

Depressione, ansia e disturbi neurocognitivi

I disturbi neurocognitivi si manifestano con sintomatologia atipica e simulando quadri dello spettro ansioso-depressivo, ponendo al clinico problemi di diagnostica differenziale. Nel dubbio è necessaria la valutazione neuropsicologica per porre una diagnosi il più precoce possibile e per impostare un percorso terapeutico appropriato

Ferdinando Pellegrino *Psichiatra, Salerno* - **Giulia Brescia** *Psicologa, Salerno*

I disturbi neurocognitivi comprendono un gruppo di patologie in cui prevale il deficit delle funzioni cognitive; essi sono distinti in maggiori o lievi in rapporto al livello - inteso come un continuum psicopatologico - di compromissione di dette funzioni, valutabili clinicamente e con test neuropsicologici.

In molte circostanze tali disturbi, nella diversità dei sottotipi diagnostici esistenti si manifestano anche con sintomatologia atipica e aspecifica simulando quadri dello spettro ansioso-depressivo e ponendo problemi di diagnostica differenziale, soprattutto nelle prime fasi del processo morboso. Accade quindi che, talvolta per mesi o anni, vengono utilizzati ansiolitici ed antidepressivi, mentre in realtà si tratta di quadri demenziali non riconosciuti come tali.

L'espressività sintomatologica della depressione può, infatti, comprendere aspetti sia tipicamente affettivi sia cognitivi; l'esordio è spesso subdolo e caratterizzato da apatia, disinteresse per l'ambiente circostante, affaticabilità, difficoltà a sostenere e gestire la complessità del quotidiano e atipie comportamentali.

Dal punto di vista clinico, soprattutto quando si tratta di soggetti di

età poco superiore ai cinquant'anni con problematiche lavorative e familiari o con pregressi eventi traumatici, la diagnosi di depressione e il relativo trattamento antidepressivo sembrano congrui e mediamente entro tre mesi dall'inizio del trattamento si ottiene una remissione del quadro clinico.

In molti casi vi è associata una componente ansiosa e somatoforme, con sintomi quali irrequietezza, irritabilità, palpitazioni, sensazioni di bruciore allo stomaco, mal di testa. Non meno frequente è l'insonnia, nella molteplicità delle possibili manifestazioni cliniche (difficoltà ad addormentarsi, risveglio precoce mattutino, sonno non ristoratore, ecc); pertanto spesso all'antidepressivo per tali motivi si associa un ansiolitico che consente una migliore gestione di tali sintomi.

► Opportunità di ulteriori valutazioni cliniche

Dopo un breve periodo di tempo in cui sembrava esserci una remissione del quadro clinico la sintomatologia riemerge con gli stessi sintomi, talvolta diversamente associati tra loro; solo allora, a distanza di mesi o anni dalle prime manifestazioni sintomatologiche, ci si inter-

roga sull'opportunità di eseguire una risonanza magnetica nucleare e i test neuropsicologici.

Tuttavia tali quadri clinici possono essere compatibili con una fase iniziale di un disturbo neurocognitivo, come l'Alzheimer.

Una particolare attenzione deve quindi essere posta alla valutazione di un quadro clinico che si manifesta con sintomi dello spettro ansioso-depressivo, con o senza manifestazioni somatoformi, soprattutto quando insorge in età adulta, anche se correlato a eventi traumatici.

È indubbio che qualsiasi sintomatologia psichica ha una base biologica, ma siamo ben lontani dall'identificare i processi neurotrasmettitoriali che sottendono un quadro ansioso-depressivo e le aree cerebrali interessate a tale processo; tuttavia le neuroscienze si stanno affermando con ambiti di ricerca molto innovativi e interessanti aprendo le porte alla conoscenza delle basi biologiche delle patologie "psichiche". È pertanto di fondamentale importanza mirare a riconoscere le diverse sfaccettature dei sintomi per poterli ricondurre a patologie neurologiche già note, come l'Alzheimer, la malattia di Huntington, la sclerosi a placche o il morbo di Parkinson, patologie

che spesso insorgono con un quadro clinico indicativo di un disturbo psichico, come la depressione.

Pur nella gravità di tali patologie neurologiche una diagnosi precoce è comunque importante per mettere in atto idonei trattamenti e per inquadrare l'ambito clinico in cui muoversi per affrontare il disturbo. È inoltre opportuno ampliare l'applicazione dei test neuropsicologici poiché rappresentano importanti presidi di supporto alla valutazione clinica che comunque rimane fondamentale per la diagnosi.

Più in generale la neuropsicologia consente di operare in screening in grado di evidenziare anche minime alterazioni delle funzioni cognitive affinando la diagnostica differenziale. Inoltre, la valutazione di tali funzioni, importante anche nelle forme di sofferenza cerebrale secondaria a fattori vascolari, può essere di grande utilità nell'utilizzo di specifiche tecniche di terapia neuropsicologica in grado di rallentare il processo morboso recuperando ogni risorsa disponibile o compensando la presenza di un deficit cognitivo.

Considerando l'uso sempre più massiccio di antidepressivi e ansiolitici, spesso utilizzati in modo inappropriato, per il medico di famiglia diventa rilevante indirizzare correttamente la valutazione diagnostica in un'area così sfumata e incerta come appare spesso quella dei disturbi ansioso-depressivi.

► Esperienze ambulatoriali

Caso 1: *sindrome disesecutiva*

Paziente cinquantunenne, avvocato, sposato e padre di due figli. Si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio dello psichiatra a cui si è rivolto, dopo una terapia di

tre mesi con antidepressivi, per una diagnosi di "stato d'ansia depressivo", in seguito ad un episodio di stato confusionale acuto. Il quadro sintomatologico presentato è caratterizzato da abulia, apatia, mutacismo, insonnia, difficoltà nell'intraprendere e nel portare a termine attività quotidiane tali da compromettere il funzionamento sociale e lavorativo del paziente. I familiari lamentano "un cambiamento di personalità" del paziente, descritto come iperattivo, continuamente impegnato in attività e hobby diversi e particolarmente interessato alla cura della propria persona.

All'anamnesi vi è un'ipertensione arteriosa e nessuna familiarità per alcun tipo di psicosi o demenza.

Dalla valutazione neuropsicologica emerge un disturbo del linguaggio ed in primo piano il deficit delle funzioni esecutive associati ad alterazione della personalità e del tono dell'umore con manifestazioni negative.

Tale quadro, supportato anche dai risultati della SPECT, è indicativo di una sindrome disesecutiva, caratterizzata da deficit cognitivi e/o disturbi comportamentali, emotivi e motori, e da un declino cognitivo.

Caso 2: *declino cognitivo*

Paziente femmina, sessantaduenne, laureata, bilingue, infermiera, sposata e madre di tre figli. Si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio dello psichiatra, dopo una prima diagnosi di episodio depressivo maggiore.

Nell'ultimo anno è stata sottoposta a diversi interventi chirurgici all'utero e da qualche mese lamenta apatia, difficoltà di concentrazione nell'esecuzione di un compito, difficoltà nel portare a termine contemporaneamente attività diverse

e nel trovare il vocabolo appropriato durante una conversazione.

Dai test neuropsicologici eseguiti, dal colloquio e dalla valutazione informale emergono disturbi del linguaggio, disturbi a carico della memoria anterograda, della memoria di lavoro e delle funzioni esecutive, rallentamento ideomotorio associato ad apatia.

Quanto emerso sembra indicativo di probabile declino cognitivo di tipo cortico-sottocorticale di grado lieve.

Caso 3: *malattia di Alzheimer*

Paziente maschio, sessantatreenne, sposato e padre di tre figli. Dopo circa sei mesi dal pensionamento e dopo una cura con antidepressivi per tre mesi, si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio del neurologo al quale si era rivolto, dopo aver notato: lieve disorientamento topografico, difficoltà nel ritrovare la parola durante una conversazione, difficoltà nel ricordare eventi recenti e nel riconoscere le persone, difficoltà nelle operazioni di calcolo e perdita dell'olfatto negli ultimi sette mesi.

Dall'anamnesi medica effettuata si rileva familiarità per le malattie neurodegenerative.

A livello funzionale il paziente è autonomo sia nelle attività di base che in quelle strumentali della vita quotidiana.

Relativamente alle funzioni esplorate l'esame neuropsicologico formalizzato ha evidenziato: lieve deficit di natura esecutiva, difficoltà a carico della memoria anterograda verbale e spaziale, deficit a carico del linguaggio, lieve prosopagnosia, disorientamento topografico associato alla perdita del canale sensoriale olfattivo. Quanto emerso è indicativo di una diagnosi di Malattia di Alzheimer di grado lieve.