

## Cap. 79 - TERAPIE PSICOFARMACOLOGICHE NEL DISTURBO DELLO SVILUPPO INTELLETTIVO A BASSO LIVELLO ADATTATIVO: CASI CLINICI

### Il caso G.C.

ANAMNESI E PRIMA VISITA: G.C. è un giovane di 22 anni che giunge in prima visita con una diagnosi di Disturbo di Spettro Autistico di grado moderato in comorbidità con una Disabilità Intellettiva di grado lieve. Il motivo della visita sono i frequenti “mal di pancia” resistenti a terapia con omeprazolo e “mal di testa” che il ragazzo lamenta soprattutto una settimana al mese, in media. In prima visita, Giovanni appare estremamente ansioso e iperventilante. Parla pochissimo e usa frasi molto brevi. Per quasi tutto il tempo della visita, stando seduto si tiene per mano con il padre mentre invece la madre è seduta più perifericamente.

Dal punto di vista anamnestico, non vi è storia di aborti spontanei, né di difficoltà al concepimento. Nato a termine dopo gravidanza normodecorsa tramite parto eutocico. Peso alla nascita 2,750 Kg; Indice di Apgar 8 e 9 a 1' e 5', rispettivamente. Allattamento al seno per 3 mesi con suzione valida e deglutizione coordinata; non storia di reflusso gastroesofageo. La madre però notava lentezza nell'assunzione di una bottiglia di latte con il biberon, apparentemente per scarsa voracità. Alcune tappe del neurosviluppo durante il primo anno sarebbero comparse in ritardo, con deambulazione a 18 mesi preceduta da gattonamento simmetrico; a 8 mesi ancora non riusciva a reggersi sulla schiena. Ha raggiunto il controllo sfinterico intorno ai 2 anni. Prime parole a 2 anni ma non parlava quasi mai: per questo motivo fu inviato a terapia logopedica; prime frasi comparse molto tardivamente a 6-7 anni. Mai iperattivo o con autoregolazione emotiva carente. Alimentazione varia, alvo regolare. Ama molto guardare oggetti che girano e farli girare. Tende a “fissarsi” su giochi specifici cambiando interesse primario mediamente una volta all'anno: ad esempio, le palline che da 5 anni a questa parte rappresentano il suo passatempo preferito.

I genitori riferiscono che circa 5 anni fa Giovanni passò da una flessibilità relativamente meno rigida ad una molto più consistente (questo sarebbe avvenuto in contemporanea con l'avvio della fissazione con le palline). A partire dallo stesso periodo, sono iniziati i periodi mensili di agitazione e ansia. In quel periodo, Giovanni aveva concluso le scuole medie passando alle scuole superiori, dove ha anche dovuto cambiare scuola al termine del I anno.

Familiarità: il nonno paterno ha sofferto di depressione maggiore ricorrente e ansia cronica.

INTERPRETAZIONE DEI SINTOMI E DIAGNOSI CATEGORIALE: L'ansia, la cefalea e le epigastralgie vengono interpretate come parte di un Disturbo Depressivo accompagnato da ansia e somatizzazioni varie. La depressione sarebbe stata attivata da vissuti di distacco e di perdita avvenuti a seguito del trasferimento dalla prima alla seconda scuola media superiore. Infatti G.C. pare avesse un ottimo rapporto con l'insegnante di sostegno che lo seguiva nella prima scuola e che, dopo il trasferimento, egli non ha mai più visto. Questa interpretazione del quadro clinico è in linea con il forte attaccamento evidenziato da G.C. soprattutto con la figura maschile di riferimento, come testimonia il suo stare mano-nella-mano con il padre durante tutta la durata della prima visita. Inoltre vi è familiarità per sindrome ansioso-depressiva.

TERAPIA: Viene prescritta sertralina 25 mg al mattino per la prima settimana e poi 25 mg due volte al giorno, al mattino e alla sera a stomaco pieno. Soprattutto nei primi giorni di terapia si consiglia di associare bromazepam 0,5-1 mg all'occorrenza in caso di ansia intensa.

ESITO: I genitori, tramite un diario giornaliero, testimoniano come durante il primo mese, il “mal di pancia” e la “cefalea” siano spariti quasi completamente, l’ansia si sia ridotta immediatamente, sia scomparsa l’iperventilazione. A partire dalla quinta settimana si assiste ad un progressivo aumento del nervosismo e della irritabilità, con insorgenza di un discontrollo emotivo con reazioni di rabbia intensa che richiede prima la sospensione della sertralina e poi l’avvio di una terapia con risperidone, 0,5 mg due volte al giorno.

COMMENTO: La terapia con sola sertralina ha inciso sul quadro depressivo nell’arco di uno o due giorni e non delle 3-4 settimane di latenza abitualmente presenti nei depressi normotipici. Con la stessa velocità con cui ha corretto il quadro depressivo ha però indotto un quadro di attivazione che ha poi richiesto di essere frenata tramite un neurolettico atipico. Sarebbe probabilmente stata più bilanciata una terapia che avesse previsto una dose più bassa di sertralina fin dall’inizio associata stabilmente al risperidone o ad acido valproico. Rimane comunque vero che molto spesso nei soggetti con DI l’antidepressivo ha un effetto quasi immediato ma deve anche essere sospeso nell’arco di pochissimi giorni o al massimo di poche settimane.