



## **Come riconoscere la Depressione: l'Episodio Depressivo Maggiore**

di Salvatore Di Salvo

Fino a non molto tempo addietro era di uso comune il termine “esaurimento nervoso”, intendendo con ciò qualunque tipo di disturbo riguardante la sfera psichica, di qualsiasi genere. Da qualche anno tale termine è andato in disuso e vi è la tendenza, sempre nel linguaggio comune, a utilizzare il termine “depressione”, anche in questo caso intendendo qualunque tipo di disturbo psichico, di qualunque genere.

La depressione è, in realtà, qualcosa di ben preciso e connotato: si tratta di un disturbo del “tono dell'umore”.

Il tono dell'umore è una funzione psichica importante nell'adattamento al nostro mondo interno ed a quello esterno. Ha il carattere della flessibilità, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative e spiacevoli.

Si parla di depressione quando il tono dell'umore perde il suo carattere di flessibilità, si fissa verso il basso e non è più influenzabile dalle situazioni esterne favorevoli.

Usando una metafora, una persona che si ammala di depressione è come se inforcasse quattro, cinque paia di occhiali scuri e guardasse la realtà esterna attraverso di essi, avendone una visione assolutamente nera e negativa.

### **I sintomi psichici**

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, di cui l'abbassamento del tono umorale è una condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali, lo stato depressivo può essere vissuto come incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva. Nelle fasi acute, il disturbo dell'umore è evidente e si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione, sgomento, associati alla perdita dello slancio vitale e all'incapacità di provare gioia e piacere. I pazienti avvertono un senso di noia continuo, non riescono a provare interesse per le normali attività, provano sentimenti di distacco e inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Tutto appare irrisolvibile, insormontabile, quello che prima era semplice diventa difficile, tutto è grigio, non è possibile partecipare alla vita sociale, nulla riesce a stimolare il

minimo interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Il *rallentamento psicomotorio* è da considerarsi il sintomo più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* non è più fluido, scarsa la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Il depresso è afflitto da un profondo senso di *astenia*, trova difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice. Col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e così accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori può essere così marcato da provocare *disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria*. Il rallentamento ideomotorio si traduce in incertezza e indecisione; in alcuni casi l'incapacità di *prendere qualunque decisione*, anche la più semplice, crea un notevole disagio, con blocco talora completo dell'azione.

La *nozione del tempo è modificata* e il suo scorrere continuo rallenta fino ad arrestarsi. Il depresso ha la sensazione che la giornata sia interminabile, che non sia possibile arrivare a sera, "tutto è fermo, stagnante, senza possibilità di essere mutato".

L'*agitazione psicomotoria*, presente in alcuni quadri depressivi, si manifesta con irrequietudine, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

La compromissione delle prestazioni intellettuali, la consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso *all'autosvalutazione, al disprezzo di sé, alla convinzione della propria inadeguatezza*, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri sbagli e su colpe lontane. Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, valutato come pieno di errori commessi; il paziente *prova sentimenti di colpa* e fa previsioni di *rovina e miseria*. 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.

L'*ideazione suicida* è presente nei 2/3 dei pazienti. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello 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 autolesive 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 o come giusta espiazione delle proprie colpe. In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto “suicidio allargato”: il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell’esistenza. 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.

In Italia sono circa 4.000 le persone che ogni anno si tolgono la vita e molte di più sono quelle che tentano il suicidio senza riuscirci.

### **I sintomi neurovegetativi**

Tra *i sintomi vegetativi*, la *riduzione della libido* si presenta in genere precocemente, a differenza di quanto avviene nei disturbi d’ansia, nei quali i pazienti mantengono un discreto funzionamento sessuale.

Nella depressione sono frequenti la *riduzione dell’appetito* ed *i sintomi gastrointestinali*: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale. Le difficoltà digestive e la stitichezza possono essere dovute, oltre che ai trattamenti antidepressivi, all’ipotonia intestinale spesso associata al quadro clinico. Modificazioni della condotta alimentare, nel senso di una riduzione dell’assunzione di cibo, possono avere gravi conseguenze con 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.

*I disturbi del sonno* sono molto frequenti e l’*insonnia*, una delle principali manifestazioni della depressione, si caratterizza per i numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Il depresso riferisce di svegliarsi dopo poche ore di sonno, di non riuscire più a addormentarsi 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. Nonostante l’insonnia possa essere lieve, il depresso lamenta di non sentirsi riposato. In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un aumento delle ore di sonno con *ipersomnia*, fino a una vera e propria letargia.

Un sintomo tipico della depressione è l’*alternanza diurna*: il paziente al risveglio mattutino si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre con il trascorrere del giorno, nelle ore pomeridiane o serali, avverte un lieve miglioramento della sintomatologia.

## **Come riconoscere l'Episodio Depressivo Maggiore**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito dei precisi criteri per fare diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore. Secondo il DSM IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri del mondo, si può fare diagnosi quando sono contemporaneamente presenti, da almeno due settimane, cinque (o più) dei seguenti sintomi:

- umore depresso e marcata diminuzione di interesse o piacere per le attività svolte: il soggetto si sente svuotato e privo di energia;
- alterazione dell'appetito, più spesso nel senso della diminuzione, con significativa perdita di peso (5% del peso corporeo in un mese), oppure aumento dell'appetito e del peso;
- alterazione del sonno, più spesso sotto forma d'insonnia, con risveglio mattutino precoce;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- astenia, cioè senso di spossatezza non motivato da sforzi fisici;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- riduzione della concentrazione, attenzione e memoria;
- pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidiaria senza un piano specifico o con un piano specifico per mettere in atto il suicidio.

Quando sono quindi presenti almeno cinque dei suddetti sintomi per almeno due settimane, si può parlare di stato depressivo in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista.

## **Forme Cliniche**

### **Episodio Singolo**

Questa categoria diagnostica comprende un gruppo eterogeneo di pazienti che hanno presentato un unico episodio depressivo e che hanno grande probabilità nel corso della vita di andare incontro ad ulteriori fasi di malattia.

La possibilità che l'episodio depressivo si manifesti solo una volta costituisce un'evenienza piuttosto rara, valutata intorno al 15%.

E' stato tuttavia identificato un particolare sottogruppo di pazienti in cui la depressione maggiore è caratterizzata da un unico episodio ad esordio intorno ai 55-60 anni, circa dieci anni più tardi rispetto agli altri sottotipi, e decorso frequentemente cronico, superiore ai due anni. Spesso compare in relazione ad eventi esistenziali di notevole impatto emotivo o a malattie fisiche.

## **Forma Ricorrente**

La diagnosi di depressione ricorrente si pone quando sono presenti almeno due episodi depressivi e sono invece assenti fasi ipomaniacali.

La presenza di diversi episodi di malattia separati da periodi di remissione, parziale o completa, costituisce una caratteristica essenziale dei disturbi primari dell'umore: circa l'80% dei pazienti con depressione maggiore va incontro ad almeno due episodi nel corso della vita e il 50% ad almeno tre. Il rischio di recidiva aumenta proporzionalmente al numero degli episodi precedenti, ma è anche in relazione con l'esordio precoce, la familiarità per disturbi bipolari o per depressione ricorrente, la presenza di disturbo distimico, la comorbilità con patologie somatiche o psichiatriche, la persistenza di fattori stressanti psicosociali o l'interruzione precoce della terapia antidepressiva.

Le caratteristiche psicopatologiche e la gravità dei singoli episodi sono variabili da paziente a paziente, ma nello stesso individuo tendono ad essere piuttosto costanti ad ogni recidiva.

L'età media d'insorgenza è intorno alla terza decade di vita.

Gli episodi non curati hanno una durata media che varia da 6 a 13 mesi. Fatta eccezione per una limitata percentuale di pazienti, essi non continuano indefinitamente, anche se la risoluzione spontanea può venire dopo 10 o più anni ininterrotti di malattia. Le cure riducono il rischio di cronicità, limitando al 20% i casi in cui i disturbi che si protraggono oltre i quattro anni.

Circa un terzo dei pazienti con depressione ricorrente mostra un temperamento di tipo depressivo con atteggiamenti dipendenti, evitanti, passività, insicurezza, tendenza all'introversione ed al ritiro sociale.

Tali caratteristiche, presenti anche in epoca premorbosa, permangono alla risoluzione degli episodi ed il loro rapporto con gli episodi maggiore non è chiaro, anche se la loro presenza sembra condizionare una prognosi peggiore in termini di ricadute e disadattamento sociale.

La maggior parte dei pazienti con depressione ricorrente mostra, negli intervalli liberi, un adeguato livello di adattamento e condizioni di vita soddisfacenti.

## **Disturbo Depressivo Minore**

Il Disturbo Depressivo Minore è caratterizzato da uno o più periodi di depressione che si differenziano dall'Episodio Maggiore per il minor numero di sintomi e per un ridotto disadattamento, mentre sono sovrapponibili ad esso per il tipo e la durata della sintomatologia. Per la diagnosi è indispensabile la presenza di umore depresso o di marcata riduzione d'interesse o di piacere per quasi tutte le attività. Spesso si tratta di soggetti che lamentano un notevole sforzo per svolgere le normali mansioni e riferiscono meno entusiasmo nel lavoro o nelle attività di svago. Il

disturbo provoca una diminuzione dell'adattamento sociale, lavorativo o familiare, senza però raggiungere livelli di grave compromissione.

Questi quadri depressivi sono spesso associati a patologie mediche generali, pur non essendo la diretta conseguenza di queste ultime.

La durata della sintomatologia, di almeno due settimane, costituisce un criterio per distinguere queste forme da periodi di tristezza che normalmente si verificano in ogni individuo.

### **Disturbo Depressivo Breve Ricorrente**

Per la diagnosi di Disturbo Depressivo Breve Ricorrente viene richiesto lo stesso numero di sintomi della depressione maggiore, ma la durata della sintomatologia è più breve (meno di due settimane, di solito 1-3 giorni) e la frequenza è di almeno 12 episodi in un anno.

Nelle donne le fasi depressive non si devono verificare esclusivamente in relazione al ciclo mestruale. Le oscillazioni dell'umore devono creare un disagio significativo ed interferire con l'adattamento in ambito sociale e lavorativo. Studi epidemiologici hanno evidenziato che la depressione breve ricorrente ha un'eguale distribuzione tra i sessi, anche se tra le donne risulta più alto il rischio di sviluppo di episodi maggiori.