

Depressione

Dott. Giuliano Franzan

La **depressione** è una sindrome caratterizzata da un insieme di sintomi psichici e fisici persistenti nel tempo, consistente principalmente in una diminuzione da lieve a grave del tono dell'umore, talvolta associata ad ideazioni di tipo suicida od autolesionista. A questa sintomatologia principale possono accompagnarsi deficit dell'attenzione e della concentrazione, insonnia, disturbi alimentari, estrema ed immotivata prostrazione fisica. Può essere di tipo unipolare, quando l'umore si mantiene basso e sono presenti rallentamento psicomotorio ed alterazioni del ciclo sonno/veglia mentre la melanconia è prevalente nelle prime ore del mattino; di tipo maniaco-depressivo, altrimenti nota come sindrome bipolare, di tipo nevrotico o di tipo reattivo, detta anche "reazione depressiva", comune reazione umana a fattori di stress o shock emotivi.

CAUSE

Sebbene i meccanismi interni alla base della depressione siano attualmente sconosciuti, è ormai accertato che la malattia è in genere scatenata da un periodo di stress, sia esso negativo o positivo. La malattia infatti si può innescare dopo alcune fasi importanti della vita: un lutto, un licenziamento, un grande dispiacere ma anche un innamoramento, una grossa vincita; in generale qualsiasi cambiamento rilevante può indurre la manifestazione del disturbo in soggetti predisposti. L'evento che innesci la depressione è definito "stressor"; esso tuttavia non è di per sé in grado di causare la depressione, ma solo di renderla manifesta, fatti salvi quei casi in cui la depressione sia semplicemente reattiva: in questi casi essa guarisce, in genere, senza alcun trattamento. Se la malattia si innesci senza alcun evento scatenante è definita **depressione endogena**. Con questa espressione si vuole sottolineare la presenza di cause profonde, non transitorie, all'interno dell'organismo del soggetto; cause che alcune teorie interpretano come connesse al patrimonio genetico del soggetto (in questo senso si può parlare di una familiarità della malattia), ovvero come una alterazione biologica del funzionamento di uno o più neurotrasmettitori, alterazione di cui tuttavia non è possibile individuare e spiegare altrimenti l'origine. La depressione endogena è altresì spiegata, dal punto di vista psicodinamico, come il risultato di una mancata elaborazione di vissuti emotivi profondi, verosimilmente traumatici, depositatisi nell'*inconscio* a causa di processi di rimozione.

DIAGNOSI

La depressione può essere diagnosticata attraverso l'anamnesi quando sono presenti alcuni dei seguenti sintomi:

1. Anedonia-incapacità di provare piacere.
2. Allontanamento dagli amici e dalla famiglia.
3. Assenza di motivazioni, ridotta tolleranza alle frustrazioni.
4. Segni vegetativi:
 - a. Perdita della libido.
 - b. Perdita di peso e anoressia.
 - c. Aumento di peso e iperfagia.
 - d. Scarsa energia; facile affaticabilità.
 - e. Anomalie del ciclo mestruale.
 - f. Precoce risveglio mattutino (insonnia tardiva); il 75 % circa dei pazienti depressi ha difficoltà con sonno, insonnia o ipersonnia.
 - g. Variazioni dei sintomi nell'arco della giornata (peggiorano al mattino).
5. Stipsi.
6. Secchezza delle fauci.
7. Cefalea.

Esame delle condizioni mentali (ECM)

1. Aspetto generale e comportamento: rallentamento o agitazione psicomotoria, scarsi contatti oculari, aspetto triste, atteggiamento abbattuto, scarsa cura dell'aspetto personale.
2. Affettività: coartata, intensa.
3. Umore: depresso, irritabile, frustrato, triste.
4. Linguaggio: scarsa o nessuna spontaneità, monosillabico, lunghe pause, tono basso, monotono.
5. Contenuto del pensiero: preoccupazioni ossessive; sentimenti generalizzati di disperazione, inutilità e colpa; preoccupazioni relative alla salute del corpo; indecisione; povertà del contenuto; allucinazioni e deliri; scarsa spontaneità.
6. Sensorio: distraibilità, difficoltà di concentrazione, lamentele, relative a deficit di memoria, evidente disorientamento; pensiero astratto alterato.
7. Introspezione/capacità di giudizio: compromissione dovuta a distorsioni cognitive di identità personale.

Caratteristiche cliniche associate

1. La depressione può essere mascherata da sintomi somatici- in particolare disturbi cardiaci, gastrointestinali (GI), genitourinari (GU), ortopedici o dolore alla schiena.
2. Il contenuto dei deliri e delle allucinazioni, quando presenti, tende ad essere congruente con l'umore depresso; i deliri più comuni sono quelli di colpa, di povertà e di persecuzione meritata e anche quelli somatici e nichilistici (fine del mondo).

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edizione (DSM-IV), propone i seguenti criteri per la diagnosi di depressione maggiore (unipolare):

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto o come osservato da altri.
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.
3. Significativa perdita di peso, in assenza di una dieta, o significativo aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno.
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno.
6. Affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.
7. Sentimenti di autosvalutazione oppure sentimenti eccessivi o inappropriati di colpa quasi ogni giorno.
8. Diminuzione della capacità di pensare o concentrarsi, o difficoltà a prendere decisioni, quasi ogni giorno.
9. Ricorrenti pensieri di morte, ricorrente ideazione suicida senza elaborazione di piani specifici, oppure un tentativo di suicidio o l'elaborazione di un piano specifico per commettere suicidio

Ipotesi neurochimiche sulla depressione

Numerose sono le teorie in questo settore:

Ipotesi monoamminica: la depressione sarebbe collegata a una diminuzione dei collegamenti sinaptici che utilizzano i neurotrasmettitori noradrenalina e serotonina. Tale diminuzione è particolarmente caratteristica delle connessioni del sistema ipotalamico e di quello limbico. Poiché è stato notato che anche lo stato inverso, ovvero l'aumento di attività catecolamminergica, può essere un fattore della depressione, la sola ipotesi della monoammina non sembra più accettabile;

Ipotesi della carente regolazione: secondo questa teoria, la depressione dipenderebbe da un fallimento in un meccanismo regolativo che governa le operazioni del neurotrasmettitore e non soltanto

da uno sfruttamento eccessivo del neurotrasmettitore; così i danni al sistema di regolazione avrebbero come conseguenza un sistema di neurotrasmettitori che dà risposte non del tutto adeguate alle necessità ambientali;

Ipotesi che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene: da alcuni studi sulla sindrome di Cushing è emerso che un eccessivo rilascio di ACTH da parte dell'ipofisi anteriore sia associato alla depressione. Un possibile meccanismo di mediazione potrebbe essere rappresentato dal fatto che nei depressi le cellule dell'ipotalamo siano soggette ad eccitazione anormale guidata dalle regioni del sistema limbico, il che condurrebbe come già accennato ad una elevata liberazione di ACTH.

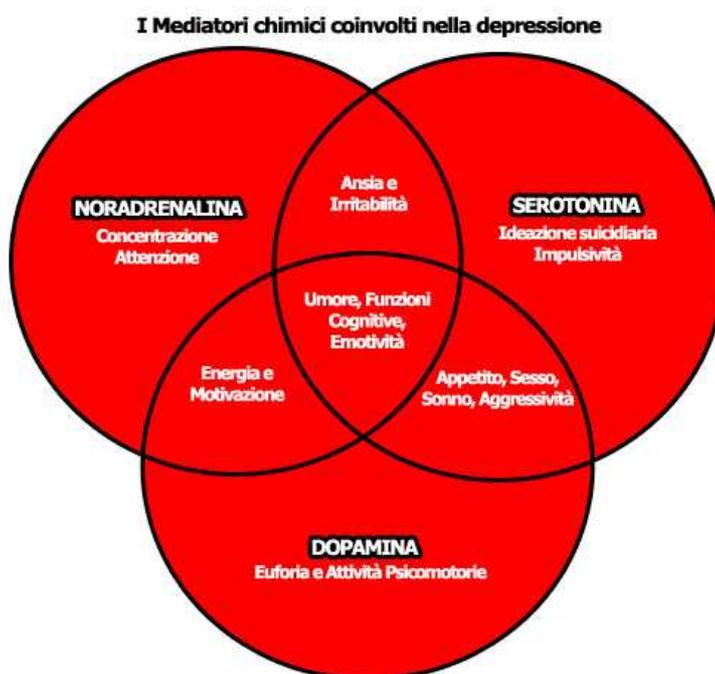
Va ricordato che altri studi sui sistemi ormonali hanno evidenziato una correlazione tra alti livelli di ormone della crescita e depressione e tra condizione di iper-/ipo-tiroidismo e cambiamenti emotivi.

Ipotesi che indica l'avvicinarsi delle stagioni come fattore depressivo. Vi sono individui per i quali l'inverno porta inevitabilmente ad un periodo di depressione; per alcuni di questi individui, la depressione invernale si avvicenda alla mania estiva.

Questa sindrome viene detta DAS (Disturbo affettivo stagionale), e da alcuni studi sembra dipendere da cambiamenti nella durata della luce del giorno.

Infatti diversi trattamenti sperimentali hanno evidenziato che la luce brillante ha un significativo effetto antidepressivo, che viene invertito quando la luce viene tolta.

In questo effetto antidepressivo della luce possono essere coinvolti dei mediatori neurochimici come la serotonina, la quale segue un marcato ritmo stagionale nell'uomo, con valori più bassi in inverno e primavera rispetto all'estate o all'autunno.



Forme di depressione

I sintomi fin qui esposti si collocano con diverse modalità/gravità in diverse forme di depressione che sono:

- *Disturbo depressivo maggiore (DDM)* noto anche come depressione unipolare o disturbo unipolare. Si tratta di un disturbo depressivo episodico grave.

I sintomi devono essere presenti per almeno due settimane e rappresentano una modificazione rispetto al funzionamento precedente. Più comune nelle donne che negli uomini (2:1). Variazione diurna dei sintomi con peggioramento nelle prime ore del mattino. Sono presenti rallentamento o agitazione psicomotoria. Associato a segni vegetativi e deliri congruenti con l'umore; possono essere presenti allucinazioni. Età mediana di esordio 40 anni, ma può manifestarsi ad ogni età.

- *Disturbo distimico* (precedentemente noto come nevrosi depressiva) meno grave del DDM, è più comune e cronico nelle donne. Esordio insidioso. Si manifesta più spesso con storia di stress cronico o perdite improvvise; spesso coesiste con altri disturbi psichiatrici, ad esempio abuso di sostanze, disturbi di personalità e DOC. Dovrebbero essere presenti almeno due dei seguenti sintomi: scarso appetito, iperfagia, disturbi del sonno, facile affaticabilità, scarsa autostima, scarsa capacità di concentrazione o difficoltà nel prendere decisioni e sentimenti di disperazione.

- *Depressione reattiva o reazione depressiva* da non confondersi con DDM, si ha quando i sintomi sono legati ad un evento scatenante (lutto, stress elevato). Si tratta di un fenomeno senza caratteri cronici (sintomi per meno di due mesi).

Disturbi bipolari

Disturbo bipolare I

I pazienti soddisfano i criteri per un episodio maniacale completo o misto, di solito sufficientemente grave da richiedere il ricovero in ospedale. Può manifestarsi con un episodio depressivo maggiore o con episodi ipomaniacali.

Disturbo bipolare II

Il paziente ha avuto almeno un episodio depressivo e almeno uno ipomaniacale, ma nessun episodio maniacale.

Disturbo bipolare a cicli rapidi

Alternanza di episodi maniacali e depressivi separati da intervalli di 48-72 ore. Ha un decorso tipicamente cronico.

Mania negli adolescenti

Segni di mania mascherata da abuso di sostanze, alcolismo e comportamento antisociale.

Disturbo ciclotimico

Forma meno grave di disturbo bipolare con periodi alternanti di ipomania e di depressione moderata. I sintomi devono essere presenti per almeno due anni. Ha la stessa frequenza nei due sessi. Di solito esordisce in modo insidioso e si manifesta nella tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta.

Criteri del DSM-IV per la diagnosi dell'episodio maniacale

Durante il periodo dell'alterazione dell'umore, 3 o più dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti ad un livello significativo:

1. Autostima aumentata o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno.
3. Maggiore loquacità del solito oppure spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità.
6. Aumento dell'attività finalizzata oppure agitazione psicomotoria.
7. Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose.

Inoltre:

L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo, o delle attività sociali abituali, o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

TRATTAMENTO

Terapia farmacologica

La terapia d'elezione è a base di farmaci *antidepressivi* (solitamente SSRI, NSRI, NaSSa, SSNRI e litio), per quanto meno recenti molto utili anche i triciclici ed i meno maneggevoli MAO (reversibili e no). I principali neurotrasmettitori implicati nella malattia depressiva sono stati identificati in *serotonina*, *noradrenalina* e *dopamina* e, secondo i fattori della matrice biologica della malattia, sembra esservi una corrispondenza accertata fra depressione e insufficiente disponibilità di uno o più di questi tre neurotrasmettitori. Proprio la matrice biologica ci fa comprendere come sia essenziale una cura basata su farmaci antidepressivi che vanno ad agire sulla chimica cerebrale e più esattamente sui meccanismi di neurotrasmissione e ricezione. Appare chiaro quindi che i farmaci non vanno a curare solo i sintomi ma i meccanismi che hanno generato il disturbo depressivo.

Psicoterapia

È stato dimostrato che la **psicoterapia** in associazione alla cura farmacologica è più efficace di ogni altro tipo di terapia da sola nel disturbo depressivo maggiore. Le psicoterapie possibili sono diverse, per esempio:

Terapia cognitiva

Terapia comportamentale

Terapia a orientamento psicoanalitico

Psicoterapia di sostegno:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. Terapia di gruppo | 4. Neurotecnologia |
| 2. Terapia familiare | 5. Meditazione |
| 3. Comiocoterapia | 6. Training autogeno |

Molti psichiatri tuttavia ritengono che la psicanalisi freudiana o postfreudiana sia poco o per nulla indicata in patologie che hanno una matrice biologica come la depressione o il disturbo bipolare.

Terapia elettroconvulsivante

Nei casi di farmacoresistenza o di impossibilità a somministrare antidepressivi di sorta, un modello di trattamento discusso è rappresentato dalla terapia elettroconvulsiva (*elettroshock*). Secondo qualcuno è efficace, nel caso delle forme più gravi del disturbo, ma non tiene affatto conto dei fattori secondari e della soggettività del paziente di un trattamento così traumatico. Tuttavia l'elettroshock risulta ancora oggi lo strumento terapeutico più efficace con oltre l'85% di successi terapeutici in termini di remissione. Il problema dell'ECT risulta essere quello relativo alla non prevenzione delle ricadute, che dopo questo genere di terapia sembrano essere frequenti.

Terapie nuove e sperimentali

La Food and Drug Administration nel 2005 ha approvato la stimolazione profonda come terapia per quei soggetti che non hanno risposto almeno a tre cicli di farmaci. Si tratta di elettrodi impiantati che fanno fluire una continua ma impercettibile scossa al cervello favorendo una maggiore concentrazione dei neurotrasmettitori deficitari. In Italia tale metodologia non è attualmente in uso per la depressione, se non per alcuni casi specifici sperimentali, mentre è usata per curare alcuni casi di parkinsonismo e cefalea a grappolo. Tuttavia in casi del tutto speciali ai depressi "non responder" viene praticata la stimolazione chirurgica del nervo vago, attraverso cui passano i neurotrasmettitori la cui deficienza porta a disturbo depressivo. Un'altra terapia sperimentale ma non ancora approvata, è lo shock magnetico (simile all'elettroshock ma la convulsione viene provocata da campi magnetici e non campi elettrici, con minori effetti collaterali).