



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

# FLORE

## Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

### La depressione

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

*Original Citation:*

La depressione / C. Macchi. - STAMPA. - (2011), pp. 9-36.

*Availability:*

This version is available at: 2158/774074 since:

*Publisher:*

Pensa

*Terms of use:*

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

*Publisher copyright claim:*

(Article begins on next page)

## CAPITOLO I

### **La Depressione**

*Claudio Macchi*

#### **I.1. *La Depressione nella storia e nell'arte***

Il termine depressione deriva dalla parola latina “depressus”, participio passato di “deprimere”, composta dalla particella “de” e “premere” (pigiare, calcare, fig. abbattere).

La depressione, almeno quella che potremmo chiamare “fisiologica” è un'esperienza connaturata all'essere umano e rappresenta una delle modalità affettive con cui l'uomo si relaziona col mondo e con le sue avversità, delusioni, perdite. Un qualsiasi cambiamento, equivale a lasciare il noto per l'ignoto e quindi comporta sentimenti di depressione per la perdita e di ansia per il futuro. Vivere significa affrontare continuamente cambiamenti e quindi è sempre presente il rischio di passare dalla depressione fisiologica a quella patologica.

Il confine tra normalità e patologia è sempre in agguato, mal delimitabile, almeno nelle prime fasi. È necessario distinguere la normale reazione alla perdita di una persona cara o ad una grave frustrazione, dalla malattia, che si differenzia per durata, quantità e sproporzione rispetto alla causa scatenante. Il lutto scioglie il legame con la persona o con un ideale non raggiunto, perso, e diventa un ricordo che non impedisce il recupero di nuovi rapporti affettivi e di nuovi investimenti nella realtà; per un certo periodo il lutto coincide con la depressione, per poi lasciare il posto alla realtà e al proprio desiderio di sopravvivenza, che prendono il sopravvento e permettono di continuare a guardare al futuro. Quando i sintomi non hanno un evento scatenante o persistono per troppo tempo, con perdita di autostima, diversa considerazione e collocazione nel tempo e nello spazio e si percepisce l'impossibilità ad uscire da questa situazione di sofferenza, si può parlare di patologia.

La malattia è conosciuta fin dall'antichità e descritta come un'anomalia rispetto alla normalità: un insieme di comportamenti o modulazioni affettive che nei tempi più recenti hanno preso il nome di melanconia, depressione reattiva, distimia, nevrosi depressiva, depressione cronica, depressione endogena o maggiore, depressione mascherata, senile, organica ed infine di depressione atipica, di valenze ciclotimiche o bipolari.

Forse la prima descrizione della malattia depressiva è quella che nell'Iliade Omero fa di Bellerofonte: *"...ma quando viene in odio agli Dei, Bellerofonte solo e consunto di tristezza errava pel campo acheio l'infelice e l'orme dei viventi fuggia con l'abbandono degli Dei si spegne il coraggio e la forza di vivere ed è il vuoto assoluto, la tristezza divorante in cui l'eroe si dibatte e si logora"*; allo steso modo Plutarco, parlando di Antioco, innamorato della matrigna, scrive: *"...ogni minimo malessere è ingrandito dagli spettri pensosi della sua ansietà, guarda se stesso come un uomo che gli Dei odiano, il medico o l'amico consolatore vengono allontanati, siede fuori dalla porta avvolto in stracci. Di tanto in tanto si trascina nello sporco e confessa questo o quel peccato. Vegli o dorma è inseguito dagli spettri della sua angoscia, sveglio non fa uso della ragione, addormentato non ha tregua delle sue paure. In nessun luogo trova scampo dai terrori immaginari"*.

Anche Seneca, nel De Tranquillitate Animi rispondendo a Quinto Sereno cita: *"...Il male che ci tormenta non è nel luogo in cui ci troviamo, ma è in noi stessi. Noi siamo senza forze per sopportare una qualsiasi contrarietà, incapaci di tollerare il dolore, impotenti a gioire delle cose piacevoli, sempre scontenti di noi stessi"*; analogamente Petrarca, nel Secretum: *...tutto è aspro, cupo, orrendo: la disperazione trasforma il giorno in notte d'inferno e costringe a nutrirci di lacrime e di dolore con un non so che di una voluttà tanto che a malincuore se ne distoglie"*.

Come non ricordare poi, la famosa incisione di Durer, "la Melanconia", nella quale si intravede il dolore paralizzante del depresso. Tutto, nella incisione di Dürer, è sospeso nello spazio e nel tempo, è in posizione di equilibrio instabile, è contrapposto fra due stati dell'essere, fra due possibilità.

Il personaggio malinconico in primo piano, probabilmente non sa come fare per dare un senso alla sua esistenza e lavorare su quell'oggetto così strampalato che rappresenta la sua stessa natura. In terra ci sono tutti gli strumenti necessari ma, con lo sguardo perso nel vuoto, non riesce a trovare l'energia e la giusta intuizione per usarli; è il pre-

ludio dell'insuccesso e della disfatta. La stessa cometa che si tuffa nel mare, il cane affamato e malinconico, lo stato d'usura della mola su cui è seduto il puttino alato, la consumazione del compasso, e tanti altri particolari, descrivono la fase di stallo che precede la tragedia.

Infine chi ha veduto anche per una sola volta l'urlo di Munch non può non percepire l'agoscia che il depresso è in grado di comunicare.

È anche vero che come disse Agrippa *“spesso melanconici incolti, sciocchi, irresponsabili (come leggiamo essere stati Esiodo, Ione, Timnico Calcediense, Omero e Lucrezio), presi improvvisamente da questo furore, e divenire grandi poeti e trovare meravigliosi e divini carmi, che essi stessi, a stento comprendono.*

Il che ci ricorda la caratteristica bipolare di molti episodi depressivi.

## **I.2. Definizioni e Classificazioni**

Nel 1846 fa lo psichiatra Esquirol descrisse la depressione nel seguente modo: *“...afflitto da un torpore che impedisce di pensare, una lassità generale che impedisce di agire, abbandona le occupazioni, trascura la famiglia e il lavoro, è indifferente agli affetti, matura idee nere; disperato per la propria nullità che è convinto di non poter superare, desidera la morte che a volte anche si dà”.*

Freud definì la melanconia o depressione endogena o maggiore come un profondo e doloroso scoramento, un venir meno all'interesse per il mondo esterno, perdita delle capacità di amare, inibizione di fronte a qualsiasi attività, avvilitamento del sentimento di sé che si esprime in autorimprovero o autoingiurie e culmina in un grandioso senso di colpa con l'attesa delirante di una punizione.

Breuler invece descrisse la Depressione reattiva nel modo seguente: *“attenuatasi la dolorosa disperazione sulla propria disgrazia, riasciugate le lacrime, quando il peggio sembra superato, lo sventurato si ritrova come impietrito, non ha più gli interessi di prima, niente più lo può rallegrare e avvincere, i familiari gli sono indifferenti, la vita ha perduto ogni attrazione, le percezioni hanno perso rilievo e plasticità”.*

La classificazione delle malattie mentali ha da sempre rappresentato fonte di controversie sia per la mancanza di conoscenze eziopatogenetiche esaustive e condivise dalla comunità scientifica internazionale, che per la mancanza di precisi confini tra i vari disturbi, spesso sovrapposti. Il primo tentativo sistematico di inquadramento nosografico delle malat-

tie mentali si deve a Kraepelin che, all'inizio del '900, ne descrisse il decorso e la prognosi, oltre a proporre piani di terapia.

Per lungo tempo, le malattie mentali sono state suddivise in due grandi categorie, le "psicosi" e le "nevrosi":

- le psicosi erano identificate come condizioni caratterizzate da alterazione della personalità, della percezione del significato dell'esistenza, da un conflitto con la realtà non adeguatamente valutata, vissuta in funzione della sfera conoscitiva (percezioni, pensiero) e/o di quella timica (affettività, attività); inoltre, per definizione, doveva essere assente (o fortemente ridotta) la coscienza di malattia con compromissione più o meno importante dell'adattamento sociale;
- nelle nevrosi, invece, la personalità non è compromessa, il vissuto psicopatologico non interrompe la continuità del significato dell'esistenza ed il rapporto con la realtà è mantenuto; è presente la consapevolezza della natura morbosa dei disturbi e l'adattamento sociale è accettabile.

Molto semplicemente alle psicosi era attribuita un'origine somatica accertata (psicosi su base organica) o presunta (psicosi endogene), mentre le nevrosi potevano essere spiegate in termini di conflittualità interna (conflitti inconsci) ed esterna (rapporti con il mondo).

Oggi, soprattutto per l'influenza del pragmatismo americano che, in assenza di dati certi circa l'eziopatogenesi della patologia psichiatrica privilegia il criterio descrittivo, i due termini sono sostituiti dalla più generica dizione di "disturbo".

Nell'ambito dei disturbi dell'umore, nonostante le più accreditate definizioni e classificazioni, è spesso difficile parlare di malattie diverse e separate, poichè in molti casi esiste un continuum tra una forma e l'altra che varia a seconda della personalità, delle vicende personali e relazionali vissute specie durante l'infanzia oppure della qualità e quantità del deficit dei neuro-trasmettitori.

I principali sistemi classificativi in uso sono sostanzialmente due, la decima edizione dell'International Classification of Diseases (ICD-10)<sup>1</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la quarta edizione-Text Revised del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)<sup>2</sup> dell'American Psychiatric Association (APA) .

Solitamente si preferisce fare riferimento al DSM-IV-TR che è senza dubbio il sistema diagnostico-classificatorio più diffuso e conosciuto a livello internazionale.

### **I.3. Tipologie**

Il DSM-IV-TR<sup>2</sup> classifica i disturbi depressivi inserendoli all'interno della più vasta sezione dei disturbi dell'umore, costituita da tre aree:

#### **A) Episodi di alterazione dell'umore**

Non rappresentano, di per sé, categorie separate diagnosticabili, ma rientrano tra i criteri indispensabili per la diagnosi dei disturbi dell'umore.

- Episodio depressivo maggiore
- Episodio maniacale
- Episodio misto
- Episodio ipomanicale

#### **B) Disturbi dell'umore**

##### ***Disturbi depressivi (o "depressione unipolare")***

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo distimico
- Disturbo depressivo non altrimenti specificato

##### ***Disturbi bipolari***

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare non altrimenti specificato

##### ***Disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale***

##### ***Disturbo dell'umore indotto da sostanze***

##### ***Disturbo dell'umore non altrimenti specificato***

#### **C) Specificazioni per la descrizione del più recente episodio di alterazione dell'umore**

- lieve, moderato, grave;
- in remissione parziale o completa;
- cronico;
- con manifestazioni psicotiche;
- con manifestazioni catatoniche;
- con manifestazioni melanconiche;
- con manifestazioni atipiche;
- ad esordio nel postpartum.

### **e ulteriori specificazioni per la descrizione del decorso degli episodi ricorrenti**

- con o senza recupero completo interepisodico;
- ad andamento stagionale;
- a cicli rapidi.

### **A) Episodi di alterazione dell'umore**

#### **Episodio Depressivo Maggiore**

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, i criteri diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore sono i seguenti:

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

**nota:** non devono essere inclusi sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore:

1. **umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso);  
**nota:** Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile;
2. marcata **diminuzione di interesse o piacere** per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri);
3. significativa **perdita di peso**, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure **diminuzione o aumento dell'appetito** quasi ogni giorno;  
**nota:** nei bambini, si deve considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali;
4. **insonnia** o **ipersomnia** quasi ogni giorno;
5. **agitazione** o **rallentamento psicomotorio** quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);
6. **faticabilità** o **manca di energia** quasi ogni giorno;
7. sentimenti di **autosvalutazione** o di **colpa** eccessivi o inappro-

- priati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato);
8. **ridotta capacità di pensare o di concentrarsi**, o **indecisione**, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);
  9. **pensieri ricorrenti di morte** (non solo paura di morire), ricorrente **ideazione suicidaria** senza un piano specifico, o un **tentativo di suicidio**, o l'ideazione di un **piano specifico per commettere suicidio**.
- B. I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto.
- C. I sintomi causano **disagio** clinicamente significativo o **compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti**.
- D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., abuso di droghe o di un medicamento) o di una condizione medica generale (per es. ipotiroidismo).
- E. I sintomi non sono meglio giustificati da lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

### **Episodio Maniacale**

I criteri che definiscono gli Episodi Maniacali sono i seguenti:

- A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).

Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile):

1. **autostima ipertrofica** o **grandiosità**;
2. **diminuito bisogno di sonno** (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno);
3. maggiore **loquacità** del solito, oppure **spinta continua a parlare**;
4. **fuga delle idee** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
5. **distraibilità** (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti);

6. ***aumento dell'attività finalizzata*** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure ***agitazione psicomotoria***;
  7. ***eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose*** (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati);
- B. I sintomi non soddisfano i criteri per l'Episodio Misto.
- C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una ***marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali o da richiedere l'ospedalizzazione*** per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti ***manifestazioni psicotiche***;
- D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. abuso di droghe, un farmaco o altro trattamento) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo);
- Nota:** episodi simil-maniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

### **Episodio Misto**

I criteri che definiscono un Episodio Misto sono i seguenti:

- A. Risultano soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore (eccetto che per la durata), quasi ogni giorno, per almeno 1 settimana;
  - B. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche;
  - B. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. abuso di droga, un farmaco o un altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).
- Nota:** Gli episodi simil-misti chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

## Episodio Ipomaniacale

I criteri diagnostici per l'Episodio Ipomaniacale secondo sono i seguenti:

Un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura ininterrottamente per almeno 4 giorni, e che è chiaramente diverso dall'umore non depresso abituale.

Durante il periodo di alterazione dell'umore tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti ad un livello significativo (4 se l'umore è solo irritabile):

1. **autostima ipertrofica** o **grandiosa**;
2. **diminuito bisogno di sonno** (per es., sentirsi riposato dopo solo 3 ore di sonno);
3. maggiore **loquacità** del solito, oppure **spinta continua a parlare**; **fuga delle idee** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
4. **distraibilità** (cioè l'attenzione è facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti);
5. **aumento dell'attività finalizzata** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure **agitazione psicomotoria**;
6. **eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose** (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

L'episodio si associa ad un chiaro cambiamento nel modo di agire, che non è caratteristico della persona quando è asintomatica.

L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono osservabili dagli altri.

L'episodio **non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione in ambito lavorativo o sociale, o da richiedere l'ospedalizzazione e non sono presenti manifestazioni psicotiche.**

I sintomi non sono dovuti all'azione fisiologica diretta di una sostanza (per es., abuso di droghe, farmaco o un altro trattamento), o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

**Nota:** Episodi simil-ipomaniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per la diagnosi di Disturbo Bipolare II.

## **B) Disturbi dell'umore**

### ***Disturbi depressivi (o "depressione unipolare")***

#### **Disturbo Depressivo Maggiore**

Il principale criterio diagnostico per il disturbo depressivo maggiore (già definito con il termine di depressione grave o melanconia) è la presenza di uno o più episodi depressivi, in assenza di altri tipi di episodi di alterazione dell'umore.

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, i Criteri Diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore sono i seguenti:

- A. Presenza di uno (**disturbo depressivo maggiore, episodio singolo**) o più (**disturbo depressivo maggiore, ricorrente**) episodi depressivi maggiori;

**nota:** per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore.

- B. Gli episodi depressivi maggiori non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico NAS;

- C. Non è mai stato presente un episodio maniacale o misto o un episodio ipomaniacale;

**nota:** questa esclusione non viene applicata se tutti gli episodi simil-maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da farmaci, o rappresentano gli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Per il **Disturbo Depressivo Maggiore** si ricorre a diverse specificazioni:

- **gravità** attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psicotiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;
- **caratteristiche cliniche:** con manifestazioni catatoniche, con manifestazioni melanconiche, con manifestazioni atipiche;
- **caratteristiche di esordio:** con esordio nel postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);
- **caratteristiche di decorso:** con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale), cronico (sono risultati soddisfatti in

modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore che dura da almeno 2 anni).

Il disturbo depressivo maggiore può manifestarsi ad ogni età con età media di esordio intorno ai 25 anni<sup>2</sup>. Gli episodi spesso si verificano in conseguenza ad un grave evento psicosociale stressante. Il decorso può condurre, in circa due terzi dei casi, ad una completa risoluzione degli episodi depressivi che, in un terzo dei casi, non si risolvono o si risolvono solo parzialmente. In quest'ultima eventualità, sarà maggiore la probabilità di incorrere in ulteriori episodi, mantenendo un andamento con recupero interepisodico parziale. Il rischio di sviluppare, nel corso della vita, il disturbo depressivo maggiore varia dal 10% al 25% per le donne e dal 5% al 12% per gli uomini, mentre gli indici di prevalenza stimati negli adulti in campioni di comunità variano dal 5% al 9% per le donne e dal 2% al 3% per gli uomini, senza apparenti differenze per etnia, educazione, reddito o stato coniugale (APA, 2001)<sup>2</sup>.

Angst<sup>3</sup> riporta studi epidemiologici da cui emergono tassi di prevalenza nel corso della vita stimabili tra il 12% e il 17%.

I dati riportati da Judd e Kunovac<sup>4</sup> indicano che circa un adulto su cinque (17,7%) soffrirà di depressione maggiore nel corso della sua vita. Il disturbo depressivo maggiore è più comune tra i familiari di primo grado, con una frequenza di 1,5-3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale<sup>2</sup> ed è più comune nei parenti di primo grado dei soggetti con disturbo distimico. Nancy McWilliams<sup>5</sup> conferma l'evidenza che la depressione ricorra tra le famiglie; rimane ancora aperta la questione di quanto le tendenze depressive vengano trasmesse geneticamente e quanto sia invece il comportamento di genitori depressi a provocare reazioni distimiche nei figli. Il disturbo depressivo maggiore è associato ad una elevata mortalità. Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, fino al 15% dei soggetti che soffrono di disturbo depressivo maggiore grave muore per suicidio e, negli individui con più di 55 anni di età, la frequenza di morte aumenta di quattro volte rispetto a chi ha un'età inferiore<sup>2</sup>; inoltre, in un confronto tra soggetti osservati in ambiente medico generale, quelli con disturbo depressivo maggiore manifestano maggiori dolori e malattie fisiche<sup>2</sup>. Il disturbo depressivo maggiore è spesso preceduto da un disturbo distimico con una percentuale del 10% negli studi epidemiologici e del 15%-20% in quelli clinici. È stato stimato che, ogni anno, individui con solo disturbo distimico manifesteranno un primo episodio depressivo maggiore in circa il 10% dei casi<sup>2</sup>. Anche i soggetti con pato-

logie di particolare rilevanza clinica (neoplasie, diabete, cardiopatia ischemica, ictus) corrono un rischio più elevato, rispetto al resto della popolazione, di sviluppare in seguito il disturbo depressivo maggiore, fino al 20-25% dei casi. La presenza di condizioni mediche generali croniche costituisce, inoltre, un fattore di rischio per episodi depressivi maggiori più persistenti<sup>2</sup>.

Per una diagnosi differenziale si può escludere un disturbo depressivo maggiore se, nella storia del soggetto, sono presenti **episodi ipomaniacali** (che, senza episodi maniacali, indicano una diagnosi di disturbo bipolare II) **o maniacali e misti** (che, con o senza episodi ipomaniacali, suggeriscono una diagnosi di disturbo bipolare I)<sup>2</sup>.

Nel DSM-IV-TR, gli episodi depressivi maggiori devono inoltre essere differenziati da:

- **disturbi dell'umore secondari ad una** specifica patologia di tipo medico;
- **disturbi dell'umore indotti da sostanze** (stupefacenti, farmaci, sostanze tossiche);
- **disturbo distimico**, che si differenzia dal disturbo depressivo maggiore per gravità, cronicità e persistenza. L'umore depresso, che nel disturbo depressivo maggiore deve manifestarsi quasi ogni giorno in un periodo di almeno due settimane, nel disturbo distimico deve essere presente quasi ogni giorno per almeno due anni. Il disturbo distimico prevede inoltre sintomi depressivi cronici, presenti da molti anni e di minor gravità;
- **disturbo schizoaffettivo**, che, a differenza del disturbo depressivo maggiore, richiede la presenza di deliri o allucinazioni in assenza di sintomi depressivi rilevanti per un periodo di almeno due settimane. Bisogna ricordare, inoltre, che anche la schizofrenia, il disturbo delirante e il disturbo psicotico non altrimenti specificato possono presentare, in alcune fasi, una sintomatologia depressiva;
- **demenza**; nell'anziano infatti i sintomi cognitivi di tipo organico legati a questa patologia (come il disorientamento, l'apatia, le difficoltà di concentrazione e la perdita di memoria), possono essere difficilmente distinguibili da quelli che si manifestano nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore.

Per effettuare una corretta diagnosi è comunque necessaria un'accurata valutazione medica, che tenga conto dell'anamnesi, dell'esordio del disturbo e della progressione e durata dei sintomi (il declino cognitivo associato alla depressione maggiore solitamente è improvviso nel caso

del disturbo depressivo maggiore, lento e progressivo nelle sindromi demenziali).

Infine è importante distinguere la depressione maggiore da una **normale reazione al dolore** tenendo conto che quest'ultima persiste generalmente da due a sei mesi, migliora senza ricorrere ad uno specifico trattamento e raramente causa prolungate interferenze nell'attività lavorativa e nella vita sociale<sup>4</sup>.

### **Il Disturbo Distimico**

I criteri diagnostici per il disturbo distimico sono i seguenti:

- A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri, per almeno 2 anni.  
**nota:** nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile, e la durata deve essere di almeno 1 anno;
- B. Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi:
  - 1. scarso appetito o iperfagia;
  - 1. insonnia o ipersonnia;
  - 1. scarsa energia o astenia;
  - 1. bassa autostima;
  - 1. difficoltà di concentrazione;
  - 1. difficoltà nel prendere decisioni;
  - 1. sentimenti di disperazione.
- C. Durante i 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) la persona non è mai stata priva dei sintomi di cui ai criteri A e B per più di 2 mesi alla volta.
- D. Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un episodio depressivo maggiore; cioè il disturbo non è meglio inquadrabile come disturbo depressivo maggiore cronico, o disturbo depressivo maggiore, in remissione parziale.  
**nota:** prima dell'insorgere del disturbo distimico può esserci stato un episodio depressivo maggiore, purché seguito da una totale remissione (nessun segno o sintomo per 2 mesi). inoltre, dopo i primi 2 anni (1 anno per bambini o adolescenti) di disturbo distimico possono esserci episodi sovrapposti di episodio depressivo maggiore; in questo caso vengono poste entrambe le diagnosi se risultano soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo maggiore.
- E. Non è mai stato presente un episodio maniacale, misto o ipomania-

cale, né sono stati mai risultati soddisfatti i criteri per il disturbo ciclotimico.

- F. La malattia non si manifesta esclusivamente durante il corso di un disturbo psicotico cronico, come schizofrenia o disturbo delirante.
- G. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (ad es. abuso di droghe, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).
- H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

*Riguardo all'esordio può essere classificato:*

- **Ad Esordio Precoce:** esordio prima dei 21 anni
- **Ad Esordio Tardivo:** esordio a 21 anni o più tardi

L'esordio, nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta, con un decorso cronico è caratterizzato da familiarità prediligendo i consanguinei di primo grado di individui con lo stesso disturbo e con disturbo depressivo maggiore rispetto alla popolazione generale. Si stima<sup>2</sup> una incidenza del 3% ed una prevalenza del 6%; altri autori riportano una prevalenza che oscilla tra l'1% e il 4% nella popolazione adulta e tra il 6% e il 12% negli anziani<sup>6</sup>. Soggetti con disturbo distimico possono manifestare un disturbo depressivo maggiore, che, in gran parte dei casi, rappresenta l'elemento che conduce il soggetto a ricercare un aiuto terapeutico<sup>2</sup>; fino al 75% degli individui con disturbo distimico può sviluppare un disturbo depressivo maggiore entro cinque anni e nei casi in cui il disturbo distimico precede l'esordio del disturbo depressivo maggiore è minore la probabilità che si verifichi un completo recupero interepisodico spontaneo tra gli episodi depressivi maggiori ed aumenta il rischio di incorrere in episodi successivi più frequenti<sup>2</sup>.

Nei bambini e negli adolescenti la diagnosi è più difficile e i sintomi possono essere rappresentati, in alternativa a quelli tipici della depressione, da irritabilità, eccentricità, oltre che da bassa autostima, scarse capacità di integrazione sociale e pessimismo e deve manifestarsi per un periodo minimo di un anno. Nei bambini non sono state evidenziate differenze di genere ed è spesso compromessa la prestazione scolastica<sup>2</sup>.

Per la diagnosi differenziale Il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, sottolinea la distinzione tra:

- **disturbo depressivo maggiore;**
- **disturbi psicotici cronici** (per esempio, disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo delirante), che, frequentemente, presentano sintomi depressivi associati alla sintomatologia caratteristica. Nel caso in cui i sintomi si presentino solo nel decorso di un disturbo

psicotico (incluse le fasi residue) viene esclusa la diagnosi di disturbo distimico;

- **disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale**, in base alla anamnesi, alla visita medica, ai dati di laboratorio, se il disturbo dell'umore appare come la diretta conseguenza di una specifica condizione medica, generalmente cronica, con manifestazioni depressive, si può escludere la diagnosi di disturbo distimico;
- **disturbo dell'umore indotto da sostanze**, nel caso in cui una sostanza sia eziologicamente correlata al disturbo dell'umore;
- **disturbo di personalità**, che frequentemente coesiste con il disturbo distimico. In questi casi, se la sintomatologia soddisfa i criteri per il disturbo distimico e, allo stesso tempo, per il disturbo di personalità, vengono poste entrambe le diagnosi.

Secondo alcuni autori, anche le persone con **personalità narcisistica o masochistica** possono manifestare alcuni sintomi caratteristici del disturbo distimico<sup>5</sup>.

### **Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato**

Include i disturbi con manifestazioni depressive che non soddisfano i criteri per disturbo depressivo maggiore, distimico, dell'adattamento o con umore depresso o misto ad ansia (o sintomi depressivi sui quali siano disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie). Il più frequente dei disturbi appartenenti a questa categoria è quello disforico premestruale. Per poter fare diagnosi di questo disturbo devono essere presenti 5 o più sintomi di una serie, che comprende:

- umore marcatamente depresso, disperazione, autosvalutazione;
- ansia e tensione;
- labilità emotiva;
- rabbia od irritabilità;
- diminuito interesse per le attività usuali;
- difficoltà di concentrazione;
- sonnolenza e facile affaticabilità;
- cambiamenti marcati dell'appetito, iperalimentazione e ricerca compulsiva di alcuni cibi (soprattutto carboidrati e dolci);
- insonnia o ipersonnia;
- sensazione di essere sul punto di perdere il controllo;
- sintomi fisici: aumento del volume delle mammelle con dolore, gonfiore, aumento di peso, dolori articolari.

Almeno uno dei sintomi deve essere compreso tra i primi quattro. Inoltre, gli stessi devono essersi manifestati durante la settimana che precede la mestruazione nella maggior parte dei cicli mestruali dei precedenti 12 mesi. Tali sintomi sono sempre assenti nella settimana che segue le mestruazioni. L'intensità, ma non la durata, dei sintomi, sono di gravità paragonabile a quella del disturbo depressivo maggiore e devono causare un'evidente e marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo per il periodo in questione (compresi i litigi con coniuge, amici e familiari).

Almeno il 75% delle donne accusa cambiamenti isolati o minori premenstruali, un 20-50% soffre di "sindrome premenstruale" mentre il disturbo in questione colpirebbe il 3-5% delle donne.

### ***Disturbi Bipolari***

#### **Disturbo Bipolare I**

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, la caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare I è un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali o Misti.

Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più episodi depressivi maggiori.

Gli episodi di disturbo dell'umore indotto da sostanze o di disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale, non devono essere presi in considerazione per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Gli episodi, inoltre, non devono essere meglio spiegati da un disturbo schizoaffettivo né devono essere sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico NAS.

La ricorrenza è indicata dal passaggio di polarità dell'episodio (un episodio depressivo maggiore che evolve in un episodio maniacale o misto, o un episodio maniacale o misto che evolvono in un episodio depressivo maggiore) o da un intervallo asintomatico di almeno 2 anni tra gli episodi. Un episodio ipomaniacale che evolve verso un episodio maniacale o misto, oppure un episodio maniacale che evolve verso un episodio misto (o viceversa), vengono considerati come fasi dello stesso episodio.

Per il disturbo bipolare si ricorre a diverse specificazioni:

- natura dell'episodio attuale (o più recente);
- gravità attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psico-

tiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;

- caratteristiche cliniche: con manifestazioni catatoniche;
- caratteristiche di esordio: con Esordio nel Postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);
- caratteristiche dell'episodio depressivo maggiore attuale (o più recente se è l'alterazione dell'umore più recente): cronico (sono risultati soddisfatti in modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore per almeno gli ultimi 2 anni), con manifestazioni melanconiche, con manifestazioni atipiche;
- caratteristiche dell'andamento degli episodi: con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale (si applica soltanto all'andamento degli episodi depressivi maggiori), a cicli rapidi.

## **Disturbo Bipolare II**

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, le caratteristiche essenziali del Disturbo Bipolare II sono: un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi depressivi maggiori e da uno o più episodi ipomaniacali variamente alternati:

- A. Presenza (anche in anamnesi) di uno o più episodi depressivi maggiori;
- B. Presenza (anche in anamnesi) di almeno un episodio ipomaniacale;
- C. Non vi è mai stato un episodio maniacale o misto;
- D. I sintomi dell'umore di cui ai criteri A e B non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico nas;
- E. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Per il Disturbo Bipolare II si ricorre a diverse specificazioni:

- natura dell'episodio attuale (o più recente);
- gravità attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psicotiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;
- caratteristiche cliniche: con manifestazioni catatoniche;
- caratteristiche di esordio: con esordio nel postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);

- caratteristiche dell'episodio depressivo maggiore attuale (o più recente se è l'alterazione dell'umore più recente): cronico (sono risultati soddisfatti in modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore per almeno gli ultimi 2 anni), con manifestazioni melanconiche o manifestazioni atipiche;
- caratteristiche dell'andamento degli episodi: con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale (si applica soltanto all'andamento degli episodi depressivi maggiori), a cicli rapidi.

### **Disturbo Ciclotimico**

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, le caratteristiche essenziali del Disturbo Ciclotimico sono le seguenti:

- Per almeno 2 anni presenza di numerosi episodi ipomaniacali e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore.  
**nota:** nei bambini e negli adolescenti la durata deve essere di almeno 1 anno;
- Durante questo periodo di 2 anni (1 anno nei bambini e negli adolescenti), la persona non è mai stata senza i sintomi del criterio A per più di 2 mesi alla volta;
- Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un episodio depressivo maggiore, episodio maniacale o episodio misto.  
**nota:** dopo i primi 2 anni di disturbo ciclotimico (1 anno nei bambini e negli adolescenti) si possono sovrapporre episodi maniacali o misti (in questo caso si può porre doppia diagnosi di disturbo bipolare I e disturbo ciclotimico), o episodi depressivi maggiori (e in questo caso si può porre la doppia diagnosi di disturbo bipolare II e disturbo ciclotimico);
- I sintomi del criterio A non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico non altrimenti specificato;
- I sintomi non sono dovuti all'azione fisiologica diretta di una sostanza (per es. abuso di droghe, un medicamento), o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo);
- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromis-

sione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree del funzionamento.

### **Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato**

La categoria disturbo bipolare non altrimenti specificato include disturbi con caratteristiche bipolari che non soddisfano i criteri per nessuno specifico disturbo bipolare o i sintomi bipolari sui quali siano disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie. Tra gli esempi:

- alternanza molto rapida (nel giro di giorni) di sintomi maniacali e depressivi che non soddisfano i criteri di durata minima per un episodio maniacale o per un episodio depressivo maggiore;
- episodi ipomaniacali ricorrenti senza sintomi depressivi intercorrenti;
- un episodio maniacale o misto sovrapposto a disturbo delirante, schizofrenia residua o disturbo psicotico non altrimenti specificato;
- episodi ipomaniacali, assieme a sintomi depressivi cronici, che non sono così frequenti da giustificare una diagnosi di disturbo ciclotimico;
- situazioni nelle quali il clinico ha concluso che il disturbo bipolare è presente, ma non è in grado di determinare se sia primario, dovuto ad una condizione medica generale o indotto da sostanze.

### ***Disturbo Dell'umore Dovuto Ad Una Condizione Medica Generale***

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, i criteri diagnostici per il disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale sono i seguenti:

- A. Un'alterazione dell'umore rilevante e persistente predomina il quadro clinico, ed è caratterizzata da uno (o entrambi) dei seguenti:
  1. umore depresso o marcata riduzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività;
  2. umore elevato, espanso o irritabile;
- B. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.
- C. L'alterazione non è meglio inquadrabile in un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'adattamento con umore depresso in risposta

- all'evento stressante rappresentato dall'essere affetti da una condizione medica generale).
- D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.
- E. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. Specificare:
- con manifestazioni depressive: se l'umore predominante è quello depresso, ma non sono soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo maggiore;
  - con episodio simil-depressivo: se sono soddisfatti i criteri (eccetto il criterio D) per un episodio depressivo maggiore;
  - con manifestazioni maniacali: se l'umore predominante è elevato, espanso, o irritabile;
  - con manifestazioni miste: se sono presenti sia i sintomi della mania che della depressione, ma nessuno di essi è predominante.

### ***Disturbo Dell'umore Indotto Da Sostanze***

Secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, criteri diagnostici per il disturbo dell'umore indotto da sostanze sono i seguenti:

- A. Domina il quadro clinico una alterazione dell'umore rilevante e persistente, caratterizzata da uno (o entrambi) i seguenti sintomi:
1. umore depresso o marcata riduzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività;
  2. umore elevato, espanso o irritabile.
- B. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che:
1. i sintomi di cui al criterio A sono insorti durante o entro un mese dall'intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze;
  2. l'uso del farmaco è eziologicamente correlato al disturbo.
- C. Il disturbo non è meglio inquadrabile come disturbo dell'umore non indotto da sostanze. Le prove che i sintomi sono meglio inquadrabili come disturbo dell'umore non indotto da sostanze comprendono: i sintomi precedono l'inizio dell'uso della sostanza (o dell'uso del farmaco); i sintomi persistono per un sostanziale periodo di tempo (per es., circa un mese) dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave, oppure sono notevolmente in eccesso rispetto a quanto ci si attenderebbe dato il tipo o la quantità della sostanza usata o la durata dell'uso; oppure altre prove suggeriscono l'esistenza di

- un disturbo dell'umore indipendente non indotto da sostanze (per es., storia di ricorrenti episodi depressivi maggiori).
- D. Il disturbo non si presenta esclusivamente durante il corso di un delirium.
- E. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

## **B) Disturbi dell'umore**

### ***Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato***

Il disturbo dell'umore non altrimenti specificato viene incluso per codificare quei disturbi con sintomi dell'umore che non soddisfano i criteri per alcun disturbo dell'umore specifico, e per i quali non sia possibile distinguere tra disturbo depressivo non altrimenti specificato e disturbo bipolare non altrimenti specificato (per es., agitazione acuta).

### **C) Specificazioni per la descrizione del più recente episodio di alterazione dell'umore**

1. lieve, moderato, grave;
2. in remissione parziale o completa;
3. cronico;
4. disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche;
5. disturbo dell'umore con manifestazioni catatoniche;
6. disturbo dell'umore con manifestazioni melanconiche;
7. disturbo dell'umore con manifestazioni atipiche;
8. disturbo dell'umore con esordio nel post-partum.

### **Disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche**

I criteri diagnostici, per la specificazione di disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche (attribuibile all'episodio depressivo maggiore, all'episodio maniaco ed all'episodio misto, attuali o più recenti) sono i seguenti:

- A. Presenza di manifestazioni psicotiche:
1. congrue all'umore: deliri o allucinazioni il cui contenuto è completamente coerente con i tipici temi depressivi di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo o punizione meritata, o con i tipici temi maniacali di senso ipertrofico del proprio

valore, potere, sapere, identità, oppure relazioni speciali con una divinità o un personaggio famoso, o con i tipici temi maniacali o depressivi dell'episodio misto;

1. incongrue all'umore: deliri o allucinazioni il cui contenuto non coinvolge i tipici temi depressivi o maniacali (o entrambi nell'episodio misto): comprende sintomi come deliri persecutori (non direttamente correlati ai temi depressivi o grandiosi), inserzione del pensiero, trasmissione del pensiero e deliri di influenzamento.

### **Disturbo Dell'umore Con Manifestazioni Catatoniche**

I criteri diagnostici, per la specificazione "con Manifestazioni Catatoniche" (attribuibili ad Episodio Depressivo Maggiore, Episodio Maniacale, o Episodio Misto) devono includere un quadro clinico dominato da almeno 2 dei seguenti sintomi:

1. immobilità, come evidenziato da catalessia (inclusa la flessibilità cerea) o stupor;
  2. eccessiva attività motoria (apparentemente afinalistica e non influenzata da stimoli esterni);
  3. negativismo estremo (resistenza apparentemente immotivata a tutte le istruzioni, o mantenimento di una postura rigida che si oppone ai tentativi di essere mosso), o mutacismo;
  4. peculiarità dei movimenti volontari, come evidenziato dal mettersi in posa (assunzione volontaria di posture inappropriate o bizzarre), movimenti stereotipati, evidenti manierismi, o smorfie vistose;
1. ecolalia o ecoprassia.

### **Depressione Con Manifestazioni Melanconiche**

Per la specificazione di Manifestazioni Melanconiche che può essere applicata all'Episodio Depressivo Maggiore attuale (o più recente) che si manifesta nel corso di un Disturbo Depressivo Maggiore (singolo o ricorrente) o nel Disturbo Bipolare III vengono considerati:

- A. Uno dei seguenti sintomi, che si verifica durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:
  1. perdita di piacere per tutte o quasi tutte le attività;
  2. perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono);

- B. Tre (o più) dei seguenti sintomi:
1. una qualità particolare di umore depresso (cioè, l'umore depresso viene esperito come nettamente diverso dal tipo di sentimento provato dopo la morte di una persona amata);
  2. depressione regolarmente peggiore al mattino;
  3. risveglio precoce al mattino (almeno 2 ore prima del tempo di risveglio abituale);
  4. marcato rallentamento motorio o agitazione;
  5. anoressia significativa o perdita di peso;
  6. sentimenti di colpa eccessivi o inappropriati.

### **Disturbo Depressivo Con Manifestazioni Atipiche**

I criteri diagnostici, secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup>, per la specificazione di “manifestazioni atipiche” (attribuibili ad Episodio Depressivo Maggiore nel contesto del Disturbo Depressivo Maggiore o del Disturbo Bipolare I o II) sono i seguenti:

- A. Reattività dell'umore (cioè, l'umore si risolve in risposta ad eventi positivi attuali o potenziali);
- B. Due (o più) delle seguenti caratteristiche:
1. significativo incremento ponderale o aumento dell'appetito;
  2. ipersonnia;
  3. “paralisi plumbea” (cioè, sensazione di pesantezza o di avere le braccia e le gambe di piombo);
  4. un quadro duraturo di ipersensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una compromissione sociale o lavorativa significativa;
- C. Non risultano soddisfatti, durante lo stesso episodio, i criteri per episodi con con manifestazioni melanconiche o con manifestazioni catatoniche.

### **Ad Esordio nel Post-Partum** (nelle 4 settimane dopo il parto).

La depressione post-partum è una particolare forma di disturbo nervoso che colpisce alcune donne a partire dal 3° o 4° giorno seguente la gravidanza e che può avere una durata di diversi giorni, manifestandosi in qualche caso come depressione vera e propria, accompagnata talvolta da manifestazioni psicotiche.

Oltre il 70% delle madri, nei giorni immediatamente successivi al par-

to, manifestano sintomi leggeri di depressione, in una forma che il pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott ha denominato “**baby blues**”, con riferimento allo stato di melanconia (“blues”) che caratterizza il fenomeno. Si tratta quindi di una reazione piuttosto comune i cui sintomi includono crisi di pianto senza motivi apparenti, irritabilità, inquietudine ed ansietà che tendono generalmente a scomparire nel giro di pochi giorni. Ben più gravi e duraturi sono i sintomi della “depressione post-partum” che possono perdurare anche per un intero anno e che comprendono:

1. indolenza;
2. affaticamento;
3. esaurimento;
4. disperazione;
5. inappetenza;
6. insonnia o sonno eccessivo;
7. confusione;
8. pianto inconsulto;
9. disinteresse per il bambino;
10. paura di far male al bambino o a sè stessa;
11. improvvisi cambiamenti di umore.

La scienza medica non ha fornito ancora spiegazioni definitive riguardo alle cause del fenomeno, anche se alcuni imputano la “depressione post-partum” a cambiamenti ormonali, con un’alta incidenza nelle donne che accusano forti disturbi nella fase premestruale<sup>7,8,9</sup>. In realtà andrebbero considerati molti altri fattori di origine psicologica legati agli eventi immediatamente successivi al parto, come il cambiamento di ruolo della donna in ambito sociale, il timore per le sue imminenti responsabilità, il proprio aspetto fisico. La sintomatologia della depressione post-partum si può manifestare in forma lieve e scomparire nel giro di pochi giorni.

Le tipologie di quella che comunemente, ma non correttamente, viene chiamata “depressione post-partum” sono quindi essenzialmente tre:

1. Il baby blues
2. La depressione post-partum
3. La psicosi postpartum

### **Il babyblues**

Chiamato anche blues post-partum, si manifesta attraverso frequenti e prolungate crisi di pianto, stati di tristezza e di ansia e, sebbene sia

una condizione di disagio, tende a scomparire nell'arco di quindici giorni al massimo, non richiedendo particolari cure che non siano affidate al buonsenso, alla pazienza ed all'assistenza di coloro che circondano le donne che ne sono colpite. Si manifesta in un numero elevato di casi tra le neo-mamme, in una percentuale che supera il 70%.

#### **La depressione post-partum**

I sintomi sono quelli su riportati, che si manifestano in forme mutevoli per durata e per frequenza ma di intensità maggiore che non quelli del "babyblues". Il fenomeno è riscontrato in circa il 10% delle donne che hanno appena partorito, con un incremento del 30% se sono state colpite dalla stessa depressione, in occasione di un parto precedente. La percentuale sale sensibilmente in presenza di donne che hanno già manifestato in passato disturbi mentali di varia natura. La durata dei sintomi varia da qualche settimana ad un anno, con rischi di ricomparsa successiva.

#### *I.4. Ulteriori specificazioni per la descrizione del decorso degli episodi ricorrenti*

- Con o senza recupero completo interepisodico;
- ad andamento stagionale;
- a cicli rapidi.

#### **Criteri per l'andamento stagionale**

Può essere applicato all'andamento degli Episodi Depressivi Maggiori nel Disturbo Bipolare I, nel Disturbo Bipolare II o nel Disturbo Depressivo Maggiore Ricorrente. I criteri diagnostici per l'Andamento Stagionale secondo il DSM-IV-TR<sup>2</sup> sono i seguenti:

A. Vi è stata una relazione temporale regolare tra l'esordio degli episodi depressivi maggiori nel disturbo bipolare I, disturbo bipolare II o disturbo depressivo maggiore ricorrente ed un periodo particolare dell'anno (per es., regolare comparsa dell'episodio depressivo maggiore in autunno o in inverno).

**nota:** non includere i casi in cui è presente un evidente effetto di fattori psicosociali stressanti stagionali (per es., essere regolarmente disoccupato ogni inverno).

B. Anche le remissioni complete (o un viraggio dalla depressione alla mania o ipomania) si verificano in un caratteristico periodo dell'anno (per es., la depressione scompare in primavera).

- C. Negli ultimi 2 anni si sono presentati due episodi depressivi maggiori che dimostrano la relazione temporale stagionale definita nei criteri A e B e non vi è stato alcun episodio depressivo maggiore non stagionale nello stesso periodo.
- D. Gli episodi depressivi maggiori stagionali (come descritti sopra) superano sostanzialmente nel numero gli episodi depressivi maggiori non stagionali che possono essersi verificati nel corso della vita dell'individuo.

### **Criteri per il decorso a cicli rapidi**

La specificazione a cicli rapidi può essere applicata al disturbo bipolare I o al disturbo bipolare II. I criteri diagnostici per la specificazione “a cicli rapidi” del DSM-IV-TR<sup>2</sup> sono i seguenti:

- A. Almeno quattro episodi di alterazione dell'umore nei 12 mesi precedenti, che soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale, misto, o ipomaniacale.

**Nota:** gli episodi sono demarcati da una remissione parziale o completa per almeno 2 mesi, o da un viraggio verso un episodio di opposta polarità (per es., da un episodio depressivo maggiore ad un episodio maniacale).

## **I.5. Alcuni termini di uso corrente**

### **La depressione mascherata**

Con tale termine si individuano le forme di depressione che presentano una predominanza di sintomi somatici piuttosto che sintomi tipici della depressione categorizzati secondo il DSM IV-TR<sup>2</sup>. La depressione è appunto mascherata da una serie di malesseri fisici per i quali il depresso non si rende conto di essere tale; del resto nella nostra cultura è molto più facile accettare e soffrire per un malessere fisico che per un disagio o disturbo emotivo.

I classici sintomi della depressione mascherata sono l'insonnia e la stanchezza. La persona si sveglia al mattino già stanca e ciò la porta a ridurre o a cessare le proprie attività. Altri sintomi molto comuni sono i dolori mio-articolari specie agli arti inferiori. Altri sintomi ricorrenti sono: sensi di oppressione al petto, difficoltà digestive, stitichezza, mal di schiena, mal di testa.

Nella depressione mascherata spesso i sintomi depressivi sono sotto

soglia e non raggiungono i necessari criteri di inclusione per una diagnosi di depressione evidente.

I pazienti che presentano una sintomatologia clinica dominante di tipo somatico, spesso vengono inquadrati all'interno dei disturbi somatoformi, e la presenza di sintomi depressivi comporta una inclusione nella depressione in comorbidità; quindi molto spesso i trattamenti medici non sono sufficientemente adeguati soprattutto quando il curante si focalizza su tali sintomi non considerando la possibilità di una sottostante depressione o lasciandola in secondo piano. Trattando adeguatamente la depressione, la sintomatologia può regredire dopo qualche tempo; è opportuno, pertanto, considerare anche questa possibilità durante l'effettuazione della diagnosi. La valutazione della depressione mascherata può essere fatta attraverso alcuni indicatori:

- familiarità: individua la presenza di parenti con sintomatologia depressiva o disturbi somatoformi;
- la tendenza a somatizzare durante i periodi di difficoltà;
- decorso della patologia episodico, remissioni stagionali e spontanee;
- sintomi depressivi presenti prima della manifestazione dei sintomi somatoformi;
- andamento ciclico dei sintomi somatici;
- risposta positiva al trattamento con antidepressivi;
- sentimenti di tipo depressivo in funzione della sintomatologia somatica.

I sintomi più comuni sono l'insonnia e la stanchezza, seguono dolori alle gambe, senso di oppressione toracica, difficoltà digestive e dell'alvo, mal di testa, dolori muscolari. A questi si aggiungono difficoltà ad alzarsi dal letto e di comunicazione, il rimuginare sulla sintomatologia e sulle possibili gravi cause, riduzione della vita sociale.

I sintomi sono maggiormente evidenti al mattino e per questo motivo spingono il soggetto a non svolgere le attività quotidiane, ad assentarsi dal lavoro.

Spesso i soggetti, come per i disturbi somatoformi, per cercare di dare una spiegazione ai sintomi da cui sono affetti, si sottopongono a numerosi esami clinici, che generalmente, anche i più invasivi, non segnalano alcuna patologia grave, creando maggiori preoccupazione e sconforto.

L'individuazione della depressione mascherata può essere fatta per esclusione, in assenza di patologie di rilievo che in qualche modo possano giustificare la presenza dei sintomi lamentati. Come per le altre

forme di depressione, la depressione mascherata si presenta maggiormente nelle donne, in età variabile e deve essere sospettata in tutti i casi in cui sono messi in evidenza sintomi somatici che hanno la caratteristica di essere vissuti in modo sproporzionato e con molta convinzione da chi li denuncia, spesso descritti in modo tale da non poter essere messi in discussione dall'interlocutore.

L'individuazione di questa patologia è molto complessa e necessita spesso di un opportuno trattamento farmacologico, non mirato alla sintomatologia somatica ma che prevede l'utilizzo di antidepressivi. Il trattamento è sempre un trattamento a lungo termine. È sconsigliabile, perché spesso inefficace, il trattamento mantenuto per pochi mesi, in quanto la riduzione comporta una riesacerbazione dei sintomi somatici. Cosa che non accade con il mantenimento a lungo termine, la cui riduzione programmata non comporta ricadute cliniche.

### **La depressione ansiosa**

Ansia e depressione possono coesistere nella cosiddetta depressione ansiosa, una leggera forma depressiva.

In questo tipo di depressione, accanto all'abbassamento del tono dell'umore (la persona si sente apatica, irritabile e di cattivo umore), il sintomo predominante è quello dell'ansia. Sono presenti anche pessimismo, sentimenti di incapacità, tendenza a compiangersi e ad incolpare gli altri dei propri problemi.

La depressione ansiosa comporta dei sintomi fisici fra cui: difficoltà a concentrarsi, sensazione di avere la mente vuota, disturbi del sonno e incubi, incapacità di stare fermi, stanchezza eccessiva.