



I diversi tipi di depressione

di Salvatore Di Salvo

I Disturbi dell'Umore comprendono forme cliniche diverse, ognuna delle quali ha caratteristiche specifiche. Di seguito saranno descritte quelle di più frequente riscontro nella pratica clinica.

Distimia

La distimia si manifesta di solito nella prima età adulta e ha un andamento insidioso che può portare verso la cronicizzazione. Si differenzia dall'Episodio Depressivo Maggiore soprattutto per l'intensità e la durata dei sintomi.

Il sesso femminile è due volte più a rischio di ammalarsi di distimia rispetto a quello maschile.

Il sintomo normalmente riferito dal paziente è la presenza di umore depresso quasi ogni giorno da "molti mesi" o addirittura "da sempre". Altri sintomi sono: disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), disturbi dell'alimentazione (anoressia o iperfagia), bassa autostima, difficoltà di concentrazione, astenia, sentimenti di disperazione. Per fare diagnosi di distimia la suddetta sintomatologia deve perdurare da almeno due anni. I sintomi possono non essere presenti per alcuni periodi, ma non per tempi superiori ai due mesi consecutivi. Anche durante la giornata possono esserci brevi periodi di benessere. A differenza della depressione maggiore, il quadro clinico risente abbastanza nettamente dagli eventi esterni.

Il disturbo determina un'evidente compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e interpersonale e possono insorgere complicanze quali l'abuso di alcool o di sostanze.

L'argomento è trattato in modo più approfondito in un'altra pubblicazione online.

Depressioni unipolari e bipolari

E' importante, quando viene posta diagnosi di depressione, distinguere tra la forma unipolare e quelle bipolare perché variano notevolmente l'approccio terapeutico e la prognosi.

La depressione maggiore è definita *unipolare* quando nella storia del paziente sono evidenziabili soltanto episodi depressivi. Si parla di *depressione unipolare ricorrente* quando, in un determinato paziente, compaiono più episodi depressivi.

Tale forma trae beneficio soprattutto dalla terapia con antidepressivi.

La depressione è, invece, definita *bipolare* quando nella storia clinica sono presenti episodi di mania alternati a fasi depressive. Durante la crisi maniacale è possibile individuare alcuni sintomi

che compaiono stabilmente ed altri evidenziabili con minor frequenza. Il sintomo centrale è l'elevazione del tono dell'umore (esatto opposto di quanto avviene nella depressione), in conseguenza della quale il paziente appare dinamico, oltremodo efficiente, gioioso ed entusiasta della vita, s'impegna in molte cose, tutto gli sembra alla sua portata, l'attività motoria è intensa, appare instancabile, dorme solo pochissime ore.

Il disturbo bipolare ha un'alta ricorrenza: prima dell'introduzione della profilassi con gli stabilizzatori dell'umore, erano mediamente presenti quattro episodi in dieci anni e gli intervalli di benessere diminuivano con l'aumentare dell'età. Circa il 15% dei pazienti va incontro, tra un episodio e l'altro, a completa remissione dei sintomi, mentre nel rimanente 85% il recupero è incompleto.

Studi sui gemelli e sui bambini adottati hanno confermato l'importanza della trasmissione genetica del disturbo.

L'elemento centrale della terapia è costituito dagli stabilizzatori del tono dell'umore, allo scopo di ridurre le oscillazioni

L'argomento è trattato in modo più approfondito in un'altra pubblicazione online.

Depressione mascherata

Per depressione mascherata s'intende un quadro clinico in cui i sintomi depressivi (tristezza, labilità emotiva e ridotta autostima) non sono molto evidenti, mentre prevalgono manifestazioni d'ansia quali disturbi somatici senza base organica, più frequentemente localizzati a livello gastroenterico, genito-urinario, cardiaco, respiratorio, osteoarticolare.

Tali sintomi determinano un'eccessiva preoccupazione per le proprie condizioni di salute (*ipocondria*) e la depressione è "mascherata" dalla loro presenza.

Secondo un più moderno inquadramento nosografico, molte di queste forme sono da considerare primariamente Disturbi d'Ansia (Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia Generalizzato, ecc.) e la sintomatologia depressiva, meglio definibile come "demoralizzazione secondaria", è la risposta ai disagi e alle limitazioni imposte dalla loro presenza.

In altri casi la depressione ansiosa è conseguente alla contemporanea presenza, nello stesso paziente, di un disturbo dell'umore e un disturbo d'ansia: si tratta, quindi, di una condizione di comorbilità, per cui è preferibile porre entrambe le diagnosi, senza privilegiare nessuno dei due disturbi.

La concomitanza di sintomi depressivi e d'ansia è stata rilevata anche nella "*Sindrome da affaticamento cronico*", quadro clinico di recente individuazione caratterizzato prevalentemente da astenia, cioè da un senso di spossatezza non motivata da sforzi fisici. Il rallentamento è

generalizzato, vi è perdita d'iniziativa, disinteresse sessuale e sintomi d'ansia. Tale disturbo risponde al trattamento con antidepressivi soprattutto quando l'astenia è più intensa di mattino. Di frequente riscontro è la presenza di familiarità per i disturbi dell'umore e/o d'ansia.

Depressione agitata

Il sintomo principale di questa varietà clinica è l'agitazione psicomotoria: il paziente è in uno stato di permanente irrequietezza, parla in maniera concitata, si contorce, muove in continuazione gli arti e il tronco, talora è incapace di rimanere seduto. La depressione agitata è stata classicamente considerata caratteristica dell'anziano, ma ciò non è stato confermato dagli studi più recenti che indicano, invece, una sostanziale uniformità nelle diverse fasce d'età.

L'agitazione, pur associandosi spesso all'ansia, deve essere tenuta distinta da quest'ultima: la presenza di agitazione configura uno stato misto attenuato, in cui sono contemporaneamente presenti sintomi depressivi e di eccitazione ipomaniacale. In tali casi può essere chiarificante la presenza, nella storia clinica del paziente, di episodi maniacali, indicatori della natura bipolare del disturbo dell'umore, la familiarità per disturbi bipolari e la presenza di viraggi ipomaniacali conseguenti a trattamenti con antidepressivi.

In alcuni casi l'agitazione può essere conseguente alla brusca riduzione o sospensione di benzodiazepine in pazienti che ne abbiano fatto uso ad alte dosi per periodi prolungati. In tali casi è in genere accompagnata da sudorazione profusa, insonnia, incubi notturni.

La depressione agitata può essere infine la conseguenza di contemporanea presenza di un disturbo dell'umore e un disturbo da attacchi di panico.

Depressione reattiva

Si tratta di depressioni con esordio strettamente collegato ad avvenimenti di notevole impatto emotivo, dai quali l'umore depresso può essere considerato chiaramente derivabile. Secondo la definizione classica l'evento doveva precedere di 3-6 mesi la comparsa della depressione e doveva essere evidente un rapporto causale tra questo e le manifestazioni depressive. Sul piano sintomatologico sono considerati aspetti peculiari la labilità emotiva, l'ansia somatizzata, l'insonnia iniziale, l'ideazione prevalentemente polarizzata sull'evento scatenante, l'assenza d'inibizione motoria e di idee deliranti, la capacità di modulare le reazioni emotive ai cambiamenti ambientali. L'episodio ha spesso una durata protratta, in rapporto al perdurare delle situazioni stressanti e può migliorare e talora risolversi con il modificarsi delle condizioni esterne.

Il concetto di "depressione reattiva" appare oggi superato: in tutte le forme depressive, infatti, è evidente che eventi stressanti psicosociali sono in grado d'influenzare l'esordio, l'evoluzione e la

risposta ai trattamenti, ma il ruolo dei fattori ambientali è più complementare che causale. Inoltre i quadri un tempo definiti “reattivi” non mostrano peculiarità cliniche né un diverso tipo di risposta alle terapie.

Depressione indotta da sostanze o farmaci

La diagnosi di depressione indotta è ipotizzabile ogni volta che, entro un periodo di tempo inferiore ad un mese, compare una sintomatologia depressiva in diretto rapporto con l’assunzione di una nuova terapia medica o con l’abuso o l’astinenza da sostanze di uso voluttuario.

Esistono farmaci, solitamente adoperati per il trattamento di malattie croniche, per i quali è riconosciuta la possibilità di indurre, soprattutto in soggetti predisposti, sintomi depressivi. Tra quelli di più comune impiego ricordiamo gli antipertensivi, i farmaci cardiologici (digitali, betabloccanti, diuretici), alcuni antinfiammatori non steroidei, cortisonici e antibiotici, gli anticoncezionali orali.

E’ importante sottolineare che il nesso causa-effetto tra i sintomi depressivi e la terapia in corso deve essere identificato di volta in volta nel singolo paziente con criteri temporali, di decorso e attraverso la storia personale.

La depressione può essere indotta anche da sostanze assunte a scopo voluttuario o in seguito alla loro brusca sospensione (astinenza). Le più frequentemente correlate alla depressione sono l’alcol, gli ansiolitici, gli oppiacei.

Per quanto riguarda la depressione conseguente a brusca sospensione ricordiamo la cocaina, le anfetamine e i farmaci con proprietà anfetamino-simili, spesso usati come coadiuvanti nelle diete dimagranti.

Depressione indotta da malattie mediche

E’ possibile evidenziare sintomi depressivi in una percentuale variabile tra il 15 e il 40% dei pazienti che soffrono di patologie internistiche.

E’ importante sottolineare che esistono almeno due modalità con cui una malattia “fisica” può indurre depressione.

La prima è quella in cui il paziente, che sa di soffrire di una grave malattia (cardiopatìa, tumore, malattia degenerativa), non accetta la condizione di malato e reagisce deprimendosi. In tale situazione la malattia medica è un evento stressante di fronte al quale il paziente non riesce a mettere in atto nessun meccanismo di difesa e ciò provoca la comparsa di un quadro depressivo secondario.

L'intervento terapeutico è farmacologico ed è utile associare un supporto psicoterapeutico allo scopo di aiutare il paziente ad accettare la malattia.

La seconda modalità avviene quando il quadro depressivo non è conseguenza psicologica della malattia medica, ma, al contrario, esiste un rapporto diretto tra malattia e depressione.

Alcune malattie a carico del Sistema Nervoso Centrale (tumori, Parkinson, traumi cranici), endocrine (ipotiroidismo, morbo di Cushing), infettive (AIDS) e autoimmuni (Lupus, artrite reumatoide) sono in grado di causare un disturbo depressivo del tutto analogo a quello "primario".

Il primo atto terapeutico è il trattamento del quadro medico di base e, se la sintomatologia depressiva permane anche dopo la stabilizzazione della condizione internistica, è opportuno iniziare la terapia antidepressiva.