volta riconosciuto il "caso", a stabilire se è in grado di gestire di persona la terapia, se è meglio avvalersi della collaborazione di uno specialista o se deve addirittura delegare a quest'ultimo la gran parte del processo di cura.

Il medico di medicina generale rappresenta anche uno dei punti di riferimento per la promozione del necessario supporto psicoeducativo al paziente ed alla sua famiglia per quanto riguarda la depressione ed il suo trattamento.

RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEPRESSIVI: UN'AREA CONTROVERSA

Una parte consistente del dibattito politico e, più in generale, pubblico sulla depressione sottolinea da anni con insistenza una situazione di imperante e disinvolta leggerezza nel diagnosticare e, soprattutto, nel trattare il fenomeno.

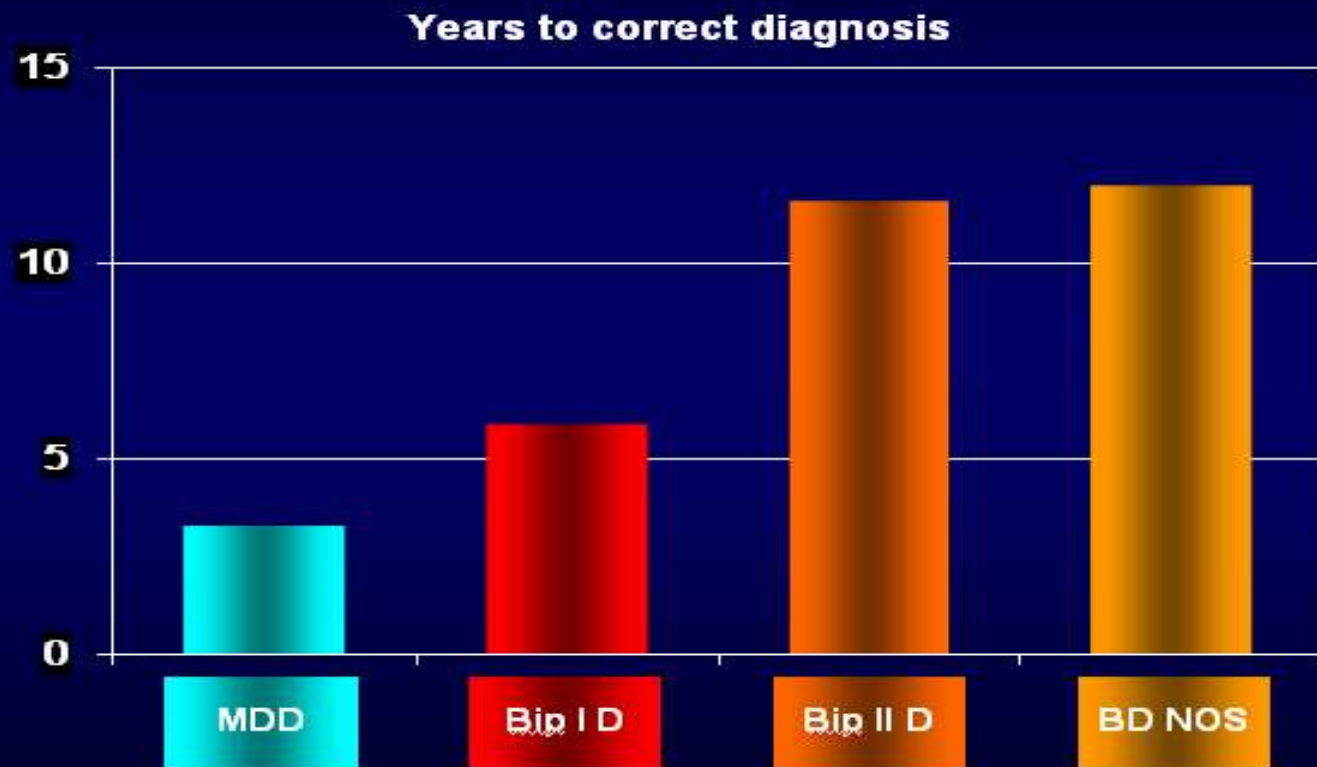
Questa informazione è però figlia di una disinformazione di base: nel campo dei disturbi depressivi le diagnosi mancate o notevolmente ritardate, la scelta di non predisporre interventi di sorta e le prescrizioni di terapie inefficaci sono infatti ancor oggi del tutto comuni.

DISTURBI DELL'UMORE: RITARDO TRA PRIMA RICHIESTA DI AIUTO E DIAGNOSI

Tutti i disturbi dell'umore vengono generalmente diagnosticati con notevole ritardo. Il fenomeno è particolarmente evidente nelle forme bipolari ma ha dimensioni drammatiche anche nel caso del disturbo depressivo maggiore.



Charts of all consecutive patients (n = 90) with mood disorders seen by 1 treating physician during 12 months in the Cambridge Hospital, Massachusetts



Ghaemi SN et al. (2000). J Clin Psychiatry 61: 804-808

DSM-IV-TR: DISTURBI DEPRESSIVI

DISTURBI DEPRESSIVI

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE

DISTURBO DISTIMICO

DISTURBO DEPRESSIVO DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE

DISTURBO DEPRESSIVO INDOTTO DA SOSTANZE

DISTURBO DEPRESSIVO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

DSM-IV-TR: CRITERI DI INCLUSIONE PER L'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Presenza di un disagio clinicamente significativo o di un peggioramento del funzionamento sociale, lavorativo o a carico di altre importanti aree a causa della presenza contemporanea, durante un periodo di almeno 2 settimane, di 5 o più dei seguenti 9 sintomi :

- ❖ umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferito dal soggetto o da terzi)
- ❖ marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferito dal soggetto o da terzi)
- ❖ significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (ad esempio più del 5% in un mese) o, anche, diminuzione o aumento dell'appetito, quasi ogni giorno
- ❖ insonnia o ipersonnia, quasi ogni giorno
- ❖ agitazione o rallentamento psicomotorio, quasi ogni giorno (come osservato da terzi, non solamente sensazioni soggettive)
- ❖ affaticabilità o mancanza di energia, quasi ogni giorno
- ❖ sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi ogni giorno
- ❖ ridotta capacità di pensare e/o di concentrarsi o indecisione, quasi ogni giorno
- ❖ pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicida ricorrente senza un piano specifico, tentativo di suicidio o ideazione di un piano specifico per commettere il suicidio.

In ogni caso, presenza di almeno 1 dei primi 2 sintomi, cioè umore depresso o perdita di interesse o piacere.

DSM-IV-TR: CRITERI DI ESCLUSIONE PER L'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

I sintomi non soddisfano i criteri per un episodio misto.

I sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale o agli effetti fisiologici diretti di una sostanza.

I sintomi non sono meglio giustificati da un lutto.

DSM-IV-TR: CRITERI DI INCLUSIONE PER IL DISTURBO DISTIMICO

Umore depresso per la maggior parte del giorno quasi tutti i giorni per almeno 2 anni, come riferito dal paziente ed osservato da altri.

Presenza, quando si è depressi, di 2 o più dei seguenti 6 sintomi:

- ❖ scarso appetito o iperfagia**
- ❖ insonnia o ipersonnia**
- ❖ scarsa energia o astenia**
- ❖ bassa autostima**
- ❖ difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni**
- ❖ sentimenti di disperazione.**

Durante i 2 anni di malattia, il paziente non è mai risultato asintomatico per più di 2 mesi alla volta.

I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

DSM-IV-TR: CRITERI DI ESCLUSIONE PER IL DISTURBO DISTIMICO

Durante i primi 2 anni di malattia, non è stato presente un episodio depressivo maggiore, a meno che non ci sia stata una completa remissione dell'episodio.

Non è mai stato presente un episodio maniacale, ipomaniacale o misto, né sono stati mai soddisfatti i criteri per il disturbo ciclotimico.

La malattia non si manifesta esclusivamente in concomitanza ad un disturbo psicotico cronico, quale la schizofrenia o il disturbo delirante.

I sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale o agli effetti fisiologici diretti di una sostanza.

**DSM-IV-TR:
CRITERI PER IL DISTURBO DEPRESSIVO
DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE**

Il quadro clinico è dominato da un'alterazione rilevante e persistente dell'umore, come indicato dalla presenza di umore depresso o di una riduzione marcata degli interessi e/o del piacere per tutte o quasi le attività.

Si ha la dimostrazione, sulla scorta dell'approfondimento anamnestico, dell'esame obiettivo e/o dei reperti di laboratorio, che il disturbo depressivo è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.

Il disturbo non è meglio giustificato da un altro disturbo mentale.

Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

CONDIZIONI MEDICHE GENERALI CHE POSSONO INDURRE DEPRESSIONE

Decisamente numerose sono le condizioni mediche, talvolta anche assai gravi, che possono indurre depressione come loro conseguenza fisiologica diretta.

<p>MALATTIE NEUROLOGICHE</p> <p>Malattia di Parkinson Malattia di Huntington Paralisi sovranucleare progressiva Malattia di Alzheimer e altre demenze Alterazioni cerebrovascolari Traumi cerebrali Neoplasie cerebrali Infezioni cerebrali Sclerosi multipla Epilessia Cefalee Narcolessia Idrocefalo Apnea notturna Malattia di Wilson </p>	<p>MALATTIE ENDOCRINE</p> <p>Morbo di Cushing Malattia di Huntington Iperaldosteronismo Ipotiroidismo Iperiparatiroidismo Iperparatiroidismo Disturbi del ciclo mestruale Disturbi correlati al post-partum </p>	<p>DEFICIT VITAMINICI</p> <p>Folati Vitamina B12 Niacina Vitamina C Tiamina </p>
<p>MALATTIE INFETTIVE</p> <p>Batteriche Virali</p>	<p>MALATTIE INFIAMMATORIE</p> <p>LES Artrite reumatoide Arterite temporale Sindrome di Sjögren </p>	<p>ALTRE MALATTIE</p> <p>Cancro (in particolare pancreatico e polmonare) Neoplasie sistemiche Malattie cardiopolmonari Malattie renali e uremia Porfiria AIDS Sindrome di Klinefelter </p>
		<p>DECORSO DI CONDIZIONI MEDICHE</p> <p>Disturbo depressivo post-partum Disturbo depressivo post-operatorio</p>

DSM IV-TR: CRITERI PER IL DISTURBO DEPRESSIVO INDOTTO DA SOSTANZE

Il quadro clinico è dominato da un'alterazione rilevante e persistente dell'umore che si caratterizza in termini di umore depresso o riduzione marcata di interessi e/o del piacere per tutte o quasi le attività.

Sulla scorta dell'anamnesi, dell'esame fisico e/o degli esami di laboratorio risulta soddisfatta almeno una delle due seguenti caratteristiche :

- ❖ il disturbo si è sviluppato durante una condizione di intossicazione o di astinenza da una sostanza o entro un mese da questi eventi
- ❖ l'uso della sostanza è eziologicamente correlato al disturbo.

Il disturbo non è meglio giustificato da un disturbo dell'umore non indotto da sostanze.

Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

DSM-IV-TR: CRITERI PER IL DISTURBO DEPRESSIVO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

In questa categoria sono inclusi i disturbi caratterizzati da manifestazioni depressive che non soddisfano i criteri per:

- ❖ disturbo depressivo maggiore
- ❖ disturbo distimico
- ❖ disturbo dell'adattamento con umore depresso
- ❖ disturbo dell'adattamento con umore depresso misto ad ansia.

ALGORITMO DELL'UMORE DEPRESSO

L'algoritmo dell'umore depresso è da utilizzare in caso di almeno uno tra questi sintomi: umore depresso, tristezza, diminuito interesse, incapacità di provare piacere, ridotta energia, perdita di peso, lamentele somatiche ingiustificate :

1: il ruolo di una condizione medica generale o dell'uso di sostanze e se l'umore depresso sia meglio giustificato da un altro disturbo mentale

si

Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale
Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (compresi i farmaci)
Altri Disturbi Mentali

no

2: se l'umore depresso o la perdita di interesse o di piacere persistono almeno 2 settimane ma da meno di 2 anni

si

Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo, Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente

no

3: se l'umore depresso è stato presente per la maggior parte degli ultimi 2 anni

si

Disturbo Distimico

no

4: se l'umore depresso è associato alla morte di una persona cara ed è persistito per meno di 2 mesi

si

Lutto

no

5: se l'umore depresso si è manifestato in risposta ad un fattore psicosociale stressante e non soddisfa i criteri per alcuno dei disturbi precedentemente descritti

si

Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso
Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti

no

6: se l'umore depresso è clinicamente significativo e non vengono soddisfatti i criteri per alcuno dei disturbi precedentemente descritti

si

Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato

no

7: se il clinico ha stabilito che non è presente un disturbo ma desidera annotare la presenza di "sintomi"

si

Tristezza
Ridotta energia
Insonnia

DEPRESSIONE MAGGIORE: COMORBIDITA' CON ALTRI DISTURBI PSICHIATRICI

Come per qualsiasi altra condizione psichiatrica, anche nel caso del disturbo depressivo maggiore le codiagnosi con altri disturbi psichiatrici sono del tutto comuni.

Kessler RC et al. (2003). JAMA 289: 3095-3105

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE: IMPATTO DELLA COMORBIDITA' CON ALTRI DISTURBI PSICHIATRICI

Rispetto ai pazienti affetti unicamente da un disturbo depressivo maggiore, quelli che presentano anche altri disturbi psichiatrici in comorbidità tendono a manifestare:

- ❖ una sintomatologia depressiva più grave
- ❖ una maggiore compromissione del funzionamento fisico e psicosociale
- ❖ una maggiore probabilità di presentare comorbidità supplementare con altri disturbi psichiatrici
- ❖ un tasso inferiore di risposta alle terapie, psicofarmacologiche e non
- ❖ un tasso maggiore di sospensioni premature delle terapie, farmacologiche o meno che siano.

ECCESSO DI COMORBIDITA' CON CONDIZIONI MEDICHE NEI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI PSICHIATRICI MAGGIORI

I pazienti affetti da un qualsiasi disturbo psichiatrico presentano tassi abnormemente elevati di comorbidità non solo psichiatrica ma anche medica.

Questa constatazione si applica soprattutto al caso dei disturbi psichiatrici maggiori quali, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare e la schizofrenia.

DEPRESSIONE: UN FATTORE CAUSA DI MORTALITA' ANTICIPATA

I pazienti affetti da depressione muoiono prima del resto della popolazione.

Il fenomeno della mortalità anticipata è riconducibile alla concomitanza di:

- ❖ un eccesso di suicidi e di altre morti per cause non naturali
- ❖ un eccesso di morti per cause naturali



15829 males and 23353 females with a diagnosis of unipolar disorder during the period 1973 - 1995

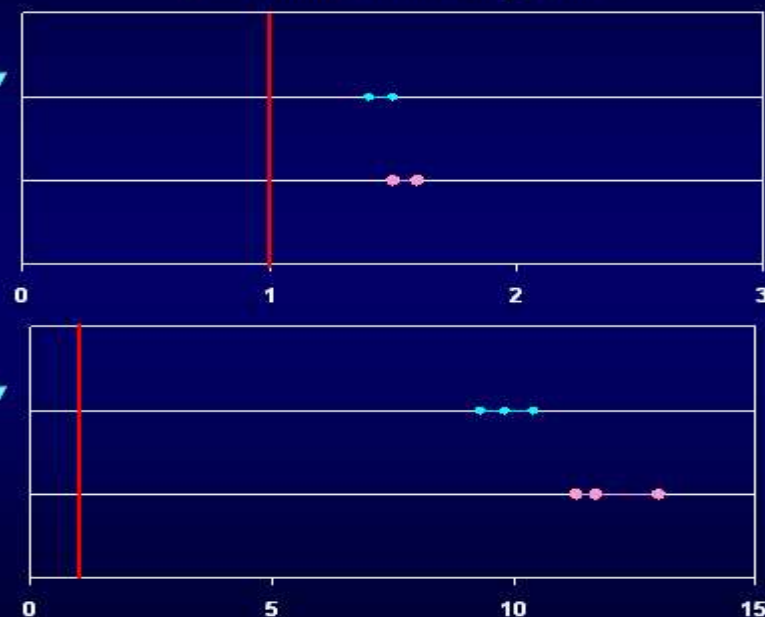
Natural causes



Unnatural causes



Standardized mortality ratio



Ösby U. et al. (2001). *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-850

FATTORI DI RISCHIO PER IL SUICIDIO IN CORSO DI DEPRESSIONE MAGGIORE

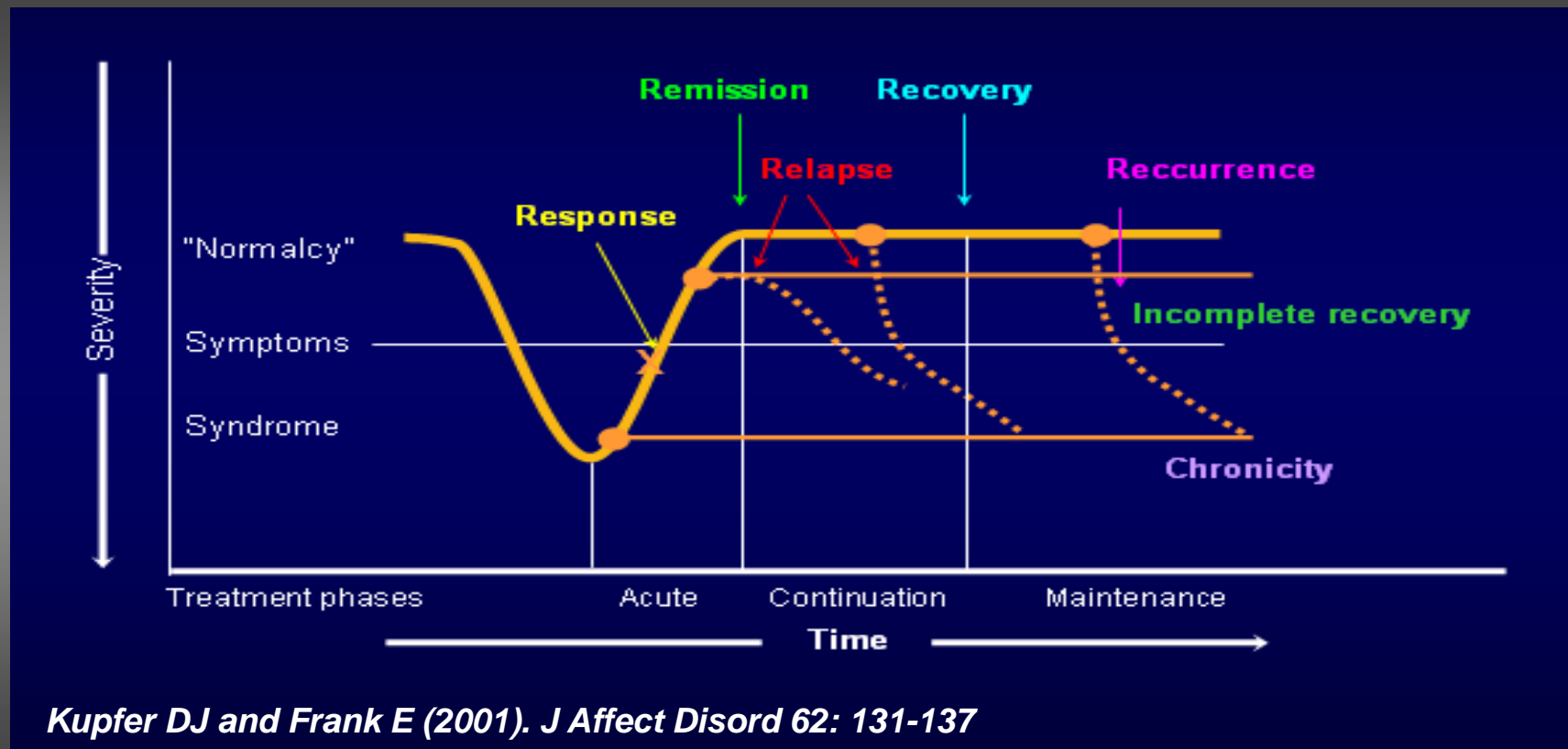
Se è vero che i pazienti affetti da depressione maggiore presentano un cospicuo aumento del rischio di morire per suicidio, è altrettanto vero che tale rischio non è uniformemente distribuito tra quanti soffrono di questo disturbo ma si concentra in particolare tra i depressi che presentano:

- ❖ una storia di pregressi tentativi di suicidio, specie se con la connotazione di un vero e proprio suicidio mancato**
- ❖ episodi di depressione maggiore con aspetti psicotici**
- ❖ episodi di notevole gravità sintomatologica**
- ❖ una storia di depressione resistente ai trattamenti.**

TERAPIA DELLA DEPRESSIONE: OBIETTIVI

Indipendentemente dal tipo di approccio terapeutico di volta in volta selezionato, il trattamento della depressione si prefigge tre principali obiettivi :

- ❖ il superamento dell' episodio depressivo
- ❖ il contrasto delle riacutizzazioni dell'episodio depressivo contingentemente trattato
- ❖ la profilassi delle ricadute, nel caso di pazienti affetti da disturbo ricorrente.





Per quanto riguarda il disturbo depressivo maggiore, la farmacoterapia rimane il trattamento più studiato e meglio documentato [Lam RW et al. (2009). *J Affect Disord* 117: S26-S43].

FARMACI INDICATI NEL TRATTAMENTO DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

FARMACO	CLASSE	RANGE TERAPEUTICO (mg)
Agomelatina	ag MT_1 & MT_2 & ant 5-HT ₂	25-50
Amitriptilina	TCA	25-250
Bupropione	NDRI	150-300
Citalopram	SSRI	20-40
Clomipramina	TCA	25-150
Desipramina	TCA	10-150
Dosulepina	TCA	75-150
Duloxetina	SNRI	60-120
Escitalopram	SSRI	10-20
Fenelzina	MAOI	45-90
Fluoxetina	SSRI	20-60
Fluvoxamina	SSRI	50-300
Imipramina	TCA	75-300
Maproptilina	TCA	10-150
Mianserina	ag α_2 -adrenergico & ant 5-HT ₂	30-90
Mirtazapina	ag α_2 -adrenergico & ant 5-HT ₂	15-45
Nortriptilina	TCA	150-225
Paroxetina	SSRI	20-50
Reboxetina	NRI	8-10
Sertralina	SSRI	50-200
Trazodone	inib 5-HT reuptake & ant 5-HT ₂	75-600
Trimipramina	TCA	50-300
Venlafaxina	SNRI	75-375

REMISSIONE SINTOMATOLOGICA:

META DELLA TERAPIA A BREVE TERMINE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

La terapia farmacologica a breve termine dell'episodio depressivo maggiore si prefigge, come meta, il raggiungimento di un quadro stabile di remissione, cioè l'eliminazione dell'intero corredo sintomatologico con ritorno, possibilmente, ad un livello normale di funzionamento.

Questo orientamento presuppone un atteggiamento terapeutico certamente più aggressivo e proattivo di quello, ancora prevalente, che si limita più riduttivamente a cercare di raggiungere una buona risposta, cioè un apprezzabile miglioramento del quadro clinico.

TRATTAMENTO A BREVE TERMINE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE: TEMPI

I farmaci indicati nel trattamento dell'episodio depressivo maggiore impiegano in media 4/8 o, raramente addirittura più di 12 settimane per indurre uno stato di remissione sintomatologica. Questo periodo di latenza tra inizio della terapia e raggiungimento della remissione è comune a tutti gli antidepressivi.

Ogni fallimento terapeutico allunga quindi di un analogo periodo di tempo la durata del trattamento dell'episodio depressivo maggiore.

TRATTAMENTO A BREVE TERMINE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE: TITOLAZIONE INIZIALE

In assenza di informazioni sulla capacità del paziente a tollerare la terapia programmata, è spesso consigliabile somministrare nei primissimi giorni di terapia dosi assai basse, anche sub-terapeutiche, predisponendo quindi un aumento graduale della posologia sino alla dose terapeutica prefissata. Questa strategia ha due vantaggi:

- ❖ **saggia la tollerabilità del farmaco senza esporre il paziente ad inutili rischi**
- ❖ **riduce tangibilmente il rischio di sospensioni precocissime della terapia per emergenza di quegli eventi avversi che sono soprattutto soggetti a fenomeni di adattamento-tolleranza.**

TRATTAMENTO A BREVE TERMINE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE: SELEZIONE DELL'ANTIDEPRESSIVO IN RELAZIONE ALL'EFFICACIA



Il numero di farmaci antidepressivi dotati di efficacia certa è assai numeroso ed in continua espansione.

Nonostante le differenze farmacodinamiche tra le varie classi di antidepressivi e tra gli appartenenti alla medesima classe, non è a tutt'oggi comprovata in modo inequivocabile la superiorità di un composto rispetto ad un altro [Lam RW et al. (2009). *J Affect Disord* 117: S26-S43 (CANMAT Guidelines for Mood and Anxiety Treatment)].

Per tale motivo, non esistono indicatori forti che giustifichino a priori una distinzione assoluta tra i vari antidepressivi per quanto riguarda il grado della loro efficacia.

INDIVIDUAZIONE DEGLI ANTIDEPRESSIVI DI SECONDA E TERZA LINEA IN RELAZIONE A TOLLERABILITA' E SICUREZZA

Diversamente da quanto accade per l'efficacia, i farmaci antidepressivi possono essere classificati di prima, seconda e terza linea facendo riferimento al loro potenziale di induzione di eventi avversi.

In particolare:

- ❖ gli antidepressivi triciclici e quadriciclici sono considerati di seconda linea per il loro complessivo profilo di sicurezza e tollerabilità
- ❖ il trazodone è considerato di seconda linea per il suo effetto sedativo, anche se in talune circostanze questa caratteristica può rappresentare un valore aggiunto
- ❖ gli inibitori non selettivi delle monoamino-ossidasi sono considerati di terza linea per il loro profilo di sicurezza e tollerabilità e per la ben nota indicazione cautelativa di sottoporre il paziente a restrizioni dietetiche.

ANTIDEPRESSIVI DI PRIMA LINEA: RISCHIO DI INDUZIONE DI CONDIZIONI MEDICHE

Per quanto il profilo di tollerabilità e sicurezza sia certamente migliore di quello dei TCA e dei MAOI, anche gli antidepressivi di prima linea possono indurre, con modalità largamente farmaco-specifica, malattie gravi e potenzialmente fatali.

In questo ambito, si collocano, tra le altre, le seguenti condizioni :

- ❖ **sindrome serotoninergica, riferita in particolare agli SSRI e NSRI, specialmente se in coterapia con farmaci dotati di attività serotoninergica**
- ❖ **sindrome maligna neurolettico-simile, riferita in particolare agli SSRI e NSRI, specialmente se in coterapia con farmaci dotati di attività serotoninergica**
- ❖ **emorragia del tratto gastrointestinale superiore, riferita in particolare agli SSRI, specialmente se in coterapia con anticoagulanti o antinfiammatori non steroidei**
- ❖ **osteoporosi e fratture , riferite in particolare agli SSRI**
- ❖ **iponatremia, riferita in particolare a SSRI, SNRI e mirtazapina**
- ❖ **agranulocitosi, comunque del tutto eccezionale, riferita in particolare a mirtazapina**
- ❖ **diminuita aggregazione piastrinica, riferita in particolare agli SSRI**
- ❖ **disturbi cardiovascolari, riferiti in particolare a venlafaxina, specialmente in caso di presenza di specifici fattori di rischio cardiovascolari.**

TERAPIA A BREVE TERMINE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE: RIFERIMENTI PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ANTIDEPRESSIVO DI PRIMA SCELTA

Spesso, è possibile selezionare tra gli antidepressivi di prima linea quello di prima scelta. Il processo di individualizzazione della terapia si basa su un ricco e variegato retroterra di informazioni riferite sia al farmaco che al paziente. In questo contesto, particolare importanza hanno:

- ❖ il potenziale di interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche
- ❖ le comorbidity psichiatriche
- ❖ le comorbidity somatiche
- ❖ il rischio di induzione di determinati eventi avversi
- ❖ la storia personale del paziente circa gli effetti dei precedenti trattamenti con farmaci antidepressivi
- ❖ l'anamnesi psicofarmacologica familiare riferita ai farmaci antidepressivi
- ❖ il rischio di suicidio
- ❖ la presenza di particolari quadri clinici
- ❖ i tratti temperamentali e personologici di tipo bipolare e la familiarità per disturbi bipolari.

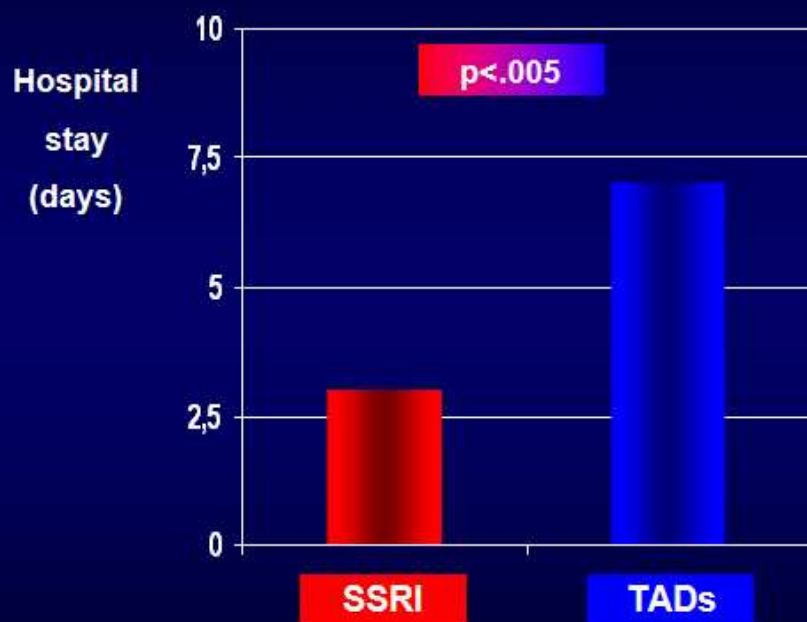
FARMACI ANTIDEPRESSIVI: INDICAZIONI PSICHIATRICHE PER CONDIZIONI NON DEPRESSIVE

I farmaci antidepressivi si differenziano tra loro in modo apprezzabile per quanto riguarda le indicazioni al di fuori dei disturbi dell'umore in senso stretto.

FARMACO	INDICAZIONE
CLOMIPRAMINA	Disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico, fobie
CITALOPRAM	Disturbo d'ansia con crisi di panico con/senza agorafobia
ESCITALOPRAM	Disturbo di panico con/senza agorafobia, fobia sociale, disturbo d'ansia generalizzato
FLUOXETINA	Disturbo ossessivo-compulsivo, bulimia nervosa
FLUVOXAMINA	Disturbo ossessivo-compulsivo
PAROXETINA	Disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico con/senza agorafobia, fobia sociale, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo post-traumatico da stress
SERTRALINA	Disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico con/senza agorafobia, disturbo post-traumatico da stress
DULOXETINA	Disturbo d'ansia generalizzato
VENLAFAXINA	Trattamento a lungo termine dell'ansia

SCELTA DELL'ANTIDEPRESSIVO IN RELAZIONE AL RISCHIO DI SUICIDIO

Di fronte ad un paziente a rischio di suicidio ed in caso di ritardo dell'intervento specialistico, il medico di medicina generale è tenuto non solo a decidere in merito all'opportunità di ricovero in ambiente "protetto" ma anche ad impartire le prime cure. Nel selezionare l'antidepressivo, il clinico dovrà astenersi sempre e comunque da TCA e MAOI, in quanto particolarmente tossici e potenzialmente fatali in caso di sovradosaggio. I maggiori costi sanitari diretti dell'intossicazione da TCA rispetto a quella da SSRI confermano sul campo la maggior tossicità, appunto, dei TCA.



D'Mello D.A. et al. (1995). Gen Hosp Psychiatry 17: 454-455

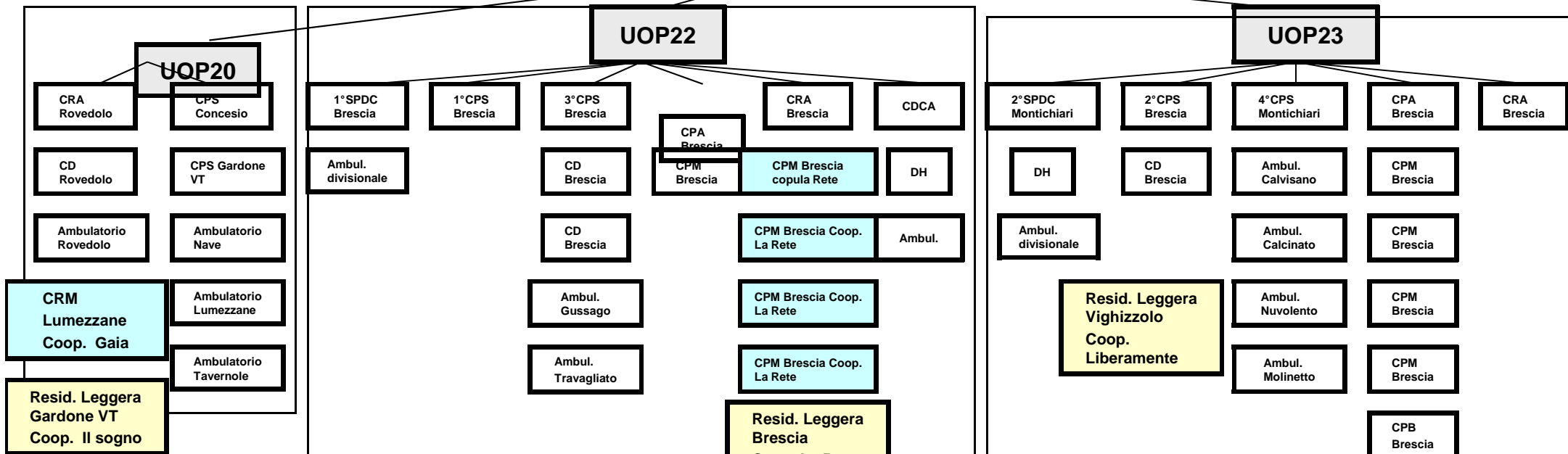
PRINCIPALI STRATEGIE D'INTERVENTO IN CASO DI SCARSA RISPOSTA AL PRIMO ANTIDEPRESSIVO SELEZIONATO

Di fronte ad un paziente che non risponde soddisfacentemente alla prima terapia antidepressiva, il clinico deve innanzitutto:

- ❖ ottimizzare la dose, ferma restando l'indicazione a rimanere all'interno del range terapeutico stabilito dal produttore
- ❖ rivedere il processo diagnostico e terapeutico, con particolare riferimento alle aree riconducibili alla diatesi bipolare, agli aspetti psicotici, all'comorbidity con altri disturbi psichiatrici di Asse I e II ed alla scarsa aderenza alla terapia. Ciò, al fine di stabilire se l'insuccesso terapeutico dipenda in modo rilevante da una o più di queste variabili e, in caso affermativo, di mettere in atto le opportune contromisure.

Qualora queste due strategie d'intervento diano risultati negativi, il clinico è tenuto in sequenza a:

- ❖ sostituire l'antidepressivo contingentemente assunto con un altro
- ❖ combinare l'antidepressivo contingentemente assunto con un altro
- ❖ potenziare l'antidepressivo contingentemente assunto aggiungendo farmaci non classificati come antidepressivi.



N°2 SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
N°1 CDCA: Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare
N°6 CPS: Centro Psico Sociale
N°4 CD: Centro Diurno
N°2 DH: Day Hospital
N°3 CRA: Comunità Riabilitativa Alta Assistenza
N°1 CRM: Comunità Riabilitativa Bassa Assistenza
N°2 CPA: Comunità Protetta Alta Assistenza
N°9 CPM: Comunità Protetta Media Assistenza
N°3 CPB: Comunità Protetta Bassa Assistenza