

Dossier Medicina

La ricerca
Come identificare
chi potrebbe
avere una ricaduta

Porre attenzione agli aspetti negativi della vita espone al rischio di ricadute depressive. Lo dice uno studio condotto alla Binghamton University di New York, pubblicato su *Clinical Psychological Science*. I ricercatori, guidati da Mary Woody, hanno esposto a immagini di volti arrabbiati, tristi o allegri 60 donne con storia di depressione e 100 senza. Con una tecnica capace di seguire il movimento dello sguardo hanno scoperto che le donne con storia di

depressione si concentravano sui visi arrabbiati, e che le stesse donne avrebbero nei due anni successivi sviluppato di nuovo un episodio depressivo. «Potremmo così identificare le donne più a rischio di futuri episodi depressivi» dice Woody. Ma le donne così individuate potrebbero anche essere allenate con tecniche cognitive ad allontanare nella quotidianità la loro attenzione dagli elementi negativi.

D. d. D.

Rischi

La depressione esiste in tutto il mondo e circa il 20% degli adulti può soffrirne durante la vita. Le donne hanno un rischio maggiore, specie dopo eventi avversi, come la morte di una persona cara, l'esposizione a un ambiente familiare ostile, un aborto o un divorzio. Chi è depresso ha un maggior rischio di avere malattie cardiovascolari, osteoporosi e diabete e di essere prono a fumo e abuso di alcol.

M

olte persone che si sentono da qualche tempo di umore depresso, privi di forze e di interessi e che dormono male, si chiedono: quand'è che uno stato depressivo diventa un vero disturbo psichico? Il tema è "caldo" anche fra gli esperti del settore, tant'è vero che di recente sulla rivista *Acta Psychiatrica Scandinavica* è stato dato ampio spazio al tema in un articolo intitolato *Differentiating clinical and non-clinical depression* a firma di Parker Paterson, della School of Psychiatry dell'University of New South Wales.

«Un'attenzione giustificata — conferma Claudio Mencacci, direttore del dipartimento di Neuroscienze dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano —. Perché temporanei momenti di demoralizzazione e sconforto sono comuni a tutti, ma occasionali e di breve durata. Quando demoralizzazione e tristezza tendono ad accrescersi d'intensità, a perdurare nel tempo e a interferire con il funzionamento sociale, relazionale, affettivo, cognitivo e lavorativo, allora si può sconfi-

Provare sconforto è comune, ma in genere si tratta di una sensazione occasionale e di breve durata. Se invece la tristezza è intensa, perdura e interferisce con la vita lavorativa e affettiva, allora può essere vera depressione. E bisogna parlarne con il medico

Essere demoralizzati non è una malattia

“
Elemento diagnostico
Un elemento che
accumuna tutte
le varianti di questo
disturbo psichico
è il calo di attenzione,
concentrazione,
memoria

nare in un disturbo psichico. Secondo il DSM-5 (il Manuale statistico diagnostico dell'American Psychiatric Association, ndr) per parlare di vera depressione è necessario che siano presenti cinque o più sintomi contemporaneamente, di cui almeno uno costituito da umore depresso o perdita di interesse o della capacità di provare piacere in quello che si fa. Tali disturbi devono durare almeno due settimane ed essere presenti per buona parte del giorno; inoltre la persona deve "funzionare" meno bene rispetto a prima, per esempio in ambito lavorativo o familiare. Per quanto riguarda la gravità della depressione, si può immaginare l'esistenza di una scala da 1 a 10, dove 1 raffigura la demoralizzazione e 10 la depressione maggiore grave, passando per la depressione maggiore lieve e moderata. C'è poi una forma di depressione cosiddetta sottosoglia o non clinica o minore, termine che indica situazioni in cui sono presenti pochi sintomi, di minor intensità, e con circoscritto impatto sul funzionamento relazionale e sociale. Infine, c'è la cosiddetta *distimia*: quando l'umore è depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due anni, con sintomi meno intensi rispetto alla depressione maggiore».

Un elemento che accumuna tutte le forme di depressione è la riduzione più o meno intensa di attenzione, concentrazione, memoria. Così la persona si sente meno capace di pensare, concentrarsi, prendere decisioni. «Ciò ha un significativo valore diagnostico, ma è anche importante in ambito prognostico, terapeutico e riabilitativo» specifica ancora Mencacci.

Pur con tutte queste distinzioni, la depressione è un fenomeno unitario, e le varie forme in cui si presenta sono espressione di diversa gravità. Aggiunge Mencacci: «Vanno considerate a parte forme di patologia depressiva caratterizzate da sintomatologia psicotica, come il *delirio di rovina*, o quelle che gli psichiatri definiscono di tipo *melanconico*». L'uso del termine melanconico in questo caso differisce dall'uso corrente e indica la presenza di sintomi come la perdita totale del senso di piacere nella vita. «Queste forme vanno separate — spiega Mencacci — anche per la risposta ai trattamenti e per la prognosi, meno favorevole rispetto alla restante patologia depressiva».

Quando è opportuno chiedere aiuto al medico se ci sente depressi? Dice Mencacci: «Quando permangono per diversi giorni e per buona parte del tempo un umore depresso, perdita di interessi, disturbi del sonno, difficoltà a concentrarsi, a prendere decisioni e a fare scelte, a programmare il futuro a breve o media scadenza, mancanza di energia, senso di inadeguatezza, incapacità ad affrontare problemi, facile irascibilità ed emotività. In prima battuta è bene rivolgersi al medico di famiglia, che può gestire le forme lievi o lievi-medie e indirizzare allo specialista in psichiatria, se ce n'è bisogno, ad esempio le forme severe, recidivanti, resistenti ai trattamenti, con sintomi psicotici, melanconiche, perché necessitano interventi integrati per lunghi periodi, con l'obiettivo di evitare rischi di cronicizzazione».

«Su una popolazione di circa 50 milioni di abitanti maggiorenni, ogni anno 2,5 milioni di

Frequenza

Su una popolazione di circa 50 milioni di maggiorenni, ogni anno 2,5 milioni di persone soffrono di una patologia depressiva

persone soffrono di una patologia depressiva clinicamente rilevante — chiarisce Mencacci —. Un dato osservato in diverse ricerche è un aumento generazionale del rischio: più ci si allontana, come nascita, dalla seconda guerra mondiale, maggiore è la diffusione del disturbo. Ancora non si sa il perché, anche se si è pensato all'influenza di variabili come gli stili di vita, la maggiore esposizione a sostanze stupefacenti, la modificazione delle abitudini del sonno».

Una conferma di questo cambiamento viene da un aneddoto su uno dei primi antidepressivi scoperti, l'imipramina: i produttori giudicarono il numero di depressi troppo scarso per rendere la molecola commercialmente interessante, mentre oggi gli antidepressivi sono una delle più importanti voci della spesa farmaceutica.

Daniilo di Diodoro
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nella vulnerabilità alla patologia la genetica ha un ruolo importante

La depressione tende a ricorrendo nelle famiglie, anche se talora sono colpite persone che non hanno una storia di depressione in casa. «Gli studi sui gemelli mostrano un livello di ereditarietà fino al 50 per cento — dice il dottor Marc Fakhoury, del Department of neuroscience dell'University of Montreal, nel Quebec, autore di una revisione sulla neurobiologia della depressione, pubblicata sulla rivista *General Hospital Psychiatry* —. E gli studi familiari indicano un aumento di rischio di 2-3 volte tra i parenti di primo grado di chi soffre di depressione».

Ma nella grande maggioran-

za dei casi la genetica spiega solo la predisposizione alla depressione, sulla quale agiscono poi fattori ambientali, come lo stress e le esperienze traumatiche.

«In realtà, lo stress è la causa principale di una depressione maggiore — spiega Marc Fakhoury — e sembra far scattare questo disturbo in quasi ogni individuo dotato di un

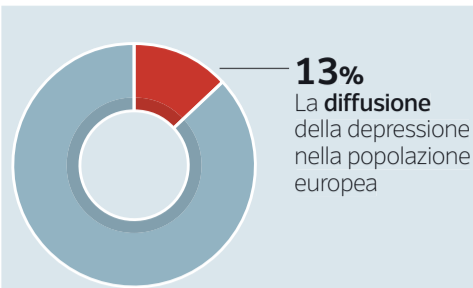
Quanto

Gli studi sui gemelli mostrano un livello di ereditarietà fino al 50 per cento

particolare set di geni che lo rendono più vulnerabile».

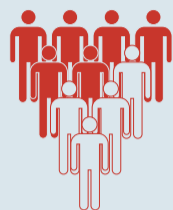
Probabilmente la predisposizione genetica agisce attraverso alterazioni a livello dei neuromodulatori, sostanze che regolano la comunicazione tra i neuroni. Ad esempio, la serotonina, correlata al livello di ansietà e alla tendenza al comportamento ossessivo, la cui carenza è stata osservata in chi è depresso, a livello del tronco encefalico, la parte alta del midollo spinale.

Si sa che è coinvolta anche la noradrenalina, responsabile del livello di allerta, di ansia e di interesse verso la vita, così come la dopamina, un importante neuromodulatore dal qua-



Le **donne** hanno un **rischio doppio** di sviluppare il disturbo rispetto agli uomini

Le fasce di età **più giovani** risultano le più colpite



Più del 60%
La quota tra le persone che hanno sofferto di un episodio di depressione maggiore che avrà una ricaduta

Il rischio di ricaduta aumenta a ogni episodio successivo

Le differenze

Distinguere tra "tristezza", "depressione" e "ansia" può non essere sempre facile. Ecco, schematicamente, alcune indicazioni che possono essere utili per intercettare i segni delle tre diverse condizioni

CHI È TRISTE

- ▶ È di umore triste, ma non in maniera continua
- ▶ Di tanto in tanto perde interesse in quello che fa
- ▶ Ha poca voglia di fare, ma continua ad avere un buon funzionamento sociale e lavorativo
- ▶ Ha una ridotta fiducia nelle proprie capacità
- ▶ Si distrae facilmente
- ▶ È cosciente dei fattori di stress esterni, come ad esempio un lavoro troppo richiedente
- ▶ Confida in un domani migliore

CHI È DEPRESSO

- ▶ Ha un umore depresso per la maggior parte del giorno
- ▶ Non prova interesse o piacere verso la maggior parte delle attività della giornata
- ▶ Prova un costante senso di fatica e perdita di energia che impedisce un buon funzionamento sociale e lavorativo
- ▶ Ha una sensazione di mancanza di valore e sensi di colpa eccessivi o inappropriati
- ▶ Ha una ridotta capacità di pensare e di concentrarsi
- ▶ Percepisce che il suo malessere viene dall'interno
- ▶ Vede un futuro molto oscuro

CHI È ANSIOSO

- ▶ Ha crisi di ansia, ma poi ritrova il buonumore
- ▶ Ha uno stato di irritabilità, si spazientisce anche per banali inconvenienti
- ▶ Prova una facile affaticabilità che può interferire con il funzionamento sociale e lavorativo
- ▶ Ha una condizione di tensione muscolare
- ▶ Prova difficoltà a concentrarsi a causa dell'ansia
- ▶ Percepisce il mondo esterno come incerto e preoccupante
- ▶ Spera in un futuro meno segnato dall'ansia

La cura

Servono antidepressivi e ansiolitici nella depressione minore? Quando la depressione è di lieve entità, quindi minore o sottosoglia, l'efficacia degli antidepressivi non è diversa da quella del placebo.

Lo conclude una revisione sistematica della letteratura scientifica sull'argomento realizzata da ricercatori guidati da Corrado Barbui, professore di psichiatria all'Università di Verona, e pubblicata sul *British Journal of Psychiatry*.

«I farmaci antidepressivi non danno un beneficio aggiuntivo apprezzabile nelle forme depressive minori o sottosoglia — dice Barbui —. Questo induce la maggior parte delle linee guida sul trattamento della depressione a suggerire di non utilizzarli in tali forme, visto che, oltretutto, possono provocare effetti collaterali e hanno un costo. Il loro impiego andrebbe riservato alle forme depressive maggiori di intensità medio-grave. Nelle forme depressive minori vengono suggeriti approcci di tipo psicologico che possano supportare il paziente, fornendogli quantomeno fattori curativi come la presa in carico, il vissuto positivo di essere curati, ed altri ancora, che di per sé han-

no valore terapeutico». I dati delle sperimentazioni indicano che per gli antidepressivi esistono prove di efficacia solo nel trattamento della depressione maggiore.

«Ciò perché le sperimentazioni rilevano l'effetto dei farmaci soprattutto nelle forme medio-gravi — chiarisce Corrado Barbui —. Si deve immaginare l'esistenza di un continuum in ordine crescente di gravità: la depressione sottosoglia, la depressione maggiore di lieve gravità, di media gravità, di elevata gravità. L'efficacia degli antidepressivi aumenta al crescere di questo continuum depressivo, e diventa rilevante nelle forme maggiori di intensità medio-grave».

Tale indicazione è spesso di-

Indicazione

L'efficacia degli antidepressivi cresce nelle forme maggiori di intensità medio-grave

Senza pillole

Per trattare le forme di minore entità bisognerebbe ricorrere alla psicoterapia

le dipendono l'attenzione, la motivazione e il senso di ricompensa. Diversi studi indicano inoltre una ridotta presenza di tirosina, un precursore della dopamina, nel sangue e nel liquido spinale di persone depresse.

La più utilizzata categoria di antidepressivi, gli inibitori della ricaptazione della serotonina, i cosiddetti SSRI, come la paroxetina e il citalopram, agiscono incrementando proprio il livello extracellulare della serotonina, anche se oggi si sa che probabilmente la loro azione è più articolata e coinvolge complessi di recettori non del tutto conosciuti. La ricerca ha ancora molte scoperte da fare sui rapporti esistenti tra questi recettori e, ad esempio, la tendenza alle ricadute nella depressione.

«Possono essere coinvolti anche i fattori neurotrofici, — spiega ancora Fakhoury — una

famiglia di proteine responsabile della crescita dei neuroni. Il cosiddetto *brain-derived neurotrophic factor* (fattore neurotrofico cerebrale, BDNF) è un esempio di fattore neurotrofico, ma ce ne sono altri, come l'*Insulin like growth factor* (fattori di crescita insulino-simili, IGF), il *Fibroblast growth factor* (fattori di crescita dei fibroblasti, FGF) e il *Vascular endothelial growth factor* (fattore di crescita dell'endotelio vascolare, VEGF). Sono sostanze coinvolte nella plasticità delle reti neuronali e possono stimolare la nascita di nuovi neuroni nell'ippocampo». Quando

Ipotesi

La predisposizione potrebbe agire attraverso alterazioni dei neuromediatori

sattesa, anche se non ci sono dati disponibili sulle reali prescrizioni in Italia.

«Sui consumi di antidepressivi sono disponibili i dati del rapporto OSMED del 2013, che non sono suddivisi per diagnosi, quindi non ci aiutano a capire — spiega Barbui —. Indicano che l'uso di antidepressivi è cresciuto costantemente nell'arco degli ultimi anni. Nel 2013 circa 40 persone ogni 1000 hanno assunto una dose di antidepressivo ogni giorno. Dati europei e nord-americani mostrano come vi sia da una parte una quota di persone con depressione maggiore di intensità moderata-grave che non è trattata, e dall'altra persone trattate con antidepressivi senza una diagnosi di depressione maggiore di intensità moderata-grave. Ossia, il medico "sbaglia la mira", nel senso che non tratta soggetti che dovrebbero essere trattati, e tratta soggetti che potrebbero non averne bisogno».

In molti casi, poi, forme sottosoglia di depressione sono trattate con benzodiazepine, che hanno un'azione contro l'ansia e nessuna efficacia antidepressiva.

«Il fatto è che in circa due casi su tre le forme depressive si accompagnano a sintomi an-

siosi e a insonnia, sintomi sui quali le benzodiazepine sono piuttosto efficaci — chiarisce il professor Barbui —. Anche il consumo di benzodiazepine è in aumento negli anni, specie nelle regioni del nord».

Dunque, per il trattamento delle forme depressive di minore entità bisognerebbe evita-

Farmaci

La maggior parte delle linee guida suggerisce di non utilizzare antidepressivi se il malessere è lieve, visto che, oltretutto, possono provocare effetti collaterali e hanno un costo

re farmaci e ricorrere ai trattamenti psicoterapici, per i quali esistono prove di buona efficacia. Però sono trattamenti non sempre e ovunque disponibili, e di solito costosi e a carico del singolo malato.

«Le forme di psicoterapia per le quali esistono buone prove di efficacia sono soprattutto quella *cognitivo-comportamentale*, la *psicoterapia interpersonale* e la *problem-solving therapy*. Da notare, tuttavia, che anche il semplice esercizio fisico ha un'efficacia contro la depressione moderata» conclude Corrado Barbui.

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esperto risponde

alle domande dei lettori sui problemi di salute mentale all'indirizzo <http://forum.corriere.it/psichiatria>

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA