

DEPRESSIONE

5 - CLINICA E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

N. Lalli © 1989 – 2006 su web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Carattere depressivo

La Psichiatria in genere considera come patologia solo la crisi depressiva (sia essa quella nevrotica o psicotica), confondendo quindi la remissione con la guarigione. Esistono due situazioni: una latente che si estrinseca con modalità già patologiche e che si può definire il *carattere depressivo*, ed una manifesta, che coincide con le crisi depressive, crisi che insorgono quando i meccanismi di compenso del carattere depressivo vengono meno.

Il carattere depressivo è presente nell'individuo che, a causa di situazioni interumane precedenti, ha raggiunto una scarsa capacità di autosufficienza e di autostima e pertanto ha dipendenza verso persone o situazioni per mantenere ad un livello non critico la propria autostima. Creando una situazione di dipendenza molto precisa e stretta: l'integrità del fragile Io, del carattere depressivo, dipende dall'altro.

Questa situazione tende a nascondere una verità che il depresso non ama rivelarsi, né ama che gli sia rivelata: la sua fragilità e dipendenza. Ma questa sua dipendenza gli fa emergere ostilità e rabbia inconscia nei confronti dell'oggetto. Di qui nasce una caratteristica fondamentale: la profonda ambivalenza del depresso rispetto all'oggetto di cui ha bisogno. «Nec tecum, nec sinete vivere possum». L'amore-odio diventa una delle caratteristiche fondamentali del carattere depressivo; ma è chiaro che i sentimenti ostili debbono essere repressi, pena la perdita dell'oggetto di cui si ha bisogno. Se, infatti, il depresso non reprimesse la propria rabbia, tenderebbe a distruggere proprio quell'oggetto che gli garantisce in qualche modo la sopravvivenza psichica. Quindi è chiaro che il carattere depressivo, al di là delle sue affermazioni, è incapace di amare nella misura in cui non è libero ed ha bisogno dell'altro, non tanto come rapporto, ma come legame e presenza fisica. Per evitare che i sentimenti ostili emergano e quindi distruggano l'oggetto, il carattere depressivo deve spesso idealizzare l'oggetto. L'altro diventa buono, perfetto, quasi irraggiungibile, ma questo rende sempre più impossibile utilizzare il rapporto con l'altro e rappresenta già una spirale pericolosa: infatti, quanto più forti sono i sentimenti di ostilità, tanto più l'oggetto viene idealizzato e tanto più esso diventa distante e persecutorio. Si instaura una dinamica sadomasochistica, la tendenza del carattere depressivo diventa sempre più quella del controllo: egli deve controllare tutto, altrimenti è sopraffatto dall'angoscia che l'altro (di cui ha bisogno) possa andar via.

Questa situazione chiaramente patologica può mantenersi in un equilibrio instabile ed evidenziarsi attraverso manifestazioni, in genere, ritenute mediamente "normali".

La prima e più importante è la sensazione di non poter uscire da questa dinamica: il soggetto vive una *situazione di immobilità e di paralisi*. Sensazione molto sgradevole e dalla quale tenta di uscire mediante il distanziamento dal problema come l'iperattività o il rifugiarsi nell'alcool o negli psicofarmaci. Oppure può manifestarsi una sensazione di astenia, di stanchezza che è la testimonianza di un conflitto che implica un notevole dispendio di energia.

La seconda è un vissuto permanente di vuoto: una situazione tipica è la cosiddetta *nevrosi della domenica*. Il giorno festivo, anziché come momento di libertà, viene vissuto con angoscia per la sensazione di vuoto e l'incapacità di fare altro che non sia la routine. Questa sensazione di vuoto è una caratteristica fondamentale del carattere depressivo. Vuoto che il paziente tende a colmare con una specifica dinamica, che è quella della bramosia, cioè con la tendenza ad introiettare, mettere dentro di sé l'altro che pertanto non viene vissuto come possibilità di scambio e di rapporto, ma esclusivamente come situazione materiale che comporta quindi la negazione totale delle possibilità interne dell'altro. Questa introiezione bramosia è la dinamica alla base delle crisi bulimiche.

A questo punto è necessario descrivere la fenomenologia e la dinamica del carattere depressivo.

Ritengo che nella dialettica tra pulsioni e relazioni oggettuali si tende a strutturare l'Io. Questo può essere costituito da tre parti: l'Io secondario (effetto della rimozione e dei meccanismi difensivi), l'Io libidico ed l'Io ideale. L'Io ideale si struttura sulla base delle situazioni gratificanti che il bambino riceve soprattutto in ordine alla sua esigenza fondamentale di crescita-autonomia. Mentre l'Io libidico è quello funzionale e funzionante nel rapporto con la realtà.

È evidente che c'è un rapporto preciso tra quantità di frustrazioni sadiche ricevute e sviluppate dell'Io, nel senso che quanto maggiori saranno queste, tanto maggiore sarà l'inconscio rimosso e tanto più rigida la struttura dell'Io secondario (detto anche corazza caratteriale). Se le frustrazioni saranno prevalentemente a carico di un non riconoscimento della realtà psichica del bambino, sarà soprattutto l'lo ideale ad essere meno strutturato e più fragile. E questa struttura è fondamentale, soprattutto in funzione delle capacità di autostima, autonomia e capacità di progettualità. H. Kohut dice che siamo spinti dalle pulsioni e siamo attratti dagli *ideali*.

Dalla dialettica tra le pulsioni e le relazioni d'oggetto si formano tre parti che costituiscono l'Io:

- 1) un Io libidico che rappresenta l'evoluzione della carica libidica originaria che si sviluppa nell'ambito dei rapporti interpersonali validi;
- 2) un Io ideale che è portatore degli ideali, delle tendenze, dei progetti, dell'individuo
- 3) un Io secondario collegato ai meccanismi difensivi (soprattutto alla introiezione ed alla rimozione), che definiamo anche *corazza caratteriale*.

Il carattere depressivo presenta come struttura di base una intensa bramosia, un Io libidico fragile, ed un Io secondario molto rigido. Sul piano dinamico mostra i seguenti tratti:

- a) scarsa autostima;
- b) bisogno di un oggetto o di una situazione idealizzata, alla quale crede di dare amore ma da cui in verità dipende per mantenere ad un livello accettabile la propria autostima;
- c) ambivalenza marcata verso questo oggetto;
- d) angoscia per la possibile perdita dell'oggetto idealizzato, che vuol dire timore della perdita della propria autostima.

È evidente che queste dinamiche sono totalmente inconscie per il paziente.

Senza poter entrare nel merito del problema, è accettabile quanto affermato da D. Fairbairn (1970), secondo il quale non è possibile distinguere e separare le strutture psichiche, dall'energia ad esse legate. La libido serve a fornire energia all'Io ideale, ma anche a far sì che l'Io secondario riesca a contenere le valenze distruttive legate agli oggetti interni che sono sempre oggetti cattivi, che nascono dalla dinamica: *delusione - rabbia - bramosia - introiezione*.

Questa struttura del carattere depressivo può rimanere tale per tutta la vita, attraverso una serie di compensi più o meno validi.

Quando c'è una *diminuzione di libido*, siccome essa agisce sia come carica per l'Io ideale, sia come forza di contenimento per l'Io secondario, cosa succede? Ma ancora prima, perché c'è una diminuzione di libido? Essa può diminuire in quei casi ove c'è un disturbo dei fattori biologici che condizionano il tono dell'umore (espressione che attiene al piano fenomenologico) o un disturbo della libido (che attiene al piano psicodinamico). Per capire meglio cosa succede, possiamo tener presente la dinamica della gelosia. Si conosce bene il rapporto tra gelosia e depressione. Bisogna tener presente che la gelosia, espressione del timore-rabbia che l'altro vada via, è legata sempre ad una diminuzione delle capacità libidiche del soggetto geloso. Il geloso è tale perché, avendo una minore carica libidica, non riesce a mantenere il rapporto con l'altro e si angoscia (diventando

spesso rabbioso) nel timore che l'altro si allontani fino a sparire. Se teniamo presente questa dinamica possiamo capire meglio cosa succede al carattere depressivo, se le valenze libidiche tendono a diminuire.

L'oggetto idealizzato (che serve a mantenere un sufficiente livello di autostima) viene fantasticamente vissuto come tendente ad allontanarsi, sparire. Questo comporta immediatamente una diminuzione-caduta dell'autostima: il soggetto si sente insignificante, privo di valore, praticamente annullato dall'altro.

A questo punto egli cerca di mettere in atto, come meccanismo difensivo, l'introiezione, ovverosia il tentativo di recuperare e controllare l'oggetto idealizzato. Ma l'oggetto introiettato assume inevitabilmente le stesse connotazioni caratteristiche dell'Io secondario che sta introiettando: ovverosia un oggetto privo di cariche libidiche e quindi svalutato, quindi deludente. Ma a questo punto siamo già in pieno inizio di una crisi psicopatologica.

Il carattere depressivo si deve considerare essere la base di tutte le successive forme di sintomatologia della depressione primaria.

DEPRESSIONI PRIMARIE

I. Depressione reattiva

La depressione reattiva è una risposta eccessiva, di scoraggiamento e disforia, di durata variabile, rispetto ad un evento traumatico che implica una ferita narcisistica o una perdita (lutto).

In alcuni casi e di fronte ad eventi molto gravi, come perdita del lavoro, malattia fisica o situazioni che mettono in crisi valori importanti per la vita dell'individuo, si può parlare più propriamente di *reazione psicologica* caratterizzata da disforia e tristezza, che comunque tende ad una remissione spontanea o perché termina l'evento o perché l'individuo trova dei sistemi di coping soddisfacenti.

In altri casi si tratta invece di una vera e propria depressione reattiva: essa solitamente segue qualche esperienza spiacevole che, in circostanze ordinarie non avrebbe determinato che una sensazione passeggera di disappunto, tristezza o cattivo umore. Ciò che caratterizza questa reazione patologica è il fatto che essa è più marcata e prolungata della reazione normale e che il paziente non riesce a superarla con le proprie forze. Tra le esperienze patogene possiamo trovare un dissesto finanziario, la malattia o la morte di una persona cara, la perdita dell'amore, del prestigio, una delusione professionale e così via.

Secondo alcuni autori ci sarebbe una predisposizione costituzionale, che implica una maggiore vulnerabilità; per altri autori invece la vulnerabilità sarebbe collegata ad un carattere depressivo che abbiamo visto essere alla base delle varie sintomatologie depressive.

Quindi possiamo affermare che eventi che potrebbero costituire per molte persone, solo un dolore o un dispiacere, per altri sono fonte di un malessere molto più intenso.

In genere i due estremi della vita (adolescenza e quarta età) sono quelle che più facilmente vanno incontro a reazioni depressive. Il giovane adolescente con la sua labilità d'umore, la persona anziana per una più bassa soglia allo stress, che vive nel timore di perdere i suoi vecchi contatti, i parenti, gli amici e quindi di trovarsi in una situazione di solitudine e abbandono.

I sintomi più frequenti sono diminuzione dell'attività e dell'umore, diminuzione della fiducia in se stessi, apprensione, limitazione degli interessi e perdita generale dell'iniziativa; l'ideazione tende a rimanere quasi esclusivamente polarizzata sull'evento che ha determinato il malessere. E' presente anche una difficoltà alla concentrazione, un deficit del livello prestazionale, molto spesso è presente ansia libera ed il tutto finisce per incidere sulla capacità lavorativa del paziente.

Frequente è una sensazione di astenia e di facile affaticamento che rappresenta la conseguenza di conflitti non risolti e della inevitabile necessaria energia per neutralizzare emergenze aggressive spesso legate ad un vissuto di aver subito un torto o un'ingiustizia. Spesso sono presenti dolori vari di tipo fibromialgico, cefalea, disturbi gastroenterici. Non raramente compaiono impulsi come bulimia, dipsomania, dipendenza da farmaci che sono tutti tentativi di autocura che tentano di opporsi alla depressione, creando una sorta di momentanea "euforia".

L'individuo che soffre di depressione reattiva si lamenta di una perdita generale della capacità di godere dei contatti sociali, del lavoro e dei divertimenti. Però è molto accessibile alla rassicurazione, all'incoraggiamento e se posto in situazioni piacevoli può, momentaneamente, dimenticare i propri malesseri. Di solito è capace di instaurare e mantenere una buona relazione terapeutica che può influenzare già in buona parte la sua sintomatologia.

Le distrazioni, il cambiamento d'ambiente, qualche divertimento e altre misure del genere sono di grande aiuto. Possono essere usate non solo terapeuticamente, ma anche da un punto di vista diagnostico, perché ad esempio i pazienti che soffrono di una depressione psicotico non solo sono completamente inaccessibili a questo tipo di influenza, ma anzi spesso tendono ad aggravarsi quando sono invitati a situazioni di distrazione o cambiamento d'ambiente.

Di particolare rilievo è la depressione reattiva conseguente ad un lutto: si ritiene che una sofferenza, legata a un lutto, che perdura oltre i sei mesi assuma sempre un carattere patologico.

Le situazioni di perdita connesse alla morte della persona cara e le dinamiche di lutto, ad esse inerenti, sono ben definite e si articolano in genere in tre fasi:

- 1) un periodo iniziale di shock, spesso caratterizzato da incredulità o negazione dell'accaduto;
- 2) un periodo intermedio di intensa sofferenza accompagnato da disturbi somatici, emotivi e da regressione sociale;
- 3) un periodo di crisi risolutiva.

L'elemento dinamico patologico nelle reazioni di lutto è evidentemente l'interruzione del legame. In questo caso il trauma è legato, come sottolineato da E. De Martino, al timore di morire con colui che muore, di essere trascinati nel nulla dell'individuo ormai non più esistente.

In genere l'elaborazione del lutto avviene mediante una serie di dinamiche che permettono di reinvestire gli aspetti libidici sulla realtà: quando questo non succede in un tempo determinato si parla di "lutto non elaborato".

La perdita di qualcosa che ha valore, può condurre alla tristezza ma non alla depressione; la morte di una persona cara può condurre al dolore ed al lutto, ma non alla depressione. Soltanto i pensieri essenzialmente legati alla perdita, ma connessi a un tentativo nevrotico di generalizzare l'esperienza e di predire il futuro, possono determinare una reazione depressiva, conducendo ad una diminuzione della stima di sé ed a una generale depauperazione degli schemi di vita del paziente.

La depressione si instaura soprattutto se l'oggetto perduto, che era stato investito di una forte carica psichica, era vissuto anche con grande ambivalenza.

Nella maggior parte dei casi una anamnesi dettagliata ed una accurata analisi della domanda ci permette di evidenziare e collegare un evento traumatico con l'attuale malessere del paziente. Inoltre la tendenza del paziente a concentrarsi esclusivamente su questo evento, ci permette di porre una corretta diagnosi.

Nella depressione reattiva non ci sono mai quei sintomi somatici (perdita di peso, insonnia, diminuzione della libido, ecc.) che sono caratteristici invece della depressione maggiore ed è assente qualsiasi ritmo diurno.

La prognosi della depressione reattiva è in genere buona. Il paziente può avere una guarigione spontanea che si verifica soprattutto quando le circostanze patogene vengono meno, o comunque viene meno il significato emotivo legato a queste esperienze. Questa prognosi in genere favorevole non deve far dimenticare che a volte il paziente può tentare il suicidio, spesso di tipo dimostrativo.

Nel trattare i pazienti che soffrono di depressione reattiva, un atteggiamento sincero ed empatico da parte del terapeuta assicurerà quella indispensabile relazione di fiducia che è necessaria al paziente. Il terapeuta deve comportarsi con energia, ma soprattutto con empatia: una eccessiva

permissività non è consigliabile. Il paziente ha bisogno di trovare guida e consigli, ma soprattutto deve essere capace di trarre energia della relazione terapeutica.

Non è infrequente che, nel corso di una psicoterapia, il paziente tenda ad utilizzare eventuali traumi del passato per convincersi di una sua naturale ed inevitabile sfortuna e fragilità. In questi casi è necessario far notare al paziente che la somiglianza non è identità e che pertanto episodi del passato potrebbero avere poco in comune con i suoi attuali vissuti.

II. Depressione distimica

La psiconevrosi depressiva o depressione nevrotica o distimia è una sindrome molto frequente e polisintomatica che si situa tra fobia, isteria e obesità psicogena.

In comune con la fobia ha il meccanismo del distanziamento, che è molto simile a quello dell'evitamento.

Dell'isteria rappresenta la più frequente, almeno negli ultimi decenni, manifestazione di conversione psichica.

Con l'obesità psicogena ha in comune la dipendenza e l'ambivalenza verso un oggetto ritenuto fondamentale perché fonte di autostima e di rassicurazione.

In questo senso la psiconevrosi depressiva è un esempio paradigmatico di come la psicopatologia, pur esprimendosi con diverse modalità fenomenologiche ha dinamiche di base comuni.

Considerazioni generali

La depressione - insieme all'ansia - rappresenta la manifestazione psicopatologica più frequente e più ubiquitaria. Le prime descrizioni di quadri depressivi si ritrovano nei papiri egizi databili intorno al 3500 a.C., successivamente descrizioni - ancora attuali - le ritroviamo in autori greci e latini.

Questo perché la depressione è collegata strettamente ad esperienze umane molto frequenti: come quella della perdita, dell'abbandono, della solitudine. Se la descrizione della depressione è antichissima, non altrettanto si può dire circa i tentativi di spiegazione.

I primi più seri tentativi risalgono a K. Abraham e a S. Freud, che pongono in evidenza non solo l'importanza dell'oggetto per il depresso, ma soprattutto la dinamica ambivalente - cioè la presenza di odio e amore contemporaneamente - nei confronti dell'oggetto stesso.

K. Abraham afferma che nel depresso c'è una predisposizione all'oralità, conseguenza di una delusione infantile a livello orale che si può riattivare nella vita dell'adulto, per vissuti traumatici o di abbandono.

S. Freud sottolinea la relazione tra lutto e melanconia (equivalente della depressione endogena) perché entrambi scatenati dalla perdita di un oggetto amato. Il lutto implica un ritiro delle cariche libidiche, precedentemente investite sull'oggetto ed una elaborazione della perdita che porta ad un superamento del lutto con la possibilità di poter reinvestire le cariche libidiche su nuovi oggetti. Nella melanconia, invece, tutto questo non succede. Perché c'è un legame fortemente ambivalente che fa sì che il soggetto si senta colpevole della perdita dell'oggetto: non è possibile quindi una elaborazione, e le capacità libidiche del depresso tendono ad impoverirsi.

Nel lutto è il mondo che è diventato vuoto e povero; nella malinconia è invece l'Io stesso.

Questa spiegazione verrà ampliata ed integrata successivamente da O. Fenichel e da S. Rado, che introducono l'importante concetto di autostima. Secondo questi autori, sono predisposti alla depressione quei soggetti che hanno intenso bisogno di essere approvati ed elogiati, avendo una autostima molto bassa che deve essere continuamente sostenuta e rinforzata da un oggetto o da una situazione esterna.

Quindi non è la perdita dell'oggetto amato che provoca la depressione, ma la perdita di un oggetto investito e vissuto come fonte della propria stima: in questo senso la perdita dell'oggetto corrisponde alla perdita della propria autostima.

In questi soggetti - predisposti alla depressione - la relazione oggettiva ha funzioni essenzialmente narcisistiche; il depresso non getto in quanto tale, ma solo nella misura in cui tale oggetto è fonte di autostima. Il che porta facilmente ad idealizzare l'oggetto: cioè gli vengono attribuite doti di bontà, di infallibilità, di superiorità che spesso non corrispondono alla realtà dell'oggetto.

Nel caso in cui l'oggetto, che può essere una persona, un ideale, una entità sociale, una ideologia, e della cui forza il soggetto aveva bisogno di sentirsi partecipe, scompaia oppure fallisca, per il soggetto è come perdere la parte migliore di sé, e si trova così esposto alle forze distruttive della propria rabbia ed ostilità, che non sono più contenute ed arginate dalle valenze libidiche.

Questi concetti fondamentali derivati dagli studi psicoanalitici rappresentano ancora oggi il modello più valido per la spiegazione della depressione. Ritorrò successivamente nel capitolo "Teorie eziopatogenetiche" e nel capitolo "Ipotesi psicodinamica"

Sintomatologia

Nella depressione nevrotica si intrecciano variamente due ordini di disturbi: quelli più strettamente psichici e quelli invece a prevalente estrinsecazione somatica.

Spesso questi ultimi precedono l'instaurarsi della sintomatologia depressiva e possono essere scambiati per somatizzazioni ansiose. Ma ben presto sopraggiungono la tristezza, il pessimismo, l'irritabilità che definiscono chiaramente il quadro depressivo. I disturbi somatici possono interessare tutti gli organi ed apparati e si manifestano come disfunzione e come senso generale di malessere. Molto spesso vi è una diffusa sensazione di astenia.

Frequenti i disturbi a carico dell'apparato digerente con presenza di nausea, disturbi dispeptici, pesantezza gastrica, dolori diffusi di tipo colitico. Sempre presenti sono i disturbi dell'appetito: con diminuzione fino ai quadri di tipo anoressico, alternati a volte a crisi bulimiche.

E' coinvolto anche l'apparato respiratorio: sensazione di fame d'aria, affanno, tosse stizzosa.

Molto frequenti i disturbi a carico della libido che tende a diminuire, e soprattutto i disturbi a carico del sonno. Compare ben presto una insonnia che è di tipo ansioso: ovvero con difficoltà all'addormentamento. Frequenti disturbi mestruali: spesso amenorrea che può protrarsi anche per alcuni mesi. Nell'uomo disturbi della minzione: come stranguria e/o pollachiuria.

Ma rapidamente compare il quadro depressivo caratterizzato da facile irritabilità, diminuzione dell'interesse e del piacere di vivere, da una spiccata tendenza al pessimismo che vela tutto di catastrofico. Soprattutto i disturbi somatici sono spesso vissuti come segno di una qualche malattia grave incurabile.

Questa sintomatologia disturbi in genere insorge a distanza più o meno breve da avvenimenti che hanno, per il paziente, significato di perdita, sconfitta, fallimento. A volte sono avvenimenti reali, anche se non molto significativi: come difficoltà finanziarie, di lavoro o preoccupazioni familiari, oppure situazioni di traumi fisici, o malattie; a volte situazioni fisiologiche che però vengono vissute come segno di vecchiaia e di decadenza fisica: come la menopausa.

Alcune situazioni sono vissute dal paziente in chiave di perdita: come per esempio la crescita dei figli, un trasloco, oppure il matrimonio di una persona significativa.

Comunque sia, reali o fantasmatici, sono avvenimenti vissuti dal paziente come perdita, come fallimento, come senso di solitudine. Sono avvenimenti che risvegliano, in una misura abnorme, le ansie collegate ai temi più drammatici per l'uomo: come la malattia, la vecchiaia, la morte, la solitudine.

Il paziente è sempre molto preso dai suoi problemi, che tende ad esternare continuamente a quanti lo circondano: con tono lamentoso, spesso accusatorio, nei confronti di quanti egli ritiene causa (diretta o indiretta) delle sue disgrazie.

Il tono querulomane e rivendicativo differenzia nettamente questa depressione da quella endogena. Inoltre essi sono soggetti facilmente suggestionabili, per cui riescono a superare - anche se momentaneamente - il loro stato d'animo se si trovano in una situazione piacevole o interessante. Salvo poi a ricadere nei loro malesseri.

I discorsi dei pazienti ruotano sugli affanni, le tristezze, i malesseri, la solitudine cercando di coinvolgere, quanto più è possibile, l'ascoltatore. A volte tentano di superare questo loro malessere cercando aiuto e sostegno in sostanze sostitutive (alcool, cibo, droghe, ecc.) verso le quali stabiliscono rapidamente una dipendenza. Questo meccanismo, che chiamiamo di distanziamento, è molto simile a quello fobico dell'evitamento: mediante tale dinamica il paziente cerca di non sentire, quindi di allontanare, il vissuto psichico depressivo. Frequenti sono gli atteggiamenti autolesionistici, che spesso hanno la funzione di richiamare l'attenzione dei familiari: un gesto tipico e frequente è certamente il suicidio. Il suicidio del depresso nevrotico è spesso un tentativo di suicidio che va interpretato come suicidio puramente dimostrativo. Questo è un dato importante, nel senso che non va sottovalutato il rischio che corrono questi pazienti. O per l'uso improprio dei mezzi (spesso psicofarmaci) o per calcoli sbagliati circa la possibilità di essere aiutati. A volte il suicidio è abbastanza determinato poiché sottende una fantasticheria di addormentamento-morte-rinascita: in questi casi, il gesto comporta maggiori rischi e qualche volta riesce ad essere letale.

La sintomatologia della depressione nevrotica, costituita fundamentalmente dai sintomi sopradescritti, può essere varia soprattutto sul piano quantitativo. Così passiamo da casi ove questi sintomi sono appena accennati e si confondono con situazioni di tipo ansioso, a quadri dove si può arrivare ad un grado di tristezza, pessimismo e rallentamento psicomotorio notevoli.

La distimia inoltre si può manifestare secondo due modalità fondamentali:

1) La prima è il cercare di riottenere con la debolezza quanto non si è ottenuto con la forza. Si tenta di recuperare il rapporto (o le modalità precedenti del rapporto se questo è cambiato) con il lamento, il proporre la propria infelicità, i propri disturbi, ma soprattutto il rimprovero velato che tende a creare nell'altro dei sensi di colpa. È il rimprovero, più o meno esplicito, di quanto egli si sia sacrificato: "ho speso una vita per te... nessuno è riconoscente... gli uomini sono ingrati", sono i lamenti più comuni. È la dimensione della madre che ha vissuto (non avendo altre possibilità) in funzione quei figli e si deprime allorché essi, cresciuti, cercano di trovarsi nuove situazioni o rapporti; dell'uomo che, vissuto esclusivamente del lavoro, si deprime al momento del pensionamento; della donna che, vissuta solo in funzione della propria esteriorità, si vede finita con la menopausa; del partner che, avendo stabilito un legame con l'altro sul bisogno e la dipendenza, intuisce con terrore che l'altro potrebbe andar via. Queste dinamiche tendono facilmente a

coinvolgere l'altro (anche perché l'altro è stato scelto in base a precise caratteristiche) creando, più che un'unica crisi, una situazione cronica che costituisce la specifica dinamica del rapporto sado-masochistico.

2) La seconda modalità si avvicina a questa, ma se ne differenzia per un maggior ripiegamento sul proprio corpo per una tendenza ipocondriaca. Non si chiede più molto all'altro, ma ci si espone con i propri disturbi: è “il proprio essere ridotto così” che viene mostrato. È un tentativo di richiamo, è un lamento corporeo continuo – ove l'astenia prevale nettamente - ed è platealmente esibita.

Il caso clinico

Un uomo di 30 anni. Circa un anno prima aveva presentato vari disturbi: gastrite, dimagrimento, cefalea, per cui era stato visitato e curato da vari internisti senza apprezzabili risultati; da circa 4 mesi era insorto un quadro di tipo depressivo. Il paziente appare piuttosto abulico, rallentato, esprime il timore di essere affetto da qualche malattia grave: forse tbc, forse un tumore. Si sente bloccato, senza via d'uscita. Durante il colloquio spesso si interrompe e gli occhi gli si velano di lacrime: segno di una profonda tristezza e disperazione, anche se contenuta. Insiste molto sui propri disturbi somatici, che descrive con molti dettagli: l'insonnia, la perdita della libido, ma soprattutto il dimagrimento. Con molta difficoltà si riesce a spostare l'attenzione del paziente da queste tematiche, per cercare di conoscere meglio la sua storia. Sul piano familiare, parla della madre come di una persona abbastanza attenta e premurosa per quanto attiene alla gestione della casa ed ai bisogni materiali dei figli, ma piuttosto fredda ed assente sul piano affettivo. Manifesta invece una grande ammirazione per il padre: è sempre stato per lui un modello di vita per le capacità dimostrate nella vita e nel lavoro, unico difetto, un eccesso di severità. Da due anni il padre soffre di disturbi cardiaci; per questo il paziente, che aveva una attività autonoma, ha smesso ed ha cominciato ad aiutare il padre nell'attività commerciale. Si è sposato molto giovane con una donna che viene descritta come psichicamente fragile, molto dipendente e molto gelosa nei suoi confronti, Spesso lo ha fatto pedinare; se torna a casa tardi, sono scenate di gelosia e lunghi interrogatori. Lui sostiene che ha sopportato questa situazione per amore dell'unica figlia, che ora ha dieci anni. Ma si intuisce abbastanza chiaramente che la gelosia della moglie è vissuta in chiave narcisistica, come in chiave narcisistica è da spiegarsi l'intensa attività sportiva, l'enorme importanza che dà al suo aspetto fisico. Riferisce, con molto ritardo e con molta superficialità, che c'è anche una sorella, molto più piccola di lui: viene descritta come molto competitiva, quasi maschile. Anche lei da qualche anno è entrata nel negozio del padre. È evidente una estrema conflittualità con la sorella,

che però viene negata e gestita attraverso una squalificazione della stessa e con la quale sono frequenti i contrasti.

Dai pochi cenni emerge una struttura di carattere depressivo. Da una parte la necessità di un oggetto (il padre) da cui egli dipende e che gli serve come rinforzo per la sua autostima, ma verso il quale mostra anche una certa ambivalenza. Dall'altra la moglie che, con la sua gelosia e la sua dipendenza, è un tipico oggetto narcisistico: ed è verso costei che il paziente mostra più chiaramente una dinamica di ambivalenza. L'altra situazione è l'enorme importanza data all'aspetto fisico. Queste tre situazioni hanno mantenuto in equilibrio, anche se precario, il paziente. Ed infatti questo equilibrio comincia ad entrare in crisi due anni prima, con la malattia del padre, e successivamente si aggrava per la presenza della sorella vissuta come competitiva, e quindi pericolosa, nei confronti della stima del padre. Il paziente aveva reagito inconsciamente a questa situazione con la comparsa di disturbi somatici che testimoniano la presenza di un conflitto. Nello stesso periodo il paziente aveva acquistato un cucciolo di pastore tedesco, che aveva la funzione di oggetto sostitutivo rispetto ai timori di una perdita suscitata sia dalla malattia del padre sia dalla crescita della figlia. Ma questo cucciolo era diventato ben presto causa di frequenti litigi con la moglie, che lo riteneva ingombrante e sporco. Cinque mesi prima del colloquio, il paziente si era deciso a dare via il cucciolo: poco dopo, era comparso il chiaro quadro depressivo. È evidente che questo fatto abbastanza banale era stato vissuto drammaticamente dal paziente: cioè come situazione di sconfitta, di perdita e di abbandono. Questo aveva fatto emergere una intensa rabbia ed ostilità nei confronti soprattutto della moglie e della sorella come oggetti che avevano in qualche modo ferito il suo narcisismo. Il tutto era collegato all'angoscia di una possibile perdita del padre vissuto da lui come oggetto-fonte della propria autostima. Da questo momento c'è un crollo depressivo. I meccanismi difensivi non sono più in grado di arginare la sua profonda angoscia di perdita dell'oggetto fonte di autostima (il padre), mentre le valenze ostili nei confronti della moglie e della sorella, non più contenute emergono. L'aver dato via il cane è la testimonianza della sua sconfitta: egli non combatte più. Si arrende: la sua resa si esprime attraverso la depressione.

Diagnosi differenziale

Normalmente il quadro della depressione nevrotica è abbastanza tipico; i dubbi possono insorgere rispetto ad un eventuale processo psicotico, soprattutto in età adolescenziale, mentre in età avanzata ci si deve porre il problema se il quadro depressivo non sia la copertura di psicosindromi organiche: in primo luogo processi demenziali.

La diagnosi differenziale con le altre psicose non pone problemi. A volte possono sorgere dubbi di fronte a crisi di bulimia che possono far parte dell'obesità reattiva, oppure di una

depressione nevrotica. In quest'ultimo caso comunque c'è un corteo sintomatologico più vario e complesso. A volte può essere necessario porre attenzione a discriminare la depressione nevrotica, soprattutto quando si esprime con somatizzazioni, da reali processi organici. Con la depressione endogena in genere non ci sono difficoltà. Nella depressione nevrotica c'è tendenza alla lamentela, è difficile che ci sia rallentamento psico-motorio (in genere prevale l'ansia). L'insonnia è di tipo "difficoltà di addormentamento"; i sensi di colpa, per lo meno a livello conscio, sono assenti e sostituiti invece da una tendenza ad incolpare gli altri.

III. Depressione maggiore

La depressione maggiore (o endogena) rientra nel quadro delle psicosi affettive. Per molto tempo questi disturbi sono stati definiti come patologie del tono dell'umore, definizione più vaga ed imprecisa.

L'affettività è l'insieme delle emozioni e dei sentimenti: tutto quello che i filosofi chiamavano le ragioni del cuore, in contrapposizione all'intelletto ed alla razionalità. Per psicosi affettive intendiamo quindi disturbi, in eccesso o in difetto, dell'affettività: non certamente la mancanza (l'indifferenza) essendo quest'ultima tipica della schizofrenia.

Depressione e mania sono i due estremi patologici entro cui oscilla l'affettività: come tristezza e gioia sono i due estremi «normali» dell'affettività.

Per lungo tempo depressione e mania sono state strettamente correlate nella unità nosografica della psicosi maniaco-depressiva.

In effetti criteri genetici, clinici, semeiologici e neurochimici ci inducono a separare questi due entità: da una parte la depressione maggiore, dall'altra la mania, che, poiché facilmente si alterna a fasi depressive, può essere definita anche come psicosi maniaco-depressiva.

La depressione, al contrario della mania, è; oggetto di studio approfondito non solo per l'elevata incidenza (circa il 15% della popolazione), ma anche perché rappresenta un modello di estrema importanza per valutare e studiare le interazioni tra somatico e psichico.

Considerazioni generali

La depressione è sicuramente la sindrome psichiatrica da più tempo conosciuta, come si evidenzia dal capitolo 2 “Storia della depressione”.

Circa un secolo fa, così L. Tolstoj descriveva la sua depressione:

La verità è questa: la vita non ha alcun significato per me. Ogni giorno della mia esistenza, ogni fase della mia vita, mi portava vicino al bordo di un precipizio, da dove io vedevo bene dinanzi a me la rovina finale. Fermarsi, tornare indietro, era in egual misura impossibile: né potevo chiudere gli occhi in modo da non vedere la sofferenza, l'unica cosa che mi aspettasse, la morte di tutto quello che era in me fino all'annullamento totale. Così io che ero un uomo sano e felice, fui portato a pensare che non avrei mai potuto vivere e che una forza irresistibile mi stava trascinando verso la tomba.

La depressione si presenta, nei suoi sintomi, stabile ed immutata nel tempo e nello spazio: non ci sono infatti variazioni significative della sintomatologia legate a fattori culturali, sociali o economici. L'incidenza di disturbi depressivi, clinicamente significativi, è di circa il 5% della popolazione totale: di questi l'1,5% appartiene alla psicosi maniaco-depressiva.

Si calcola che attualmente, nel mondo, circa 100 milioni di persone soffrano per una qualche forma di depressione. La depressione, con il nome di melanconia, per lungo tempo è stata appannaggio di poeti, romanzieri, drammaturghi. È solo con E. Kraepelin che la depressione trova un suo statuto scientifico e viene riconosciuta quale entità nosologica con il nome di psicosi maniaco-depressiva.

Successivamente essa sarà denominata distimia (Tanzi e Lugaro); timopatia (Bumke); ciclotimia (Schneider); psicosi cicloide (Kleist). Attualmente è inserita nell'ampio capitolo dei disturbi affettivi che comprendono: la depressione nevrotica o distimica, la depressione endogena monopolare, la psicosi maniaco-depressiva o bipolare, la depressione involutiva. Tutte queste denominazioni tendono comunque a rispecchiare la classica impostazione kraepeliniana: ovvero sia che la depressione è parte integrante di una sindrome unica ove depressione ed eccitamento maniacale rappresentano le facce di una medesima medaglia.

Come vedremo, questa impostazione è molto discutibile: dati genetici, clinici e farmacologici ci portano, più correttamente, a ritenere che la depressione, pur nelle sue varianti, sia una sindrome a sé stante e differenziabile dalla psicosi maniaco-depressiva.

Ma è opportuno iniziare con una sintetica descrizione della depressione che ci permetterà, successivamente, di porci numerosi quesiti. Quesiti importanti, perché la depressione, proprio per essere un quadro clinico molto definito e stabile, può essere considerata come modello ideale di studio soprattutto delle interazioni tra fattori psichici e somatici.

La depressione è uno stato psicopatologico caratterizzato da un disturbo dell'affettività che inibisce le normali risposte emotive e, ostacolando il contatto dell'individuo con la realtà, ne limita la capacità di adattamento al mondo esterno.

L'individuo appare triste, scoraggiato; caratteristici sono l'apatia ed un senso d'incapacità di fare anche le cose più semplici e di superare gli ostacoli, anche i più banali.

Il pensiero è rallentato, bloccato in una ideazione monotona e triste. Anche il linguaggio riflette questo stato: il soggetto si esprime lentamente ed a fatica. Non riesce a vedere nulla di positivo, preso com'è a disprezzarsi ed a rimproverarsi per passati misfatti. L'autosvalutazione e la colpa, spesso presenti nel vissuto depressivo, possono arrivare a strutturarsi nei deliri di colpa, rovina, indegnità. Anche l'inutilità è un tema centrale: la vita gli sembra inutile, così come egli stesso si sente incapace ed inutile, È convinto che niente e nessuno possa cambiare in meglio la sua situazione. A causa di questi sentimenti è in continua angoscia, specialmente al mattino, perché rifiuta la giornata, si sente schiacciare dalle responsabilità e dai doveri che l'attendono ed ai quali non è capace di rispondere. È disperato ed ha la dolorosa sensazione di essere solo; si esprime prevalentemente attraverso la mimica, la gestualità, attraverso la sofferenza impressa nel corpo, cioè attraverso la comunicazione non verbale.

Gli stati depressivi si accompagnano sempre a disturbi somatici quali l'astenia, l'insonnia, la ripugnanza per il cibo, la perdita di peso, la stitichezza e il disinteresse sessuale. Nel quadro di questa definizione clinica si mostrano delle importanti variazioni. Lo stato di depressione può essere intenso o è essere anche solo latente. Si presenta in diverse forme, che vanno da lievi disturbi che lasciano l'individuo in rapporti relativamente, buoni con il mondo fino a forme gravi di depressione nelle quali il soggetto sembra aver perso ogni capacità di entrare in rapporto con la realtà. Le azioni mentali risultano a volte alterate, rallentate, offuscate; altre volte rimangono pressoché intatte. A volte lo stato di depressione è caratterizzato principalmente dalla tristezza è dal senso di colpa, altre volte da disturbi somatici come insonnia, anoressia, perdita di libido. Questo è il quadro clinico della depressione così come è stato descritto da E. Kraepelin fino ai più recenti autori.

E. Kraepelin, inserendo la depressione endogena nel circolo della psicosi maniaco-depressiva, dava a quest'ultima la dignità nosologica, mentre la depressione e la mania isolate costituivano

praticamente delle varianti. Su questa linea si porrà la maggior parte della trattatistica psichiatrica, ad eccezione di alcuni, come Kleist prima e Leonhard successivamente, che sosterranno invece l'autonomia nosografica della depressione monopolare rispetto a quella bipolare,

D. Cagnello (1959) giustamente fa notare che «...numerosi sono i distimici che di fase in fase esprimono la malattia solo e soltanto in senso depressivo-monopolare; e per di più, ciò che maggiormente mi preme sottolineare, con una costanza di struttura ed anche di contenuto davvero impressionante».

Ed è quello che la clinica ci suggerisce, *con* minime eccezioni, continuamente. Per una corretta nosografia delle depressioni si deve tener conto dei seguenti fattori:

- 1) clinici: ovverosia l'insieme ripetitivo dei sintomi che costituiscono la sindrome, il decorso e l'evoluzione;
- 2) genetici: ovverosia lo studio della familiarità e l'importanza dei fattori genetici nei confronti dell'età, tipo di patologia e sesso;
- 3) psicofarmacologici: ovverosia la possibilità di poter distinguere forme diverse secondo la diversa rispondenza agli psicofarmaci. In questo senso si potrebbe realizzare l'aspettativa di Delay di utilizzare gli psicofarmaci come «analizzatori» delle sindromi psichiatriche.

Rispetto a questi fattori possiamo evidenziare con sicurezza che esiste una differenza tra depressione maggiore e psicosi maniaco-depressiva:

1) la depressione endogena unipolare e la depressione nevrotica (o distimica) possono presentarsi in episodi unici o cicli ci, che non comportano mai il *deterioramento* della personalità.

La psicosi maniaco-depressiva invece presenta una evoluzione progressiva con deterioramento;

2) la depressione endogena monopolare presenta una familiarità molto variabile; la psicosi maniaco-depressiva presenta un quadro genetico molto preciso (vedere ipotesi genetica);

3) la depressione endogena si giova dei farmaci triciclici o degli IMAO. La psicosi maniaco-depressiva, invece, in fase maniacale beneficia del litio e di neurolettici; in fase depressiva è dimostrato ampiamente che gli antidepressivi, pur funzionando sulla crisi, hanno invece effetti deleteri sulla evoluzione complessiva, perché possono innescare cicli rapidi di eccitamento e depressione.

La depressione maggiore può presentarsi come singolo episodio in tutta la vita; oppure può ripresentarsi ciclicamente. L'età di insorgenza è in genere dopo il 3° decennio. Sembra privilegiare il sesso femminile: ma questo dato non è molto sicuro o perlomeno non come lo è per la psicosi maniaco-depressiva, perché nella depressione endogena c'è una certa incidenza patoplastica dei fattori culturali e sociali. Alcuni Autori ritengono che la maggior incidenza nel sesso femminile sia dovuta al fatto che la donna più facilmente accetta di riconoscere e curare la sua depressione. Mentre nell'uomo, per motivi culturali, prevalgono i meccanismi di negazione del disturbo, l'occultamento, oppure il ricorso a sistemi di tamponamento quali l'alcool, le droghe, gli ansiolitici.

L'esordio può essere lento, a volte invece improvviso «ad interruttore di corrente», con comparsa di malessere, tristezza profonda, apatia: questi pazienti presentano spesso una risoluzione altrettanto netta. Quando gli episodi sono molto ricorrenti, il depresso spesso ne riconosce l'inizio da qualche sintomo molto specifico.

Una paziente prevedeva l'arrivo della crisi depressiva dal fatto che, qualche giorno prima, avvertiva una strana sensazione «come se nella testa ci fosse un treno».

Una volta instaurata, la depressione presenta un quadro molto tipico. Per comodità espositiva, ma anche per meglio segnalare alcuni punti in comune con la depressione secondaria, dividerò i sintomi in psichici e somatici.

I sintomi psichici

La forma classica di depressione grave è caratterizzata da un senso diffuso di melanconia e da rallentamento psicomotorio. Il paziente ha un aspetto infelice e triste, sembra più vecchio della sua età, la fronte è corrugata e il suo viso rivela un umore depresso. In alcuni è possibile notare il segno di Veraguth: la piega della palpebra superiore ai margini del suo terzo mediale è rivolta all'insù e un poco in indietro. Per quanto riguarda il contenuto e il tipo di pensiero esso è costituito da idee tristi, tetre e morbose; è dunque un pensiero centrato sul dolore.

Molte volte le idee di colpa, peccato e autoaccusa si strutturano in veri e propri deliri. Accanto a questo particolare contenuto del pensiero, vi è anche un rallentamento dei processi del pensiero, forse nel tentativo di ridurre la sofferenza. Il depresso non riesce a concentrarsi, a prestare attenzione a ciò che legge, il suo eloquio è molto lento e, nei gravi stati di stupore, non riesce a parlare affatto. Anche la sua attività è rallentata. Vi è un desiderio di distruggersi per porre fine alle proprie sofferenze; i pensieri di suicidio sono molto frequenti tra i pazienti, ma il tentativo di suicidio è compiuto solo nel 10-15% dei casi (S. Arieti).

Spesso è inaspettato perché si verifica in genere quando il paziente sembra che stia migliorando. Fenomeno non infrequente è quello di giovani madri, affette da depressione psicotica, che progettano non solo di uccidere se stesse, ma anche i loro bambini che esse probabilmente considerano delle proprie appendici. Osserviamo inoltre una serie di sintomi che si basano su di una sofferenza psichica che si manifesta come incapacità di provare emozioni ed affetti: è *la sensazione della perdita dei sentimenti che si differenzia* quindi nettamente dalla indifferenza dello schizofrenico. Il depresso non riesce a vedere e guardate, ma solo a sentire emozioni, e soprattutto quella, sgradevolissima, di percepire dolorosamente questa perdita. Il rallentamento psicomotorio si evidenzia non solo nel movimento, nell'eloquio e nel pensiero, ma anche nella mimica e nell'aspetto trasandato e sciatto. La riduzione dell'autostima giunge fino a livelli tali che il paziente si sente indegno di tutto o addirittura colpevole del solo fatto di esistere.

Il vissuto temporale è completamente alterato: il paziente non riesce a prospettarsi il futuro come possibilità di una fine della propria sofferenza. Egli vive in un tempo immobile, senza futuro e con un passato pieno di colpa e di rovina. I sensi di colpa attanagliano il depresso ed arrivano a deliri di colpa che, insieme a quelli di rovina economica ed ipocondriaci, costituiscono le tematiche deliranti più comuni del depresso.

Accanto a questi disturbi che riguardano la sfera psichica sono presenti i disturbi che riguardano la sfera somatica.

I sintomi somatici

Le forme più elementari dei bisogni, quali il sonno, la fame e la sessualità, sono sempre alterati. Il soggetto depresso rifiuta il cibo e può arrivare a situazioni di dimagrimento tali e talmente rapide, da far sospettare la presenza di una qualche grave malattia somatica. Accanto alla anoressia è sempre presente una stipsi ostinata e spesso irriducibile.

L'astenia è un sintomo fondamentale che blocca qualsiasi tentativo di movimento del depresso.

La sessualità scompare pressoché completamente. Ma forse il disturbo più grave rimane l'insonnia. È la tipica insonnia del depresso che si addormenta molto rapidamente, perché probabilmente scatta il meccanismo del non voler pensare, per poi svegliarsi nel cuore della notte, magari per un incubo, solo ed in preda ai pensieri più angosciosi. Il ciclo del sonno manifesta varie alterazioni, ma la più tipica è la netta diminuzione della latenza REM (vedi dopo).

Se questo è il quadro medio della depressione, essa può esprimersi con alcune varianti fondamentali:

a) *la depressione inibita*: il rallentamento psicomotorio domina il quadro fino ad arrivare ad un arresto psicomotorio (melanconia stuporosa). Frequente nel passato è attualmente piuttosto rara, perché in genere c'è sempre un qualche intervento farmacologico che impedisce questa evoluzione;

b) *la depressione ansiosa*: invece del rallentamento psicomotorio, è presente ansia che può portare ad uno stato di agitazione psico-motoria;

c) *la depressione mascherata*: caratterizzata dalla presenza dei sintomi somatici, mentre i disturbi psichici sono poco evidenti. Secondo Braceland i sintomi più frequenti di questa forma di depressione sono: l'apatia, l'insonnia, l'astenia, l'anoressia, la perdita della libido, la stipsi ostinata ed una dispepsia marcata. Comunque la depressione mascherata verrà trattata come una sindrome a parte.

Diagnosi differenziale

Data la frequenza delle forme depressive è spesso necessario, dopo aver posto una diagnosi di stato sulla base dei sintomi patognomonici, porre una diagnosi differenziale. Diagnosi differenziale che è fondamentale per una prognosi corretta. Scambiare l'inizio di una demenza con uno stato depressivo può falsare completamente la prognosi. La depressione inibita, soprattutto quando il rallentamento psicomotorio è intenso, può porre la necessità di differenziarla da due sindromi:

1) *lo stupore confusionale*. Si evidenziano sempre dei segni di stato tossico, piuttosto gravi ed evidenti: è presente il disorientamento temporo-spaziale;

2) *la catatonìa*. Il primo dato significativo è la mimica: mentre il depresso presenta un viso triste, con uno sguardo perduto nel vuoto, il catatonico ha uno sguardo vigile ed una mimica figée. Inoltre possono comparire i segni del negativismo, dell'ecoprassia, dell'ecolalia o i manierismi. Elemento altamente differenziale è il fatto che il catatonico può interrompere il suo stato con sblocchi repentini, cosa che non succede mai nel depresso.

La depressione può inoltre essere presente negli stadi iniziali della schizofrenia, soprattutto in giovane età, ponendo un delicato e complesso problema diagnostico.

Comunque nello schizofrenico manca un vero dolore morale: invece del sentimento penoso della perdita dei sentimenti, lo schizofrenico è in genere indifferente. Possono evidenziarsi discordanze ideo-affettive oppure manierismi. Quando la depressione si presenta nel corso di una sindrome schizofrenica conclamata, spesso come conseguenza di una terapia neurolettica, questa non pone problemi diagnostici, bensì solo terapeutici. Altra patologia da differenziare è quella demenziale, sia la demenza tipo Alzheimer, che quella multifattoriale. Soprattutto in quest'ultima possono comparire dei veri stati depressivi reattivi alla consapevolezza che hanno questi pazienti del loro decadimento. Inoltre sono da tener presenti tutte quelle possibilità di depressione secondaria a malattie organiche (vedere depressione secondaria). In questi casi solo un accurato esame clinico, unito ad una attenta anamnesi, possono aiutare a dirimere il problema.

Un ampio campo aperto al problema della diagnosi differenziale sono le diverse forme di depressione. La depressione involutiva viene individuata sulla base di un primo episodio che insorge in tarda età, in genere tra i 50-60 anni; senza precedenti anamnestici personali, spesso in seguito a disturbi organici. Ma è soprattutto il quadro clinico dominato dall'intensa agitazione, dal più o meno grave deterioramento, e l'evoluzione in genere progressiva, che possono chiarire il quadro.

Più difficile, a volte, può essere porre con sicurezza una diagnosi differenziale tra una forma distimica ed una endogena, soprattutto quando quest'ultima non presenta i classici segni del rallentamento psicomotorio o una/chiarata ideazione di colpa.

In effetti c'è un'area a cavallo tra la distimia e la depressione endogena, che non sempre è facile valutare.

Se si tiene conto della difficoltà di porre una diagnosi sicura e della presenza di disturbi biologici nella depressione endogena, si può ben capire lo sforzo di tanti autori per cercare di trovare markers biologici in grado di fornirci una conferma mediante dati di laboratorio. Sono stati segnalati due markers: il test al desametasone (nella depressione endogena manca l'inibizione di escrezione di

cortisolo) e le variazioni di tassi ormonali quali il cortisolo o la prolattina. Ma tutti questi dati non sono stati sempre e comunque confermati. *Forse il dato più certo, perché più uniforme, è il tempo di latenza REM che nel depresso è molto più breve che nel normale.*

IV. Depressione mascherata

Questa sindrome molto in voga negli anni 70-80 è progressivamente scomparsa per la sempre maggiore affermazione del DSM-IV che, introducendo una delle sindromi più banali e confuse, i disturbi somatoformi, è riuscita ad eliminare una dizione che solo apparentemente può apparire ambigua. Infatti “depressione mascherata” significa che questa sindrome, pur facendo parte della depressione primaria per motivi nosografici, eziopatogenetici e di risposta terapeutica, non presenta i caratteristici sintomi psichici come tristezza, pessimismo, dolore psichico. Ma come vedremo questa ambiguità è solo apparente dal momento che spesso un quadro depressivo, piuttosto lieve, ad espressione psichica, può manifestarsi prima della comparsa del quadro sindromico.

Ma procediamo per gradi. Secondo Braceland (che ha introdotto e sostenuto questo concetto) i sintomi più frequenti di questa forma sono: l’apatia, l’insonnia, l’astenia, l’anoressia, la perdita di libido, i disturbi dispeptici e la stipsi ostinata.

La prima domanda che ci si pone è perché mai questa sindrome non viene attribuita alla depressione secondaria. Ma come ben sappiamo la depressione secondaria è sempre legata ad una specifica patologia organica, neurologica, dismetabolica, endocrina, etc., mentre in questo caso dovremmo dire che la depressione è secondaria proprio alla depressione stessa.

Quindi come si vede l’ambiguità del termine è solo apparente, mentre si aprono una serie di domande circa l’origine di questo disturbo e se questo possa essere influenzato da fattori culturali.

Quando, anni fa, dirigevo l’ambulatorio psichiatrico dell’Università “La Sapienza”, avevo modo di esaminare numerosi pazienti che provenivano dalla campagna romana e non posso dimenticare il loro viso rugoso cotto dal sole e dal vento avere una mimica tipicamente depressiva, che essi però negavano, proponendo solo banali sintomi somatici. Per una persona dal cui lavoro quotidiano e gravoso dipendeva la sussistenza propria e della sua famiglia, non sentirsi in grado di lavorare, sentirsi astenici, incapaci di svolgere le attività quotidiane, probabilmente comportava un vissuto di vergogna. E pertanto quando chiedevo loro i sintomi essi rispondevano, molto lentamente, con una frase tipica: “Sento una grande confusione alla testa” o “Mi tremano le gambe”. A domande più precise dichiaravano anche di non avere più appetito, di avere un’insonnia tormentosa che li portava a svegliarsi molte ore prima dell’alba che era la loro sveglia normale e quotidiana, di provare a volte il desiderio di farla finita.

Qualche collega che già cavalcava l’onda montante della neurobiologia o della genetica in psichiatria, sosteneva che bisognava studiare questi gruppi perché presentavano una singolare

sintomatologia, povera di sintomi rispetto ad un quadro grave e conclamato di depressione e se ne poteva ricavare una qualche brillante pubblicazione.

Ma il problema era più semplice: per quei contadini era inammissibile accettare di poter avere tristezza, pessimismo, noia, voglia di morire: sentimenti troppo da “ricchi” per poter essere vissuti e raccontati da loro. Comunque in molti casi, dopo che si era costruito un minimo di relazione, questi stati d’animo emergevano anche se minimizzati. Se avessi dovuto considerare che un numero così elevato di pazienti erano come depressi mascherati, sicuramente avrei commesso un errore clinico. Alcuni avevano probabilmente una vera depressione mascherata, altri invece sembravano tali perché la vergogna e un basso livello culturale unita ad una scarsa attitudine all’introspezione rendevano non verbalizzabili sentimenti come tristezza, pessimismo o pensieri di suicidio.

In questi casi dunque possiamo dunque considerare che fattori culturali favoriscono l’emergenza prevalente di sintomi somatici, anche se quelli psichici sono presenti ma non verbalizzati.

E condizioni culturali – forse per alcuni versi molto simili – sono presenti nella cultura cinese. La Cina, con 300.000 suicidi l’anno, rappresenta il paese che in percentuale presenta il più alto tasso di suicidi ed è ormai accertato che nell’80% dei casi il suicidio è la soluzione tragica di uno stato depressivo grave. E pure in Cina –nonostante le aperture degli ultimi anni – per la psichiatria ufficiale la depressione praticamente non esiste: gli psichiatri cinesi parlano infatti di “shenjing shuairuo” che è praticamente l’equivalente del nostro termine *nevrastenia*. I motivi di questa negazione sono diversi: certamente il primo è quello che la maggioranza della popolazione cinese vive fondamentalmente di agricoltura (ed è nelle campagne infatti che si consuma il tasso più elevato di suicidi), ma è forse il residuo di una ideologia che ritiene la tristezza e l’infelicità essere appannaggio solo dei borghesi ricchi e dei controrivoluzionari. Inoltre lo stigma della malattia mentale è molto forte. Tutti questi motivi possono sicuramente incrementare una sintomatologia che presenta principalmente solo i sintomi somatici della depressione quella che noi definiamo “depressione mascherata”.

Prima di proseguire mi sembra importante evitare un errore che tale dizione potrebbe ingenerare: denominare depressione mascherata un possibile stato depressivo, prevedibile ma non ancora evidente. Potrei citare due esempi tratti dalla letteratura: A. Karenina e E. Bovary. La prima è senz’altro un personaggio, per lo meno per come lo descrive Tolstoj, che è tutt’altro che depresso: vivace, allegra, piena di iniziative, pronta a rompere la routine sociale rischiando di mettersi contro il perbenismo imperante. Tuttavia ad un occhio esperto è evidente che dietro questa cortina di tipo euforico si nasconde una depressione e, aggiungerei, anche una indifferenza emotiva come emerge dal suo rapporto con il figlio. Depressione che si manifesta in maniera eclatante di fronte ad una

grave frustrazione. Anche se l'abbandono da parte dell'amante è non solo prevedibile ma in gran parte provocato da lei, quando avviene si innesca una dinamica depressiva che si esprime dapprima con un ossessivo delirio di gelosia ed infine con il suicidio.

Lo stesso vale per E. Bovary, donna ambiziosa, intraprendente, attiva che sembra rappresentare l'unica forza e spinta propulsiva per il suo "oblomoviano" marito: eppure anche qui un occhio esperto potrebbe intuire un sottofondo depressivo che emergerà chiaramente quando l'insuccesso delle sue aspirazioni trasformerà la brillante Bovary in una disperata suicida.

In questi casi non si tratta e non si può parlare di "depressione mascherata": infatti si tratta di un disturbo narcisistico di personalità che, quando viene duramente frustrato, può fare scorgere il vuoto esistenziale che c'è dietro la maschera del narcisista. Ma il rapporto tra narcisismo e depressione sarà trattato in un capitolo successivo. Comunque tendo a sottolineare che, qualora casi come quelli descritti prima fossero definiti di depressione mascherata, si tratterebbe di un equivoco clinico e lessicale.

Ritorniamo alla depressione mascherata che sappiamo essere un quadro sindromico della depressione primaria che presenta esclusivamente i sintomi somatici della depressione. Può essere utile aggiungere che non raramente possiamo trovare anche un solo sintomo che è il "dolore psicogeno" che può essere presente nelle zone più varie del corpo, che non ha alcuna causa organica ed è resistente a tutte le terapie analgesiche o antinfiammatorie.

Comunque se si attua una attenta anamnesi molto spesso si evidenzia che prima dell'insorgenza della depressione mascherata, il soggetto è stato sottoposto ad una situazione molto stressante (abbandono, insuccesso nel lavoro, gravi conflitti coniugali) e che in quel frangente era comparsa una sintomatologia caratterizzata da tristezza, umore depresso, pessimismo, sfiducia, tutti sintomi collegati all'evento e sottovalutati dal paziente. Qualche tempo dopo mentre questo vissuto psichico tende a scomparire, compare invece la depressione mascherata.

Ancora una volta ci ritroviamo in quel campo, vasto e sconosciuto, del rapporto tra fattori psichici e risonanza somatica o, se vogliamo essere più precisi, al rapporto mente-corpo. Cercherò di chiarire, per lo meno dal mio punto di vista, questo problema nel capitolo "Depressione. Ipotesi psicodinamica".

Qui mi sembra utile aggiungere alcuni dati che confermano l'esistenza e quindi la dignità nosografica della depressione mascherata.

In primo luogo questi pazienti molto spesso presentano una familiarità depressiva. Inoltre, e questo è il dato più importante, il paziente può aver presentato nel passato dei franchi episodi depressivi. Il ritmo diurno è simile a quello della depressione primaria: peggioramento al mattino (la spiegazione biologica è un eccessivo aumento del cortisolo, quella psicologica è che al mattino,

per il paziente si presenta una giornata, che per il particolare disturbo del vissuto temporale, sembra essere eterna) e miglioramento alla sera.

Ma forse l'argomento più convincente è che nella depressione mascherata c'è una risposta positiva agli antidepressivi. Questo criterio *ex adjuvantibus* è un argomento fondamentale anche per i più accaniti sostenitori del disturbo somatoforme, dimostrando sia l'inesistenza di questo che l'esistenza della depressione mascherata come espressione di una depressione primaria.

Tra i farmaci antidepressivi più funzionali sono l'amitriptilina (che è ampiamente utilizzata anche nella sindrome di dolore psicogeno) e la desimipramina (triciclici); la venlafaxina (tra gli SRNI), mentre tra gli SSRI il citalopram, la fluoxetina e la sertralina.

V. Depressione esistenziale

E' la forma di depressione più legata alla cultura, alle condizioni sociali e quindi in qualche modo si ricollega e rappresenta la forma attuale della melanconia o *tedium vitae*, che come abbiamo visto ha attraversato i secoli, se pur con diverse sfumature.

Parlando della depressione esistenziale, ovviamente dobbiamo sottolineare quali sono gli aspetti che la caratterizzano oggi. Ma prima di entrare in questo ambito mi sembra necessario richiamare lo schema di E. H. Erikson, proposto nei capitoli precedenti, per evidenziare come questa depressione è tipica dell'età adulta, che va dai 40 in poi. Come si può evincere dallo schema, le qualità dell'Io sono la generatività e l'integrità dell'Io che hanno, come controparte negativa, la stagnazione e la disperazione. In questa età l'individuo sente la necessità di creare, costruire, trovare una stabile forma di realizzazione; ma l'individuo che ritiene di aver fallito in questi compiti si sente vuoto e svuotato: la vita finisce per diventare una lunga attesa della vecchiaia e della morte. Oltre il senso di fallimento e di vuoto, è frequente la disperazione per il futuro ed il rimpianto per un passato dilapidato. Possiamo affermare che questi due sentimenti sono alla base della depressione esistenziale.

Ma ritorniamo ai fattori socio-culturali e cerchiamo di chiederci perché la depressione ha avuto tanto "successo" in quest'ultimo cinquantennio. In fondo un tale successo poteva toccare all'ansia, all'angoscia o se vogliamo ai disturbi di personalità. Anche nel passato ci sono state alcune psicopatologie "alla moda": tra queste possiamo ricordare l'isteria e la nevrastenia.

La depressione si è assicurata il successo nel momento in cui si è delineato un nuovo modello di riferimento per il comportamento dell'individuo, non più basato sul binomio dovere-colpa, bensì su quello successo/competizione-incapacità/insuccesso. L'incapacità-insuccesso diventa l'elemento patologico centrale.

Gli anni '60 hanno spazzato via tradizioni secolari, limiti e confini che strutturavano la vita collettiva determinando un nuovo assetto dell'individuo e del suo rapporto con la società. L'individuo ha acquisito una nuova sovranità, una tale possibilità di scelte che non era pensabile solo cinquant'anni prima.

Credo che pochi hanno descritto in maniera così magistrale questa nuova situazione, come ha fatto A. Ehrenberger in *“La fatica di essere se stessi. Depressione e società”* edito da Einaudi 1999 e da questo testo riporterò alcuni annotazioni.

“...E' proprio il sisma dell'emancipazione ad aver sconvolto, a livello collettivo, l'intimità di ciascuno di noi: la modernità democratica – e questa è anche la sua grandezza – ha fatto progressivamente di noi degli uomini senza guida, ci ha posti a poco a poco nella condizione di dover giudicare da soli e di dover fondare da soli i nostri punti di riferimento. Siamo divenuti puri individui, nel senso che non vi è più alcuna legge morale né alcuna tradizione a indicarci dall'esterno chi dobbiamo essere e come dobbiamo comportarci. Da questo punto di vista, la contrapposizione permesso/vietato, che regolava l'individualità fino a tutti gli anni '50 e '60, ha perduto ogni efficacia. La preoccupazione crescente per un ritorno all'ordine e il desiderio imperioso di nuovi codici strutturanti e di nuovi “limiti invalicabili” trovano qui la loro molla. Il diritto di scegliere la propria vita e il pressante dovere di diventare se stessi pongono l'individualità in una condizione di continuo movimento. E ciò induce a porre in altri termini la questione dei limiti normativi dell'ordine interiore: la contrapposizione tra il permesso e il vietato tramonta per far spazio a una contrapposizione lacerante tra il possibile e l'impossibile. Per cui l'individualità viene a trovarsi notevolmente trasformata.

...In sintonia con la relativizzazione della nozione di divieto, è andato altresì riducendosi il ruolo della disciplina nelle forme di regolazione del rapporto individuo/società: forme che oggi fanno appello più alla decisione e all'iniziativa personali che all'obbedienza disciplinare. La persona non è più *mossa* da un ordine esterno (o da una conformità alla legge), ma occorre che faccia appello a risorse interne, a competenze mentali proprie.

...Solo inglobando nella nostra riflessione tali trasformazioni normative potremo comprendere quanto sono cambiati i rapporti con le ineguaglianze, con le forme di dominio e col politico. La misura dell'individuo ideale non è più data dalla docilità ma dall'iniziativa. E qui sta uno dei mutamenti decisivi delle nostre forme di vita, dal momento che queste nuove forme di regolazione

non sono una scelta privata di ognuno di noi ma una regola comune, valida per tutti, pena l'emarginazione.

...Di qui una prima ipotesi: la depressione ci illumina sulla nostra attuale esperienza della persona, poiché essa è la patologia di una società in cui la norma non è più fondata sulla colpa e la disciplina, bensì sulla responsabilità e l'iniziativa. In passato, le regole sociali imponevano il conformismo e, con esso, l'automatismo dei comportamenti; oggi, esse reclamano lo spirito d'iniziativa e l'intraprendenza mentale. L'individuo è messo a confronto più con una patologia dell'insufficienza che con quella della legge: il depresso è l'uomo in panne. E lo spostamento d'accento dalla colpa alla responsabilità non può non rimescolare anche i rapporti tra il permesso e il vietato.

Laboratorio delle ambivalenze di una società improntata alla sovranità dell'uomo-massa, la depressione è, alla lettera, illuminante: rende cioè visibile questa doppia trasformazione dei nessi che strutturano l'individualità, per cui, nella sfera privata, essi non si rivelano più in termini di colpa e, nella sfera sociale, essi non si impongono più in termini di disciplina.

Sotto il profilo di una storia dell'individuo, non importa che la depressione designi un male di vivere o una malattia vera e propria. La sua peculiarità è un'altra: essa esprime l'impossibilità stessa del vivere, e lo fa col linguaggio della tristezza, dell'astenia (la fatica), dell'inibizione e di quella particolare difficoltà a dare il via all'azione che gli psichiatri chiamano "rallentamento psicomotorio". Il depresso, incalzato da un tempo senza futuro, appare irrimediabilmente privo di energia, risucchiato nella logica del "niente è possibile". Spossati e svuotati, agitati e violenti, in una parola, malati di nervi, scontiamo dentro i nostri stessi corpi il peso della sovranità individuale.

...Un'altra difficoltà, sempre a proposito del "soggetto", si scorge in un'area contigua, quella degli additivi e delle dipendenze. L'additivo – lo confermano gli psichiatri – è un mezzo per combattere la depressione: *erode i conflitti* attraverso un comportamento compulsivo. Ora, additivi e depressione sono temi che si propagano insieme a partire dagli anni '70. E sono entrambi manifestazioni di una difficoltà simbolica che emerge con le nozioni di legge e di conflitto.

Gli additivi incarnano l'impossibilità di una completa padronanza di sé: il tossicodipendente è schiavo di se stesso, e dipende da un prodotto, da un'attività o da un'altra persona. E così posta in dubbio la sua capacità di fungere da soggetto o – che è lo stesso – di far parte della società. Egli si situa, di fatto, in un rapporto "impossibile" con la legge. La libertà di costumi, o il declino della contrapposizione permesso/vietato, e il superamento – in virtù dei progressi della biologia e della farmacologia – dei limiti imposti all'uomo dalla natura fanno sì che tutto divenga *concretamente* possibile. Ed è per questo, oggi, il tossicodipendente – come un tempo il pazzo – è la figura

simbolica che meglio definisce i tratti dell'anti-soggetto. Se la storia della depressione è la storia di un soggetto introvabile, l'additivo esprime la nostalgia di un soggetto perduto.

Così come la nevrosi, un secolo fa, incombeva sull'individuo lacerato dai conflitti, dimezzato dalla cesura tra ciò che è permesso e ciò che è vietato, oggi la depressione minaccia un individuo apparentemente emancipato dai divieti ma sicuramente dimezzato dalla frattura tra il possibile e l'impossibile. Se la nevrosi è un dramma della colpa, la depressione è la tragedia dell'insufficienza: l'ombra anche troppo familiare dell'uomo senza guida, intimamente spossato dal compito di diventare semplicemente se stesso, è tentato di sostenersi con l'additivo dei farmaci o dei comportamenti compulsivi.”

Ho dato ampio spazio alle riflessioni del sociologo francese perché mi sembrano illuminanti nel descrivere la problematica dell'uomo moderno, problematica che è basata fondamentalmente sulla necessità di riuscita. Quante volte vediamo persone affette da una depressione esistenziale proporci come problema fondamentale l'incapacità di una scelta (come quella di avere un figlio, formarsi una famiglia, avere stabili relazioni affettive) che diventa conflitto perché spesso si sono superati ampiamente, avendo preferito la competizione, i limiti biologici o quelli di una capacità di costruire una propria vita che è stata dissipata nei mille rivoli di un'esistenza dettata più dalle regole esterne che dai propri desideri.

Ma accanto a questa modalità, diciamo più comune e frequente, c'è spesso una disperata e mai soddisfatta tendenza alla creatività, tipica degli artisti ma che forse presenta una coloritura diversa come ci dimostra questa lettera di un grande, ma poco conosciuto, pittore della prima metà del '900: Nicolas de Staël.

“Ciò che tento di fare è rinnovarmi di continuo, veramente di continuo, e non è facile. So cos'è la mia pittura, dietro le apparenze, la violenza, i perenni giochi di forza – è una cosa fragile, nel senso di buono, nel senso di sublime. E' fragile come l'amore. Credo e cerco sempre, nella misura in cui riesco a controllarmi, di tradurre le mie possibilità di pittore in un'azione decisiva e quando mi getto su una grande tela, quando è davvero riuscita, sento sempre atrocemente una grande dose di caso, come una vertigine, un elemento casuale nella forza che conserva, malgrado tutto, il suo aspetto casuale, un aspetto virtuoso a contropelo che mi fa precipitare in uno stato penoso di scoraggiamento. Non riesco a sopportarlo...”

So che la mia solitudine è inumana.”

Poco tempo dopo aver dipinto “Nudo blu coricato” (vedi immagine) egli nel 1955 si gettava dal balcone del suo studio di Antibes sulla Costa Azzurra.

Ma come si manifesta la depressione esistenziale? La vita che sembra non aver più alcuno scopo e senza significato, causa un senso di impotenza: il soggetto non ha più gioia di vivere,

perché non riesce a proiettarsi nel futuro; si sente svuotato, privo di interesse e iniziativa, ma anche se non riesce più a ritrovare un senso della vita, è in continua angoscia e alla disperata ricerca di una qualche soluzione.

I lati spiacevoli dell'esistenza sono vissuti come insormontabili che si elevano di fronte al paziente come montagne inaccessibili ed inquietanti. Il tempo soggettivo non fluisce spontaneamente, ma tende a rallentare; delle tre dimensioni del tempo, mentre il futuro diventa incerto e confuso, il presente è risucchiato in un passato vissuto con il rammarico delle cose non fatte e con i sensi di colpa per quelle cose fatte.

Ma il contesto socio-culturale certamente favorisce il mal di vivere dal momento che questa società valorizza il narcisismo e l'individualismo e, se la persona perde questi suoi punti di riferimento, egli si ritrova perduto e sperduto senza nessuna istituzione o situazione che possa accoglierlo e traghettarlo in questa fase di crisi.

La libertà individuale ritenuta assoluta, la seduzione come dinamica fondamentale dei rapporti umani, la necessità di fornire una sempre migliore immagine di se stessi, la necessità di una giovinezza perenne che rifiuta di accettare i se pur minimi segni del passare del tempo, possono essere droghe che finiscono con il perdere ben presto la loro illusoria efficacia.

La società consumistica fa di tutto per far credere che la felicità sia comprabile e che il possesso dei beni realizzi i desideri. Il raggiungimento della felicità e del benessere non è più un desiderio ed una aspirazione, ma diventa spesso un obbligo. Obbligo di essere felici, dinamici, avere successo: chi non riesce a raggiungere questi standard si sente fallito, ed è rapidamente emarginato.

Ovviamente tutto questo crea una spirale micidiale in cui l'individuo rimane intrappolato.

Il falso clima euforico, propagandato in tutti i modi, spesso fa sentire molte persone come esseri incapaci e potenziali depressi. Un esempio fra i tanti: l'invenzione di sempre nuove feste che dovrebbero costituire momento di incontro sociale e di scambio affettivo, dal momento che sono completamente artificiali e scollegate da qualsiasi contesto culturale diventano eventi che contribuiscono solo a falsi scambi dove ognuno si ritrova, subito dopo, più solo di prima.

Ma anche le festività tradizionali hanno perduto qualsiasi riferimento culturale e finiscono per avere un effetto depressogeno. Inutile inventarsi nuove patologie, ma, quando una festività come il Natale che avendo perduto qualsiasi significato simbolico e mitologico (cioè come fine dell'inverno e quindi festa del sole che inverte il suo cammino, che era diventato sempre più breve e che spesso era vissuto con l'angoscia di una sua definitiva scomparsa), diventa il periodo del maggior impegno consumistico, ovviamente genera una situazione ove la quasi totalità delle persone sembrano zombie che si aggirano angosciati carichi di pacchetti inutili di quei regali che dovrebbero essere fatti per il gusto e per il piacere dello scambio.

Inoltre c'è da considerare che l'uomo moderno vive una insanabile contraddizione che sicuramente contribuisce a determinare una caduta dello slancio vitale e della speranza.

Da una parte c'è una società che promuove ed obbliga gli individui ad un successo esasperato, inducendoli a sentirsi centro e riferimento di tutto e convincendoli che non ci sono più limiti ma solo possibilità, dall'altra lo stesso individuo vive all'interno di una situazione continuamente sotto scacco, alla mercè di forze distruttive, che non sono più quelle derivanti come un tempo dalla natura, bensì da altre comunità di uomini. Il rischio nucleare prima, il disastro ecologico oggi non possono, se si possiede un minimo di consapevolezza, non costituire la fonte di una incertezza permanente e di un conflitto insanabile.

DEPRESSIONE SECONDARIA

Intendo per depressione secondaria non quella legata a forme psichiatriche come la schizofrenia e la demenza, ove sarebbe più corretto parlare di stato depressivo in schizofrenia o in demenza, ma un quadro depressivo collegato a disturbi neurologici, endocrini, internistici o iatrogeni che presentano una sintomatologia molto chiara. Questa precisazione è importante non solo sul piano terapeutico, perché in questo caso la terapia deve essere eziologica, ma anche sul piano clinico: questa forma si differenzia dalle depressioni primarie e in primo luogo da quella mascherata perché in genere c'è stata o ci sarà una classica manifestazione depressiva endogena. Ma vediamo il seguente caso clinico (tratto da RodmG., Voshart K.).

Uomo di 55 anni, con precedenti anamnestici di alterazioni ipertiroidee, viene ricoverato in ospedale con dolore toracico, dispnea e disturbi del ritmo cardiaco. Due anni prima era stato affetto da malattia di Graves ed era stato trattato con iodio radioattivo. Durante l'anno precedente il ricovero riferì che la sua voce era diventata rauca. In ospedale il personale di corsia trovò che era letargico, inattivo e frequentemente piangente. Quando interrogato appariva apatico, con rallentamento psicomotorio e riferiva sentimenti depressivi. Negò anoressia e perdita di peso, ma descrisse un disturbo del sonno con frequenti incubi. Gli esami di laboratorio confermarono la diagnosi di «ipotiroidismo» e fu fatta diagnosi psichiatrica di «sindrome affettiva organica». Fu curato con basse dosi di tiroxina.

Nel caso clinico appena riferito si tratta di una alterazione del tono dell'umore su base organica, regredita completamente non in seguito a terapia antidepressiva bensì ad una terapia eziologica del disturbo organico.

Sappiamo che esistono altre affezioni organiche che danno luogo ad alterazioni di tipo affettivo, alterazioni che spesso sono pure indotte dall'assunzione di alcuni farmaci: paradigmatico per tutti, la reserpina.

Denominiamo questi quadri clinici «depressione secondaria». Ma quanto è legittimo parlare di «depressione secondaria»?

La letteratura sull'argomento è piuttosto vaga e contraddittoria. Cercherò pertanto di definirla con la convinzione desunta dalla revisione dei lavori sull'argomento che esista una entità nosologica ben precisa, che può essere differenziata sia dalla *depressione endogena*, sia dalla *reazione depressiva di adattamento a malattie organiche*. Quest'ultima sindrome può comparire come reazione ad una malattia organica (vedi “Il rapporto medico-paziente e la relazione terapeutica”).

H. Kohut (1980) considera la *disforia* associata a varie malattie fisiche come manifestazione di un alterato senso di Sé prodotto dalla malattia.

Schneider considera le reazioni successive a malattie fisiche, soprattutto se gravi, come un duplice fine: «la lotta contro la minaccia costituita dalla malattia e l'instaurarsi di una nuova modalità di relazione della persona malata con il mondo e con se stesso».

Numerosi studi sono stati fatti allo scopo di verificare la presenza di depressione in pazienti affetti da malattie fisiche. Dai risultati ottenuti utilizzando tests quali il Beck Depression Inventory (DBI) e l'Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), si evince che un terzo dei pazienti riferisce lievi o moderati sintomi di depressione e circa un quarto può avere una sindrome depressiva. La gravità della malattia organica è il fattore più strettamente associato con la frequenza dei sintomi depressivi. Si tratta perlopiù di un quadro clinico di tipo disforico caratterizzato da fluttuazioni del tono dell'umore con *notevole componente ansiosa e irritabilità*. L'evoluzione è o verso la guarigione per risoluzione della malattia o di adattamento al disagio provocato, e in ogni caso risente dell'andamento della malattia di base.

In questi casi quindi il disturbo depressivo non è legato alla malattia in senso eziologico, bensì rappresenta il vissuto del paziente al cambiamento della propria immagine, oppure a disabilità funzionali e invalidanti di vario grado.

Nella depressione secondaria invece abbiamo le seguenti caratteristiche:

1) a differenza della depressione endogena, l'anamnesi è negativa per precedenti disturbi dell'umore sia nel soggetto che nella famiglia;

2) a differenza delle *reazioni* depressive a malattie organiche, la depressione secondaria è legata in senso *eziologico* e non psicologico alla malattia somatica di base.

Inoltre sappiamo che nell'uomo la somministrazione di alcuni farmaci quali reserpina, propranololo, alfa-metildopa, etc. può dare luogo a tre tipi di risposte. Alcuni pazienti denunciano solo una lieve sedazione; altri aggiungono, ad una sensazione più marcata, astenia con facile faticabilità, rallentamento e calo del tono dell'umore hanno cioè una depressione secondaria; un terzo gruppo di pazienti sviluppa una vera depressione *endogena*. Da studi su pazienti trattati con alta metildopa o con reserpina, risulta che quadri di quest'ultimo tipo si sviluppano *soltanto in persone con precedenti anamnestici di depressione* e necessitano di terapia antidepressiva, mentre lo sviluppo di depressione secondaria sarebbe legato ad una maggiore sensibilità biochimica all'azione del farmaco e di fatto cede alla sospensione del medesimo.

Clinicamente la depressione secondaria è legata a malattie endocrine, neurologiche o a processi demenziali. Abbiamo riportato un caso di depressione secondaria ad una alterazione endocrina che è spesso causa di depressione secondaria: l'ipotiroidismo.

Ne risulta un quadro caratterizzato da: tono dell'umore depresso con difficoltà di compiere gli atti usuali, rallentamento psicomotorio, insonnia e un danno delle funzioni cognitive con la perdita della memoria recente, difficoltà dell'attenzione, della concentrazione e del pensiero astratto. Con una terapia eziologica, l'abbassamento del tono dell'umore come il rallentamento psicomotorio scompaiono, mentre le funzioni cognitive rimangono compromesse nei pazienti nei quali l'ipotiroidismo è di più vecchia data.

Samuel Cohen descrive invece ventinove pazienti con Sindrome di Cushing di cui ventuno con iperplasia bilaterale e otto con tumore (quattro con adenoma, quattro con carcinoma). Di questi ventinove pazienti, quattro non ebbero sintomi psichiatrici, sette avevano una lieve depressione, tredici una moderata depressione, cinque una depressione grave. Il disturbo depressivo è collegato specificamente al tipo di lesione: è presente nei casi di iperplasia, mai nei casi di tumore. Anche nel carcinoma della testa del pancreas si associa frequentemente un notevole abbassamento del tono dell'umore.

Restano ora da considerare, per completare questa sommaria rassegna delle malattie organiche che più frequentemente danno luogo a depressione secondaria, le malattie neurologiche:

Nel morbo di Parkinson e nella corea di Huntington, labilità del tono dell'umore e rallentamento psicomotorio si presentano spesso prima del pieno sviluppo della malattia e sono

associati ad alterazioni cognitive (demenza sottocorticale). La depressione nel morbo di Parkinson è stata considerata per molto tempo come reazione alla disabilità propria della malattia. È stato dimostrato invece come disabilità e depressione decollano in modo pressoché parallelo e la depressione non migliora per una riduzione della disabilità.

Nelle demenze di tipo degenerativo la sintomatologia depressiva può essere differenziata dalla depressione primaria sulla base di indagini anamnestiche che escludono precedenti episodi depressivi, dalla presenza di alterazioni della sfera cognitiva e dalla assenza di tematiche di autoaccusa.

Queste tre malattie sono accomunate dal fatto di essere dovute a lesioni dirette di centri che partecipano alla sintesi ed al metabolismo delle monoamine. Secondo Fibiger la deplezione di dopamina nella corteccia prefrontale sarebbe il terreno biochimico per la depressione secondaria di questi pazienti. Lo stesso meccanismo è stato invocato per le depressioni secondarie a lesioni ischemiche del lobo frontale sinistro.

Infatti lesioni del lobo frontale interrompono un maggior numero di vie catecolaminergiche di quanto non facciano lesioni posteriori. Inoltre è sperimentalmente dimostrato che lesioni ischemiche negli animali determinano una deplezione di catecolamine cerebrali.

Da questo lungo excursus emerge chiaramente che esistono numerose malattie, endocrine e neurologiche, che determinano uno stato depressivo. Questo stato depressivo, che definiamo secondario, è caratterizzato da: astenia, rallentamento psicomotorio, disturbi del sonno, abbassamento del tono dell'umore, faticabilità nell'eseguire anche mansioni elementari, anoressia ed alterazioni di tipo cognitivo.

Sono assenti i sintomi psichici della depressione endogena: evidente quindi che ad un disturbo di tipo biochimico (diminuzione delle amine biogene) corrisponde un quadro dove sono presenti solo i sintomi somatici della depressione. Mi sono soffermato a lungo sulla depressione secondaria, perché questi dati saranno fondamentali per proporre una ipotesi unitaria della depressione e pertanto passerò a descrivere nel prossimo capitolo le varie eziopatogenesi della depressione, suggerendo alla fine un modello psicodinamico unitario che è in grado di spiegare la depressione nel suo complesso, ma anche di dimostrare le cause che determinano l'espressività delle varie sintomatologie. Come vedremo il differenziare la depressione in primaria e secondaria, differenza che si basa su dati clinici, biochimici, genetici e che utilizza anche il criterio *ex adiuvantibus*, è un aspetto fondamentale e fondante dell'intero discorso proposto in questa sede sulla depressione.

Per la bibliografia vedi:

N. Lalli “Manuale di Psichiatria e Psicoterapia” Liguori Editore, Napoli 2002 (II Edizione).

Ultima revisione: 30 maggio 2007