

## ESTAT ACTUAL DEL TRACTAMENT DE LES SÍNDROMES DEPRESSIVES

A. PORTA I BIOSCA,\* J. VALLEJO I RUILOBA \*\*

INTRODUCCIÓ. — Abans d'entrar en matèria, volem fer unes consideracions generals que serveixin per a centrar aquest tema.

El diagnòstic de «depressió» és el més freqüent en la pràctica psiquiàtrica. Igualment, i dins l'àmbit de la Medicina General, és un terme d'ús freqüent. Tothom accepta l'elevat percentatge de malalts funcionals que acudeixen a qualsevol especialista. Doncs bé, molts d'ells presenten depressions més o menys larvades on, moltes vegades, el símptoma més cridaner es manifesta en forma de somatització.

Les dades epidemiològiques donades per l'O. M. S. són significativament eloqüents: del 3 % al 5 % de la població mundial pateix depressions.

Estudis seriosos demostren que tan sols una petita part dels deprimits demanen ajuda mèdica, i que quan ho fan el 90 % és tractat d'entrada pel metge de capçalera. Solament el 10 % restant arriba al psiquiatre.

Això planteja el problema que el coneixement dels actuals recursos terapèutics no ha d'ésser tan sols privatiu del psiquiatre.

Hem considerat més didàctic modificar l'ordre habitual de les seqüències d'exposició d'aquest treball. Així, doncs, descriurem primer els tipus de tractament i després farem la classificació de les depressions especificant la teràpia adient a cada cas.

DEFINICIÓ. — Hem d'assenyalar que, d'entrada, el terme «depressió» té tres accepcions, ja sigui com a símptoma, com a síndrome o com a entitat nosològica.

Qualsevol que sigui la seva etiologia, l'element semiològic fonamental és una disminució de l'humor (timus) que porta com a resultat un estat de

---

\* Metge adjunt del Centre de Diagnòstic i Tractament «Drassanes», de la Seguretat Social.

\*\* Professor Adjunt de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de Barcelona.

tristesia. Al costat d'aquest sentiment patològic es troba una inhibició que és un fre a totes les àrees de productivitat psíquica. Es dona igualment un patiment moral que comporta unes vivències pessimistes que expliquen el sentiment de culpabilitat d'aquests malalts.

Existeixen també, amb més o menys grau, signes d'ansietat.

La inhibició que hem citat té una repercussió a nivell físic: trastorns de la son, digestius, sexuals, d'àlgies diverses, etc.

Igualment, en un deprimít, la idea de suïcidi, sigui expressada o no, a nivell conscient o inconscient, sempre està latent.

A grans trets, podríem dir que aquestes són les característiques fonamentals de la forma més clàssica i típica de la depressió: la malenconia. Això no obstant, com ara es veurà en parlar de la classificació d'aquesta entitat, els estats depressius constitueixen un grup clínic heterogeni, encara que el resultat sempre és el mateix: una pertorbació de l'homeostasi psicossomàtica i de l'equilibri psicosocial del subjecte, el resultat final del qual és la presentació d'un estat depressiu.

TRACTAMENT. — Com a la majoria de malalties mentals, l'etiologia de la depressió és multifactorial. Això vol dir que, com que són un conjunt de vectors que hi intervenen, el metge haurà d'utilitzar recursos psicològics, biològics, farmacològics, socioteràpics, etc., en el tractament de la depressió (quadre 1).

#### QUADRE 1. — *Espectre terapèutic per a les depressions*

1. Psicoteràpia
2. Electroxoç
3. Quimioteràpia
  - 3.1. Antidepressius
    - 3.1.1. Clàssics
    - 3.1.2. No IMAO ni tricíclics
    - 3.1.3. Experimentals
  - 3.2. Profilàctics
4. Cura de privació de la son

1) *Psicoteràpia*: Partim del fet que la relació amb el malalt, sigui quina sigui l'orientació que es vulgui donar al cas, ha d'ésser sempre psicoteràpica. Insistim en el fet que, més que una tècnica psicoteràpica, és una actitud que, ben utilitzada, és d'una gran importància psicològica.

En aquest sentit, s'aconsella en alguns casos la psicoteràpia cognitiva (BECK), que té com a finalitat que el malalt superi les expectatives negatives de la vida, així com la concepció pejorativa que té d'ell mateix, degut al fet que tot ho veu sota el prisma de la desesperança i la incapacitat.

La psicoteràpia d'orientació psicodinàmica es planteja la depressió com una reacció a la pèrdua de l'objecte. Aquesta pèrdua pot ésser real o bé imaginària; en aquest cas a nivell inconscient i relacionada amb les relacions maternes del nadó.

S'accepta de forma força generalitzada, i nosaltres hi estem d'acord, que la psicoteràpia i la quimioteràpia són compatibles. Fins i tot aquesta darrera facilita l'abordatge terapèutic.

2) *Electroxoc*: Continua essent vigent. Les crítiques que ha rebut semblen ésser més emocionals i subjectives que reals. Entitats com el Comitè de Psiquiatria del Consell Mèdic Anglès, la APA americana, han centrat el tema en termes ponderats; les investigacions realitzades per molts autors (KOLB i VOGEL, HÉSCHÉ i ROEDER, POROT, BARCIA, etc.) no demostren en absolut la seva pretesa nocivitat.

Fem nostres les raons adduïdes per DETRE i JARECKI respecte a l'aplicació dels EX als malalts depressius:

- A) Quan hi ha un greu risc de suïcidi.
- B) Si existeix l'antecedent d'una resposta dolenta a la medicació i en canvi una bona resposta als EX.
- C) Si el pacient es nega a rebre medicació.
- D) Quan alguna malaltia orgànica impedeix l'ús dels antidepressius o bé si aquests donen uns efectes secundaris intolerables.

3) *Quimioteràpia*: Hem de deixar de banda, per la seva inespecificitat i poca efectivitat, una sèrie de fàrmacs d'acció general com les vitamines, els tònic, neurotròfics, anabolitzants, etc., que no fan altra cosa que emascarar i retardar el tractament. L'ús és només aconsellable de forma col·lateral per altres motius. Sovint encara són emprats per metges no especialistes.

Igualment s'ha de tenir present que els estimulants (amfetamines, cafè, etcètera) no són pròpiament antidepressius, i sí en canvi són ansiògens, apart del greu risc de crear una dependència al malalt.

3.1. *Antidepressius*: Hom considera que aquests psicofàrmacs receptats a dosis terapèutiques són eficaços en el 70-80 % de les depressions.

Els antidepressius o timoanalèptics són uns fàrmacs que tenen dues característiques fonamentals: treure l'humor depressiu i fins i tot potencialment en una segona fase convertir aquest en una eufòria excessiva.

3.1.1. *Antidepressius clàssics*: La història dels antidepressius comença l'any 1957, amb dos grups ben diferenciats: els inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO) per un costat i els tricíclics per l'altre.

Els dos actuen sobre el metabolisme de les amines cerebrals.

Els IMAO augmenten els nivells de les monoamines a les terminacions neuronals i a l'espai sinàptic, faciliten la transmissió, en inhibir la destrucció de les monoamines situades en les mitocondries del botó terminal de la neurona.

Els tricíclics bloquegen la recaptació de les monoamines per la neurona pre-sinàptica, augmenten llavors la concentració d'amines a nivell sinàptic, facilitant també la transmissió de les estructures nervioses que participen en la regulació tímica.

ELS IMAO. — Amb aquests psicofàrmacs succeeix quelcom semblant que amb l'electroxoc: tenen una llegenda que la pràctica mèdica no demostra.

És ben cert que estan en franca decadència, i que s'han descrit efectes secundaris greus i intoleràncies amb medicaments (sobretot amb els tricíclics) i aliments (formatge, alcohol, faves, iogurts...).

En certs tipus de depressió, però, i quan els altres antidepressius no han donat la resposta adequada, poden ser molt útils.

Nosaltres solem utilitzar en ordre decreixent la iproniàcida, la felenzina i la nialàmida, a les dosis indicades al quadre 2. Solem associar el producte vitamina B<sub>6</sub> per tal d'evitar la possibilitat dels efectes secundaris descrits.

Atès que són medicacions que s'han de prendre durant períodes prolongats, és aconsellable fer controls periòdics del funcionalisme hepàtic.

QUADRE 2. — *Antidepressius inhibidors de la monoaminoxidasa comercialitzats al nostre país*

<i>Nom genèric</i>	<i>Nom registrat i laborator</i>	<i>Dosificació</i>	
		<i>Inicial</i>	<i>Mitjana mgs/dia</i>
Fenelzina	Nardelzine (Substància)	15	45-60
Iproniàzida	Iproniàcida (Bama)	50	100-150
Metfendracina	H.M-11 (Miquel)	20	40-60
Metilbencilbenzoilhidracida	Neruil (Iquinosa)	25	50-75
Nialàmida	Niamid (Pfizer)	50	150-200
Tranilcipromina	Parnate (Smith Kline)	10	20-40

També és necessari un seguiment del cas de prop, per tal d'evitar l'agreujament dels efectes secundaris (moltes vegades, disminuint la dosi serà suficient) o bé que el malalt passi per un excés de medicació a una fase maníaca.

Degut a totes aquestes consideracions, s'aconsella que sigui una medicació privativa del psiquiatre.

*Els tricíclics:* A partir del primer descobert, la imipramina, i mitjançant una sèrie de modificacions en la seva estructura molecular, han sorgit tot un seguit de derivats (quadre 3) amb característiques ben diferenciades i, per tant, amb unes possibilitats d'aplicació que és necessari matisar.

QUADRE 3. — *Antidepressius tricíclics (purs o associats), comercialitzats al nostre país*

Nom genèric	Nom registrat i laboratori	Dosificació	
		Inicial	Mitjana mgs./dia
Imipramina	Tofranil (Geigy)	50-75	100-250
Clorimipramina	Anafranil (Geigy)	50-75	100-250
Trimeprimina	Surmontil (Rhodia)	50-75	100-250
Doxepina	Sinequan (Pfizer)	25-50	100-150
Amitriptilina	Tryptizol (Merck Sharp Dohme)	25-50	100-250
Nortriptilina	Martimil (Alonga)	25-50	100-150
Nortriptilina	Paxtibi (Dista)	25-50	100-150
Protriptilina	Anelum (Llorente)	25-50	100-150
Amitriptilina + Perfenacina	Deprelío (Esterdi)	de 1 a 4 càpsules	
Amitriptilina + Perfenacina	Mutabase (Schering)	de 2 a 4 gragees	
Amitriptilina + Medazepan	Nobritol (Roche)	de 2 a 4 càpsules	
Nortriptilina + Ectilurea	Martimil compuesto (Alonga)	de 1 a 3 brag./dia	
Nortriptilina + Clordiacepòxid	Norfenazin (Alonga)	de 2 a 4 comp./dia	
Nortriptilina + Perfenacina	Tropargal (Alonga)	de 2 a 6 càps./dia	
Dimetil Propilidendiidroantra- ceno + Flupentixol	Deanxit (Abelló)	de 1 a 3 brag./dia	

La diferència consisteix en el fet que hi ha tota una gamma de fàrmacs que són molt antidepressius i poc ansiolítics (fins i tot alguns poden ser ansiògens) i, en canvi, uns altres que tenen poca acció antidepressiva i una marcada acció ansiolítica.

Els efectes secundaris són freqüents, però no pas greus; solen disminuir després d'un temps d'instaurat el tractament. Normalment solen ésser produïts pel seu efecte anticolinèrgic (sequedat de boca, sudoració, estrenyiment, etc.). També poden donar tremolors, disàrtria, hipotensió o bé un augment de l'ansietat.

És aconsellable explicar al malalt aquesta possibilitat de presentació de secundarismes. Quan s'actua així l'experiència ens demostra que psicològicament aquestes reaccions són més ben tolerables i fins i tot menys marcades.

Igualment, s'ha de dir al pacient que l'efecte del fàrmac no és immediat, i que passaran uns dies abans que comenci a notar els efectes antidepressius.

Com ja hem dit, els tricíclics estan formalment contraindicats associats amb l'IMAO. Si es vol passar d'un grup a l'altre cal deixar un període de latència de dos a tres setmanes (sobretot quan es tracta de passar dels IMAO als tricíclics; a l'inversa no és necessari esperar tant, atès que els tricíclics s'eliminen molt més ràpidament que els IMAO).

Si bé la via d'administració habitual és l'oral, en casos greus, o en d'altres d'intolerància gàstrica, es pot usar la via parenteral o l'endovenosa.

### 3.1.2. *Antidepressius no tricíclics i sense acció IMAO:*

A) Tetracíclics: La maprotilina i el mianserín.

Aquests productes, si bé tenen una acció antidepressiva semblant als tricíclics més incisius, difereixen d'aquests perquè la seva estructura molecular és tetracíclica. L'avantatge principal és que no tenen una acció central anticolinèrgica i per tant s'eliminen un conjunt d'efectes secundaris i són ben tolerats.

Personalment, situem la maprotilina en un aspecte d'acció pròxim a la imipramina i el mianserín prop de la amitriptilina, encara que amb una acció menys sedativa.

B) Fàrmacs d'altres nuclis químics:

Nomifensín.

Trazodone.

Viloxacina.

Aquestes substàncies són de característiques moleculars pròpies i ben diferents de la resta d'antidepressius.

Destaquem l'acció del nomifensín en les formes inhibidores i la rapidesa d'acció de la viloxacina com a particularitats clíniques més notòries (quadre 4).

QUADRE 4. — *Antidepressius no tricíclics i sense acció IMAO comercialitzats al nostre país*

Nom genèric	Nom registrat i laboratori	Dosificació	
		Inicial	Mitjana mgs/dia
Maprotilina	Ludiomil (Ciba)	50-75	100-250
Mianserín	Lantanon (Organon)	30-60	60-90
Nomifensín	Alival (Hoechst)	50-75	150-200
Trazodone	Tombran (Fher)	50-75	100-300
Viloxacina	Vivarint (Ici-Farma)	50-75	150-300
5-HTP	Telesol (Lasa)	200	200-600
Protirelina	TRH (Prem)	2-6	6-18
Protirelina	TRH (UCB-Pevya)	600 mcg.	(1 vial)

### 3.1.3. *Antidepressius en període experimental:*

#### a) 5-Hidroxitriptòfan (5-HTP).

La seva utilització ve donada per ésser aquesta substància una precursora de la serotonina. Les dosis terapèutiques han d'ésser molt elevades (2 a 3 g. diaris). La nostra experiència ens diu que els resultats són molt contradictoris; les respostes favorables les hem obtingut en depressions involutives.

#### b) Pèptids hipotalàmics.

Fa uns quants anys es van posar grans esperances en l'ús de les *releasing hormones* d'origen diencefàlic, especialment amb el TRH (hormona o factor de l'alliberació de la tirotropina).

Un altre tripèptid investigat és el MIF (factor inhibidor de l'hormona melanoestimulant), també anomenat MSH-RIH.

D'ambdues substàncies, si bé en alguns casos s'han obtingut respostes antidepressives molt ràpides, la persistència d'aquesta acció ja es més criticable.

3.2. *Profilàctics: El liti.* No és un antidepressiu estricte, ja que no millora l'estat depressiu.

Es considera un normotímic, és a dir un regulador de l'humor, que actua de profilàctic ja sigui en el sentit de la depressió ja sigui en el de l'eufòria.

Seguint FERRERI (1980), direm que hi ha tres hipòtesis etiopatogèniques que pretenen explicar l'acció del liti.

- 1) L'equilibri electrolític creat pel liti disminueix l'alliberació de nora-drenalina presinàptica.
- 2) L'intercanvi sodi-potasi a nivell de la membrana, genera la repolarització postestímul i afavoreix la formació d'un potencial d'acció.
- 3) El liti inhibeix l'estimulació de l'adenil-ciclasa que intervé directament a la formació del TSH i de la ADH.

A casa nostra es presenta en forma de sals, carbonat de liti, en comprimits de 400 mgrs.

Podem dir que l'ús del liti ha canviat totalment el pronòstic de la psicosi maníaco-depressiva que, com és sabut, es presenta en forma cíclica.

Encara que de forma no tan contundent i efectiva, s'aplica igualment a les formes monopolars i també a d'altres problemes psicopatològics: inestabilitat emocional de nens i adolescents, agressivitat, alcoholisme, etc.

Les dosis terapèutiques són reflectides en les litèmies, que han de fluctuar entre 0,7 a 1,2.

És un producte que requereix tota una tècnica, tant en el seu ús com en el seu control, ja que la seva administració incorrecta pot donar problemes d'intolerància greus.

#### La *dipropilacetamida*.

Aquesta substància d'estructura lineal actua també de profilàctic en les depressions, si bé la seva acció no és tan marcada, ni s'ha generalitzat tant

com el liti. Hom l'usa més com a profilàctic en les psicosis esquizofrèniques que no en les depressives.

4. *Cura de privació de la son*: S'ha vist que l'insomni total afavoreix l'evolució de la síndrome depressiva. De manera experimental la privació de la son realitzada d'una manera periòdica, sembla que millora l'estat dels depressius. S'acostuma a fer la cura a dies alterns durant dues setmanes i, després, un cop per setmana durant un any.

CLASSIFICACIÓ. — Creiem que pot ésser útil descriure els principals tipus de depressió per tal de poder situar adequadament les modalitats terapèutiques de què acabem de parlar.

Malgrat que la classificació de les depressions és un problema no resolt des d'un punt de vista teòric, és possible expressar uns determinats tipus que coincideixen amb força fidelitat a la realitat clínica. Amb algunes modificacions personals, seguirem la classificació ja clàssica de KIELHOLZ (quadre 5).

QUADRE 5. — *Classificació (modificada) de les depressions segons KIELHOLZ*

3. Depressions somatògenes
2. Depressions endògenes
  - Depressions bipolars
  - Depressions monopolars
  - Depressions involutives
3. Depressions psicògenes
  - Depressions neuròtiques
  - Depressions per esgotament
  - Depressions reactives

1) *Depressions somatògenes*: Són depressions de causa orgànica, per tant, l'humor depressiu i l'astènia són secundaris a l'etiologia orgànica.

Deixant de banda el factor predisposició, les causes cerebrals o extracerebrals més freqüents són: anèmia, diabetis, Addison, mixedema, tuberculosi, tifus, mononucleosi infecciosa, hepatitis, intoxicacions per plom, benzè o bismut, fàrmacs (reserpina i d'altres hipotensors; antipsicòtics del grup de les fenotiazines o butirofenones; antibiòtics; L-Dopa, etc.), epilèpsies temporals, esclerosi múltiple, traumatismes cerebrals, miastènia, alcoholisme, etc.

No cal remarcar que en aquests casos l'estat depressiu-hipovital és acompanyat de tota la simptomatologia pròpia de cada malaltia. Igualment el diagnòstic es farà en base a la clínica peculiar de cada entitat nosològica.



El tractament d'aquests estats se centra en l'abordatge de la malaltia orgànica de base. La majoria de les vegades, la depressió, freqüentment atípica, se soluciona amb la millora de l'estat físic. Això no obstant, i en determinats casos, és necessari instaurar una medicació antidepressiva del grup tricíclic (imipramina o clorimipramina). Per posar un exemple, les depressions iatrogèniques per hipotensos, o les secundàries a hipotiroidismes, milloren amb un tractament antidepressiu específic.

2) *Depressions endògenes*: En Psiquiatria, el terme endogen intenta delimitar aquells trastorns que estan més lligats etiològicament a la constitució i, per tant, al món biològic, que no pas a factors sòcio-ambientals.

Les depressions endògenes es coneixen també amb la denominació de psicòtiques o malencòniques.

Els grups més importants són:

2.1. *Depressions bipolars*: Constitueixen la part depressiva de la psicosi maníaco-depressiva (PMD), malaltia caracteritzada per fases d'eufòria i de malenconia.

Aquestes depressions es donen en les personalitats premòrbides ajustades, absència en general de desencadenants psicogenètics, tristesa vital, ritmes cronobiològics (millora a les tardes, inici estacional en primavera i tardor, despertar precoç) i resposta satisfactòria a les terapèutiques biològiques (antidepressius i electroxocs).

2.2. *Depressions monopolars*: Els quadres depressius es poden considerar idèntics als anteriors, sense, però, l'existència de fases maníacques intercurrents.

2.3. *Depressions involutives*: Encara que per alguns autors aquestes depressions es troben dins del cercle de les depressions monopolars, creiem que cal diferenciar-les per les seves peculiaritats clíniques. S'inicien en l'etapa involutiva del pacient, sense antecedents de fases depressives, encara que a vegades es tracta de personalitats ansioses o amb trets malencònics. Clínicament predomina: ansietat marcada que pot arribar fins i tot a l'agitació, freqüents idees deliroides de culpa, ruïna o hipocòndria i un elevat risc de suïcidi.

*Tractament de les depressions endògenes*: L'orientació terapèutica d'aquest tipus de depressions ha d'ésser fonamentalment biològica: Els antidepressius clàssics com la imipramina o la clorimipramina a dosis de 100 - 200 mg./dia continuen tenint vigència i solen ésser els més eficaços.

Si l'ansietat és molt intensa es pot utilitzar l'amitriptilina a dosis semblants.

Si, contràriament, predomina la inhibició, malgrat que els preparats esmentats continuen essent vàlids, hom pot emprar la naprotilina, la desimipramina o el nomifensín a dosis que també oscillen de 100 - 200 mg./dia.

L'acció dels IMAO en aquests tipus de depressió no està comprovada. No obstant això, algunes depressions, en especial les inhibides que no

responen als preparats tricíclics, reaccionen bé als IMAO, concretament a la iproniacida (75 - 150 mgs./dia).

La terapèutica electro-convulsiva (TEC) o electroxoc, continua essent indicada en les depressions endògenes. Està demostrat que en aquests casos és la tècnica més eficaç. Ja hem assenyalat les raons precises per a la seva aplicació. Les depressions involutives responen de forma particularment favorable a aquesta tècnica; ens hem trobat amb pacients que tan sols han respost amb la TEC.

El nombre d'aplicacions se situa entre 6 i 8 sessions.

L'eficàcia de les sals de liti en el tractament de les fases depressives està subjecta a discussió. Sembla que són més eficaces a les bipolars que no a les monopolars. En canvi, és definitiva la seva acció profilàctica.

En termes generals, creiem que és aconsellable fer la profilaxi amb sals de liti a les formes bipolars i amb tricíclics a les monopolars.

En certs casos resistents a tots aquests tractaments citats, els anomenats antidepressius en fase experimental, així com la privació de la son, tampoc no ens han solucionat el problema.

Si la depressió té un component d'inhibició motora important es pot assajar la L-DOPA (INVERSEN i MACOY 1979); si bé encara no s'ha arribat a conèixer bé el seu mecanisme d'acció sobre el nucli depressiu, ha resultat útil en el 20 % dels casos provats.

Alguns autors (AYD, 1976), de forma excepcional, han usat la tan temuda associació de tricíclics i IMAO, dels quals s'han descrit uns efectes simpaticomimètics tan greus que poden arribar a ésser mortals. Recomanen aquests autors l'administració inicial conjunta dels dos preparats o començar amb tricíclics per a passar després a IMAO, emprant dosis inferiors a les usades habitualment amb un producte únic. Sembla ésser, segons aquests autors, que la tolerància es bona.

També PARE (1977) ha descrit la potenciació de l'efecte antidepressiu dels IMAO que es dona per la combinació d'aquests fàrmacs amb el precursor del triptòfan.

Finalment, i respecte a aquest apartat, hem de dir que el tractament ha d'ésser ambulatori, excepte en aquells casos en els quals hi ha una possible conducta suïcida o bé quan es presenta una intensa agitació; llavors és indicatiu l'ingrés en un centre psiquiàtric.

3) *Depressions psicògenes*: Són degudes a una problemàtica personal o ambiental.

Tant un conflicte neuròtic de personalitat (depressions neuròtiques), com un desencadenament extern —en especial aquells que comporten una situació de pèrdua material o afectiva (depressions reactives) o una sobrecàrrega tensional, física o emocional (depressions per esgotament)— poden originar una síndrome depressiva.

Les característiques de les depressions psicògenes són notòriament diferents de les que defineixen les depressions endògenes (quadre 6). La síndro-

me depressiva psicògena està delimitada per: personalitat pre-mòrbida neuròtica, psicogènesi, ansietat, variacions anàrquiques i no rítmiques de l'humor depressiu, curs prolongat no estacional i resposta poc efectiva a les terapeútiques biològiques.

QUADRE 6. — Aspectes diferencials més importants entre les depressions endògenes i les psicògenes

<i>Depressió endògena</i>	<i>Depressió psicògena</i>
Biogènesi . . . . .	Psicogènesi
Personalitat ajustada . . . . .	Personalitat neuròtica
Tristesa vital . . . . .	Tristesa-ansietat
Curs fàsic, amb variacions diürnes i estacionals . . . . .	Curs continuat i prolongat
Despertar precoç . . . . .	Insomni
Idees deliroides . . . . .	Absència d'idees deliroides
Risc de suïcidi alt . . . . .	Risc de suïcidi baix
Resposta bona a les terapeútiques biològiques	Resposta relativa a les terapeútiques biològiques
Resposta negativa a la psicoteràpia . . . . .	Sensibilitat a la psicoteràpia

*Tractament de les depressions psicògenes:* Aquí s'imposa un tractament mixt, on la farmacoteràpia i la psicoteràpia s'utilitzin conjuntament.

Moltes vegades és imprescindible abans de començar un tractament psicoteràpic remuntar farmacològicament el malalt, ja que una depressió greu impedeix qualsevol abordatge extern.

En general, els IMAO són els més indicats en aquests casos. Dins de la nostra pràctica la fenalzina (45 - 50 mgs./dia) o la iproniacida (75 - 100 mgs./dia) són els productes més eficaços.

Alguns pacients amb ansietat i somatitzacions depressives d'origen neuròtic, responen bé a l'amitriptilina (50 - 150 mgs./dia).

El tipus de psicoteràpia varia segons un conjunt de factors (edat, grau de la neurosi, modalitat de depressió psicògena, nivell intel·lectual i cultural, motivació, posició sòcio-econòmica, context ambiental, etc.).

Ja hem descrit breument les característiques de les diverses orientacions psicoteràpiques que van des de la psicoanàlisi a la teoria cognitiva.

DEPRESSIONS ENCOBERTES. — També són anomenades equivalents depressius. Clínicament formen un capítol important en la pràctica del metge general, el qual, com ja hem assenyalat a la introducció, és el que veu la majoria dels depressims.

La importància d'aquestes també anomenades *depressio sine depressione* ve donada perquè el 50 % dels quadres depressius són atípics.

Aquest trastorn significa l'aflorament d'una depressió sota la màscara de símptomes (àlgies, disestèsies, dispèpsies, etc.) que poden semblar que corresponen a diverses malalties i que de fet són uns trastorns evidents del tot afectiu (LÓPEZ-IBOR ALIÑO, 1972).

La presència de símptomes depressius mitigats (astènia, anorèxia, trastorns de la son, etc.), el dèficit dels rendiments intel·lectuals, la ritmicitat de la clínica, els trets de personalitat malencònica (escrupolositat, sentit de l'ordre, sintonia en les relacions socials, etc.) els antecedents familiars i la resposta favorable al tractament antidepressiu, són els punts que ens permeten orientar el diagnòstic.

Encara que l'emplaçament nosològic d'aquestes depressions no té una exclusivitat, solen trobar-se més entre les endògenes que no en les psicògenes.

No hi ha un tractament específic i per tant es poden aplicar totes les pautes terapèutiques comentades. Personalment, amb l'amitriptilina, clorimipramina i maprotilina hem obtingut resultats satisfactoris.

PREDICTORS DE RESPOSTA. — S'entén per índexs predictors de resposta aquelles informacions bioquímiques, clíniques, noxotàsiques, epidemiològiques, etc., que permeten preveure la resposta a una determinada terapèutica.

Cada vegada es dona més importància a aquest tema. Mencionarem les conclusions que PAYKEL (1979) ha fet en una recent i exhaustiva revisió, i que per la seva claredat transcrivim textualment: «L'electroxoc és més efectiu en les depressions psicòtiques greus, i molt més actiu que cap d'altre tractament en aquests malalts. Els tricíclics semblen ser més efectius en els malalts amb característiques psicògenes o endògenes, sempre que no tinguin idees deliroides o siguin trastorns severes. No obstant això, l'eficàcia d'aquests fàrmacs s'estén a un nombre important de depressions neuròtiques. Els IMAO són més efectius en malalts neuròtics atípics, poc greus, i amb elements ansiosos i fòbics. Malgrat això, la seva eficàcia comparada amb els tricíclics no està completament establerta. Les fenotiacines semblen tenir efecte en les depressions ansioses, però cal confirmar-ho en posteriors investigacions.

»El liti, encara que sembla més eficaç en els trastorns bipolars, té efectes fins i tot en els trastorns de personalitat amb labilitat emocional. La pobra resposta dels esquizofrènics al liti i als antidepressius tricíclics va a favor de la diferenciació que KRAEPELIN va fer entre esquizofrènia i trastorns afectius.»

Completem la ressenya anterior amb algunes altres dades de tipus bioquímic: resposta favorable a la imipramina en subjectes amb baix MHPG i favorable a l'amitriptilina en aquells que tenen un alt nivell de MHPG; la resposta a la nortriptilina en malalts amb nivells baixos de 5-HIAA en LCR i la també favorable acció de la fenelcina en persones acetiladores lentes amb inhibició de la MAO.

Com es pot veure, els índexs predictors representen un intent de racionalitzar la terapèutica dels trastorns psíquics, procés que té un futur esperançador si tenim en compte les investigacions dels darrers temps.

COMENTARI FINAL. — Últimament, donada la importància quantitativa del fenomen depressiu, hom està intentant mentalitzar el metge no especialista en dos sentits: primer, perquè sàpiga captar la malaltia, qualsevulla que sigui la forma de presentació, clàssica o encoberta. Després, perquè pugui utilitzar correctament la munió terapèutica al seu abast.

Dins d'aquest esperit, l'OMS patrocina i col·labora a la creació d'uns comitès internacionals per a la profilaxi i el tractament de les depressions que, mitjançant uns cursos de divulgació, ajudin el metge no especialista a sensibilitzar-se amb el fet depressiu i el seu abordatge terapèutic.

Hi ha, però, una pregunta cabdal: Quines depressions són tributàries de tractament pels no psiquiatres? Direm, en primer lloc, i encara que pugui semblar una *boutade*, aquelles que no són greus.

És a dir, l'ampli espectre de les depressions encobertes, la majoria de depressions psicògenes, sempre i quan el factor neuròtic no sigui massa important, i fins i tot algunes formes incipients de depressions endògenes.

Ja hem mencionat que alguns tipus de tractament, per la seva especificitat, són privatis dels psiquiatres.

Direm, finalment, la importància que té saber estar familiaritzat amb uns quants psicofàrmacs, no necessàriament amb tots ells. L'experiència ens mostra que quan hom coneix a fons uns quants fàrmacs de cadascun dels grups assenyalats, pot enfrontar-se amb garanties a qualsevol forma depressiva.

RESUM. — Aquest treball vol ésser una actualització de les possibilitats terapèutiques davant dels estats depressius.

Després d'una introducció, on les dades epidemiològiques justifiquen la importància que té la depressió en la pràctica mèdica, fem una revisió dels tractaments actuals i finalment una classificació de les depressions, indicant llavors, segons el nostre criteri i la nostra experiència, les dosis i els tipus d'antidepressius més adients a cada cas.

SUMMARY. — The object of this work is to look at existing possibilities for the treatment of depressive states.

After an introduction where the epidemiologic data justifies the importance that the depressive states have in medical practice, we review present treatments and finally the depressive states are classified, indicating according to our judgment and experience the doses and types of antidepressants considered most suitable for each case.

#### BIBLIOGRAFIA

- PAYKEL, E.: Predictors of treatment response. A: E. Paykel i A. Coppen, Psychopharmacology of Affective Disorders, Oxford University Press, Oxford, 1979.
- FIEVE, R.: Lithium: An Overview. A: G. Burrows, Handbook of studies on depression. Excerpta Medica, Amsterdam, 1977.
- ROYAL COLLEGE PSYCHIATRISTS: The Royal College of Psychiatrists memorandum on the use of electroconvulsive therapy. Brit. J. Psychiat., 131, 261, 272, 1977.
- FINK, M.: Electroconvulsive therapy. Raven Press, Nova York, 1979.
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: Los equivalentes depresivos. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1972.
- INVERSEN, L., MACKAY, A.: Pharmacodynamics of antidepressants and antimanic drugs. A: E. Paykel i A. Coppen. Psychopharmacology of Affective Disorders, Oxford University Press, Oxford, 1979.
- AYD, F.: Interacciones de los fármacos psicoactivos. Tribuna Médica. VI. núm. 36, 3-15. 1976.
- PAPE, C.: Monoamine oxidase inhibitors: A personal account. A: G. Burrow, Handbook of studies on depression. Excerpta Medica, Amsterdam, 1977.
- DETRE, Th., DARECHI, H.: Terapéutica psiquiátrica. Ed. Salvat, 1974.
- FERRERI, M.: Eux les déprimés. Acta psychosomatica. Documenta Geigy, París, 1980.