



Le complicanze dei disturbi dell'umore

di S. Di Salvo, S. Cavalitto e G. Cicuto

I disturbi dell'umore, soprattutto la depressione ricorrente con frequenti ricadute, le forme bipolari e i quadri a decorso protratto, condizionano la vita del paziente e della sua famiglia e determinano un alto livello di compromissione dell'adattamento lavorativo, sociale e affettivo. Inoltre, se non vengono messe in atto adeguate misure terapeutiche, possono determinare l'aggravamento di eventuali patologie organiche concomitanti o produrre gravi complicanze, quali condotte anticonservative e abuso di alcool o droghe.

Influenza sull'adattamento lavorativo, sociale e affettivo

L'occupazione è abitualmente il primo settore che risente della presenza di una malattia caratterizzata da episodi lunghi e ricorrenti che causano ripetute assenze dal posto di lavoro. Durante l'episodio depressivo prevale uno stato d'animo improntato al pessimismo e alla rinuncia che provoca incapacità a prendere decisioni, difficoltà ad assumersi responsabilità, dipendenza, incertezza, esagerata sensibilità alle critiche e ai rifiuti. Una volta superata la fase acuta, in particolare se questa ha prodotto un lungo periodo di sofferenza e frustrazioni, può permanere una visione negativa di sé e del mondo che rende ancora più difficile il raggiungimento di una posizione sociale rispondente alle aspettative ed ai meriti. Di conseguenza il soggetto tende ad isolarsi, a vivere con il rammarico per le perdute opportunità di affermazione e a sviluppare atteggiamenti vittimistici o rivendicativi.

Non meno dannosi sul piano lavorativo ed economico risultano gli episodi maniacali a causa soprattutto della riduzione della capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni. In queste fasi il paziente può avere condotte finanziarie azzardate, come spendere eccessivamente, essere prodigo, fare investimenti a rischio o può commettere veri e propri reati, come emettere assegni a vuoto o acquistare beni senza un'adeguata copertura finanziaria.

Nei rapporti sociali, inoltre, sono causa di disadattamento le frequenti oscillazioni dei livelli di socializzazione a causa della alternanza di periodi di introversione, chiusura, ricerca della solitudine nelle fasi depressive e periodi di estroversione, aumentato bisogno di contatti interpersonali, assunzione di atteggiamenti intrusivi, inopportuni o disinibiti in quelle maniacali.

Perplessità e diffidenza possono provocare tra amici e conoscenti anche la labilità emotiva, l'irritabilità e l'eventuale messa in atto di comportamenti aggressivi o violenti.

Non desta pertanto meraviglia il fatto che i pazienti con disturbi dell'umore vadano incontro ad un graduale deterioramento dei rapporti interpersonali fino al completo isolamento, che persiste anche nelle fasi intervallari.

Diversi lavori hanno inoltre evidenziato che nei pazienti con disturbi dell'umore sono spesso presenti difficoltà di adattamento in ambito affettivo che possono riguardare sia l'avvio di una nuova relazione, sia il mantenimento di un legame stabile e duraturo.

Dalle ricerche epidemiologiche risulta infatti che, rispetto alla popolazione generale, nei soggetti con disturbi dell'umore è significativamente più elevata la percentuale di celibi/nubili, separati e divorziati. Nella fase depressiva costituisce un intralcio all'inizio o al mantenimento di una relazione la riduzione della comunicazione verbale e non verbale, il criticismo esasperato, l'ostilità, l'eccessiva sensibilità alle critiche, la dipendenza, la chiusura in se stessi, il vittimismo. Sono tuttavia le fasi maniacali la principale causa di destabilizzazione della vita di coppia, soprattutto quando si manifestano comportamenti sessuali promiscui, abuso di alcool o sostanze, decisioni avventate in campo finanziario, comportamenti violenti.

Non bisogna dimenticare che spesso il coniuge vive l'episodio depressivo come una malattia su cui il paziente ha scarsa possibilità di controllo e necessita quindi di sostegno sia fisico che affettivo. Al contrario, la fase maniacale non di rado viene avvertita come una condizione nella quale il soggetto, almeno entro certi limiti, volutamente rifiuta le cure e assume atteggiamenti o comportamenti che finiscono con il ledere l'immagine ed il suo ruolo sociale proprio e dei familiari.

Complicanze organiche

La presenza di un disturbo dell'umore non di rado può avere riflessi negativi sullo stato generale di salute del paziente, soprattutto se è già presente una malattia fisica, il cui quadro clinico e il cui decorso possono risultare modificati in senso peggiorativo. È stato infatti osservato che, se confrontati con soggetti non depressi o depressi ma adeguatamente curati, i pazienti con depressione non trattata manifestano, in presenza di malattie gastrointestinali, cardiovascolari, diabete o ipertensione, una maggiore gravità, una più lunga durata dei ricoveri, una più elevata incidenza di complicanze. Le difficoltà derivano soprattutto dall'alimentazione non corretta, dall'alterazione del ritmo sonno-veglia e dall'irregolare assunzione delle terapie per la patologia presente. In questi casi, se non c'è un valido supporto familiare, il paziente può andare incontro ad un notevole calo ponderale, disidratazione e talvolta, a causa del sopraggiungere di uno stato tossico o infettivo, può manifestare anche alterazioni dello stato di coscienza e disorientamento spazio-temporale. Si tratta

di condizioni che rappresentano una minaccia per la vita ed il cui trattamento costituisce un'emergenza medica che richiede il ricovero in ambiente ospedaliero.

Condotte anticonservative

La profonda demoralizzazione, l'indifferenza affettiva, la perdita di speranza per il futuro possono portare il paziente con depressione a considerare la morte come l'unica via di uscita dallo stato di sofferenza in cui si trova e spingerlo quindi a mettere in atto condotte anticonservative. In soggetti sofferenti di disturbi dell'umore il rischio di suicidio è molto più alto rispetto a quello di qualsiasi altro gruppo di pazienti con patologie psichiatriche o mediche e la mortalità è superiore a quella della maggior parte delle affezioni cardiache e di alcuni tipi di cancro.

Purtroppo il preconcetto che il suicidio rappresenti "un atto di volontà", il frutto di una "scelta libera", per quanto estrema, dell'individuo ha portato a sottovalutare il problema.

Oggi si calcola che idee di suicidio sono presenti per l'intera durata dell'episodio nel 60-80% dei depressi, che un gesto anticonservativo viene compiuto almeno una volta nella vita nel 30-50% dei casi e che circa la metà di coloro che tentano il suicidio ripetono più volte il gesto.

I dati riferiti concordano con l'osservazione che il 30-40% di coloro che muoiono per suicidio in precedenza aveva già messo in pratica comportamenti anticonservativi.

La mortalità per suicidio nei pazienti con disturbi dell'umore è stimata intorno al 15-19%, circa 20-30 volte superiore a quella della popolazione generale. Talvolta il paziente, dopo aver più volte comunicato le proprie intenzioni, attua il tentativo esattamente con le modalità che aveva annunciato; in altre occasioni il gesto può giungere improvviso, in soggetti che lo avevano accuratamente e segretamente progettato, pur non avendone mai parlato; in altri casi ancora può costituire l'unico, drammatico sintomo di un esordio depressivo.

La diagnosi precoce di depressione ed il tempestivo intervento terapeutico costituiscono il principale strumento di prevenzione.

Numerosi studi hanno preso in esame le relazioni tra caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti con disturbi dell'umore e condotte anticonservative.

Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche, il rischio di suicidio è più elevato tra i maschi, con un rapporto di 3 a 1 rispetto alle femmine; i tentativi di suicidio sono invece tre volte più frequenti tra queste ultime.

Il tasso di suicidio aumenta con l'età e raggiunge il picco massimo intorno ai 70 anni; nei soggetti più anziani i gesti anticonservativi sarebbero caratterizzati da una lunga premeditazione e dalla tendenza ad usare metodi cruenti, come ad esempio armi da fuoco o defenestramenti.

Si è verificato di recente un marcato incremento delle condotte suicidarie tra gli adolescenti ed i giovani.

I più rilevanti fattori di rischio sono il vivere da soli, la condizione di “non coniugato” e la concomitanza di fattori socio-ambientali sfavorevoli, quali eventi esistenziali di grande impatto emotivo, conflitti familiari, isolamento sociale, disoccupazione o pensionamento.

Tra i soggetti che effettuano tentativi anticonservativi risulta particolarmente frequente (fino al 90% dei casi) la presenza, oltre dei disturbi dell’umore, anche di altri disturbi psichici, quali disturbo da attacchi di panico, disturbo d’ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo post-traumatico da stress, oppure malattie internistiche a decorso cronico, come accade soprattutto nei pazienti anziani di sesso maschile.

Un rilevante fattore di rischio è costituito dal contemporaneo abuso di alcool nel senso che l’assunzione di sostanze alcoliche può facilitare la messa in atto di condotte suicidarie.

È stato infine documentato un andamento stagionale del suicidio, in sintonia con la stagionalità degli episodi depressivi: caratteristicamente nel sesso femminile si riscontra maggior frequenza in primavera e autunno, in particolare nei mesi di maggio e ottobre, mentre nel sesso maschile il fenomeno presenta un picco unico primaverile.

Anche se il paziente che soffre di un disturbo dell’umore non riferisce apertamente propositi anticonservativi, questi devono essere sempre valutati sia prestando attenzione a eventuali comportamenti inconsueti, come fare testamento, stipulare assicurazioni sulla vita, regalare oggetti il cui valore è prevalentemente affettivo, sia esplorando con domande dirette, per quanto rivolte con tatto, se ritiene che non valga la pena vivere, se considera la morte una possibile soluzione ai suoi problemi, se ha elaborato veri e propri progetti di suicidio.

In base alle risposte si valuterà l’opportunità di stabilire un trattamento domiciliare, utilizzando eventualmente l’aiuto fattivo e concreto dei familiari, oppure ricorrere a un ricovero in ambiente specialistico, se necessario anche contro la volontà del paziente.

Uso di sostanze alcoliche

Molti studi hanno evidenziato che l’abuso di alcool o droghe è in grado di scatenare, in soggetti predisposti, l’insorgenza di un disturbo dell’umore, influenza negativamente il decorso di questa patologia e ne rende più complicato il trattamento.

Sono tuttavia presenti diversi dubbi, quali, ad esempio: quale è l’incidenza di alterazioni dell’umore tra i soggetti che utilizzano queste sostanze? I comportamenti di abuso in soggetti con disturbi dell’umore costituiscono semplicemente dei tentativi di autoterapia o sono la conseguenza della contemporanea presenza di due distinte patologie? In quest’ultimo caso, esiste un rapporto

gerarchico tra le due e, se sì, come riconoscere il disturbo primario? E' possibile ipotizzare una comune predisposizione genetica che spieghi il motivo per cui dipendenza da alcool e depressione rappresentano una combinazione molto frequente tra i disturbi psichiatrici?

Dare una risposta certa a questi interrogativi è, al momento, difficile. I dati attualmente disponibili circa la relazione tra condotte di abuso e disturbi dell'umore sono eterogenei e rendendo problematico tracciare un quadro organico sull'argomento.

Si è inoltre discusso a lungo circa la possibilità di individuare quale delle due patologie associate debba essere considerata primaria. E' stato proposto di inquadrare l'abuso di alcolici o di sostanze come una "semplice complicanza" dei disturbi dell'umore, i quali rappresenterebbero pertanto la patologia principale. Le condotte di abuso sarebbero allora un tentativo di autoterapia e il loro decorso dovrebbe risultare strettamente correlato alle fasi di esacerbazione/remissione della malattia maniaco-depressiva.

In realtà nel 60% dei casi sono le condotte di abuso a comparire per prime per cui, adottando un criterio cronologico, queste assumono un ruolo primario, probabilmente contribuendo come concausa a evidenziare il disturbo dell'umore.

Tenendo conto di queste osservazioni, diversi studi clinici hanno evidenziato che la depressione con alcolismo si differenzia dalla depressione pura per la presenza di un maggior numero di indicatori di rischio di suicidio, per una più ampia compromissione sul versante dei sintomi vegetativi (insonnia, inappetenza con dimagrimento e riduzione della libido), per una riduzione dell'attività psicomotoria, per i più rapidi e frequenti cambiamenti del tono dell'umore, spesso correlati alla assunzione di alcool e per la più veloce e completa risoluzione dell'episodio, sempre che vengano adottate strategie terapeutiche adeguate.

Nelle ricerche più recenti è stato abbandonato il problema della subordinazione, gerarchica o temporale, tra condotte di abuso e disturbi dell'umore e si preferisce considerare le due patologie in rapporto di "comorbilità" (contemporanea presenza), poiché questo modello ha dimostrato di poter fornire schemi interpretativi più vicini alla realtà clinica.