

Disfunzione sessuale nel corso di terapia a lungo termine nel disturbo unipolare: aspetti clinici e di management

Sexual dysfunction during long-term treatment with antidepressants in unipolar disorder: clinical and management aspects

L. Franchini, M. Ciracì, C. Redaelli, C. Colombo

Dipartimento di Scienze Neuropsicologiche, Università Vita-Salute, Ospedale "San Raffaele-Turro", Milano

Summary

Objective

Major depression is a chronic condition. Treatment with antidepressants is often stopped due to long-term side effects. Antidepressants are frequently associated with sexual dysfunction (SD), which can have a negative impact on adherence to treatment and quality of life, although it is often underestimated by clinicians and underreported by patients. The purpose of the present study is to determine the presence of SD using specific self-rating scales in a sample of euthymic unipolar patients undergoing long-term treatment with antidepressants.

Method

The sample was recruited from the Neuroscience Department of San Raffaele-Turro Hospital in Milan. A total of 66 female and 31 males, with a mean age of 55.2 ± 12.5 years and a mean number of episodes of 3.7 ± 3.3 , were included. Patients answered specific questionnaires for quality of life (WHOQoL) and sexual dysfunction (SD): IIEF for males and FSFI females. The possible role of sexual dysfunction on long-term adherence to treatment was also evaluated using the MARS self-rating scale. The euthymic condition was assessed with the Hamilton depressive rating scale (mean score < 8).

Results

73.2% of the patient population reported SD, affecting all sexuality domains. Self-rating scales showed high levels of SD in both males and females: in males, the total mean IIEF score was 34.25 ± 20.35 ; in females, the total mean FSFI score was 15.22 ± 11.26 . A majority of patients (55.6%) reported the presence of SD associated with antidepressant therapy, 37.11%

referred SD only during a depressive episode and 7.12% reported pre-existent SD. The quality of life was affected by SD in the Environment ($p = 0.000$), Physical Health ($p = 0.000$) and Social Relationship ($p = 0.000$) domains. In males, the quality of life was not affected by SD. However, in females all domains were compromised (Physical, $p = 0.001$; Psychological, $p = 0.022$; Environment, $p = 0.001$; Social Relationship, $p = 0.018$). All patients with SD showed poorer adherence to therapy ($p = 0.001$). Male subjects with SD were characterized by greater scores in the subscale that evaluates intentional non-adherence ($p = 0.041$), while female subjects with SD had lower global adherence to therapy ($p = 0.018$) and to common stereotypes about antidepressants ($p = 0.003$). With regard to clinical variables, male subjects with SD were characterized by a shorter duration of both euthymia ($p = 0.005$) and antidepressant therapy ($p = 0.007$).

Conclusion

Long-treatment antidepressant treatment is associated with SD regardless of gender. In this study, unipolar patients with SD undergoing long-term antidepressant therapy showed a poorer quality of life and lower adherence to treatment, compared to those without SD, thus increasing the risk of recurrence. Adequate assessment of sexual side effects during antidepressant therapy can help in better defining symptomatic remission. Thus, evaluation of sexual side effects and their management are key points in choosing the optimal therapy for depression and improving physician-patient relationships.

Key words

Depression • Sexual dysfunction • Antidepressants • Quality of life • Adherence to therapy

Introduzione

La depressione maggiore ricorrente è una condizione cronica che richiede un trattamento prolungato con antidepressivi, spesso interrotto a causa di effetti collaterali ad esso legati, tra cui si annoverano le disfunzioni sessuali (DS)^{1,2}. Inoltre la prevalenza delle disfunzioni sessuali cambia a seconda del farmaco utilizzato: fluoxetina

57,7%, sertralina 62,9%, fluvoxamina 62,3%, paroxetina 70,7%, citalopram 72,7%, venlafaxina 67,3%, mirtazapina 24,4%, nefazodone 8%, amineptina 6,9%, moclobemide 3,9%³.

L'interazione tra terapie antidepressive e DS, se è un "male necessario" nella fase acuta di un episodio depressivo, diventa problematica in fase di normotimia. In tale periodo la terapia farmacologica di mantenimento svolge

Correspondence

Linda Franchini, Centro per i Disturbi dell'Umore, Università Vita-Salute, Ospedale "San Raffaele-Turro", via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano, Italia • Tel. +39 02 26433478 • Fax +39 02 26433265 • E-mail: franchini.linda@hsr.it

un ruolo determinante nel prevenire le ricadute pertanto anche un paziente normotimico deve osservare una corretta e costante assunzione di farmaci nonostante la presenza di effetti collaterali.

Tuttavia, la presenza di disfunzioni sessuali mette a rischio l'aderenza al trattamento farmacologico⁴ in quanto il paziente può non trovare un'adeguata motivazione nella permanenza dei sintomi e potrebbe quindi interrompere la terapia o assumerla non attenendosi alle prescrizioni del clinico⁵, aumentando così il rischio di ricorrenze. Le disfunzioni sessuali hanno un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti: la sessualità è considerata infatti parte integrante dello stato di benessere di una persona⁶ e aspetto importante per una buona vita di relazione⁷.

Nonostante tale problematica in ambito clinico, da quanto emerge in letteratura, sono presenti difficoltà nella valutazione del problema, quali la scarsa attenzione del clinico sull'argomento¹³ e la presenza di sintomi sub-clinici depressivi relativi all'area sessuale che possono persistere in pazienti trattati con terapia antidepressiva^{8,9}. Inoltre, un'accurata valutazione della relazione tra disfunzioni sessuali e antidepressivi, è soggetto ad alcuni limiti metodologici come fallimenti legati al mancato utilizzo di scale di valutazioni valide per la valutazione delle disfunzioni sessuali, fallimenti legati alla mancata presenza di un gruppo di controllo e della randomizzazione, che possono portare ad una sottostima della reale prevalenza di DS^{10,11}. L'obiettivo primario del presente studio è stato quello di valutare la presenza/assenza di DS, in termini di incidenza e dimensione del problema, in un campione di pazienti unipolari normotimici, in terapia a lungo termine con antidepressivi, afferenti al servizio ambulatoriale del Centro per i Disturbi dell'Umore del Dipartimento di Neuroscienze Cliniche dell'Ospedale "San Raffaele-Turro" di Milano.

L'obiettivo secondario è stato quello di valutare la ripercussione di queste problematiche sessuali sull'aderenza al trattamento antidepressivo stesso e sulla qualità della vita dei pazienti.

Materiali e metodi

Il campione in esame è stato reclutato tra la popolazione di pazienti afferenti al servizio ambulatoriale del Dipartimento di Neuroscienze Cliniche dell'Ospedale "San Raffaele-Turro", durante il periodo compreso tra aprile 2009 e giugno 2010.

I criteri di inclusione nello studio sono i seguenti: diagnosi di disturbo depressivo unipolare in accordo con DSM IV, normotimia clinica (Hamilton ≤ 8 e recupero del funzionamento), trattamento a lungo termine con molecola antidepressiva e consenso informato.

I criteri di esclusione sono: abuso/dipendenza da alcol

o sostanze, presenza di diagnosi di Asse II, presenza di diagnosi di Asse III gravemente invalidante la funzione sessuale.

Le informazioni cliniche e demografiche sono state raccolte dalle cartelle cliniche e tramite colloquio con il medico psichiatra di riferimento del paziente.

I pazienti sono stati testati mediante la somministrazione delle seguenti scale di valutazione: HAMILTON 21 item per la valutazione della sintomatologia depressiva¹²; IIEF (*International Index of Erectile Function*) nei soggetti di sesso maschile¹³; FSFI (*Female Sexual Function Index*) nei soggetti di sesso femminile¹⁴; WHOQoL-Breve (*World Health Organization Quality of Life*) per la autovalutazione della qualità della vita¹⁵; MARS (*Medical Adherence Rating Scale*)¹⁶.

Strumenti di valutazione

L'IIEF è un questionario autosomministrato costituito da 15 domande che riguardano 5 aspetti o domini che valuta il funzionamento sessuale maschile: erettile, soddisfazione del rapporto sessuale, funzione orgasmica, desiderio sessuale, soddisfazione del rapporto sessuale in generale. Il punteggio totale può variare da un minimo di 5 (corrispondente al funzionamento sessuale peggiore) ad un massimo di 75 (corrispondente al funzionamento sessuale migliore).

Il FSFI è un breve questionario autosomministrato che è costituito da 19 item a scelta multipla che valutano il funzionamento sessuale femminile in base a 6 domini: desiderio, eccitamento, orgasmo, dolore, soddisfazione sessuale, lubrificazione.

FSFI può essere somministrato a donne comprese in un ampio range di età, comprese le donne in menopausa.

I punteggi vanno da un minimo di 0 (corrispondente alla mancata attività sessuale) ad un massimo di 6 (corrispondente alla piena funzionalità sessuale) per dominio.

Per quanto riguarda il punteggio totale esso va da 0 a 36 con 26,55 come cut off significativo e testimone della presenza di una disfunzione sessuale nella donna¹⁷. La scala per la valutazione della qualità della vita WHO-QoL-Breve è una scala autosomministrata di 26 item che porta alla definizione di 4 aree: fisica (AF), psicologica (AP), relazioni interpersonali (RS) e ambiente (AMB). Ciascun paziente definisce la propria condizione con un punteggio che va da 1 a 5 per ogni singolo item: bassi punteggi corrispondono a peggiori condizioni di vita. Le scale di valutazione dell'aderenza alla terapia farmacologica sono 4.

La MARS¹⁶ è un questionario autosomministrato, composto da 10 item che valuta il comportamento di aderenza al trattamento, l'atteggiamento verso l'assunzione delle medicine e gli effetti collaterali (punteggio minimo = 0; punteggio massimo = 10).

La *Scala della non aderenza al trattamento antidepressivo*¹⁸ è un questionario autosomministrato costituito da 5 item. Valuta la non aderenza non intenzionale (punteggio minimo = 3; punteggio massimo = 18) e la non aderenza intenzionale (punteggio minimo = 2; punteggio massimo = 10).

La *Scala della valutazione del trattamento antidepressivo*¹⁹ è un questionario autosomministrato che indaga gli effetti collaterali, i luoghi comuni sugli psicofarmaci, lo stigma sociale (punteggio minimo = 0; punteggio massimo = 12). La *Scala della valutazione della relazione medico-paziente*¹⁹ è un questionario autosomministrato che indaga la soddisfazione della relazione medico - paziente (punteggio minimo = 0; punteggio massimo = 26).

Per la creazione, per l'aggiornamento del database e per l'elaborazione statistica è stato impiegato il software StatSoft STATISTICA 7.0.

Risultati

Il campione si compone di 97 soggetti, di cui 31 uomini (32%) e 66 donne (68%) di età media pari a $55,19 \pm 12,52$ anni e scolarità media pari a $11,14 \pm 4,6$ anni, in terapia di mantenimento con antidepressivi (Tab. I).

A seguito dell'intervista clinica condotta dopo la somministrazione della batteria testale, è emerso che il 73,2% dei partecipanti al nostro studio riporta DS: il 67,74% del campione maschile e il 75,7% di quello femminile.

In particolare, il punteggio totale medio ottenuto dal nostro campione di uomini alla scala IIEF ($34,25 \pm 20,35$; punteggio massimo = 75), indica la presenza di un significativo peggioramento della risposta sessuale maschile in tutte le aree indagate dal test, come mostrato in Tabella II.

Anche nel sottocampione femminile, il punteggio totale medio ottenuto alla scala FSFI ($15,22 \pm 11,26$; punteggio massimo = 36), indica, la presenza di un significativo peggioramento della risposta sessuale femminile in tutte le aree indagate dal test, come mostrato in Tabella II.

Il 55,67% del campione riporta l'insorgenza della disfunzione sessuale in concomitanza con l'assunzione della terapia antidepressiva, il 37,11% lamenta l'insorgenza della disfunzione sessuale solo durante l'episodio depressivo e infine il 7,12% riporta l'esistenza di una disfunzione sessuale preesistente l'episodio depressivo.

I pazienti con e senza disfunzione sessuale, non si differenziano significativamente per quanto riguarda le caratteristiche cliniche relative alla patologia di Asse I.

Dal punto di vista della percezione della qualità della vita indagata tramite WHOQoL, il sottocampione con DS ($n = 70$) rileva un significativo peggioramento in Area Fisica ($p = 0,000$), Area Ambientale ($p = 0,000$) e Area delle Relazioni Interpersonali ($p = 0,000$) come mostrato in Tabella III.

Nel nostro campione l'aderenza globale alla terapia far-

macologica, misurata tramite MARS, non risulta compromessa dalla presenza di DS, anche se, il punteggio è al limite della significatività statistica ($p = 0,066$), inoltre i soggetti con DS mostrano una significativa maggiore aderenza ai negati luoghi comuni rispetto alla terapia farmacologica ($p = 0,001$).

Suddividendo il campione globale per genere, abbiamo riscontrato che il sottocampione maschile con disfunzione sessuale presenta una durata della normotimia significativamente minore ($p = 0,005$) e una minor durata della terapia antidepressiva ($p = 0,005$) rispetto al sottocam-

TABELLA I.

Variabili cliniche e socio-demografiche nel campione totale ($n = 97$). *Clinical and demographic variables in the global sample ($n = 97$).*

Variabili Continue	Media	Dev. Std.
Età	55,19	12,52
Scolarità (anni)	11,14	4,60
Età esordio Depressione	41,50	14,71
N° episodi Depressione	3,71	3,31
Durata normotimia (mesi)	34,76	46,98
Durata disfunzione sessuale (mesi)	76,15	137,59
Durata terapia antidepressiva (mesi)	55,27	58,70
Variabili Categorie	%	
Stato Civile	61,85% → coniugato	
	11,43% → divorziato/separato	
	15,46% → single	
	6,18% → convive	
	5,15% → vedovo	
Partner	78,35% → fisso	
	15,46% → nessun partner	
	6,18% → occasionale	
Professione	42,26% → operaio/impiegato	
	8,24% → libero professionista	
	31,95% → pensionato	
	10,3% → casalinga	
	6,10% → disoccupato	
Turni lavorativi	13,40% → sì	
	86,59% → no	
Week-end	89,69% → libero	
	10,3% → lavorativo	
Menopausa	56,06%	
TOS	7,57%	
Fumo	57,73% → sì	
	41,23% → no	
Terapia antidepressiva	71,10% → SSRI	
	24,78% → SNRI	
	4,12% → triciclici	

TABELLA II.

Punteggi medi alla scala della valutazione della funzione sessuale (IIEF/FSFI) (n = 97). *Mean scores in sexual function evaluation scales (IIEF/FSFI) (n = 97).*

	Media soggetti senza disfunzione	Media soggetti con disfunzione	t-value	p
Maschi	(n = 10)	(n = 21)		
Eccitazione	25,00 ± 3,39	8,28 ± 8,18	6,168	0,000
Orgasmo	9,00 ± 1,49	2,61 ± 2,87	6,576	0,000
Desiderio	7,20 ± 1,13	5,14 ± 2,57	2,401	0,022
Soddisfazione del rapporto	9,90 ± 1,59	2,85 ± 3,00	6,920	0,000
Soddisfazione generale	7,90 ± 1,28	4,19 ± 2,76	4,009	0,000
Femmine	(n = 16)	(n = 50)		
Eccitazione	1,34 ± 1,38	4,61 ± 0,81	-8,964	0,000
Orgasmo	1,48 ± 1,84	4,90 ± 1,21	-6,921	0,000
Desiderio	1,84 ± 0,82	4,08 ± 1,06	-8,569	0,000
Soddisfazione sessuale	2,34 ± 1,47	5,20 ± 0,70	-7,473	0,000
Lubrificazione	1,43 ± 1,65	5,62 ± 0,43	-9,955	0,000
Dolore	1,90 ± 2,41	5,92 ± 0,21	-6,609	0,000

pione maschile senza disfunzione sessuale (Tab. IV). Non è presente un impatto negativo della DS sulla qualità di vita, benché gli uomini, aderiscano in misura minore e in modo intenzionale, al trattamento antidepressivo, come mostrato in Tabella IV.

Nel sottocampione femminile, non vi sono differenze dal punto di vista clinico in accordo con la presenza/assenza di disfunzione sessuale. Le donne con disfunzione sessuale presentano invece un significativo peggioramento in tutte le aree della qualità di vita (AF p = 0,001; AP p = 0,022; AMB p = 0,001; RS p = 0,018), con una significativa ricaduta sull'aderenza globale al trattamento (p = 0,003). A ciò si associa inoltre una maggiore percezione dello stigma e dei luoghi comuni sulle terapie psicofarmacologiche (4,92 ± 2,25), come evidenziato in Tabella V.

Discussione

Dati in letteratura riportano che l'assunzione di terapie farmacologiche antidepressive si associano a disfunzioni sessuali sia negli uomini che nelle donne^{2,20} e che la presenza di disfunzioni sessuali metta a rischio l'aderenza al trattamento a lungo termine⁴ in quanto il paziente non trovando un'adeguata motivazione nella permanenza dei sintomi, potrebbe interrompere la terapia o assumerla non adeguatamente⁵. Le disfunzioni sessuali inoltre possono avere un impatto negativo sulla qualità della vita^{21,22}. Considerando quanto appena detto, risulta importante che lo psichiatra monitori costantemente le complicazioni strettamente connesse con l'utilizzo degli antidepressivi nei propri pazienti e sia attento alla com-

preensione dei meccanismi che sottendono alle diverse situazioni di rottura di un programma terapeutico²³.

Nel nostro studio non abbiamo avuto difficoltà nell'affrontare tale problematica. Questo, anche se non quantificato ad esempio in termini di questionari di gradimento, riporta quanto già presente in letteratura: i pazienti se opportunamente sollecitati, sono disponibili ad esporre le loro problematiche sessuali^{1,24,25}. Nel nostro campione il 73,2% di pazienti in terapia di mantenimento con antidepressivi, riporta effetti collaterali sessuali. Tali disfunzioni coinvolgono tutte le aree della sessualità, sia per quanto riguarda il sottocampione femminile (desiderio, orgasmo, lubrificazione, dolore, soddisfazione della sessualità), sia per quanto riguarda il sottocampione maschile (erezione/eccitazione, eiaculazione/orgasmo, desiderio, soddisfazione del rapporto sessuale, soddisfazione generale).

Analizzando il nostro campione la qualità di vita percepita^{26,27} e l'aderenza alla terapia antidepressiva risultano compromesse, confermando quanto riportato in letteratura^{28,29}. Nello specifico abbiamo riscontrato una significativa riduzione della qualità della vita relativa all'Area Fisica (percezione del proprio stato di salute), all'Area Ambientale (valutazione della sicurezza ambientale percepita) e all'Area delle Relazioni Interpersonali (percezione del sostegno ricevuto dagli altri e dei rapporti interpersonali) accompagnata da una significativa sensibilità allo stigma sociale e ai luoghi comuni rispetto alle terapie psicofarmacologiche, ritenute responsabili di nervosismo, stato cronico di malattia, epatotossicità, cambiamenti nella personalità, rischio suicidario e dipendenza. Emerge come la qualità della vita, sia compromessa, in

TABELLA III.

Confronto tra i pazienti con e senza disfunzione sessuale ($n = 97$). *Comparison of patients with and without sexual dysfunction ($n = 97$).*

	Media soggetti senza disfunzioni ($n = 26$)	Media soggetti con disfunzione ($n = 71$)	t-value	p
Età	53,07 ± 10,99	55,97 ± 13,02	-1,008	0,315
Età esordio depressione	36,56 ± 12,72	43,22 ± 15,04	-1,977	0,050
Numero episodi depressivi	3,56 ± 2,21	3,77 ± 3,64	-0,272	0,786
Durata normotimia (mesi)	43,50 ± 43,08	31,56 ± 48,22	1,109	0,269
Dosaggio medio del farmaco	76,00 ± 74,86	106,59 ± 104,41	-1,343	0,182
Durata terapia antidepressiva (mesi)	67,50 ± 70,66	50,80 ± 53,54	1,244	0,216
WQ Area Fisica	15,17 ± 1,92	12,91 ± 2,70	3,894	0,000
WQ Area Psicologica	12,75 ± 2,65	12,00 ± 2,09	1,451	0,150
WQ Area Ambientale	14,35 ± 1,82	12,60 ± 2,14	3,692	0,000
WQ Area Relazioni Interpersonali	15,28 ± 3,41	12,35 ± 2,99	4,096	0,000
MARS	7,73 ± 1,61	6,94 ± 1,92	1,856	0,066
Non aderenza non intenzionale	4,38 ± 1,20	4,59 ± 1,90	-0,517	0,606
Non aderenza intenzionale	8,80 ± 1,95	9,22 ± 1,75	-1,004	0,317
Valutazione del trattamento antidepressivo	3,07 ± 2,34	4,87 ± 2,43	-3,251	0,001
Valutazione della relazione medico-paziente	22,23 ± 4,19	20,54 ± 3,51	1,979	0,050

TABELLA IV.

Confronto tra i pazienti con e senza disfunzione sessuale nel sottocampione maschile ($n = 31$). *Comparison of males with and without sexual dysfunction ($n = 31$).*

	Media soggetti senza disfunzione ($n = 10$)	Media soggetti con disfunzione ($n = 21$)	t-value	p
Età	55,20 ± 7,00	56,57 ± 15,34	-0,267	0,790
Età esordio depressione	34,44 ± 11,43	47,28 ± 18,30	-1,938	0,062
Numero episodi depressivi	3,55 ± 1,42	3,35 ± 2,62	0,219	0,827
Durata normotimia (mesi)	65,40 ± 56,31	22,71 ± 23,77	2,997	0,005
Dosaggio medio del farmaco	57,77 ± 42,58	106,50 ± 102,94	-1,357	0,185
Durata terapia antidepressiva (mesi)	97,20 ± 67,27	37,90 ± 46,13	2,879	0,007
WQ Area Fisica	15,31 ± 2,53	13,54 ± 2,40	1,874	0,070
WQ Area Psicologica	12,09 ± 3,76	12,63 ± 1,52	-0,570	0,572
WQ Area Ambientale	13,95 ± 1,69	12,90 ± 1,6030	1,669	0,105
WQ Area Relazioni Interpersonali	14,26 ± 3,82	12,55 ± 2,83	1,401	0,171
MARS	7,20 ± 2,04	7,28 ± 1,84	-0,116	0,907
Non aderenza non intenzionale	4,60 ± 1,34	4,23 ± 1,54	0,633	0,531
Non aderenza intenzionale	8,00 ± 2,62	9,61 ± 1,59	-2,135	0,041
Valutazione del trattamento antidepressivo	3,40 ± 2,01	4,76 ± 2,86	-1,349	0,187
Valutazione della relazione medico-paziente	22,30 ± 4,347	20,00 ± 3,79	1,506	0,142

TABELLA V.

Confronto tra i pazienti con e senza disfunzione sessuale nel sottocampione femminile (n = 66). *Comparison between females with and without sexual dysfunction (n = 66).*

	Media soggetti senza disfunzioni (n = 26)	Media soggetti con disfunzione (n = 71)	t-value	p
Età	51,75 ± 12,92	55,72 ± 12,09	-1,124	0,265
Età esordio depressione	37,75 ± 13,60	41,52 ± 13,29	-0,918	0,329
Numero episodi depressivi	3,56 ± 2,60	3,94 ± 3,99	-0,353	0,724
Durata normotimia (mesi)	29,81 ± 25,90	35,28 ± 55,17	-0,381	0,704
Dosaggio medio del farmaco	86,25 ± 87,68	106,63 ± 106,06	-0,694	0,490
Durata terapia antidepressiva (mesi)	48,93 ± 68,19	56,22 ± 55,90	-0,429	0,668
WQ Area Fisica	15,08 ± 1,51	12,64 ± 2,80	3,314	0,001
WQ Area Psicologica	13,16 ± 1,66	11,73 ± 2,25	2,340	0,022
WQ Area Ambientale	14,60 ± 1,92	12,47 ± 2,33	3,293	0,001
WQ Area Relazioni Interpersonali	15,92 ± 3,08	12,26 ± 3,09	4,107	0,000
MARS	8,06 ± 1,24	6,80 ± 1,95	2,421	0,018
Non aderenza non intenzionale	4,25 ± 1,12	4,74 ± 2,02	-0,918	0,361
Non aderenza intenzionale	9,31 ± 1,25	9,06 ± 1,81	0,518	0,606
Valutazione del trattamento antidepressivo	2,87 ± 2,58	4,92 ± 2,25	-3,047	0,003
Valutazione della relazione medico-paziente	22,18 ± 4,25	20,78 ± 3,40	1,355	0,180

tutte le sue aree. Solo nella sottocampione femminile emerge una compromissione globale.

Tale dato può non stupirci in quanto messo la sessualità delle donne è multifattoriale e dipende da fattori biologici, psicosessuali e correlati al contesto, inteso sia come coppia, sia come ambiente socioculturale³⁰⁻³⁵.

Anche la valutazione globale ottenuta alle scale di valutazione sull'aderenza alla terapia farmacologica, risulta essere inficiata solo nel sottocampione femminile che risente inoltre di una maggiore sensibilità allo stigma sociale e ai luoghi comuni.

Per contro, nel sottocampione maschile, abbiamo riscontrato un'associazione tra la scala che valuta la "non aderenza intenzionale" e la presenza di disfunzioni sessuali. L'indagine sulla presenza di disfunzione sessuali nei pazienti con disturbi dell'umore potrebbe rappresentare uno strumento clinico di valutazione del reale raggiungimento della condizione di normotimia intesa come quel periodo in cui il soggetto mantiene un timismo le cui fluttuazioni rientrano nei limiti fisiologici.

Infatti nel nostro studio nel sottocampione maschile ritroviamo una differenza significativa per quanto riguarda le variabili cliniche: i soggetti con DS hanno una minor durata della normotimia clinica e assumono da minor tempo la terapia antidepressiva. Se confermati questi dati potrebbero fornirci utili strumenti di intervento clinico.

La disfunzione sessuale si ridurrebbe con la durata del

trattamento e, quindi, l'indagine dell'area sessuale potrebbe servire a definire la normotimia in modo più completo. Infatti la definizione della normotimia attraverso le scale di abituale utilizzo quale la Hamilton potrebbe non essere sufficiente nella definizione della reale remissione sintomatologica, in quanto alcuni sintomi residui della sintomatologia depressiva possono riguardare quelle aree, tipo quella sessuale, che già normalmente nel corso del colloquio clinico sono scarsamente indagate.

Conclusioni

L'assunzione di un trattamento antidepressivo a lungo termine si accompagna alla presenza di disfunzioni sessuali che condizionano la qualità della vita e l'aderenza alla terapia farmacologica.

In base ai nostri riscontri, un'adeguata valutazione degli effetti collaterali sessuali legati all'assunzione di terapie psicofarmacologiche, potrebbe migliorare la definizione di remissione sintomatologia.

Inoltre, l'indagine del funzionamento sessuale e del suo impatto sulla qualità di vita ha fornito degli elementi potenzialmente utili ai fini psicoeducativi di prevenzione sulle ricorrenze. Infatti nel nostro studio, e ciò andrà replicato su un campione più esteso, in particolare femminile, le disfunzioni sessuali si accompagnano ad una peggiore qualità di vita percepita e una minor aderenza

ai trattamenti aumentando il loro rischio di ricorrenza di malattia.

Bibliografia

- 1 Serretti A, Chiesa A. *Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis*. J Clin Psychopharmacol 2009;29:259-66.
- 2 Seidman S. *Ejaculatory dysfunction and depression: pharmacological and psychobiological interactions*. Int J Impot Res 2006;18(Suppl):S33-8.
- 3 Montejo-Gonzales AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. *SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluoxetine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 334 patients*. J Sex Marital Ther 1997;23:176-94.
- 4 Rosenberg KP, Bleinberg KL, Koscis J, et al. *A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance*. J Sex Marital Ther 2003;29:289-96.
- 5 Montgomery SA, Siegfried K. *Side effects, dropouts from treatment, and cost consequences*. Int Clin Psychopharmacol 1998;13(Suppl):S1-5.
- 6 Derogatis L. *Sexual function and quality of life: endpoints and outcomes*. J Gend Specif Med 2001;4:35-42.
- 7 Clayton A, Pradko J, Croft H, et al. *Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants*. J Clin Psychiatry 2002;63:357-66.
- 8 Balon R. *SSRI associated sexual dysfunction*. Am J Psychiatry 2006;163:1504-9.
- 9 Jannini EA, Lenzi A, Isidori A, et al. *Subclinical erectile dysfunction: proposal for a novel taxonomic category in sexual medicine*. J Sex Med 2006;3:787-93.
- 10 Haberfellner EM. *A review of the assessment of antidepressant-induced sexual dysfunction used in randomized, controlled clinical trials*. Pharmacopsychiatry 2007;40:173-82.
- 11 Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A. *Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction*. Affect Disord 2002;69:119-40.
- 12 Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
- 13 Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction*. Urology 1997;49:822.
- 14 Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J Sex Marital Ther 2000;26:191-208.
- 15 Murphy et al. *WHOQOL-breve*. World Health Organization Quality of Life 1993.
- 16 Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A. *Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses*. Schizophr Res 2000;42:241-7.
- 17 Wiegel M, Meston C, Rosen R. *The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores*. J Sex Marital Ther 2005;31:1-20.
- 18 Darnell J, Murray M, Marz B, et al. *Medication use by ambulatory elderly: an in-home survey*. J Am Geriatr Soc 1986;34:1-4.
- 19 Garrity T, Lawson E. *Patient-physician communication as a determinant of medication misuse in older, minority women*. J Drug Issues 1989;19:245-59.
- 20 Chen KC, Yang YK, Lee IH, et al. *Sexual dysfunction and physicians' perception in medicated patients with major depression in Taiwan*. Depress Anxiety 2008;25:E56-62.
- 21 Williams V, Edin H, Hogue S, et al. *Prevalence and impact of antidepressant-associated sexual dysfunction in three European countries: replication in a cross-sectional patient survey*. J Psychopharmacol 2010;24:489-96.
- 22 Graziottin A. *Quality of life – Hypoactive sexual desire in menopausal women in Europe*. 4th Amsterdam Menopause Symposium on "The Science of Desire", Amsterdam, The Netherlands, October 2-4, 2004, Final Programme and Abstracts Book, p. 121.
- 23 Clayton AH, Montejo AL. *Major Depressive disorder, antidepressant and sexual dysfunction*. J Clin Psychiatry 2006;67:33-7.
- 24 Sidney H, Kennedy MD, Rizvi S. *Sexual dysfunction, depression and the impact of antidepressants*. J Clin Psychopharmacol 2009;29:157-64.
- 25 Bishop IR, Moline J, Ellingrod VL, et al. *Serotonin 2A-1438 G/A and G-protein beta 3 subunit C825T polymorphism in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects*. J Neuropsychopharmacology 2006;31:2281-8.
- 26 Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. *Health-related quality of life in men with erectile dysfunction*. J Gen Intern Med 1998;13:159-66.
- 27 Althof SE. *Quality of life and erectile and erectile dysfunction*. Urology 2002;59:803-10.
- 28 Kennedy SH, Rizvi S. *Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants*. J Clin Psychopharmacol 2009;29:157-64.
- 29 Chiesa A, Serretti A. *Antidepressants and sexual dysfunction: epidemiology, mechanisms and management*. Giorn Ital Psicopat 2010;16:104-13.
- 30 Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, et al. *Sexuality and the menopause*. J Psychosom Obstet Gynecol 1993;15:59-66.
- 31 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors*. JAMA 1999;281:537-44.
- 32 Klausmann D. *Sexual motivation and the duration of the relationship*. Arch Sex Behav 2002;31:275-87.
- 33 Basson R. *Women's desire deficiencies and avoidance*. In: Levine SB, Risen CB, Althof SE, editors. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner Routledge 2003, pp. 111-30.
- 34 Levin R.J. *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis*. Arch Sex Behav 2002;5:405-11.
- 35 Liu C. *Does quality of marital sex decline with duration?* Arch Sex Behav 2003;32:55-60.