textbook

La mente depressa

Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva

A cura di
Antonella Rainone
Francesco Mancini

PSICOLOGIA

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi
nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere
via e.mail le segnalazioni delle novità.

La mente depressa

Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva

A cura di
Antonella Rainone
Francesco Mancini

FrancoAngeli textbook

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

INDICE

INTRODUZIONE
di Antonella Rainone, Francesco Mancini pag. 11

1. I DISTURBI DEPRESSIVI: DIAGNOSI, EPIDEMIOLOGIA E TRATTAMENTI EFFICACI
di Antonella Rainone, Francesco Mancini, Sonia Di Munno » 15
1. Depressione: un'emergenza mondiale » 15
2. Diagnosi descrittiva » 17
3. La valutazione clinica del rischio di suicidio nella depressione » 23
4. Decorso del disturbo e fasi del trattamento: il problema della ricaduta » 24
5. Il ruolo della depressione nel mantenimento e nella cronicizzazione di altri disturbi » 27
6. Non solo farmaci nella cura della depressione: l'utilità della psicoterapia efficace » 28
7. Conclusioni » 31

2. PERCORSI DI RESILIENZA NELLA DEPRESSIONE
di Miriam Miraldi » 32
1. Resilienza: definizioni e approcci » 32
2. Le variabili individuali: i fattori emotivi e cognitivi della resilienza » 36
3. *Negative life events*, vulnerabilità e fattori protettivi nella depressione » 37
4. Resilienza, salute mentale e disturbi depressivi » 41
5. Resilienza e suicidio » 45
6. La psicologia positiva nel trattamento dei disturbi depressivi » 45
7. CBT e resilienza nella depressione: il modello dei "punti di forza" » 48
8. Conclusioni » 51

3. LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DELLA DEPRESSIONE. IL MODELLO DI COMPRENSIONE E DI CURA SVILUPPATO DA AARON T. BECK
di Antonella Rainone, Mauro Giacomantonio, Tiziana Ferrari, Cristina Polli » 52
1. Le origini » 52
2. Il modello di comprensione della depressione » 53

3. Il *mode* di perdita pag. 67
4. Osservazioni critiche al modello cognitivo di Beck » 68
5. La Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) » 73
6. La prima fase della terapia: formulazione condivisa e riduzione dei sintomi acuti » 77
7. La seconda fase della terapia: prevenzione della ricaduta attraverso la *Schema Therapy* » 85
8. Accorgimenti terapeutici » 85
9. L'*Internet based Cognitive Behavioral Therapy* (ICBT) » 86
10. L'efficacia della CBT della depressione » 86
11. Conclusioni » 92

4. DALL'IMPOTENZA APPRESA ALLA *HOPELESSNESS DEPRESSION*
di Barbara Paoli, Eva Cordioli, Francesca Fenzo » 93
1. La teoria dell'impotenza appresa » 93
2. Prima riformulazione: il ruolo dello stile attributivo » 94
3. La seconda riformulazione: la *Hopelessness Theory of Depression* » 98
4. Hopelessness, hopefulness e suicidio » 108
5. La prevenzione e la terapia della *Hopelessness Depression*: dall'assessment della catena eziologica all'intervento sui suoi anelli » 109

5. LA RUMINAZIONE DEPRESSIVA
di Roberta Trincas, Alessandro Couyoumdjian » 112
1. Introduzione » 112
2. Vulnerabilità e mantenimento » 113
3. La ruminazione come processo orientato da scopi » 116
4. Il trattamento della ruminazione: la *Rumination-Focused Cognitive Behavioural Therapy* » 122
5. Conclusioni » 125

6. I PARADOSSI DELLA DEPRESSIONE
di Francesco Mancini, Amelia Gangemi » 127
1. La reazione depressiva (RD) » 127
2. I paradossi psicologici della depressione » 129
3. I paradossi evoluzionistici della RD » 135
4. Una proposta di spiegazione del paradosso evolutivo della RD » 138
5. Conclusioni » 139

7. DALLA NORMALE REAZIONE DEPRESSIVA ALLA PATOLOGIA: LA DEPRESSIONE COME BLOCCO NEL PROCESSO DI ACCETTAZIONE DELLA PERDITA E DEL FALLIMENTO
di Francesco Mancini, Antonella Rainone » 141
1. Introduzione » 141
2. Il processo di accettazione della perdita e del fallimento: reazione depressiva e lutto » 141
3. Reazione depressiva e disturbo depressivo: somiglianze e differenze tra la normalità e la patologia » 148

4. Le caratteristiche individuali che bloccano nel lutto e mettono a rischio di depressione pag. 149
5. Il blocco nella reazione depressiva e lo sviluppo dei disturbi depressivi: dalla normalità alla patologia » 157
6. La ricorrenza » 158
7. La terapia come sblocco del processo di accettazione della perdita e del fallimento » 159
8. Conclusioni » 163

8. LUTTI COMPLICATI: QUANDO UN EVENTO DI VITA NORMALE DIVENTA UNA MALATTIA
di Claudia Perdighe » 164
1. Introduzione » 164
2. Definizione e diagnosi del disturbo da lutto persistente complicato » 166
3. Altri disturbi associati alla perdita di una persona cara » 169
4. Cosa può rendere un lutto complicato? Fattori che complicano l'accettazione di una perdita » 171
5. La terapia dei lutti complicati » 180

9. ALTRUISMO E DEPRESSIONE
di Antonella Rainone, Miriam Miraldi, Francesco Mancini » 182
1. Introduzione: i depressi sono altruisti? » 182
2. Altruismo ed empatia » 183
3. Altruismo e senso di colpa altruistico » 184
4. Colpa interpersonale e distress empatico nella depressione » 188
5. La depressione altruistica » 191
6. Implicazioni cliniche nella psicoterapia della depressione altruistica » 193
7. Conclusioni » 197

10. UNA PROPOSTA DI CONCETTUALIZZAZIONE DELLA DEPRESSIONE IN UN'OTTICA DI *SCHEMA THERAPY*: SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI E *MODE WORK*
di Olga Ines Luppino, Barbara Basile, Silvia Bianchini » 198
1. Introduzione » 198
2. *Schema Therapy*: cenni al modello teorico » 198
3. La *Schema Therapy* per la depressione: una concettualizzazione secondo il modello degli schemi » 202
4. Il modello di trattamento: obiettivi, fasi e tecniche di intervento principali » 205
5. *Schema Therapy* per la depressione: uno sguardo ai dati di efficacia » 212
6. Conclusioni » 214

11. LA TERAPIA DELL'ACT (ACCETTAZIONE E IMPEGNO) APPLICATA ALLA DEPRESSIONE
di Barbara Basile » 216
1. Introduzione » 216
2. I sei ostacoli alla flessibilità psicologica da affrontare con l'ACT » 217

3. Applicazione dell'ACT alla depressione pag. 219
4. Efficacia dell'ACT nella cura della sintomatologia depressiva » 223
5. Conclusioni » 226

12. LA *COMPASSION FOCUSED THERAPY* NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE
di Nicola Petrocchi » 227
1. Introduzione » 227
2. I tre sistemi emotivi e correlati psicofisiologici » 228
3. Ipo-attivazione del sistema calmante nella depressione » 231
4. Origini dell'ipo-attivazione del sistema calmante » 232
5. Razionale degli interventi di CFT » 235
6. Sequenza e struttura degli interventi di CFT » 236
7. Studi di efficacia » 239

13. LA TERAPIA COGNITIVA BASATA SULLA *MINDFULNESS*. COMPRENDERE E TRATTARE LE RICADUTE DEPRESSIVE
di Antonella Rainone, Paolo Lindaver, Irene Picone » 242
1. lntroduzione » 242
2. Il problema delle ricadute nei pazienti curati dalla depressione » 242
3. La Teoria dei Sotto-sistemi Cognitivi Interagenti (ICS) » 245
4. La vulnerabilità alle ricadute secondo il modello ICS » 254
5. La Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (MBCT): la cura della ricaduta nella depressione » 255
6. Meccanismi d'azione della MBCT » 259
7. Prove di efficacia della MBCT e indicazioni terapeutiche » 262
8. Conclusioni » 265

14. *WELL-BEING THERAPY*. CURARE LA RICORRENZA ALLA DEPRESSIONE CON LA TERAPIA COGNITIVA POSITIVA
di Antonella Rainone, Paolo Lindaver, Irene Picone » 267
1. Lo sviluppo della *Well-Being Therapy* come strategia terapeutica per ridurre il rischio di ricorrenze nella depressione » 267
2. Sviluppi teorici della *Well-Being Therapy* » 269
3. Il benessere psicologico e la sua operazionalizzazione in sei dimensioni » 270
4. La struttura della WBT per trattare le ricorrenze nella depressione: l'approccio sequenziale » 273
5. Un confronto tra WBT e CBT standard » 277
6. Le indicazioni cliniche della WBT » 277
7. Gli studi di efficacia » 279
8. Conclusioni » 281

15. LA TERAPIA INTERPERSONALE. SOMIGLIANZE E DIFFERENZE CON LA TERAPIA COGNITIVA
di Marco Saettoni » 282
1. Introduzione » 282

2. Il modello di comprensione della depressione nel paradigma IPT pag. 283
3. Struttura dell'IPT » 284
4. La conduzione pratica dell'IPT » 285
5. Le tecniche dell'IPT » 289
6. Efficacia dell'IPT » 290
7. Gli adattamenti dell'IPT » 290
8. Terapie interpersonale e cognitiva a confronto » 291

BIBLIOGRAFIA » 293

GLI AUTORI » 343

INTRODUZIONE

di Antonella Rainone, Francesco Mancini

Con oltre 320 milioni di casi nel mondo, la depressione è il disturbo mentale più diffuso. I suoi esiti possono essere molto gravi, comportando disabilità e suicidio. Dal 2012 la depressione è seconda solo alla malattia cardiaca cronica per disabilità e costi prodotti.

Anche in Italia la malattia depressiva è molto diffusa: colpisce quasi 3 milioni di italiani ed è un'importante causa di morte tra i giovani.

Ma nonostante la sua gravità, la depressione è tra i disturbi mentali più curabili. Tra l'80 e il 90% delle persone depresse curate risponde bene al trattamento farmacologico e psicoterapico (APA, 2010). E in tutti i casi quasi tutti i pazienti ottengono un certo sollievo dai loro sintomi. Eppure nel mondo, in media, solo un terzo di chi soffre di questo male ha accesso alle cure efficaci, o perché vive in Paesi molto poveri privi di servizi o perché riceve cure inappropriate.

L'approccio cognitivista da sempre lavora per sviluppare trattamenti psicoterapeutici efficaci sia per l'acuzie sia per le ricadute depressive e per ampliare l'accessibilità della cura a un numero sempre maggiore di persone sofferenti. Negli ultimi anni la terapia cognitivo comportamentale per la depressione, messa a punto negli anni Sessanta da Beck e risultata efficace in anni di ricerca e di lavoro clinico, si è arricchita di nuovi sviluppi e protocolli da integrare per aumentarne l'efficacia soprattutto nella cura della ricorrenza depressiva. Sono state elaborate e integrate alla CBT standard la *Schema Therapy* di Young e collaboratori (2003), la *Rumination-Focused Cognitive Behavioural Therapy* di Watkins (2016), l'*Acceptance and Commitment Therapy* di Hayes e collaboratori (2001), la *Compassion Focused Therapy* di Gilbert (2010). E specificatamente per la cura della ricaduta sono stati perfezionati due protocolli cognitivi da aggiungere in sequenza alla CBT o anche alla sola cura farmacologica: la *Well-Being Therapy* di Fava (2016a) e la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* di Segal, Teasdale e Williams (2002).

Contemporaneamente al perfezionamento della cura, il mondo cognitivista è da sempre impegnato a rendere tale cura il più accessibile possibile a tutte le persone che soffrono di disturbi depressivi. Oltre alla necessità di avere un trattamento efficace *evidence-based*, tra le necessità che spinsero Beck ad allontanarsi dalla psicoanalisi e a sviluppare un nuovo modo di fare psicoterapia avvicinandosi al mondo comportamentista e cognitivista, c'era proprio la necessità di avere un metodo di cura più breve e flessibile e quindi facilmente implementabile e accessibile. Negli ultimi anni i terapeuti cognitivisti stanno cercando di aumentare

l'accessibilità della cura sfruttando anche i nuovi mezzi messi a disposizione da Internet. Sono nate così specifiche forme di terapia per gli strumenti informatici, come l'Internet CBT e l'Internet ACT.

Anche il nostro gruppo di lavoro all'interno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) è da diversi anni impegnato a perfezionare la comprensione e la cura dei disturbi depressivi. Il primo libro nato dal nostro lavoro, *Approcci Cognitivi alla Depressione* pubblicato nel 2004, raccoglieva il risultato dell'approfondito studio dei modelli cognitivisti di comprensione e cura a disposizione fino ad allora. In questi ultimi quindici anni il nostro lavoro sui disturbi depressivi è continuato sia nella ricerca che nell'attività clinica. Questo nuovo libro ne riporta i risultati. Così, oltre all'aggiornamento degli approcci cognitivi alla depressione, contiene anche il modello cognitivista di comprensione e cura della depressione sviluppato dalla nostra attività.

Convinti che per capire e curare la patologia mentale bisogna innanzitutto conoscere il funzionamento normale della mente, tutto il nostro lavoro è guidato da due domande fondamentali: *Com'è fatta la mente depressa? E come possiamo riportarla verso un funzionamento sano?*

La nostra tesi parte dalla concezione della mente come apparato regolato da credenze e scopi (desideri, motivazioni, bisogni, valori, progetti, obiettivi ecc.). La mente sana è in grado di "elaborare" le perdite e i fallimenti, vale a dire di accettare le compromissioni di scopi attraverso un doloroso processo detto reazione depressiva (lutto in senso lato), che arriva alla rinuncia degli scopi compromessi senza speranza (beni perduti irrecuperabili) e al reinvestimento in altri scopi o beni. La mente depressa invece si blocca nella reazione depressiva e non riesce ad arrivare all'accettazione. Non rinuncia al bene irrimediabilmente perduto ma, assumendo che non ci sia speranza di recuperarlo, non fa niente per riaverlo indietro, cerca solo di "perderlo il meno possibile". Le ragioni di questo blocco sono da ricercare in alcune caratteristiche individuali, prima fra tutte la tendenza a rimuginare in modo critico e svilente proprio sull'esperienza della normale e sana reazione depressiva, creando così un processo ricorsivo di auto-invalidazione (problema secondario), cui contribuisce anche la tendenza a confondere gli stati interni con gli stati del mondo (*affect as information*). Tali caratteristiche psicologiche si combinano in modo complesso con i fattori bio-genetici e quelli ambientali e relazionali.

Questa tesi è in grado di rendere conto dei diversi paradossi che la depressione pone; di spiegare le diverse forme che la depressione assume e l'efficacia della CBT di Beck e delle nuove integrazioni e sviluppi attraverso un razionale differente da quello fornito dallo stesso Beck e di dar conto di passaggi che il modello teorico di Beck non riesce a spiegare (come, per esempio, il paradosso nevrotico e il relativo lavoro sui costi e benefici del cambiamento).

Se il trattamento che proponiamo in base al modello di comprensione della mente depressa come mente che non riesce ad arrivare all'accettazione della perdita integra fondamentalmente la CBT di Beck, la RET di Ellis e i nuovi sviluppi della terapia cognitiva, il modello di comprensione dei disturbi depressivi si allontana significativamente da quello di Beck, innanzitutto perché dismette il criterio patogenetico del realismo, per adottarne uno funzionalista. La patologia non deriva da valutazioni irrealistiche e irrazionali, ma dalla loro disfunzionalità pragmatica rispetto agli scopi dell'individuo, ostacolandolo e allontanandolo dal loro raggiungimento e realizzazione.

Le ipotesi da noi presentate sulla mente depressa permettono inoltre di rispondere alla necessità di individualizzazione della terapia dovendo curare un disturbo così eterogeneo. La ricostruzione con il paziente dei suoi stati mentali permette di individuare:

1. il tipo di depressione (per esempio, "Si tratta di depressione altruistica in cui lo scopo sentito come compromesso in modo inaccettabile è quello del fare bene all'altro a costo del proprio bene e in cui il senso di colpa del sopravvissuto o quello da responsabilità onnipotente sono centrali?", "È una depressione affettiva, in cui lo scopo sentito come compromesso in modo inaccettabile è quello relazionale? O una depressione anedonica, in cui lo scopo di immagine sociale o di autoimmagine o di rango è valutato come compromesso in modo inaccettabile?", "È un lutto complicato?");
2. la fase specifica in cui il disturbo si trova (per esempio, "È nella fase della speranza in cui lo stato prevalente è quello della speranza di recuperare il bene perduto o nella fase della disperazione", "È in fase acuta?", "In remissione?", "Al primo episodio o al terzo?");
3. le caratteristiche individuali dello specifico paziente, della sua particolare storia e del contesto interpersonale in cui è immerso (per esempio, "Ha un progetto esistenziale monotematico?", "Come l'ha costruito?", "Qual è la storia della sua vita?", "Qual è il contesto relazionale in cui è immerso?", "Quali sono i suoi punti di forza?", "Tende all'autocritica e al rimuginio?", "Tende a usare le emozioni come informazioni dello stato del mondo?").

Partendo il nostro modello dal funzionamento sano della mente, non può prescindere dall'importanza della resilienza e del benessere psicologico. Per questo, accanto al lavoro per ridurre la sofferenza, è sempre previsto un lavoro vòlto all'aumento del benessere e della resilienza e la terapia non si considera del tutto efficace se riduce solo i sintomi.

Il libro inizia con l'introduzione al mondo dei disturbi depressivi attraverso i dati epidemiologici riguardanti la loro diffusione e frequenza, la loro descrizione, il decorso e gli esiti. Si dà ampio spazio al problema del suicidio e della valutazione del rischio suicidario, oltre che al problema della ricorrenza depressiva, e si presentano i trattamenti efficaci attualmente a disposizione dei clinici.

L'esplorazione del mondo della depressione continua nel cap. 2 attraverso la descrizione della resilienza e dei percorsi sviluppati dalla terapia cognitiva per aumentarla.

La descrizione degli approcci cognitivi alla depressione inizia con la descrizione dettagliata della CBT di Beck (cap. 3), delle ipotesi sull'impotenza appresa e sulla hopelessness (cap. 4) e della ruminazione depressiva e del protocollo appositamente sviluppato per il suo trattamento, la *Rumination-Focused Cognitive Behavioural Therapy* (cap. 5).

La descrizione della mente depressa e della sua cura attraverso le ipotesi sviluppate dal lavoro clinico e di ricerca del nostro gruppo SPC inizia già nel cap. 5 parlando di ruminazione e scopi della mente, e continua nei quattro capitoli successivi. La tesi sulla mente depressa come mente bloccata nella reazione depressiva e guidata dallo scopo di non perdere ancora di più i beni perduti, permette di risolvere i diversi paradossi che la depressione pone (cap. 6), di comprendere e curare i disturbi depressivi sbloccando e facendo ripartire la reazione depressiva per arrivare all'accettazione (cap. 7), affrontando i lutti complicati (cap. 8) e

iniziando a identificare, descrivere e comprendere i diversi tipi di depressione a seconda degli scopi compromessi (beni perduti) su cui la mente si è bloccata, come la depressione affettiva, quella anedonica e la depressione altruistica (cap. 9).

L'aggiornamento degli approcci cognitivi per la cura della depressione continua descrivendo la *Schema Therapy* (cap. 10), l'ACT (cap. 11) e la *Compassion Focused Therapy* (cap. 12).

I capitoli 13 e 14 affrontano il tema della ricorrenza alla depressione, riportando approfonditamente sia le ipotesi che spiegano la ricaduta sia le terapie cognitive messe a punto per curarla, la *Well-Being Therapy* e la *Mindfulness Based Cognitive Therapy*.

L'ultimo capitolo è dedicato alla descrizione della Terapia Interpersonale che viene confrontata nelle somiglianze e nelle differenze con la Terapia Cognitiva, mettendo in evidenza come questi trattamenti, entrambi efficaci, possono curare meglio un tipo di depressione piuttosto che un altro.

1 I DISTURBI DEPRESSIVI: DIAGNOSI, EPIDEMIOLOGIA E TRATTAMENTI EFFICACI

di Antonella Rainone, Francesco Mancini, Sonia Di Munno

1. Depressione: un'emergenza mondiale

Il disturbo depressivo continua a essere la malattia mentale più diffusa al mondo e in costante crescita (World Health Organization – WHO, 2017).

Ogni anno si ammalano di depressione quasi 322 milioni di persone (il 4,4% della popolazione globale) e di questi circa 1 milione si toglie la vita. Quasi la metà vive in Occidente e in Asia Sud-orientale e le fasce di popolazione maggiormente colpite sono quelle a reddito basso e medio basso (vedi fig. 1). Anche in Italia la depressione è il disturbo mentale più diffuso colpendo più di 2,8 milioni di persone (ISTAT, 2018). Il 4,5% è ultra 65enne, con un picco che può raggiungere anche il 40% tra le persone istituzionalizzate (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* – ESEMeD, Ministero della Salute, 2013).

Questo disturbo è più comune tra le donne (5,1% rispetto al 3,6% degli uomini), tra le quali può comparire in alcune particolari fasi della vita, quali il periodo *post-partum* o durante il periodo di transizione verso la menopausa (vedi fig. 2).

La depressione è in costante e drammatica crescita: il numero totale stimato di persone che vivono con la depressione è aumentato del 18,5% tra il 2005 e il 2015. Secondo la WHO nel 2020 la depressione avrà una prevalenza pari a un individuo su sei, con una probabilità di ricaduta compresa in un range tra il 35% e il 65%.

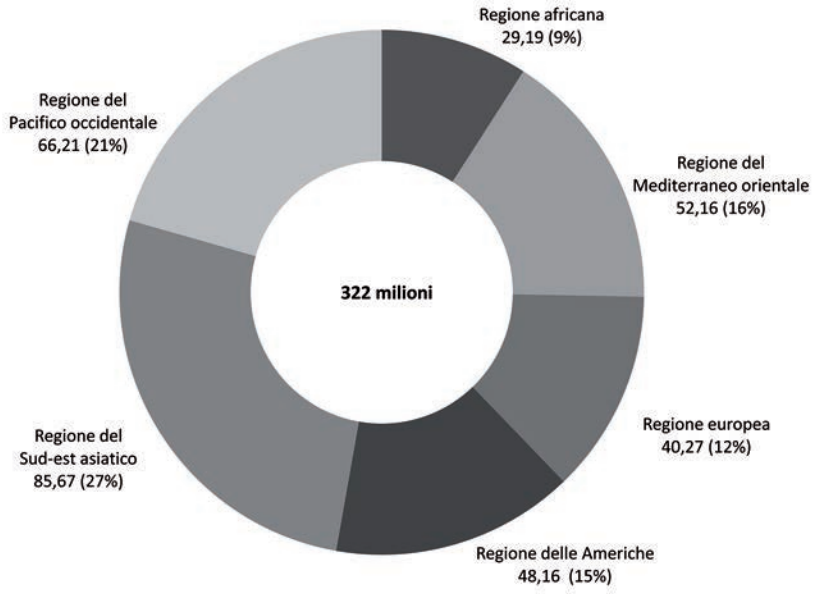
Gli esiti della depressione possono essere molto gravi, comportando un notevole deterioramento del funzionamento psico-sociale, fino ad arrivare al suicidio. Tra le persone depresse la probabilità di suicidio è alta: nell'anno 2015 sono morte di suicidio per depressione 788 mila persone nel mondo e molte altre hanno tentato il suicidio, tanto da rappresentare l'1,5% di tutte le morti. È stata la seconda causa di morte nel mondo per i giovani dall'età tra i 15-29 nell'anno 2015. Per questo motivo la depressione è classificata tra le prime 20 malattie fatali per l'essere umano. Lì dove il reddito è più basso si concentra circa il 78% del totale dei casi registrati. Anche in Italia, nonostante un tasso medio inferiore alla media degli altri Paesi europei (6 per 100 mila abitanti a fronte di 11), il suicidio è un'importante causa di morte tra i più giovani, con quasi il 12% dei decessi tra i 20 e i 34 anni (oltre 450 mila decessi; ISTAT, 2018).

I fattori di rischio suicidario possono essere diversi. Quelli principali sono l'appartenenza al sesso maschile; la disponibilità dei mezzi per suicidarsi; la presenza di ideazione suicidaria; il ritiro sociale e la solitudine; i sentimenti di di-

sperazione, oltre che la durata dell'episodio depressivo: da più tempo dura, più cresce il rischio che la persona commetta suicidio. I comportamenti suicidari sono più frequenti tra le donne depresse, ma i tentativi portati a compimento sono più numerosi tra gli uomini depressi.

Anche quando non si arriva al suicidio, la presenza di un disturbo depressivo può portare a gravi compromissioni nella vita di chi ne soffre, che non riesce più a lavorare o a studiare, a intessere e mantenere relazioni sociali e affettive, a provare piacere e interesse in alcuna attività. Le persone che soffrono di disturbi depressivi, infatti, presentano uno stato di salute peggiore, un maggior rischio di invalidità e di assenza dal lavoro, una compromissione delle prestazioni lavorative, maggiori difficoltà relazionali in famiglia, maggiore incapacità nell'adempiere il proprio ruolo genitoriale e un aumento significativo nell'utilizzo dei servizi sanitari. Si stima che nel 2015 la malattia depressiva abbia comportato globalmente 50 milioni di anni vissuti con disabilità (*Years Lived with Disability* – YLD; WHO, 2017). In generale, rispetto agli altri disturbi psichiatrici non fatali, la depressione contribuisce al 7,5% dei totali di YLD. Alla fine degli anni Novanta, la WHO aveva previsto che, per disabilità e costi prodotti, la depressione nel 2020 sarebbe stata seconda solo alla malattia cardiaca cronica. Nel 2012 questa previsione si era già realizzata.

Fig. 1 – Casi di disturbo depressivo nel mondo

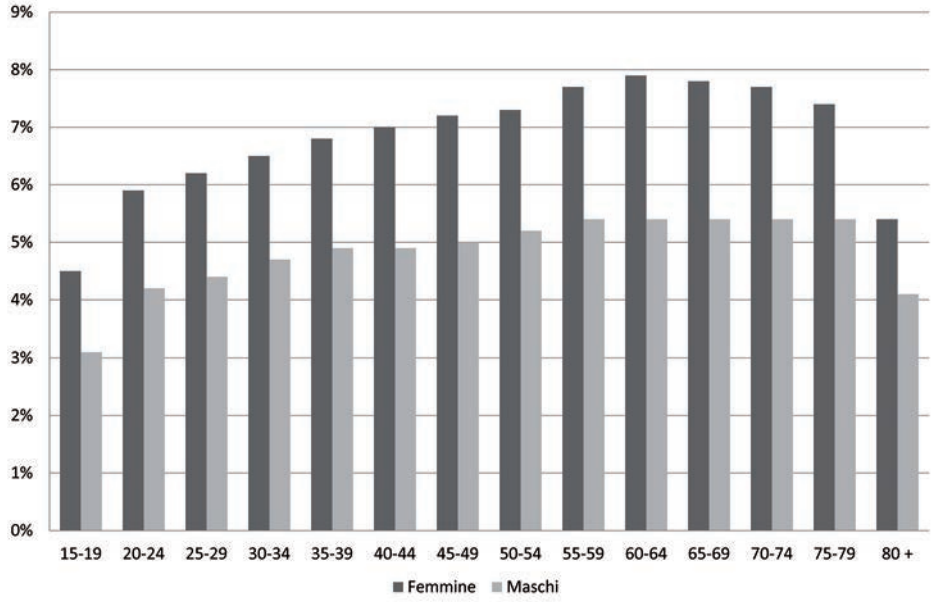


Fonte: *Global Burden of Desease Study 2015*, http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Se si considerano la vasta diffusione dei disturbi depressivi, la loro natura invalidante e l'alto tasso di prevalenza di forme sub-cliniche (i cui sintomi non arrivano a soddisfare i criteri diagnostici, ma sono significativamente correlati alla probabilità di sviluppare in seguito un episodio depressivo più grave) ci si rende conto di quanto sia importante riconoscere prima possibile i sintomi depressivi e curarli efficacemente. Questo impegno diviene ancora più urgente, arrivando a costituire

una reale emergenza nel campo della salute mentale, dal momento che i casi di depressione sono sempre più in aumento tra le persone giovani, adolescenti e giovani adulti, e quindi tra persone che sono nell'età in cui si costruiscono i mattoni della vita futura, come studiare e trovare un lavoro, fare amicizie, trovare un amore e metter su famiglia. Eppure solo la metà di chi è colpito da un disturbo depressivo ha accesso a cure efficaci e questa proporzione cala al 10% nei Paesi più poveri.

Fig. 2 – Prevalenza di depressione nel mondo (età e sesso)



Fonte: *Global Burden of Desease Study 2015*, http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

2. Diagnosi descrittiva

Con la quinta versione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali* (DSM 5, 2013) si passa dall'approccio categoriale delle versioni precedenti a quello dimensionale. L'eterogeneità dei disturbi mentali rende infatti poco efficace una diagnosi fatta con categorie troppo ristrette e definite. L'approccio dimensionale invece, meno rigido e fondato sulle dimensioni psicopatologiche, migliora la diagnosi dal momento che interseca vari disturbi in comorbilità. Anche la depressione, precedentemente collocata, insieme ai disturbi bipolari, nell'Asse I "disturbi dell'umore", viene integrata con gli Assi II e III per formare una sola entità.

Tra i disturbi depressivi descritti dal DSM 5 troviamo il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (età evolutiva), il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e il disturbo depressivo senza specificazione. I diversi disturbi depressivi sono accomunati dall'umore triste, irritabile e dal senso di vuoto, cui si accompagna-

no modificazioni cognitive e fisiologiche, che incidono in modo significativo sul funzionamento sociale, lavorativo, somatico e cognitivo di chi ne soffre. Le differenze tra di essi, invece, consistono nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta eziologia.

La depressione può manifestarsi nell'età evolutiva in maniera peculiare e differente dall'età adulta, con prevalenza di irritabilità e comportamenti di discontrollo emotivo. Nel DSM IV-Tr (2000) il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, che riguarda i bambini dai 6 anni d'età, era collocato tra i disturbi bipolari. Le ricerche longitudinali hanno però evidenziato che questi bambini durante l'adolescenza e l'età adulta sviluppano depressione unipolare o disturbi d'ansia, quindi il disturbo è stato spostato tra i disturbi depressivi.

È stato aggiunto anche il disturbo disforico premestruale, passato dall'appendice del DSM IV a disturbo depressivo nel DSM 5, con criteri diagnostici definiti, in cui l'esordio dell'episodio patologico insorge dopo l'ovulazione e regredisce entro pochi giorni dalla fine del ciclo mestruale, con un impatto significativo nel funzionamento della persona.

Analizzando nel dettaglio il manuale vi sono alcune revisioni nella descrizione del disturbo depressivo maggiore (DDM). Innanzitutto, viene finalmente eliminato il criterio E riguardante il lutto, che non è più sufficiente per escludere una diagnosi di DDM anche oltre i primi due mesi dalla perdita. Un'importante nota specifica le somiglianze tra reazione naturale alla perdita (lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità ecc.) e disturbo depressivo maggiore, tanto che solo un accurato colloquio clinico può portare a una diagnosi differenziale tra i due stati.

Inoltre, sempre a proposito di DDM, nel DSM 5 compare lo specificatore "con caratteristiche miste", che presenta almeno 3 sintomi maniacali/ipomaniacali: in questo modo si preserva la diagnosi di depressione maggiore anche in pazienti che hanno sintomi di eccitamento ma non hanno mai soddisfatto i criteri di un episodio maniacale/ipomaniacale del disturbo bipolare I o II.

Essendo il DSM 5 un manuale dimensionale, vi sono degli specificatori del decorso del disturbo e dell'intensità: lieve, moderata, grave, con caratteristiche psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa, non specificato, e altrettanti specificatori che ne caratterizzano la sfumatura come la depressione con ansia, caratteristiche miste, melanconiche, atipiche, psicotiche congruenti all'umore, psicotiche non congruenti all'umore, catatonia, esordio *peri-partum* e ad andamento stagionale. Per una diagnosi corretta dovrebbe essere annotato se l'episodio in questione è singolo o ricorrente, con almeno due mesi di assenza di sintomi di episodio depressivo maggiore. Infine, è fondamentale per una buona diagnosi specificare sempre se vi siano o meno caratteristiche psicotiche a prescindere dalla gravità della depressione.

In sintesi, la depressione può avere varie sfaccettature in base alla sua manifestazione, intensità, durata ed eziologia, e in ogni sua classificazione si può dividere in altre sfumature più specifiche. Vediamole più approfonditamente sfogliando il DSM 5.

2.1. I diversi disturbi depressivi nel DSM 5

Il primo disturbo descritto nel DSM 5 nella categoria dei disturbi depressivi riguarda l'età evolutiva. Il *disturbo da disregolazione dell'umore dirompente* può essere diagnosticato nei soggetti dai 6 anni di età fino ai 18 anni (anche se deve essere comparso prima dei 10 anni), con irritabilità cronica, grave e persistente presente per più di 12 mesi. Colpisce dal 2 al 5% dei bambini e adolescenti del mondo ed è maggiore nei bambini maschi in età scolare rispetto alle femmine e agli adolescenti.

Nei criteri diagnostici troviamo sentimenti di rabbia e collera manifestati fisicamente e verbalmente che non sono attinenti alla situazione, al contesto specifico che il bambino sta vivendo e al suo stato di sviluppo. Questa rabbia è presente per la maggior parte del tempo (3 o più volte alla settimana, in media). Inoltre l'umore, tra uno scoppio e l'altro di ira, si manifesta, per la maggior parte del tempo, irascibile e irritabile ed è osservabile da parte degli altri. Tutto ciò deve essere presente in almeno due contesti o più (casa, scuola, attività sportiva ecc.) senza che vi sia una pausa di 3 mesi consecutivi. Il bambino non deve presentare episodi maniacali/ipomaniacali durati più di un giorno, nel qual caso la diagnosi si sposta al disturbo bipolare pediatrico. Molto spesso i sintomi possono coincidere con quelli del disturbo oppositivo provocatorio. In questo caso deve essere registrata solo la diagnosi da disregolazione dell'umore dirompente, dal momento che solo il 15% dei bambini con disturbo oppositivo provocatorio soddisfa anche i criteri del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, mentre la maggior parte dei bambini con disturbo da disregolazione dell'umore soddisfa anche i criteri del disturbo oppositivo provocatorio. Molti bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente infatti hanno, in fase pre-morbosa, una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio. Frequente è inoltre la comorbilità con il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (DDAI) e il disturbo d'ansia.

Il disturbo con la più alta prevalenza nel mondo è il *disturbo depressivo maggiore* (DDM). La diagnosi viene posta quando si riscontra un cambiamento significativo nel livello di funzionamento della persona per un periodo minimo di due settimane, con la presenza di almeno uno dei due sintomi principali: umore depresso e perdita di interesse o piacere. A questi si possono unire sintomi somatici e fisiologici come variazione del peso (non dovuto a dieta), insonnia o iper-sonnia, faticabilità o mancanza di energie, agitazione o rallentamento psicomotorio. Vi possono essere anche sintomi cognitivi e affettivi come sentimenti di auto-svalutazione o di colpa eccessivi, pensieri di morte con ideazione suicidaria, ridotta capacità di pensare, di concentrarsi e di prendere decisioni. Per porre diagnosi di DDM tali sintomi, per la loro intensità e durata, devono causare una compromissione del funzionamento nell'ambito sociale, lavorativo o altre aree importanti per l'individuo e non devono essere causate da sostanze o condizione medica.

Oltre alla presenza dei sintomi depressivi, è da valutare se si tratta di un episodio singolo o ricorrente (con almeno 2 mesi di assenza di sintomi tra gli episodi), gli specificatori di gravità (lieve, moderata e grave), eventuali caratteristiche psicotiche (deliri e allucinazioni congruenti o meno con l'umore) e se la depressione è in una fase di remissione parziale o completa. Nel DDM lieve sono presenti pochi sintomi considerati gestibili dal paziente; in quello moderato i sintomi compromettono il funzionamento dell'individuo in maniera importante; e nel DDM grave, il numero dei sintomi è in eccesso rispetto a quelli necessari