

Salvatore Di Salvo

Diffusione, cause e sintomi della depressione



*Associazione
per la Ricerca
sulla Depressione*

Diffusione, cause e sintomi della depressione

Diffusione della depressione

In Italia circa 1,5 milioni di persone soffrono di depressione mentre il 12% della popolazione italiana (più di 7 milioni) ne ha sofferto, nel corso della vita, almeno una volta.

Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'anno 2020 la depressione sarà la seconda causa di disabilità, dopo quelle cardiovascolari, in tutto il mondo, Italia compresa.

Il Disturbo Depressivo è fonte di sofferenza, oltre per chi ne soffre, anche per i familiari e, tenendo conto che, per ogni paziente, ne sono coinvolti almeno due-tre, il numero delle persone coinvolte indirettamente è di 4-5 milioni.

Le sindromi depressive colpiscono soprattutto la popolazione over 65 e il numero di anziani depressi è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione.

Per quanto riguarda la diffusione in rapporto al sesso, le donne, soprattutto nella fascia d'età compresa tra i 40 e i 50 anni, sono colpite in misura doppia rispetto agli uomini.

Le statistiche dicono che, se una persona ha avuto un episodio depressivo, nel 50% dei casi ne avrà un altro nell'arco della sua vita. Se ne ha avuti due, la probabilità che ne abbia un terzo sale al 75%. La percentuale raggiunge il 90% se la persona ne ha avuti tre. Le ricadute hanno andamento prevalentemente stagionale e sono statisticamente più frequenti nei mesi di marzo-aprile e ottobre-novembre.

Cos'è la depressione

Fino a non molto tempo addietro era di uso comune il termine "esaurimento nervoso" riferito a qualsiasi tipo di disturbo della sfera psichica. Da qualche anno tale termine è andato in disuso e vi è la tendenza a parlare di "depressione" per indicare qualunque disturbo psichico.

La depressione è, in realtà, qualcosa di ben preciso e connotato: si tratta di un disturbo *del tono dell'umore*, funzione psichica importante nei processi di adattamento. Essa ha la caratteristica di essere flessibile, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli mentre, invece, flette verso il basso nelle situazioni

negative e spiacevoli. Nella depressione il tono dell'umore perde la sua flessibilità, si fissa verso il basso e non è più influenzabile da situazioni esterne favorevoli.

I pregiudizi sulla depressione

Delle persone che soffrono di depressione solo una su quattro consulta lo specialista che la cura, cioè lo psichiatra, a causa della presenza di pregiudizi molto radicati.

Primo tra tutti il fatto che la depressione è vissuta con un senso di vergogna e di colpa per cui vi è la tendenza a non parlarne e a tenerla nascosta il più possibile.

Un altro riguarda la figura dello psichiatra e può essere così esemplificato: “Lo psichiatra cura i matti: se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale”.

Altro pregiudizio è che gli psicofarmaci siano dannosi. In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Questo preconcetto, come quello secondo cui gli antidepressivi danno dipendenza, sono figli dell'assimilazione, a livello d'immaginario collettivo, tra gli psicofarmaci e le sostanze stupefacenti. In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina alcuna astinenza.

Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è ritenere che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo. Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolinearne la falsità e i danni conseguenti, poiché va ad alimentare nei pazienti i già presenti sensi di colpa.

L'insieme di tali pregiudizi, profondamente radicati nel tessuto connettivo della società, spiega i motivi per cui solo un paziente su quattro riceve una diagnosi corretta e di conseguenza una cura adeguata.

I sintomi della depressione

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, tra cui è costante *l'abbassamento del tono umorale*. 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 invece evidente e si manifesta

con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, senso d'inutilità, disperazione, 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 interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Nella depressione sono frequenti i *disturbi dell'alimentazione* che possono manifestarsi sotto forma di perdita o aumento dell'appetito. Nel primo caso 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 bocca amara e ripienezza addominale. La riduzione dell'assunzione di cibo può determinare un marcato *dimagrimento* e, nei casi più gravi, stati di *malnutrizione* tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente, al contrario, l'aumento dell'appetito e il conseguente incremento 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 addormentarsi velocemente, ma di svegliarsi dopo poco, 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 i pensieri sono dominati da rimuginazioni e vissuti di colpa relativi ad eventi del passato.

In altri casi può essere presente un disturbo opposto al precedente, l'*ipersonnia*, cioè l'aumento delle ore di sonno: il paziente dorme anche 16-18 ore il giorno e ciò ha un significato difensivo nei confronti della sofferenza depressiva.

Tra i sintomi della depressione, il *rallentamento psicomotorio* è il più frequente e, nei casi più gravi, può manifestarsi con la riduzione dei movimenti spontanei e l'irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo.

Il *linguaggio* non è fluido, la varietà dei temi e dei contenuti delle idee è scarsa, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo in forma di penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Altre volte può essere presente, al contrario, 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. Il depresso è afflitto da astenia, cioè un *profondo senso di stanchezza e spossatezza* non motivato dall'aver svolto fatiche fisiche. Trova difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice e, col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e talmente accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

La consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano a *sentimenti di autosvalutazione o di colpa*, talora accompagnati dall'incessante rimuginare sui propri presunti errori e colpe del passato. Il futuro appare privo di speranza e il passato vuoto, inutile e pieno di errori commessi. Talora il depresso ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: si giudica quindi *indegno* per la propria condotta, la propria pigrizia e il proprio egoismo.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori si esprime in forma di *riduzione di attenzione, concentrazione e memoria* con conseguente calo delle prestazioni intellettive.

Il rallentamento ideativo si traduce in incertezza e indecisione e in alcuni casi l'incapacità *di prendere qualunque decisione*, anche la più semplice, crea notevole disagio e, talora, totale blocco dell'azione.

Nei 2/3 dei pazienti sono presenti *pensieri ricorrenti di morte*. Nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita non valga la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più o di morire accidentalmente, ad esempio in un incidente stradale. Nei casi più gravi il suicidio è lucidamente programmato 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 a concepire tale gesto come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe. Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per il ricovero.

Sintomi associati

Ai sintomi depressivi sono spesso associati sintomi della serie ansiosa. E' presente anche il calo del desiderio sessuale che si presenta in genere nelle prime fasi della malattia, a differenza di quanto avviene nei disturbi d'ansia, nei quali invece i pazienti mantengono un discreto funzionamento.

Spesso sono inoltre presenti alterazioni delle funzioni somatiche: più frequentemente sono interessati gli apparati digerente, cardiovascolare e urogenitale.

Periodicità

Nella depressione vi sono variazioni d'intensità dei sintomi. Tipica, ad esempio, è *l'alternanza diurna*: il paziente, al risveglio mattutino, si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre avverte un miglioramento dei sintomi nelle ore pomeridiane o serali. E' inoltre presente una periodicità stagionale: le stagioni più a rischio sono la primavera e l'autunno, periodi dell'anno in cui statisticamente vi è una maggiore incidenza del disturbo depressivo. Si tratta comunque di un dato statistico e sono possibili ciclicità individuali.

Come riconoscere la depressione

Secondo il *DSM- IV* è possibile fare diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore quando sono presenti i seguenti sintomi:

- tono dell'umore depresso;
- perdita di appetito con perdita superiore al 5% del peso corporeo nel giro di un mese o aumento dell'appetito con conseguente aumento ponderale;
- disturbi del sonno quali insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- senso di spossatezza conseguente a mancanza d'energia psichica;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati;
- netta riduzione della capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni;
- pensieri ricorrenti di morte.

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

Forme Cliniche

Il Disturbo Depressivo può manifestarsi in varie forme cliniche. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Episodio Singolo

Questa categoria diagnostica comprende i pazienti che hanno avuto un unico episodio depressivo che si manifesta, di solito, intorno ai 55-60 anni, circa dieci anni più tardi rispetto agli altri sottotipi. Spesso compare in relazione ad eventi esistenziali di notevole impatto emotivo o a malattie fisiche.

Disturbo Depressivo 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 dell'umore. Il rischio di recidiva aumenta proporzionalmente al numero degli episodi precedenti, ma è anche in relazione con l'esordio precoce, la familiarità, 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 e la gravità dei singoli episodi sono variabili da paziente a paziente, ma nello stesso individuo tendono ad essere 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 12 mesi, mentre le cure con antidepressivi determinano la scomparsa dei sintomi nell'arco di 2-3 mesi e riducono drasticamente il rischio di cronicità.

Circa un terzo dei pazienti con depressione ricorrente ha un temperamento di tipo depressivo con atteggiamenti di passività, insicurezza, tendenza all'introversione ed al ritiro sociale. Tali caratteristiche, presenti anche nei periodi precedenti l'inizio del disturbo, permangono dopo la risoluzione degli episodi e la loro presenza determina 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 da quello Maggiore per minor numero di sintomi e ridotto disadattamento, mentre sono sovrapponibili ad esso per il tipo e la durata della sintomatologia. I pazienti lamentano un notevole sforzo per svolgere le normali mansioni e riferiscono calo di interesse per il lavoro o per le attività di svago.

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

Tali quadri depressivi sono spesso associati a patologie mediche generali, pur non essendone la diretta conseguenza. La durata 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 è necessario che siano presenti 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, inoltre, le fasi depressive non si devono verificare esclusivamente in relazione al ciclo mestruale. Le oscillazioni dell'umore creano un disagio significativo ed interferiscono con l'adattamento 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.

Le cause della depressione

Il Disturbo Depressivo è determinato da un insieme di concause sia di natura biologica sia conseguenti ad eventi esterni. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Fattori ereditari

Gli studi finora effettuati hanno fornito risultati contrastanti e non sono ancora chiare le modalità di trasmissione genetica: si è ipotizzata la responsabilità di un singolo gene dominante a penetranza variabile oppure un'ereditarietà poligenica, cioè legata alla trasmissione di più geni. Secondo le più recenti ricerche i fattori genetici rivestono un

ruolo prevalente solo in alcuni tipi di disturbi dell'umore: i Disturbi Bipolari e il Disturbo Depressivo Ricorrente.

Avere genitori con disturbi dell'umore comporta un doppio fattore di rischio: alla possibilità di ereditare la predisposizione biologica si aggiunge la maggiore probabilità che si verifichino alterazioni dello sviluppo conseguenti al vivere in un ambiente disturbato. Nelle famiglie in cui uno dei genitori soffre di una patologia dell'umore, infatti, sono più frequenti le conflittualità coniugali, le separazioni, i divorzi ed il suicidio.

Temperamento

Diverse e complesse sono le possibili interazioni tra temperamento e patologia: è probabile che il temperamento sia trasmesso geneticamente e che quindi preceda l'insorgenza del disturbo. Le caratteristiche temperamentali, inoltre, potrebbero favorire l'insorgenza e le ricadute depressive interagendo con altri fattori quali tensioni interpersonali, intensa reattività emotiva, alterazioni del sonno, abuso di sostanze.

In presenza di un temperamento depressivo il disturbo ha esordio precoce e tende ad avere un maggior numero di recidive.

Bisogna comunque tenere presente che essere predisposti ad una malattia non vuol dire necessariamente ammalarsene. Data l'importanza di questo concetto, cerchiamo di chiarirlo con un esempio. Il fatto che un soggetto abbia una predisposizione al diabete (eccessiva quantità di "zuccheri" nel sangue), non vuol dire che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo. E' però probabile che, se segue una dieta molto ricca di carboidrati (zuccheri), sviluppi un disturbo diabetico più facilmente rispetto a chi non ha questo tipo di predisposizione. Allo stesso modo chi ha un temperamento depressivo non necessariamente dovrà soffrire di crisi depressive, ma, se sottoposto ad eventi stressanti, avrà maggiori probabilità di sviluppare il disturbo.

Le caratteristiche del temperamento depressivo saranno descritte in modo più approfondito in un capitolo successivo.

Eventi precoci

Le classiche teorie psicoanalitiche ipotizzano che eventi esistenziali nell'infanzia, soprattutto la perdita dei genitori, svolgano un ruolo importante nella genesi della depressione. Alcuni studi hanno evidenziato che le perdite dell'infanzia favoriscono lo sviluppo di una struttura di personalità "autodenigrante" caratterizzata da visione

negativa di sè, del mondo e del futuro e che facilita l'esordio di una depressione nell'adulto.

Eventi di vita

È opinione diffusa che le crisi depressive insorgano in circostanze di vita avverse, soprattutto dopo "eventi di perdita" che negli adulti comprendono anche cambiamenti di stile di vita e mancanza di supporto sociale. I fattori esterni sembrano esercitare la loro influenza in particolare sull'esordio dei primi episodi depressivi mentre, man mano che il disturbo progredisce, le crisi appaiono sganciate da fattori ambientali. Poiché la maggior parte degli individui esposti ad avversità ambientali non sviluppa depressione, è probabile che le circostanze esterne svolgano funzione patogenetica solo in soggetti con predisposizione a sviluppare la patologia depressiva.

Stressor fisici

È noto che alcune malattie e l'assunzione di farmaci o sostanze possono precedere l'insorgenza di un episodio depressivo. Anche questi fattori, come quelli ambientali, non rappresentano vere e proprie "cause" in grado di produrre ex novo una patologia, ma fattori che ne facilitano l'insorgenza in soggetti predisposti.

Dallo stress alla malattia

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni (stressor) del mondo esterno che è fisiologica, ma può anche assumere carattere patologico.

Gli studi sullo stress hanno sviluppato una teoria delle modificazioni psichiche e biologiche della "reazione di stress", chiarendone le caratteristiche di adattamento e applicandola più specificamente allo studio delle manifestazioni nell'uomo.

Definizione e prima formulazione del concetto di stress

Il termine "stress" è stato introdotto in medicina da Selye nel 1936. Egli ha definito "Sindrome generale di adattamento" la somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito a prolungata esposizione ad uno stress. Tale Sindrome è organizzata in tre fasi successive:

- la prima, di allarme, in cui sono mobilitate le difese dell'organismo;
- la seconda, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare l'evento stressante;

- la terza, di esaurimento, che subentra quando l'esposizione all'evento stressante si protrae in modo abnorme, l'organismo non riesce a mantenere così a lungo lo stato di resistenza e si producono patologie difficilmente reversibili e, nei casi estremi, la morte. L'importanza della teoria di Selye è dovuta al fatto che per la prima volta viene stabilita una relazione tra stimoli esterni pericolosi o minacciosi e reazione interna dell'organismo. Inoltre è stabilito che la reazione di stress è una reazione uguale di fronte a stimoli di diverso tipo e che il suo significato è di adattamento e difesa dell'organismo, ma che, in determinati casi, può dare origine a patologie.

Il ruolo dell'attivazione emozionale

Negli anni successivi, tra il 1960 e il 1970, le ricerche sullo stress si sono intensificate e tra gli Autori che si sono occupati dell'argomento John Mason, uno studioso americano, ha portato un contributo rilevante. In primo luogo ha chiarito il ruolo dell'attivazione emozionale: attraverso ricerche, prima sulle scimmie e poi sull'uomo, ha dimostrato che la produzione di ormoni da parte della ghiandola surrenale a seguito della stimolazione dell'ipofisi (attivazione dell'asse ipofiso-corticosurrene), caratteristica dello stress, è determinata non dalla semplice esposizione allo stimolo stressante, ma dalla *reazione emozionale indotta dallo stimolo stesso*.

La sequenza quindi è: stimolo → reazione emozionale → produzione ormonale.

Inoltre le ricerche della sua équipe hanno dimostrato che la reazione di stress non coinvolge solo gli ormoni dell'asse ipofisi-corticosurrene, ma determina una "risposta multi-ormonale", il cui significato è quello di determinare un miglior adattamento dell'organismo a condizioni particolari di richiesta ambientale e quindi favorire la sopravvivenza dell'organismo stesso.

Modello cognitivo dello stress

Dopo le prime ricerche tese ad esplorare e studiare a fondo la reazione di stress dal punto di vista biologico, fisiologico e patologico, negli anni '60 è cresciuta l'attenzione verso gli aspetti più puramente psicologici e le indagini, prima condotte prevalentemente su animali di laboratorio, hanno cominciato ad essere svolte sull'uomo. Alcuni studi hanno evidenziato che individui diversi reagiscono allo stesso stimolo stressante con risposte assai diverse. Questo ha indotto a supporre che prima dell'attivazione emozionale e la successiva reazione, lo stimolo sia elaborato dal sistema nervoso centrale e acquisisca, quindi, una specifica coloritura emozionale.

Lo stesso suono, ad esempio un rintocco di campana, potrà suscitare gioia, allarme o tristezza secondo le differenti caratteristiche di valutazione che ogni singolo soggetto può darne.

E' cioè importante il *significato* che lo stimolo assume per l'individuo e la risposta è influenzata da almeno due tipi di caratteristiche: entità oggettiva dello stimolo e significato che lo stimolo ha per il singolo soggetto.

Specificità e aspecificità delle reazioni individuali

Un problema spesso discusso è se la reazione di stress sia simile in vari individui (*risposta aspecifica*) o se sia variabile e con caratteristiche diverse secondo lo stimolo e l'individuo (*risposta specifica*).

In linea di massima, maggiore è la gravità oggettiva dello stimolo, minore è il peso che riveste la valutazione individuale. Basti pensare, ad esempio, alla reazione di stress in caso di terremoto o attentato: le reazioni individuali sono generalmente molto simili in tutti gli individui poiché l'elevata gravità oggettiva della situazione, che comporta minaccia per la vita, lascia poco margine alla variabilità dei processi di valutazione individuale. Di conseguenza saranno aspecifiche la reazione emozionale (terrore), il comportamento messo in atto (fuga, ricerca di un riparo) e l'insieme delle risposte biologiche tipiche della reazione di stress.

Di fronte, invece, agli stimoli di gravità oggettiva minore, come avviene nella maggior parte dei casi, la variabilità individuale è maggiore e le reazioni di stress tendono ad essere più specifiche.

Dallo stress alla malattia

Il rapporto tra stress e rischio di malattia è stato al centro di numerose indagini, in particolare in campo umano. Le ricerche finora condotte hanno permesso di delineare alcune caratteristiche in cui la reazione di stress rappresenta un fattore di rischio per l'organismo.

Stress e rischio di malattia

Nel linguaggio comune il termine "stress" ha connotazione negativa. In realtà bisogna tenere presente che la reazione di stress serve oggi, com'è servita per millenni, ad ogni organismo per adattarsi plasticamente all'ambiente e alle sue richieste. L'attivazione biologica e comportamentale dello stress è quindi un evento naturale che rientra nei meccanismi della vita.

La reazione di stress “ottimale” è rappresentata da condizioni di attivazione e disattivazione rapida, d'intensità che di rado raggiunge livelli eccessivi e che è limitata nel tempo.

Alterazioni di tali caratteristiche determinano l'aumento del rischio di malattia e se ne possono individuare quattro tipologie: stress acuto d'elevata intensità, stress con blocco dell'azione, stress cronico e stress con inibizione della reazione.

Stress acuto d'elevata intensità

Le reazioni acute di stress innescate da stimoli fisici, psichici o sociali, come si è detto, hanno finalità fondamentalmente di adattamento. E' possibile che talune, in condizioni acute e particolarmente intense, possano determinare reazioni patologiche, specie in organismi predisposti o a rischio.

In campo clinico un esempio sono le ulcere gastriche acute da stress, osservate in soggetti con estese ustioni e traumi. Altro esempio è costituito da situazioni in cui la reazione acuta di stress agisce come fattore scatenante di alcuni casi d'infarto del miocardio in sistemi cardiovascolari già di per sé biologicamente a rischio.

Stress con blocco dell'azione

La reazione ottimale di stress è caratterizzata dall'attivazione di reazioni comportamentali e biologiche finalizzate alla neutralizzazione dell'evento stressante.

In determinati casi può essere presente l'attivazione, ma è impossibile agire contro l'evento stressante. In tali casi si ha la reazione di stress, ma il *blocco dell'azione*. È una condizione frequente nell'uomo ed è uno dei fenomeni più largamente studiati in medicina psicosomatica. I principali modelli interpretativi delle cause di malattie psicosomatiche hanno sottolineato che l'impossibilità a reagire apertamente svolge un ruolo importante sul rischio di malattia. Molti studi hanno dimostrato che il blocco della reazione determina iperattivazione della risposta di varie funzioni fisiologiche tra cui, ad esempio, la tensione muscolare, la reattività di vari parametri endocrini, la pressione arteriosa, la secrezione acida gastrica.

Tali fenomeni sono ritenuti alla base di patologie psicosomatiche tipiche quali gastrite, ulcera peptica, cefalea.

Stress cronico

Lo stress cronico si ha quando l'esposizione all'evento stressante prosegue nel tempo causando, dopo l'allarme e la resistenza, l'esaurimento della capacità di reazione dell'organismo.

Stress con inibizione della reazione

Il quarto tipo di condizione si basa sull'ipotesi che, in un organismo in cui sia inibita la reazione, uno stress acuto produca effetti più potenti e deleteri rispetto a quelli prodotti in un organismo "allenato" allo stress. Studi sperimentali su animali hanno, in effetti, mostrato che, quando un organismo è eccessivamente "protetto" dalle normali stimolazioni stressanti, la risposta a stressor anche di moderata entità risulta anomala, con difficoltà ad impostare una reazione di lotta/fuga adeguata.

Nell'uomo condizioni simili possono essere prodotte da caratteristiche di personalità in cui il soggetto organizza uno stile di vita che evita il più possibile eventi stressanti e ne filtra o minimizza l'impatto emozionale. Se da una parte tale organizzazione presenta aspetti chiaramente protettivi, dall'altra espone il soggetto a maggiori e più devastanti effetti quando l'evento stressante ha un'intensità tale da superare i meccanismi psicologici di difesa.

Possiamo quindi concludere affermando che, quando si verificano le condizioni sopra descritte, la reazione di stress perde il suo significato funzionale di adattamento e diventa fonte di rischio per la salute fisica e mentale dell'uomo.

Aspetti clinici, terapeutici e sociali dei disturbi dell'umore

E' possibile individuare alcune caratteristiche dei disturbi dell'umore che permettono d'identificarne vari sottotipi.

Periodicità

La ricorrenza, cioè la tendenza a presentarsi periodicamente, è da sempre considerata caratteristica peculiare dei disturbi dell'umore. Circa il 70% dei pazienti con tali disturbi, quando giunge all'osservazione dello specialista, ha già sofferto di almeno due episodi maggiori, mentre una percentuale ancora più alta ha presentato episodi minori di breve durata risolti spontaneamente.

Nel valutare la periodicità occorre tener conto di diversi fattori, tra cui la durata del singolo episodio, il tempo che intercorre tra le ricadute, le modalità di successione delle

diverse fasi della malattia, la comparsa di ciclicità rapida o continua, la tendenza alla cronicità.

La durata di ciascun episodio è variabile da caso a caso, ma tende ad essere relativamente costante nello stesso paziente. Essa non è chiaramente correlata con la gravità degli episodi stessi: in alcuni pazienti questi sono brevi ed attenuati, come ad esempio avviene nel disturbo ciclotimico, in altri egualmente brevi, ma gravi, in altri ancora sono intensi e di lunga durata, con tendenza a diventare cronici. Questi ultimi sono riportati soprattutto nella letteratura classica e sono precedenti l'introduzione dei trattamenti con farmaci.

Il tempo che intercorre tra un episodio e l'altro, detto "intervallo libero", varia considerevolmente, oscillando da qualche ora fino ad alcuni decenni. È stato rilevato che la durata di tale intervallo in genere tende ad una spontanea e graduale riduzione nelle fasi iniziali della malattia, per poi stabilizzarsi dopo un certo numero di ricadute.

Ciclicità e ricorrenza rappresentano caratteristiche indipendenti dalla gravità dei sintomi del singolo episodio, mentre esiste una relazione tra numero degli episodi e prognosi. In alcuni pazienti con disturbo bipolare I o II la frequenza di ricadute è particolarmente elevata fino a raggiungere o superare le quattro per anno. Tale decorso, detto a cicli rapidi, ha in genere un'evoluzione cronica e risponde poco alla profilassi con gli stabilizzatori.

Prognosi

L'evoluzione dei disturbi dell'umore appare indipendente dalla gravità delle fasi di malattia. Pazienti con gravi episodi di depressione e di mania possono rispondere in maniera rapida e completa agli interventi terapeutici, con ritorno ad un buon adattamento nelle fasi d'intervallo libero, quando cioè non sono presenti sintomi.

Al contrario alcune forme attenuate possono essere resistenti ai trattamenti ed avere un'evoluzione cronica. In quest'ultimo caso non è raro il riscontro di un marcato disadattamento sociale, con problematiche interpersonali e relazionali.

La prognosi dipende dal tipo di decorso ed è infausta soprattutto in presenza di ciclicità rapida e continua. L'esito sfavorevole può essere conseguente ad errori diagnostici o al persistere di sintomatologia residua dopo la risoluzione dell'episodio maggiore oppure a scarsa disponibilità del paziente a seguire con regolarità il trattamento farmacologico.

La presenza di problemi in ambito psicologico e sociale può facilitare la comparsa di nuovi episodi, soprattutto di tipo depressivo, avviando in tal modo un circolo vizioso negativo.

Problemi terapeutici

Fino a circa sessant'anni addietro i trattamenti con farmaci dei disturbi dell'umore costituivano meri palliativi. I primi antidepressivi, quelli di seconda e terza generazione e la profilassi delle ricadute hanno modificato radicalmente le potenzialità terapeutiche.

La realtà clinica dei disturbi del tono dell'umore è comunque molto complessa ed è necessario adattare la strategia terapeutica ad ogni singolo caso, in riferimento al tipo di antidepressivo da utilizzare e alle modalità e tempi di somministrazione, così come avviene nel trattamento di pazienti con altre patologie quali ipertensione, diabete, cardiopatie.

E' necessaria una corretta diagnosi ed un'accurata indagine sull'eventuale presenza di episodi precedenti. Nel caso di un episodio depressivo il riscontro, nella storia del paziente, di fasi ipomaniacali ha notevole valore diagnostico e determina differenti priorità e strategie terapeutiche.

Ad esempio, nelle depressioni unipolari è opportuno prescrivere antidepressivi a dosi adeguate e per un periodo di tempo sufficientemente lungo anche dopo la risoluzione del quadro clinico, per evitare una precoce riattivazione della sintomatologia.

Invece nelle forme bipolari l'uso di antidepressivi deve esser molto più cauto perchè può indurre stati misti, facilitare o accelerare il passaggio verso fasi maniacali e aggravare la successiva evoluzione del disturbo.

La distinzione delle forme unipolari da quelle bipolari è importante soprattutto quando occorre programmare una terapia a lungo termine.

Nelle unipolari, infatti, la prevenzione delle recidive abitualmente si attua prolungando la somministrazione degli antidepressivi.

Nelle bipolari, invece, il trattamento d'elezione è costituito dagli stabilizzatori del tono dell'umore: sali di litio, carbamazepina ed acido valproico.

Conseguenze sociali e individuali

I disturbi dell'umore rappresentano oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Si calcola che circa il 12% della popolazione vada incontro, nel corso della vita, ad almeno un episodio depressivo. La depressione costituisce, inoltre, una delle più

frequenti cause di consultazione medica ed è al quarto posto nella classifica delle diagnosi dopo l'ipertensione, il diabete e le bronchiti.

La forma bipolare è più invalidante di qualsiasi altra patologia cronica, ad eccezione dell'infarto del miocardio e comporta cospicui costi per la società in termini di perdita di giornate lavorative e di spese sostenute per farmaci, visite mediche ed ospedalizzazioni.

Si tratta di una patologia che, anche nelle forme più lievi, determina alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita. In questi pazienti le percentuali di divorzio e di perdita di posizioni lavorative acquisite sono superiori a quelle della popolazione generale. Durante gli episodi maniacali non sono rari comportamenti impulsivi e decisioni non ponderate che, oltre ad essere distruttive per la stabilità economica e familiare, possono provocare conseguenze legali. Frequenti e gravi sono anche le complicanze, quali l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, ed il rischio di suicidio, stimato, almeno nelle forme bipolari, circa 30 volte superiore a quello della popolazione generale.

La maggior parte delle persone che soffrono di disturbi dell'umore non ricerca un trattamento: come già sottolineato in precedenza, solo circa un quarto giunge all'osservazione dello psichiatra e riceve cure adeguate.

Il problema della diagnosi è in rapporto alla natura dei disturbi. Il tono affettivo rappresenta una parte essenziale della vita e dell'identità di ogni persona e la distinzione tra oscillazioni normali ed espressioni lievi o moderate di malattia è spesso difficile.

Non di rado l'origine dei sentimenti melanconici è attribuita a fattori esterni ed anche le fasi maniacali spesso non sono interpretate come condizione morbosa, ma come espressione di tendenze antisociali, d'insufficiente senso di responsabilità, di ridotte capacità di autocontrollo e di scarso senso morale.

Conclusioni

La molteplicità dei quadri clinici, le diverse varietà di sintomi e i differenti tipi di decorso ed evoluzione generano non poche difficoltà d'inquadramento diagnostico. Le manifestazioni tipiche della depressione e della mania sono facilmente riconoscibili, mentre difficoltà s'incontrano nelle forme attenuate ad esordio precoce e ad andamento

cronico, talora difficilmente distinguibili dalle fisiologiche reazioni agli eventi e dai disturbi di personalità.

Lievi oscillazioni dell'umore, in senso depressivo o maniacale, sono spesso interpretate come processi di adattamento, raramente sono percepite come patologiche e, di conseguenza, non viene attuato alcun intervento terapeutico.

Problematica è anche l'interpretazione di sintomi depressivi conseguenti a circostanze di vita avverse, soprattutto in relazione ad eventi di perdita. La maggior parte degli individui esposti a tali eventi non sviluppa la malattia, mentre ciò è possibile in soggetti "strutturalmente" predisposti.

Si può dunque affermare che la probabilità che un evento determini un disturbo dell'umore è legata alla presenza di una predisposizione costituzionale. Infatti la percentuale di soggetti che, esposti a fattori esterni stressanti, cadono in depressione non supera il 10%, valore sovrapponibile al rischio di depressione indipendentemente da eventi traumatici della vita.

Precedenti episodi depressivi costituiscono un fattore di rischio di "malattia" assai più rilevante rispetto alle caratteristiche degli eventi stressanti e del contesto sociale in cui si verificano.

Il decorso della depressione

L'evoluzione dei disturbi dell'umore può essere valutata facendo riferimento a tre parametri: il rischio di recidive, la frequenza di cronicizzazione e l'adattamento sociale negli intervalli liberi, in cui il disturbo non è presente.

Per quanto riguarda le recidive, nelle depressioni unipolari il 70-75% delle fasi acute, se adeguatamente trattate, si risolve entro due-tre mesi. Percentuali più basse possono essere dovute ad una maggior gravità dei sintomi, alla concomitanza di patologie mediche e ad un inadeguato supporto sociale. Scarsamente influenti appaiono invece l'età dei soggetti o la presenza di particolari manifestazioni psicopatologiche. Dopo la risoluzione dell'episodio, tuttavia, il rischio di recidive è piuttosto alto poiché circa la metà dei pazienti andrà incontro, spesso entro un anno, ad una nuova crisi depressiva.

Per quanto riguarda le forme bipolari, in cui sono presenti fasi depressive alternate a fasi maniacali, le recidive sono molto frequenti (oltre il 75%) e multiple (possono essere superiori ad otto nella vita del paziente). Se non si considerano soltanto le fasi maniacali

o depressive piene, ma anche le oscillazioni dell'umore di moderata intensità, la percentuale di pazienti bipolari che mantengono continuamente lo stato di eutimia, cioè di tono dell'umore né troppo alto né troppo basso, per cinque anni è solo del 20% circa.

Complessa risulta l'analisi dei dati relativi alla frequenza di evoluzione cronica. Alcuni studi, infatti, sono stati condotti in epoca prefarmacologica, altri dopo l'introduzione delle cure per l'episodio acuto, altri ancora includono pazienti in trattamento con stabilizzatori del tono dell'umore. La definizione di cronicità, inoltre, non è omogenea: per alcuni autori consiste nella persistenza della sintomatologia per un determinato periodo, mentre per altri comprende anche i soggetti che hanno ricadute multiple relativamente ravvicinate. Facendo riferimento agli studi che adottano una definizione omogenea di cronicità, cioè la persistenza della sintomatologia per più di due anni, la variabilità oscilla tra il 6% e l'11%.

Un'adeguata valutazione dell'esito a lungo termine deve considerare anche la qualità di vita del paziente. Gli indicatori più fedeli sono l'adattamento sociale negli intervalli tra le crisi e le conseguenze lavorative e sociali che gli episodi, con il loro ripetersi, possono provocare. Gli studi in proposito hanno evidenziato che globalmente il 20-30% dei pazienti con patologia bipolare ha difficoltà di rilievo in ambito relazionale e occupazionale in conseguenza del disturbo. Un vero e proprio deterioramento è riscontrabile solo nel 15% dei casi, con picchi più elevati nei soggetti anziani. Anche la depressione maggiore ricorrente e la distimia possono provocare importanti conseguenze sul piano sociale e lavorativo: rispetto alla popolazione generale, chi ne soffre ha maggiori difficoltà nella vita di relazione, dedica minor tempo alle attività ludiche ed è più spesso dipendente economicamente.

Le osservazioni più recenti, inoltre, indicano che i disturbi unipolari causano un grado di disabilità superiore rispetto alle più importanti malattie organiche, quali l'ipertensione, il diabete, l'artrite e le patologie polmonari.

Confrontati con l'infarto del miocardio, sono meno invalidanti per quanto riguarda i giorni trascorsi a letto, le limitazioni fisiche e le capacità lavorative, ma determinano con maggior frequenza la perdita del ruolo sociale raggiunto.

Le conseguenze sociali negative sono presenti anche quando le manifestazioni depressive sono "sottosoglia", cioè con sintomi meno gravi: le disfunzioni sono

superiori a quelle dell'ipertensione e del diabete in termini di giorni di malattia, capacità lavorativa e necessità di ricorrere alle strutture sanitarie. Nei pazienti con sintomatologia attenuata sono stati inoltre evidenziati un elevato rischio di tentativi di suicidio e una valutazione negativa delle proprie condizioni di vita.

L'analisi degli studi presenti in letteratura consente d'individuare alcune variabili cliniche in grado di condizionare la prognosi dei disturbi dell'umore.

Nelle forme bipolari l'evoluzione è sfavorevole se sono presenti altre patologie fisiche o psichiche, abuso di alcool o sostanze, fallimento di precedenti terapie, scarsa adesione alle cure e inadeguato supporto sociale e lavorativo. Nelle forme unipolari la prognosi è peggiore in presenza di distimia, di altre patologie mediche, di scarsa collaborazione del paziente nell'eseguire correttamente la cura, di conflitti familiari e in mancanza di un valido supporto sociale.

I diversi tipi di depressione

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 per tempi non 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 degli eventi esterni.

Il disturbo determina un'evidente compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e interpersonale.

Il tema della distimia sarà ripreso e approfondito in un capitolo successivo.

Depressioni unipolari e bipolari

E' importante, quando è presente una depressione, distinguere tra la forma unipolare e quella 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.

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 sarà ripreso e approfondito in un capitolo successivo.

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 di un disturbo d'ansia: si tratta, quindi, di una condizione di comorbidità, 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 ne 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.

A volte 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 di un Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD).

Depressione reattiva

Si tratta di depressioni con esordio strettamente collegato ad avvenimenti di notevole impatto emotivo, da cui chiaramente deriva l'abbassamento del tono dell'umore.

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.

Secondo la descrizione 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.

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 complementare e va sottolineato quello svolto dalla predisposizione individuale allo sviluppo dei sintomi depressivi.

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 (cardiopatia, 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".

La strategia terapeutica consiste nel curare il quadro medico di base e, se la sintomatologia depressiva permane anche dopo la stabilizzazione della condizione internistica, nell'iniziare la terapia antidepressiva.