



***I sintomi segnalatori del disturbo depressivo***  
*di Salvatore Di Salvo*

**Intervento al Convegno dell'Ottobre 2006 dal titolo: "Il paziente depresso e i familiari"**

Scopo di quest'intervento è fornire ai familiari le informazioni necessarie per riconoscere i segnali che indicano la presenza di un disturbo depressivo e quindi la necessità di rivolgersi al medico. Per fare ciò abbiamo fatto riferimento a un campione di 185 pazienti.

*Caratteristiche del campione*

Uno dei servizi offerti dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione consiste in un colloquio a titolo gratuito con uno/a psicologo/a a chi ne fa richiesta. Tale colloquio non ha uno scopo terapeutico, ma consiste in una consulenza per fornire indicazioni personalizzate sul percorso terapeutico da seguire a chi soffre di un disturbo depressivo o ansioso. Ha una durata media di 45 minuti alla fine dei quali il professionista, sulla base delle informazioni raccolte, fornisce al paziente le indicazioni su ciò che è più opportuno fare per curare il disturbo di cui soffre. Dopo il colloquio, inoltre, lo/a psicologo/a, compila una scheda dove riporta i principali dati raccolti, salvaguardando l'anonimato del richiedente e omettendo qualunque elemento che possa renderlo riconoscibile. Compila inoltre, quando si tratta di un paziente sofferente di un disturbo di tipo depressivo, una scala di valutazione dei Disturbi Depressivi, la Scala di Hamilton, che consente di avere una valutazione sulla gravità della depressione.

Il suddetto servizio è attivo dal marzo 2003 e fino ad ora sono stati svolti da parte degli psicologi e delle psicologhe dell'Associazione circa 800 colloqui. Siamo quindi in possesso di un abbondante materiale e tra questo abbiamo scelto di utilizzare i 185 colloqui e le relative Scale di Hamilton risalenti all'ultimo anno, riferiti cioè al periodo che va dal Settembre 2005 al Settembre 2006.

*La Scala di Hamilton della Depressione*

La Scala di Hamilton della Depressione (HAM-D) è stata ideata da Max Hamilton nel 1960 e destinata a valutazioni di tipo quantitativo in pazienti con un disturbo depressivo.

Oggi viene utilizzata a scopo di ricerca ed ha grande valore pratico per la valutazione della gravità del disturbo e dei miglioramenti conseguenti ad un trattamento antidepressivo.

La scala contiene 17 variabili, ciascuna da valutare in scale a 3 o 5 punti. Viene compilata alla fine di un'intervista non strutturata e il valore della Scala è determinato dalla somma dei punti delle singole variabili. Una persona non sofferente di depressione totalizza un punteggio pari a 5-6. Un punteggio di 16-18 indica invece la presenza di un disturbo depressivo che necessita già di una terapia antidepressiva. I pazienti raramente totalizzano un punteggio superiore a 35 e un punteggio di 30 è indicativo di un grave stato patologico.

Tutte le scale di Hamilton del nostro campione hanno un punteggio compreso tra i 16 e i 25 e quindi appartengono a soggetti che soffrono di un disturbo depressivo di grado medio.

*Cos'è la depressione*

Entriamo ora nel vivo del nostro argomento e cominciamo a definire cos'è la depressione. Con tale termine facciamo riferimento ad un disturbo del "tono dell'umore", che è una funzione psichica importante nei processi di adattamento. Tale funzione è flessibile, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative. Si parla di depressione quando il tono dell'umore perde il suo carattere di

flessibilità, si fissa verso il basso, non è più influenzabile da situazioni favorevoli e interferisce negativamente nella vita sociale, lavorativa e affettiva.

Parliamo ora dei sintomi presenti quando è in atto uno stato depressivo, presentandoli prima nelle loro caratteristiche generali e poi confrontandoli con ciò che abbiamo riscontrato nel nostro campione di 185 pazienti.

#### *Tono dell'umore depresso*

L'abbassamento del tono umorale è sempre presente e si manifesta a vari livelli di gravità. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali sono presenti l'incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva e una spiccata labilità emotiva, che si esprime spesso come facilità al pianto.

Nelle fasi acute il disturbo dell'umore è evidente e si manifesta con perdita dello slancio vitale e incapacità di provare gioia e piacere, associate a vissuti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Nel nostro campione ciò è espresso come segue:

#### **Diapositiva 1: Tono dell'umore depresso**

- **Manifesta questi sentimenti solo se interrogato: 48**
- **Esprime spontaneamente questi sentimenti: 80**
- **Li esprime con messaggi verbali e non verbali: 57**

Quindi il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e, nella stragrande maggioranza dei casi, tali sentimenti sono espressi in maniera diretta e spontanea.

#### *Sentimenti di colpa*

Nel corso di una depressione sono di solito presenti sentimenti di *autosvalutazione e inadeguatezza*. Il paziente *prova sentimenti di colpa*, vede il futuro privo di speranza e il passato pieno di errori commessi. Talora ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: convinto di poter "star meglio facendo uno sforzo", si giudica *indegno* per la propria condotta, per la propria pigrizia, per il proprio egoismo. Il tutto viene accentuato dal pregiudizio della volontà. Nel nostro campione i sentimenti di colpa sono così distribuiti:

#### **Diapositiva 2: Sentimenti di colpa**

- **Assenti: 87**
- **Autoaccusa, pensa di aver deluso tutti: 64**
- **Idee di colpa o ripensamenti su errori e colpe passate: 34**

I pazienti in cui i sentimenti di colpa sono assenti (circa la metà del campione) sono quelli non gravi mentre, man mano che si accentua la gravità del disturbo, i sentimenti di autoaccusa e le idee di colpa sono presenti in modo massiccio. La presenza di sentimenti di colpa è quindi un indice di gravità del quadro depressivo.

### ***Disturbi del sonno***

L'*insonnia* è una delle principali manifestazioni della depressione. E' presente in varie forme: può essere caratterizzata da una difficoltà ad addormentarsi oppure da un'insonnia centrale, cioè con numerosi risvegli durante la notte, oppure da un risveglio nelle prime ore del mattino. In tal caso il depresso riferisce di addormentarsi subito, ma di svegliarsi dopo poche ore, di non riuscire più a dormire e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale. Durante i periodi di veglia notturna pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato e lamenta di non sentirsi riposato al risveglio.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

#### **Diapositiva 3: Disturbi del sonno**

- **Nessun problema: 28**
- **Insonnia iniziale: 24**
- **Insonnia centrale: 34**
- **Insonnia ritardata: 99**

I disturbi del sonno sono quindi frequenti e il tipo d'insonnia nettamente prevalente è quella che si caratterizza con un risveglio molto precoce, alle 2-3 di notte. Sono invece poco presenti i disturbi del sonno relativi alle prime ore di sonno; questo tipo d'insonnia è, infatti, molto più frequente nei disturbi della serie ansiosa.

### ***Lavoro e interessi***

L'abbassamento del tono dell'umore determina una marcata riduzione d'interesse per le normali attività e sentimenti d'inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Quello che prima era semplice diventa difficile, tutto appare irrisolvibile, insormontabile. Il paziente tende ad isolarsi, a ridurre nettamente la sua partecipazione alla vita sociale, nulla riesce più a stimolare il suo interesse.

Nel nostro campione la situazione è la seguente:

#### **Diapositiva 4: Lavoro e interessi**

- **Nessuna difficoltà: 30**
- **Sentimenti d'incapacità e inadeguatezza: 65**
- **Perdita d'interesse per le attività: 78**
- **Ha cessato di lavorare a causa della malattia: 12**

Solo in una piccola percentuale di pazienti l'attività lavorativa e l'ambito degli interessi non sono coinvolti dalla presenza di un disturbo depressivo. Nella grande maggioranza dei casi sono invece presenti sia la perdita d'interesse sia sentimenti d'incapacità e inadeguatezza nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Solo in 12 casi il disturbo ha raggiunto una gravità tale da causarne l'interruzione.

### ***Variazioni diurne***

Per quanto riguarda l'intensità dei sintomi, sono di solito presenti variazioni diurne: il paziente si sente maggiormente depresso e angosciato al risveglio mattutino, mentre si sente meglio nelle ore pomeridiane e soprattutto in quelle serali.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

#### **Diapositiva 5: Variazioni diurne**

- **Nessuna variazione: 37**
- **Sintomi più accentuati la sera: 24**
- **Sintomi più accentuati al mattino: 124**

Solo in una piccola parte di pazienti non si riscontra alcuna variazione dell'intensità dei sintomi durante l'arco della giornata. Nella stragrande maggioranza dei casi, invece, questa variazione è presente, con una maggiore accentuazione dei sintomi nelle ore mattutine.

### ***Sintomi ansiosi***

Spesso, accanto ai sintomi della serie depressiva, sono presenti quelli della serie ansiosa e l'ansia può presentarsi in forma psichica o somatizzata. L'ansia psichica si manifesta come tensione soggettiva e irritabilità o insorgenza di preoccupazioni per questioni di poco conto.

L'ansia somatizzata può manifestarsi sotto forma di sintomi gastrointestinali (secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione), cardiovascolari (palpitazioni, cefalea), respiratori (iperventilazione, sospiri), genito-urinari (pollachiuria).

Nel campione da noi esaminato riscontriamo quanto segue:

#### **Diapositiva 6: Sintomi ansiosi**

- **Tensione soggettiva e irritabilità: 85**
- **Preoccupazioni per questioni di poco conto: 47**
- **Aspetti somatici dell'ansia: 53**

La maggior parte dei pazienti presenta ansia prevalentemente psichica, sotto forma di tensione soggettiva e irritabilità o di un eccesso di preoccupazione per questioni di poco conto. Solo 53 su 185 presentano invece manifestazioni di tipo ansioso in forma somatizzata, cioè con somatizzazioni gastriche, intestinali o cardiovascolari.

### ***Variazioni del peso corporeo***

Nella depressione sono frequenti la *riduzione dell'appetito* ed i *sintomi gastrointestinali*: i pazienti riducono progressivamente l'introduzione di cibo, fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi. Lamentano secchezza delle fauci, bocca amara e ripienezza addominale. La riduzione dell'assunzione di cibo può determinare un marcato *dimagrimento*, stati di *malnutrizione* e *squilibri elettrolitici*, tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente *iperfagia* con aumento di peso, favorito anche dalla riduzione dell'attività motoria.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

### **Diapositiva 7: Variazioni del peso corporeo**

- **Nessuna variazione: 103**
- **Perdita di peso corporeo (1 Kg/Sett.): 72**
- **Aumento del peso corporeo: 10**

Più della metà dei pazienti non presenta variazioni del peso corporeo e ciò è dovuto al fatto che si tratta di forme depressive di gravità media. Tra coloro che invece hanno avuto variazioni, prevale nettamente la perdita di peso, conseguente alla riduzione dell'assunzione di cibo. Solo in dieci casi si è manifestato il fenomeno opposto, cioè aumento del peso conseguente a iperfagia.

#### ***Rallentamento - Agitazione***

Nel paziente depresso è spesso presente un *rallentamento psicomotorio* che si manifesta con una riduzione dei movimenti spontanei e, nei casi più gravi, con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* perde la sua fluidità, s'impoverisce la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul *piano ideativo* con una sensazione di lentezza e di vuoto mentale e un netto calo *dell'attenzione, della concentrazione e della memoria*.

E' inoltre presente un profondo senso di *astenia*, cioè un senso di spossatezza non motivato dall'aver svolto attività fisiche pesanti e che può essere di entità tale da rendere difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice.

Il rallentamento ideomotorio può, in alcuni casi, determinare l'incapacità *di prendere qualunque decisione*, determinando un blocco talora completo dell'azione.

In alcuni quadri depressivi è invece presente uno stato di *agitazione psicomotoria*, che si manifesta con irrequietezza, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

### **Diapositiva 8: Rallentamento - Agitazione**

- **Pensiero e linguaggio normali: 121**
- **Lieve rallentamento: 46**
- **Evidente rallentamento: 11**
- **Stato di irrequietezza: 7**

Nella maggior parte dei pazienti non si evidenziano alterazioni del pensiero e del linguaggio e ciò è conseguente al livello medio di gravità dello stato depressivo. Solo in 46 casi si evidenzia un lieve rallentamento, mentre un evidente rallentamento o uno stato d'irrequietezza è presente rispettivamente in 11 e 7 casi.

#### ***Ipocondria***

Durante un episodio depressivo si presenta frequentemente, specialmente nelle persone anziane, un eccesso di preoccupazione per le proprie condizioni fisiche, preoccupazione non supportata da motivazioni di tipo medico.

Il paziente polarizza la propria attenzione sul proprio corpo, sviluppa molte preoccupazione per la propria salute, avanza frequenti lamentele, richieste di aiuto e di esami di accertamento diagnostico e può arrivare a sviluppare la ferma convinzione di avere una malattia somatica, anche di fronte alla negatività degli esami effettuati.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

### **Diapositiva 9: Ipocondria**

- **Assente: 90**
- **Polarizzazione sul proprio corpo: 77**
- **Frequenti lamentele, richieste di aiuto: 18**

In più della metà dei pazienti non sono presenti preoccupazioni ipocondriache e ciò è conseguente al fatto che l'età media è intorno ai 50 anni, mentre l'ipocondria tende ad essere più presente nei pazienti anziani. Quando invece le preoccupazioni ipocondriache sono presenti, riguardano prevalentemente il proprio corpo. In un numero ridotto di casi sono presenti frequenti lamentele e richieste di aiuto.

### ***Propositi anticonservativi***

Nei paziente l'*ideazione suicida* si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia solo un peso e non valga perciò la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale. Nei casi più gravi le condotte suicide sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza.

Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

### **Diapositiva 10: Propositi anticonservativi**

- **Assenti: 144**
- **Vorrebbe morire in modo accidentale: 27**
- **Propositi di suicidio: 10**
- **Tentativi di suicidio: 4**

Data la gravità di grado medio del disturbo depressivo di cui soffrono i pazienti del nostro campione, nella maggior parte dei casi sono assenti idee di suicidio e, dove sono presenti, si manifestano come generico desiderio di morire, lasciando comunque al fato il compito di determinare la morte. Solo in 10 casi è presente un'ideazione suicida associata ad una certa progettazione e in 4 casi erano stati effettuati tentativi di suicidio.

## **Riconoscere la depressione**

Abbiamo quindi passato in rassegna i sintomi presenti nei pazienti sofferenti di un disturbo depressivo, esaminandoli sia da un punto di vista generale sia con riferimento ad un campione di 185 pazienti con un disturbo depressivo di gravità media. Abbiamo quindi avuto modo di vedere che la frequenza di tali sintomi dipende sostanzialmente dalla gravità del quadro depressivo: tanto più grave è la depressione, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti e, ovviamente, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti, tanto più grave è il disturbo depressivo.

Dal momento che lo scopo di questo lavoro è di rendere più facile a parenti e conoscenti di pazienti depressi l'individuazione dei segnali che devono indurre l'intervento terapeutico, facciamo una breve sintesi di quanto finora detto.

Quando è presente una depressione, il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e si manifesta come spiccata emotività, facilità al pianto, tendenza all'isolamento, riduzione dello slancio vitale e della gioia di vivere. Il familiare, quindi, deve entrare in allarme nel momento in cui si verificano modificazione del carattere del suo congiunto e l'acquisizione delle suddette caratteristiche.

Sono associati, comunque, altri sintomi. In ordine di frequenza: possono essere presenti sensi di colpa immotivati, disturbi del sonno, il più delle volte caratterizzati da un risveglio molto precoce, riduzione delle capacità lavorative a causa della riduzioni

e dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, riduzione degli interessi personali. Spesso il familiare comunica di stare meglio nelle ore serali, mentre quelle mattutine sono le peggiori in quanto caratterizzate da un marcato stato di angoscia. Molto frequenti sono i sintomi di ansia, prevalentemente sotto forma di tensione soggettiva e aumento della irritabilità. Nei soggetti più anziani possono anche essere presenti preoccupazioni eccessive per le proprie condizioni fisiche, sotto forma di preoccupazioni ipocondriache. Tutti i sintomi finora descritti sono riscontrabili in depressioni di gravità media.

Nelle forme depressive più gravi è possibile riscontrare anche rallentamenti motori o ideativi, variazioni del peso corporeo, il più delle volte sotto forma di perdita di peso, e propositi anticonservativi, sotto forma di fantasie di morte accidentale o di veri e propri propositi di suicidio.

Tenendo presenti i segnali indicatori descritti, il familiare potrà rendersi conto sia della presenza di una depressione sia della sua gravità e potrà quindi accelerare la messa in atto degli interventi terapeutici necessari per la cura del malessere depressivo.