

# Medicalizzare l'infelicità: la nuova classificazione della depressione rischia di estendere il trattamento farmacologico a un maggior numero di persone senza che ne derivi per loro alcun beneficio. [Numero 6. Dicembre 2014]

 [progettoasco.it/numero-6-dicembre-2014-psichiatrica/](http://progettoasco.it/numero-6-dicembre-2014-psichiatrica/)

26/12/2014

## Introduzione

Molti pazienti riferiscono sentimenti di tristezza, di infelicità o di sofferenza durante le consultazioni con i medici di assistenza primaria, emozioni che possono essere correlate al dispiacere per la perdita di una persona cara o ad altri fattori di stress della vita, tra cui la malattia fisica. A volte la tristezza appare di punto in bianco, senza un rapporto evidente con cause esterne. Negli ultimi decenni vi è stata una crescente tendenza, soprattutto a livello delle cure primarie, a diagnosticare la depressione – comunemente il disturbo depressivo maggiore – in pazienti con sentimenti di tristezza o di angoscia e proporre loro un trattamento farmacologico con farmaci antidepressivi (AD).

In questo articolo viene proposta una revisione critica della diagnosi di disturbo depressivo maggiore (DDM), evidenziando come e perché questo orientamento abbia portato a sovradiagnosi e a sovratrattamenti.

## Metodi

E' stata eseguita una revisione critica dei criteri diagnostici del DSM e delle pubblicazioni su depressione e disturbi mentali in generale, in particolare di metanalisi e di studi clinici controllati.

## Discussione

Nessuna definizione formale di depressione esisteva fino alla terza versione della classificazione dell'American Psychiatric Association per i disturbi mentali pubblicata nel 1980 (DSM-III). Il manuale definiva i criteri operativi per facilitare il percorso diagnostico dei disturbi mentali e il disturbo depressivo maggiore. Da allora il DDM ha ricevuto più attenzione di ogni altra diagnosi in psichiatria nell'ambito della ricerca e i criteri di valutazione, che non sono cambiati dal 1980, portano facilmente a confondere i sentimenti di tristezza e di infelicità con la depressione clinica.

Anche se la definizione del DSM-III del DDM aveva lo scopo di semplificare le cose e di aumentare l'affidabilità della diagnosi, fin dall'inizio è apparso evidente che avrebbe riguardato una popolazione eterogenea di pazienti. La definizione ha quindi cercato di stabilire i livelli di gravità e i diversi sottotipi (tabella 1), anche se le distinzioni basate su queste variabili venivano ignorate sia nella pratica clinica sia nella ricerca.

## Tabella 1 – Classificazione diagnostica dei disturbi mentali

Il DSM III (1980) introduce una diagnosi unitaria del disturbo depressivo maggiore (DDM) con 9 sintomi

(umore, interesse, attività, fatigue, peso/appetito, sonno, colpa, concentrazione, suicidio)

Particolare enfasi è data all'indice di gravità: il DDM viene definito:

- lieve, in presenza di 5-6 sintomi di blanda gravità inclusi riduzione del tono dell'umore o perdita di interessi
- moderato, in presenza di 7-8 sintomi con disabilità moderata
- severo, in presenza di 6 o più sintomi con disabilità grave o con caratteristiche psicotiche e forte ideazione suicidaria

Il DSM III include anche sottotipi di depressione:

- depressione secondaria, derivata da una evidente causa esterna
- depressione psicotica, associata a sintomi psicotici
- depressione melanconica, con perdita del senso di piacere o di reattività del tono dell'umore oltre ai 3 dei seguenti sintomi: tono dell'umore soggettivo qualitativamente differente da sentimenti di angoscia da perdita; grave mancanza di appetito o perdita di peso; agitazione/rallentamento psicomotorio; risvegli precoci al mattino; eccessivo senso di colpa; tono dell'umore peggiore al mattino;

Il DSM-IV (1994) usa un sistema simile di classificazione

Il DSM-5 (2013) permette di classificare la reazione di angoscia come DDM dopo 2 settimane

Anche l'ICD include criteri di classificazione dei disturbi mentali con sistemi di codifica simili

---

Il DDM veniva distinto in varie forme includendo anche il tipo "lieve", rappresentando molto probabilmente una contraddizione di termini.

Il DSM-III-R e il DSM-IV riprendevano la definizione del DSM-III e la recente pubblicazione del DSM-5 amplia ulteriormente i criteri diagnostici del DDM, consentendo di diagnosticarlo a distanza di due settimane da un lutto.

Nonostante i dati indichino una prevalenza stabile dei disturbi depressivi, si assiste a un aumento dei tassi di diagnosi soprattutto a livello di assistenza primaria e questo non perché i medici abbiano migliorato il riconoscimento ma perché la sovradiagnosi è ora più comune rispetto alla sottodiagnosi.

In uno studio di 5639 partecipanti, la diagnosi di depressione è stata confrontata con le valutazioni di episodi di depressione maggiore utilizzando un'intervista strutturata. Solo il 38% degli adulti (tra cui il 9% di quelli di 65 anni e oltre) con depressione clinica identificata soddisfaceva i criteri diagnostici per depressione e tuttavia la maggior parte dei soggetti era in trattamento farmacologico. Anche i tassi di prescrizione di AD a pazienti che non hanno evidenza di DDM o che presentano un numero minore di sintomi di quanto previsto dal DSM, sono in aumento nelle cure primarie. La percentuale di visite non psichiatriche nell'ambito delle quali sono stati prescritti AD sono risultate aumentate mentre le diagnosi psichiatriche sono risultate stabili. Circa l'11% della popolazione degli Stati Uniti di età superiore agli 11 anni assume un farmaco antidepressivo e di questi, il 23% delle donne di età compresa tra i 40 e i 50 anni. In Inghilterra, la prescrizione di AD è aumentata di oltre il 10% all'anno tra il 1998 e il 2010 e aumenti simili sono stati descritti in altre nazioni occidentali. I dati di meta-analisi di studi clinici controllati con placebo dimostrano che i farmaci antidepressivi hanno poco o nessun effetto sulla depressione lieve. Nel valutare gli effetti degli AD nel ripristinare un normale tono dell'umore occorre considerare che molte persone con depressione reattiva migliorano nel tempo indipendentemente dal trattamento e una vigile attesa può rappresentare una strategia migliore del ricorso immediato al trattamento farmacologico. Non ci sono prove sostanziali che le

persone con lutto non complicato possano avere beneficio dal ricorso agli AD. Molte condizioni attualmente diagnosticate come DDM, in particolare quelle conseguenti a varie forme di perdita, sono meglio inquadrabili all'interno di un modello di lutto che non necessita di trattamento farmacologico.

### **Commenti dei revisori – Importanza per la Medicina Generale**

Il problema delle medicalizzazioni di condizioni di sofferenza psicologica che sarebbe indotto dall'utilizzo dei criteri DSM è un dibattito in corso da alcuni anni e riguarda da vicino anche i MMG.

I criteri contenuti nel DSM per la Depressione Maggiore sono dichiaratamente di natura descrittiva, sulla base della considerazione che i dati fino ad oggi disponibili non sono sufficienti per una classificazione della malattia depressiva su base eziologica, biologica, psicologica o sociale che sia. Se applicati acriticamente, possono identificare un insieme eterogeneo di persone che presentano manifestazioni depressive, con il rischio di catturare situazioni di sofferenza non patologica legate ad eventi critici della vita. Ma, proprio per evitare questo rischio, il DSM invita esplicitamente ad applicare i criteri con "giudizio clinico", ricordando come la formulazione di una diagnosi di DDM richieda preparazione, competenza ed esperienza, oltre ad una attenta valutazione della intensità della sofferenza e del grado di compromissione funzionale nelle principali aree della vita psico-sociale del soggetto (APA. DSM V 2013. Introduction, pag. 5-6).

La formulazione di una diagnosi dovrebbe quindi permettere di identificare un insieme di soggetti con caratteristiche cliniche, decorso e prognosi simili e di elaborare un piano di cura basato sulle evidenze. Ad esempio, un'opzione farmacologica con AD ha il massimo di probabilità di ottenere effetti positivi se il paziente è "severo", proprio secondo i criteri del DSM. Se invece viene diagnosticata una "forma lieve" è responsabilità del clinico la scelta tra una opzione "wait and see" (osservazione attiva e supporto), psicoterapia o antidepressivo, considerando i relativi livelli di evidenza. (NICE. Guideline 90. Depression in adults. 2009)

Riguardo al lutto, il DSM IV indicava un criterio di esclusione che impediva la formulazione della diagnosi di DDM in presenza di questa condizione. Il DSM 5 lo ha eliminato, suscitando le prese di posizione evidenziate nell'articolo. Questa decisione viene giustificata da dati epidemiologici che hanno documentato come, in un soggetto in fase di lutto, sia clinicamente possibile, in alcuni casi, riconoscere un DDM e questo consente di non ritardare un trattamento efficace.

Sulle prescrizioni di AD, il pericolo paventato dai critici del DSM sarebbe quello di una induzione alla prescrizione di AD. In realtà le evidenze indicano come gli AD siano sottoutilizzati e usati con scarsa compliance.

Secondo i dati di Health Search, la prevalenza di depressione nel contesto della MG è in aumento e varia dal 4,1% al 5,3% e dal 9,2% al 13% nel periodo 2007-2012 sulla base dei codici ICD-9 usati per le estrazioni. Anche la prescrizione di AD risulta in aumento, come evidenziato da due pubblicazioni ("*Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*". Simonetti M. Lapi F. et al. Rivista Simg n. 5, 2011 – *Depressione e comorbilità nel setting della Medicina Generale: dall'appropriatezza prescrittiva all'aderenza terapeutica nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi*. Italiano D. et al. Rivista Simg n. 5, 2014). Le pubblicazioni analizzano anche l'aderenza terapeutica al trattamento con AD nei pazienti depressi, concludendo al riguardo che il livello di continuità al trattamento con AD è estremamente basso, con il 12,8% di *continuers* e il 23,9% di *intermittent users* o utilizzatori sporadici e una discontinuità complessiva del 63,3%.

In linea con i dati di continuità, l'analisi di aderenza mostra un profilo di pazienti aderenti tendenzialmente basso che si colloca al 57,5%, dato che arriva a meno del 40% nei nuovi utilizzatori di farmaci nel 2013 come evidenziato nel VIII Report HS.

Le recenti linee guida internazionali per il trattamento della depressione dell'adulto raccomandano infatti un minimo di sei mesi di terapia a dosaggio adeguato per evitare il rischio di ricadute. Tuttavia vari studi mostrano che fino al 70% dei pazienti interrompe la terapia prima di questo termine. Inoltre, nella popolazione anziana italiana gli AD

sono spesso usati in maniera intermittente con brevi cicli ripetuti, configurando un quadro caratterizzato da molte interruzioni di terapia arbitrarie e premature, spesso decise autonomamente e comunque inappropriate. Il trattamento viene poi ripreso ad ogni successiva ricaduta. Gli studi mostrano infatti che oltre il 55 % dei pazienti non completa un anno di trattamento.

Questi dati confermano che i medici dovrebbero applicare meglio i criteri diagnostici considerando il DSM come una guida pragmatica che aiuta a definire operativamente condizioni cliniche molto diverse e che i pazienti che persistono nel trattamento sono probabilmente quelli con diagnosi di forme severe.