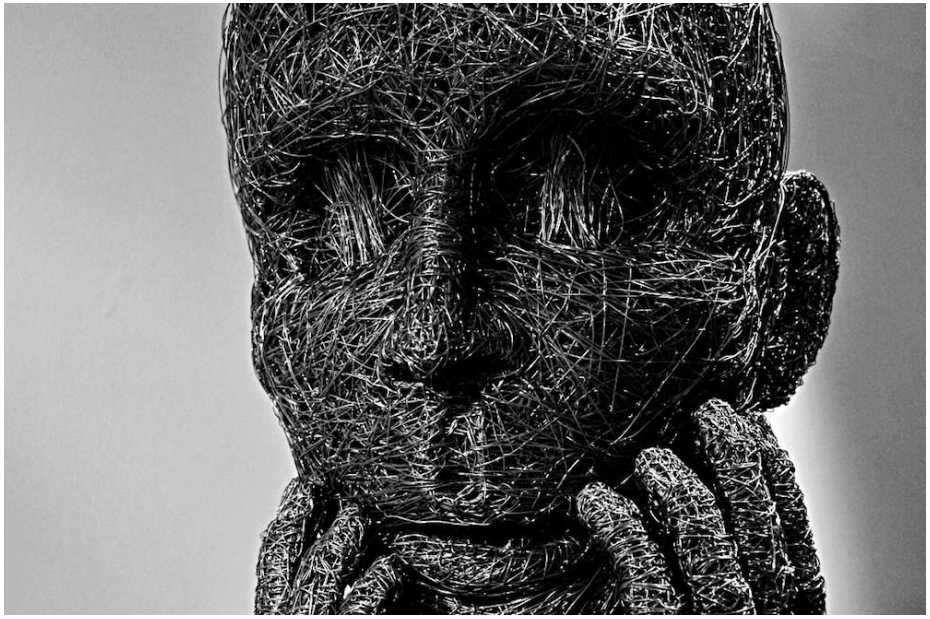
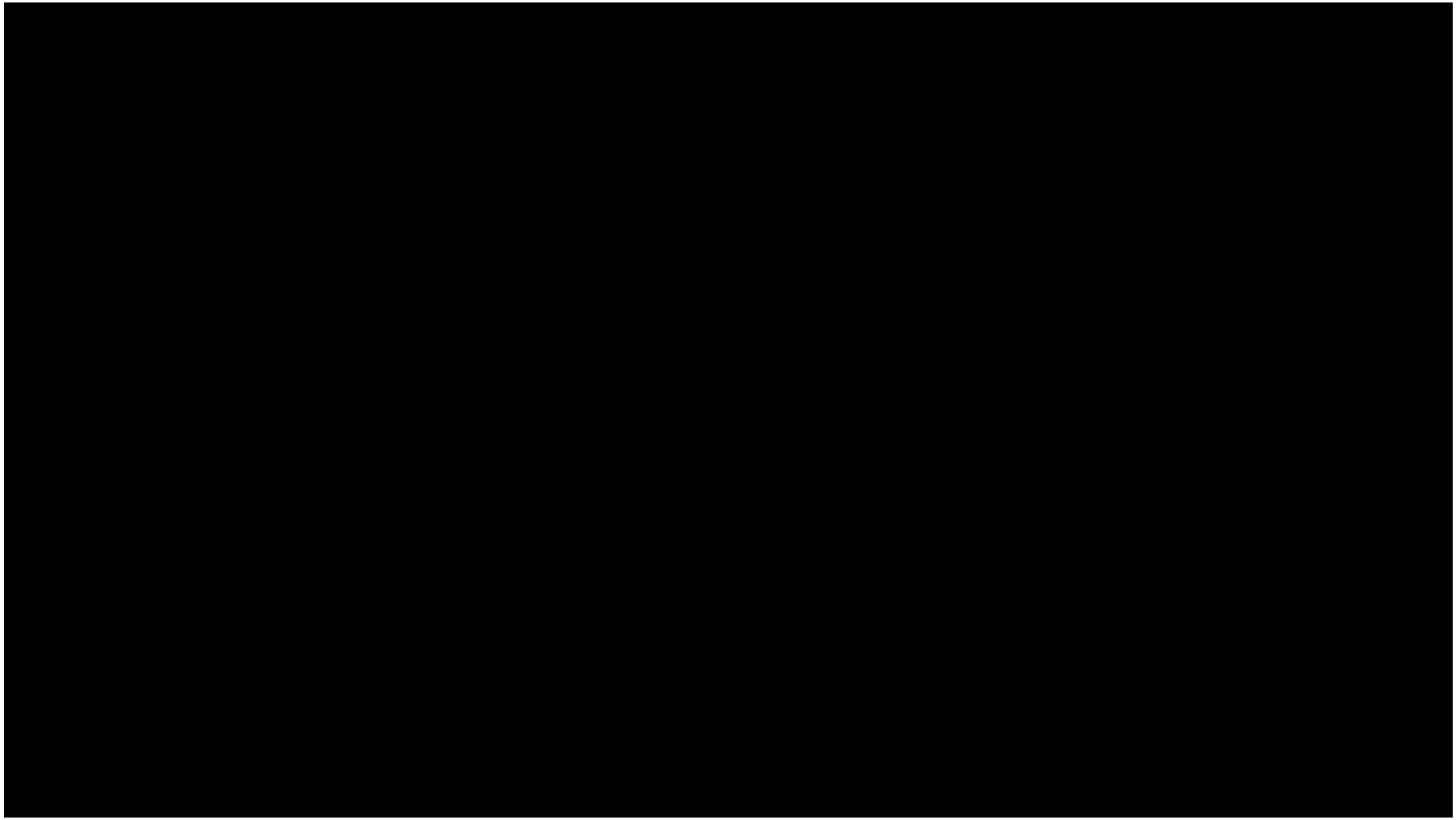
La depressione



Igor Marchetti
Università degli Studi di Trieste
Email: imarchetti@units.it

DEPRESSIONE



DEPRESSIONE (DSM-5)

"*la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da cambiamenti somatici e cognitivi che influenzano in modo significativo la capacità di funzionamento dell'individuo*. *Rappresenta un cambiamento rispetto la fase premorbosa»* (APA, 2013)

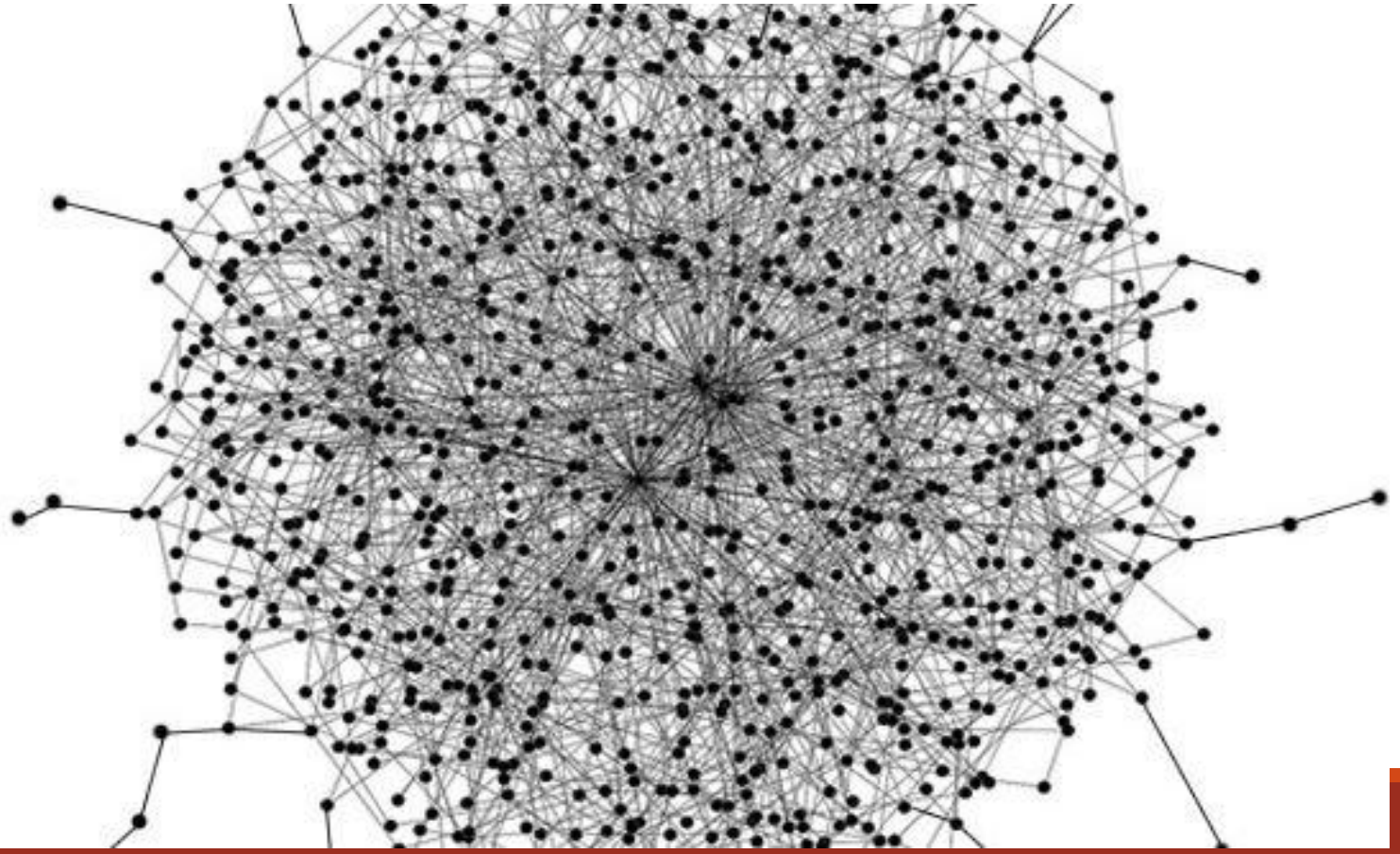
DEPRESSIONE (DSM-5): Criterio a)

1. **umore depresso per la maggior parte della giornata**
2. **marcato disinteresse o piacere verso le normali attività**
3. significativa perdita di peso o alterazioni dell'appetito (aumento o diminuzione significativi)
4. insonnia o ipersonnia persistente
5. agitazione psicomotoria o rallentamento della motricità
6. sensazione di fatica o di perdita di energie
7. bassa autostima o eccessivi sensi di colpa
8. diminuzione delle capacità di attenzione e concentrazione
9. ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio

Almeno 5 sintomi necessari, con sintomo 1 o 2 «obbligatori»
Per almeno 2 settimane

ETEROGENEITÀ

FINO A 10,377 PROFILI DIFFERENTI!



Sintomi affettivi

Umore triste o piatto

Incapacità a provare piacere, anedonia

Rabbia

Disgusto (per sè)

Sintomi cognitivi: Contenuti

Pensieri negativi riguardo se stessi, il mondo e il futuro

Sè: autosvalore, incompentenza, autocritica, sentimenti di colpa, sentimenti di impotenza

Mondo: assenza di significato e ambiente ostile

Futuro: chiuso, inevitabile, negativo

Pensieri di morte e di suicidio

Sintomi cognitivi: Processi

Problemi di concentrazione

Problemi di attenzione

Problemi di memoria di lavoro

Indecisione

Problemi a mantenere nel tempo il processo di pensiero

Sintomi comportamentali

Ridotti contatti sociali

Riduzione attività psicomotoria

Inibizione

Agitazione (comorbidità con ansia e rischio suicidio)

NOTA: possono cmq verificarsi alte prestazioni comportamentali

Sintomi fisiologici

Problemi di sonno:

- Ipersonnia o iposonnia
- Problemi del sonno predittori di ricaduta
- Regolazione del sonno e regolazione delle emozioni

•Fatica

•Problemi di alimentazione

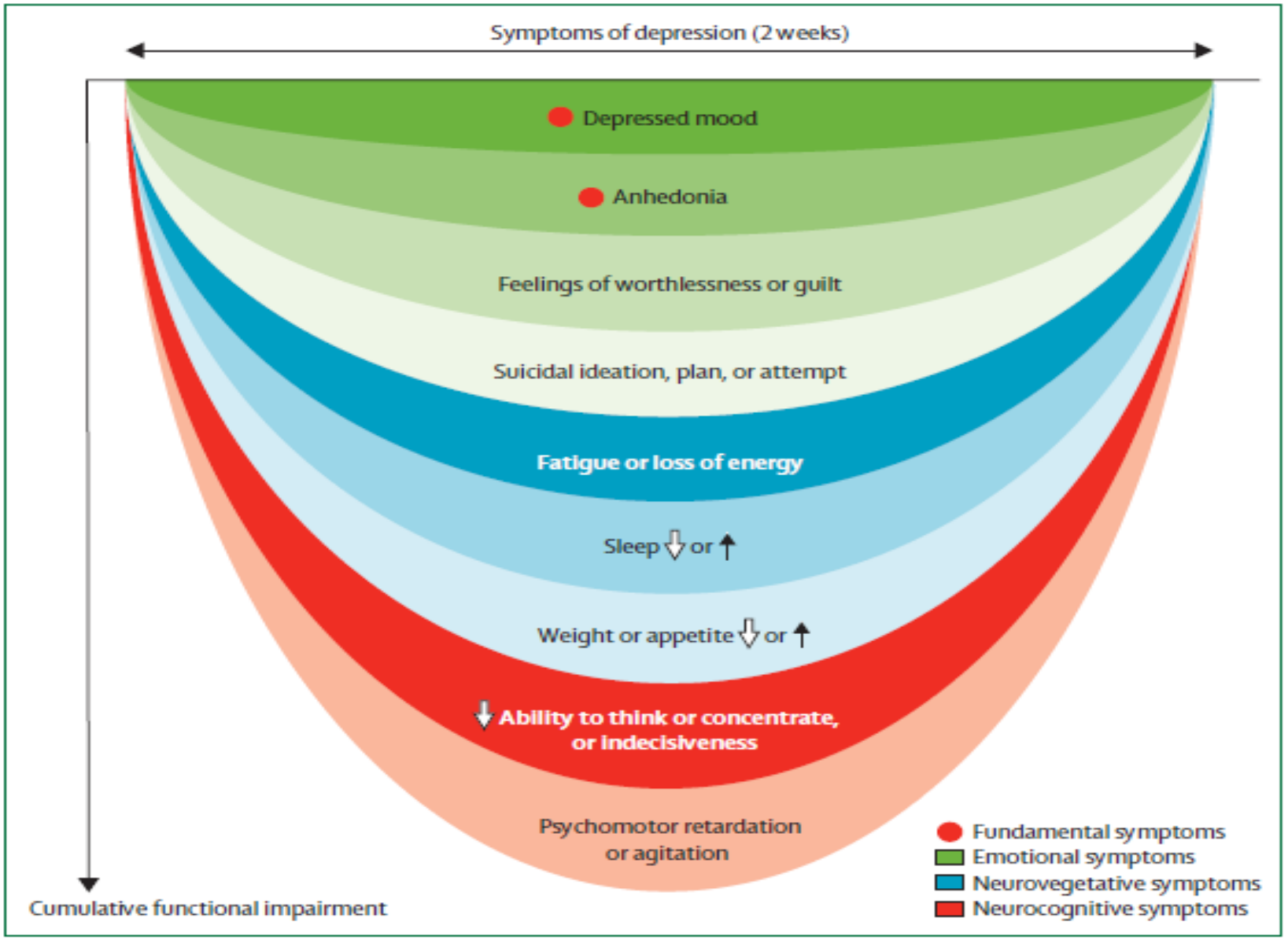
•Ridotto desiderio e attività sessuale

DEPRESSIONE (DSM-5): CRITERIO B)

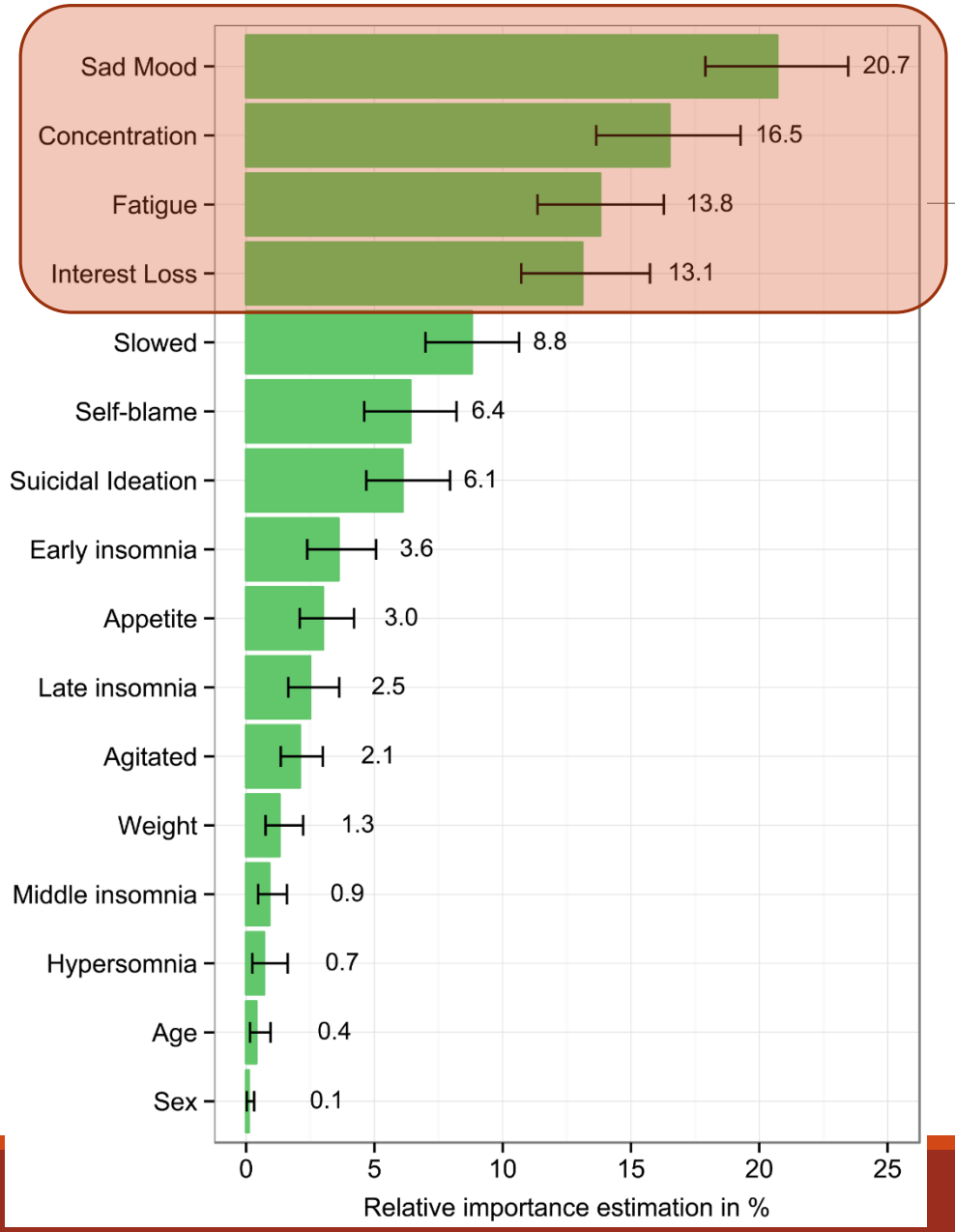
Un sintomo, per condurre ad una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore, deve essere di nuova comparsa o nettamente peggiorato rispetto allo stato premorboso del soggetto

DEPRESSIONE (DSM-5): CRITERIO C)

L'episodio deve essere accompagnato da disagio o menomazione sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento, clinicamente significativi. Per alcuni individui, con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma richiede uno sforzo marcatamente superiore.


Symptoms of depression (2 weeks)
Depressed mood
Anhedonia
Feelings of worthlessness or guilt
Suicidal ideation, plan, or attempt
Fatigue or loss of energy
Sleep ⇩ or ⇧
Weight or appetite ⇩ or ⇧
⇩ Ability to think or concentrate, or indecisiveness
Psychomotor retardation or agitation
Cumulative functional impairment
Fundamental symptoms
Emotional symptoms
Neurovegetative symptoms
Neurocognitive symptoms

Impatto sul funzionamento psicosociale dei singoli sintomi



Studio STAR*D

Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression

3,703 MDD

Umore negativo
Concentrazione
Fatica
Mancanza di interesse

EPIDEMIOLOGIA

Prevalenza a 12 mesi: 4-6%
Prevalenza lifetime: 13-16%
Prevalenza puntuale: 18-25%

MDD

x 6 =

+350 milioni

EPIDEMIOLOGIA: GENERE

Rischio MDD Donne:Uomini = 2:1

Possibili ragioni:

- Differenze ormonali
- Differenze nel sviluppo (sviluppo puberale precoce)
- Maggiore stress (eventi stressanti quotidiani, trauma, status sociale)
- Strategie di coping (ruminazione)

Caratteristiche e andamento

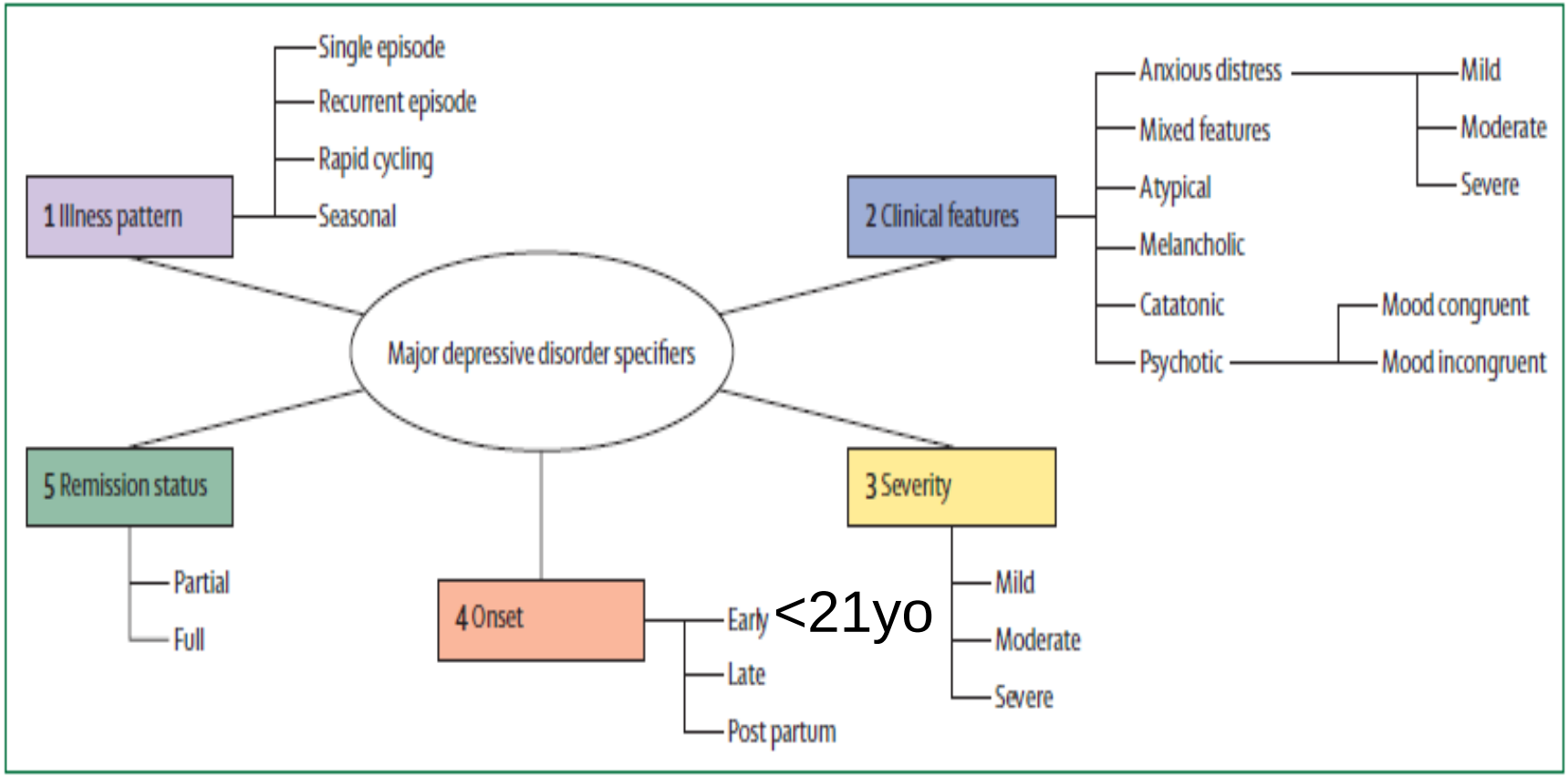


***Figure 2:* Major depressive disorder specifiers**

Episodes of major depression can be described in greater depth by specifiers (outlined in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) that provide additional information regarding the pattern of the illness and its clinical features. Specifiers can also indicate the severity of the episode, when it first emerged (onset), and whether it has remitted (status). For example, in clinical practice, a typical episode of depression can be described as suffering from a recurrence of depression that is moderately severe with melancholic features and has partly remitted in response to initial treatment.

Caratteristiche e andamento

Prima episodio spesso in età adulta…

…anche se il 27% di persone con MDD hanno avuto il loro primo episodio in adolescenza (Kessler et al., 2012)

Insorgenza precoce (prima dei 21 anni) si associa a prognosi più sfavorevole:

- Rischio/contributo genetico (ereditabilità 40%)
- Problemi di sviluppo

Caratteristiche e andamento

Depressione geriatrica:

- Diminuzione negli anziani (>64 anni)
- Aumento negli ultra-anziani
- Positivity e strategie di coping
- Difficoltà e inesperienza a diagnosticare MDD negli anziani
- Caratteristiche vascolari (demenze e pseudo-demenze)

Caratteristiche e andamento

Good news: Recovery spontanea (60%; 3-6 mesi) …

Bad news: presenza di sintomi subclinici e alto rischio di ricaduta

Ricaduta: remissione limitata o breve

Ricorrenza: dopo una remissione completa (>2 mesi)

Caratteristiche e andamento

Probabilità di ricorrenza: 50-85% dopo il primo episodio depressivo

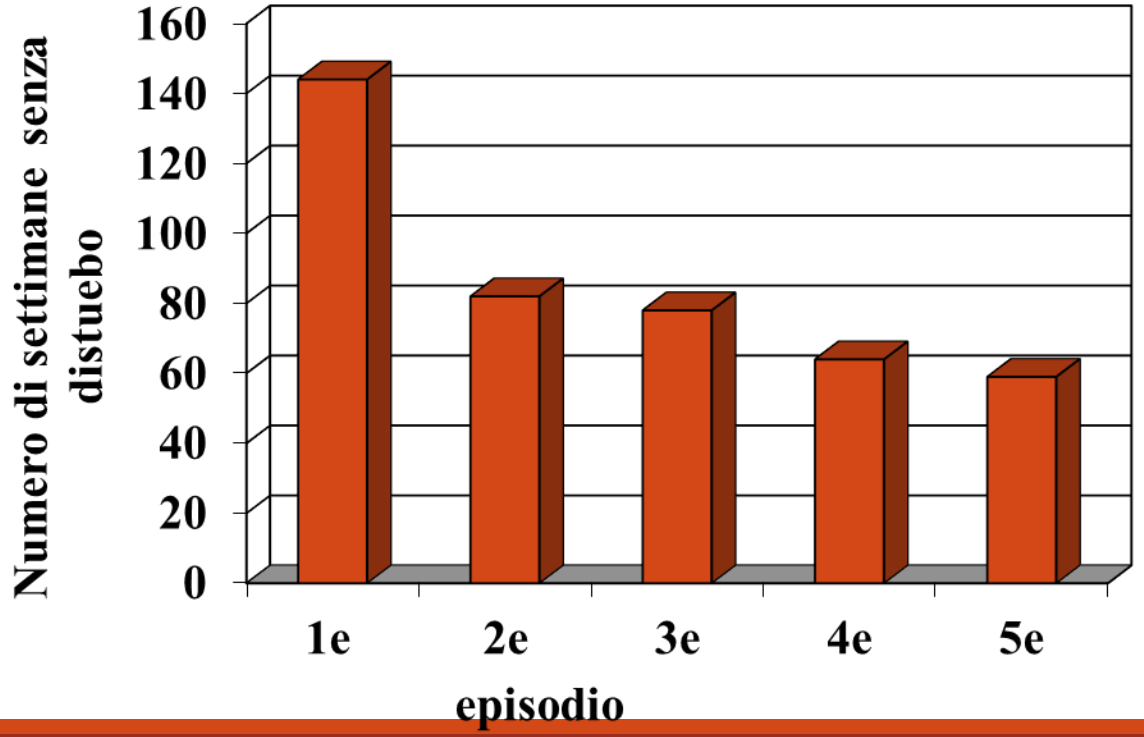
Purtroppo, la probabilità di avere un nuovo episodio depressivo aumenta di circa 16% per ogni episodio depressivo precedente:

1 episodio: 60% di avere un 2 episodio
2 episodio: 70% di avere un 3 episodio
3 episodio: 90% di avere un 4 episodio

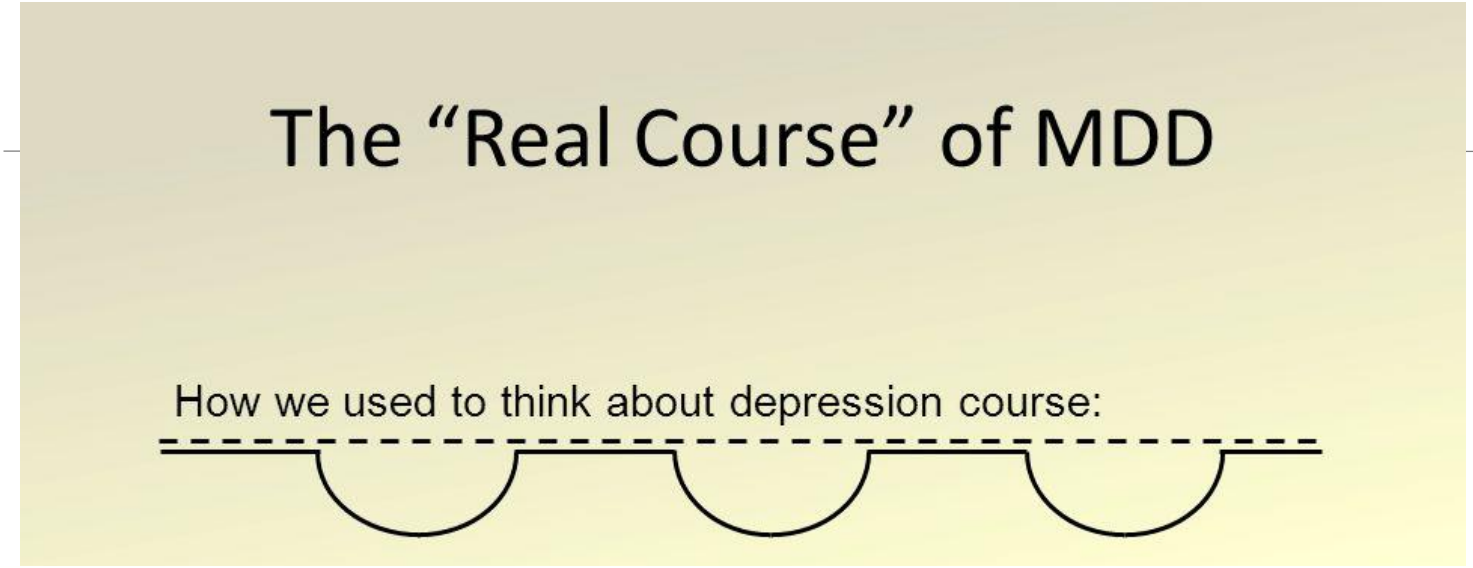
Caratteristiche e andamento

All’aumentare della ricorrenza, diminuisce il tempo trascorso tra i vari episodi depressivi.

Solomon (2000)



Caratteristiche e andamento



Caratteristiche e andamento

Fattori che predicono la ricorrenza:

- Numero di episodi precedenti
- Interruzione antidepressivi (70% dopo 6 mesi)
- Co-morbidità
- Depressione precoce
- Eventi stressanti
- Supporto sociale limitato

Caratteristiche e andamento

Depressione cronica:

- Sintomi >24 mesi
- Molto più intensa della distimia
- Storia individuale molto complicata
- Condizioni attuali stressanti
- Familiarità

Impatto della depressione

- LAVORO: assenteismo e problemi di concentrazione
- FAMIGLIA: interazione genitore-bambino. Alte (irrealistiche?) aspettative come genitore
- FATICA
- RETE SOCIALE: più isolati e aumentata probabilità di divorzio
- SALUTE: rischio cardiovascolare, suicidio

Depressione come crisi globale (OMS)

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE

DEPRESSION:

A Global Crisis

CALL TO ACTION

World Mental Health Day

Prevention of depression worldwide: a wake-up call

Findings from more than 30 randomised controlled trials have shown that depression can be prevented.[1,2] In *The Lancet Psychiatry*, Helen Christensen and colleagues' In not finding a significant reduction in the incidence of major depressive episodes at 6 months, despite the reductions in other important variables, such as

Major Depression Can Be Prevented

Fattori di rischio e vulnerabilità

DOMANDA #1?

RUMINAZIONE vs. DISOCCUPAZIONE

VULNERABILITA': DEFINIZIONE I

- Primo articolo Meehl (1962):

SCHIZOTAXIA, SCHIZOTYPY, SCHIZOPHRENIA [1]

PAUL E. MEEHL

University of Minnesota

- ENDOGENA
- STABILE
  - Stabilita' vs. immutabilita'

VULNERABILITA': DEFINIZIONE II

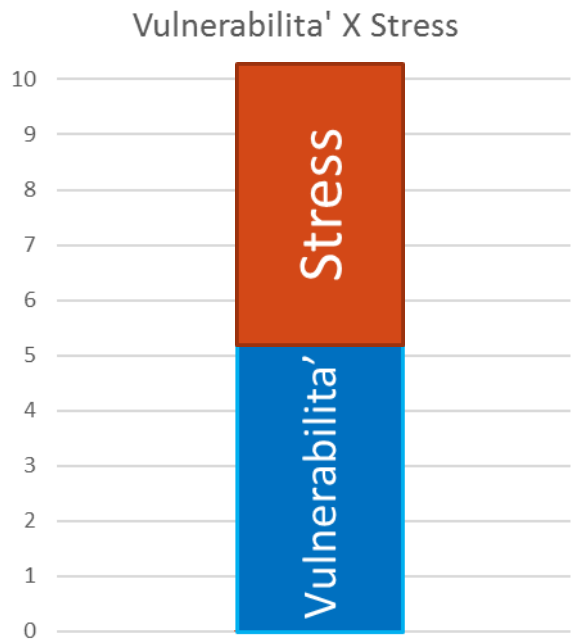
- LATENTE
  - Presente in individui senza sintomi

- REATTIVA ALLO STRESS (Selye, 1936)
  - Eventi maggiori o accumulazione di eventi minori

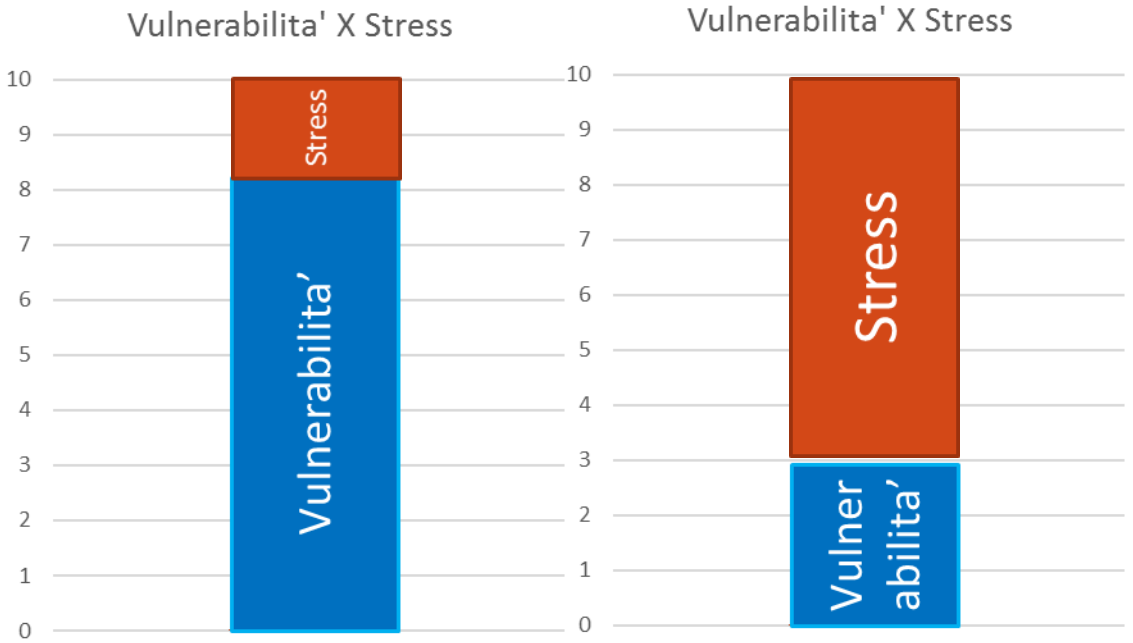
VULNERABILITA': DEFINIZIONE III

La vulnerabilità (spesso) richiede una attivazione, data dall'incontro con l'evento stressante. Ma quanto stressante?

Modello Classico



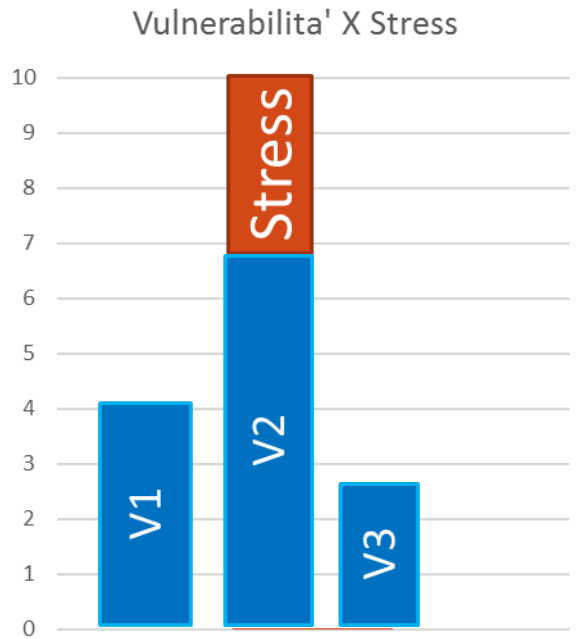
Modello della Tritazione



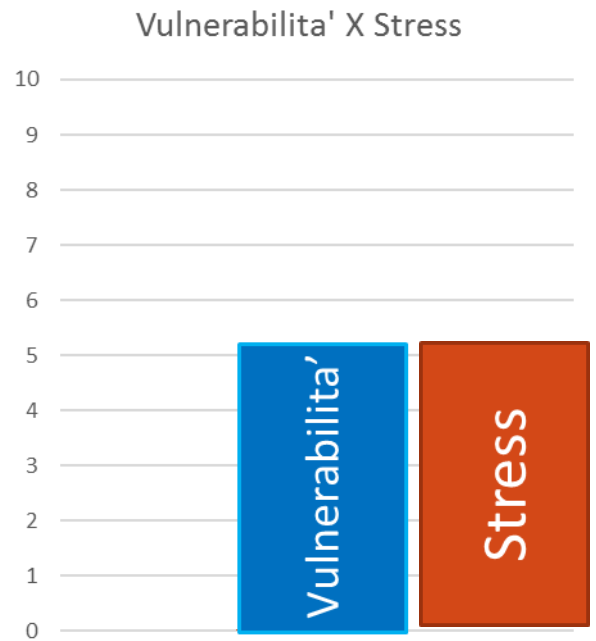
VULNERABILITA': DEFINIZIONE III

…Tuttavia…

Anello debole (weakest link)



Modello additivo o delle etiologie indipendenti



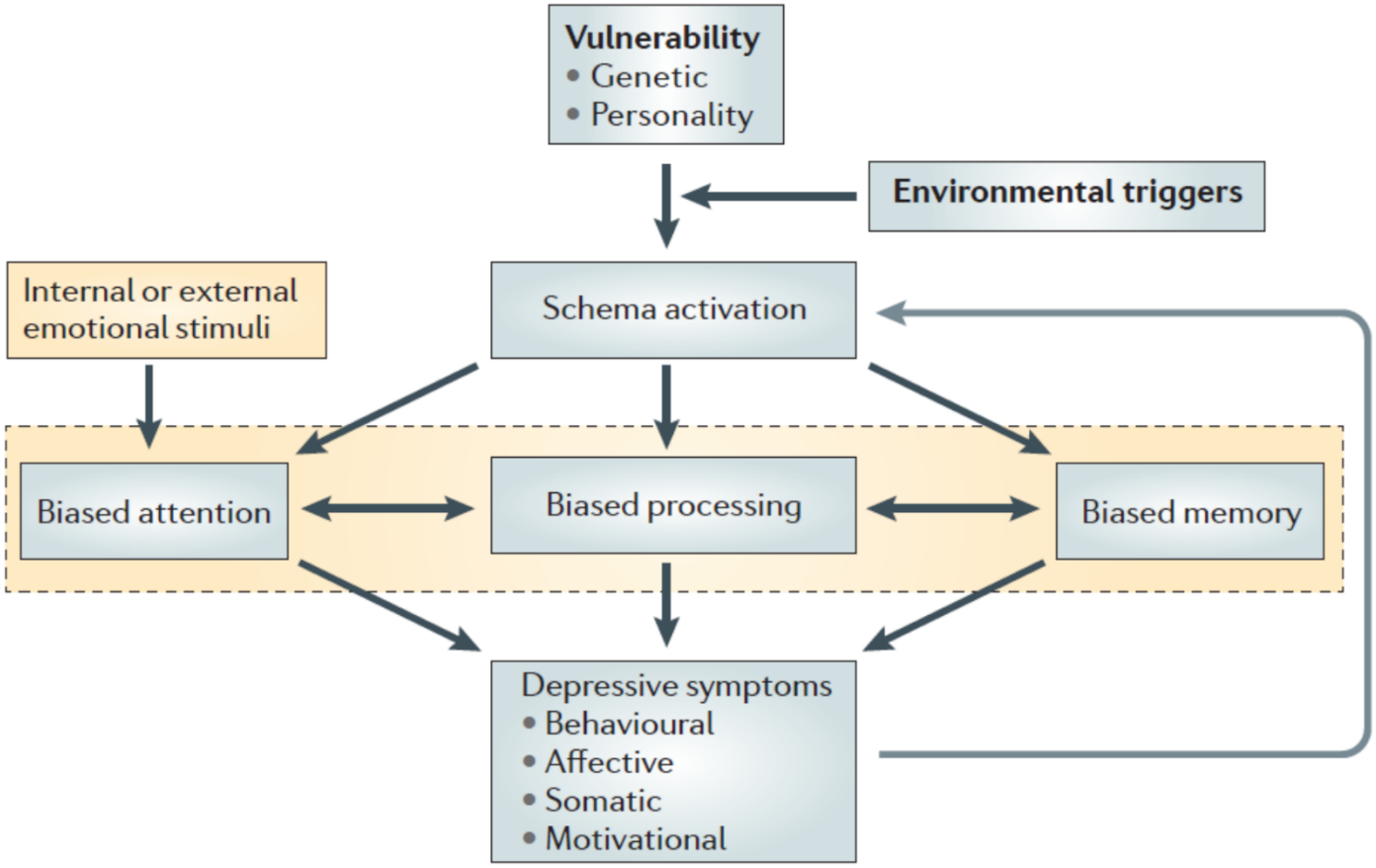
FATTORI DI RISCHIO (KAELBER, MOUL, & FARMER, 1995)

Altamente plausibili	plausibili	possibili
Genere femminile	Orfano/a di madre prima di 11	Vivere in citta’
Depressione precedente	Mai sposato	Infertilita’
Divorzio o separazione	Storia familiare di depress	Protestante
Basso SSE		

RISPOSTA #1

- Ruminazione e’ un fattore di vulnerabilita’
- Disoccupazione e’ un fattore di rischio

MODELLO DEGLI SCHEMI COGNITIVI (BECK)



Disner, Beevers, Haigh, & Beck, 2011

SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)

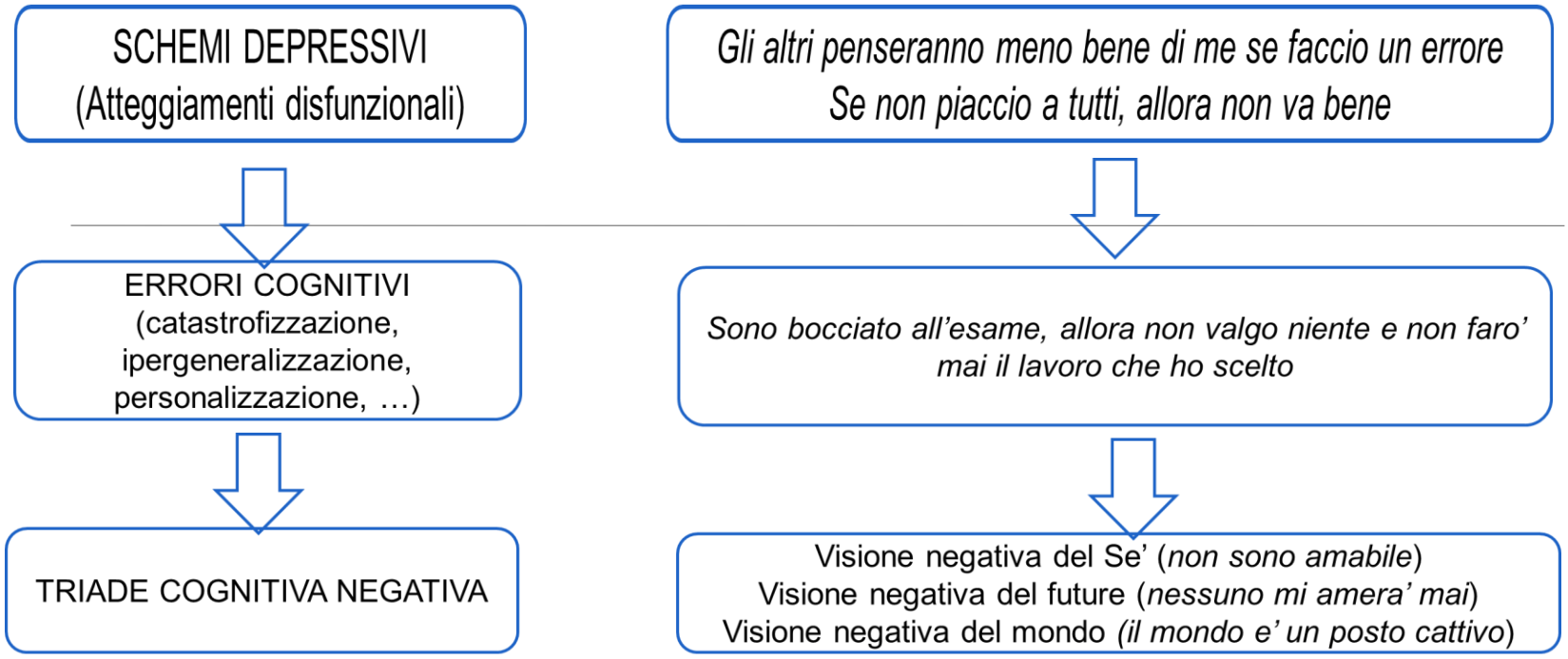
Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene

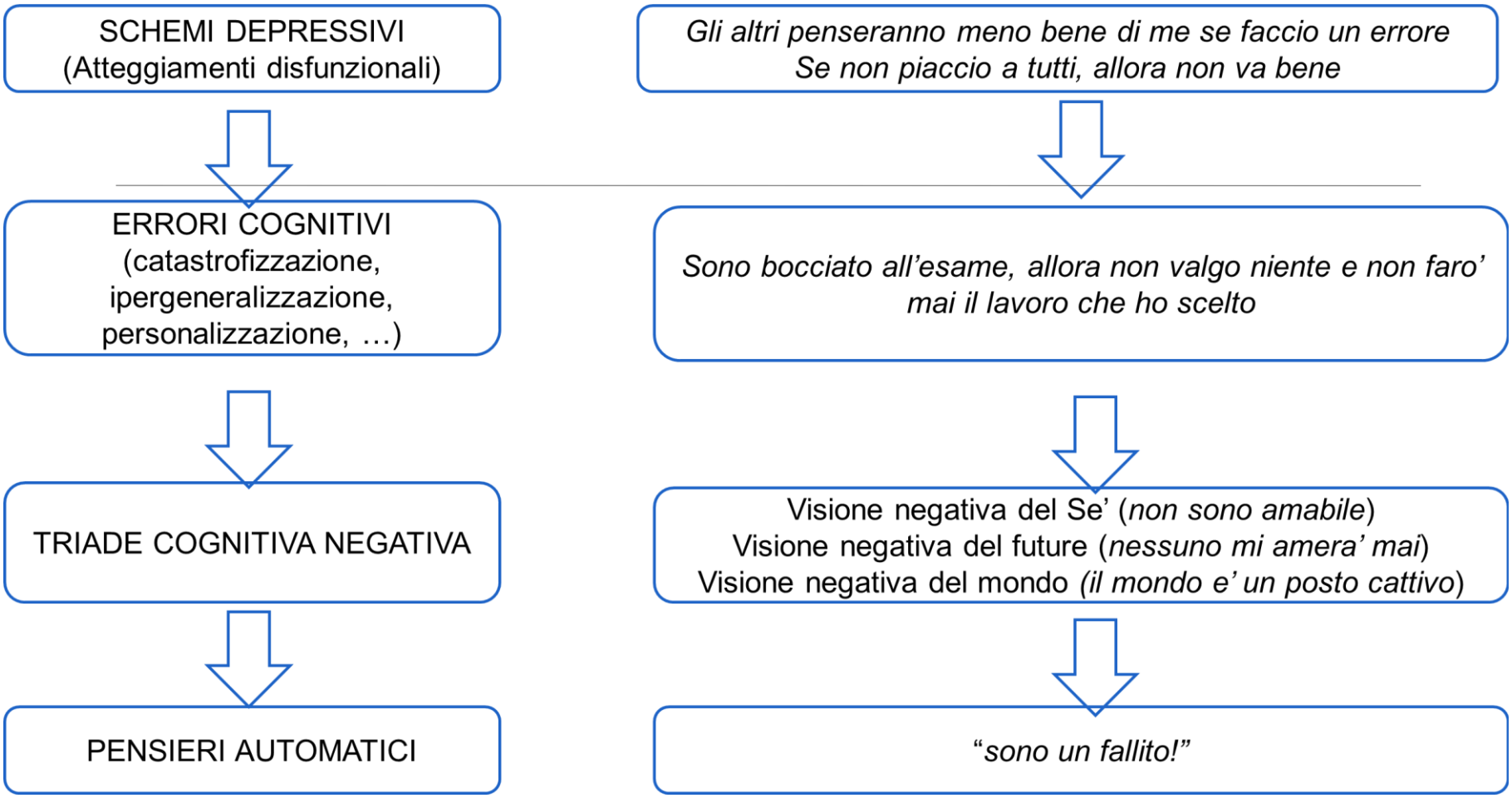
SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)

Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene

ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione, ipergeneralizzazione, personalizzazione, …)

Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro' mai il lavoro che ho scelto

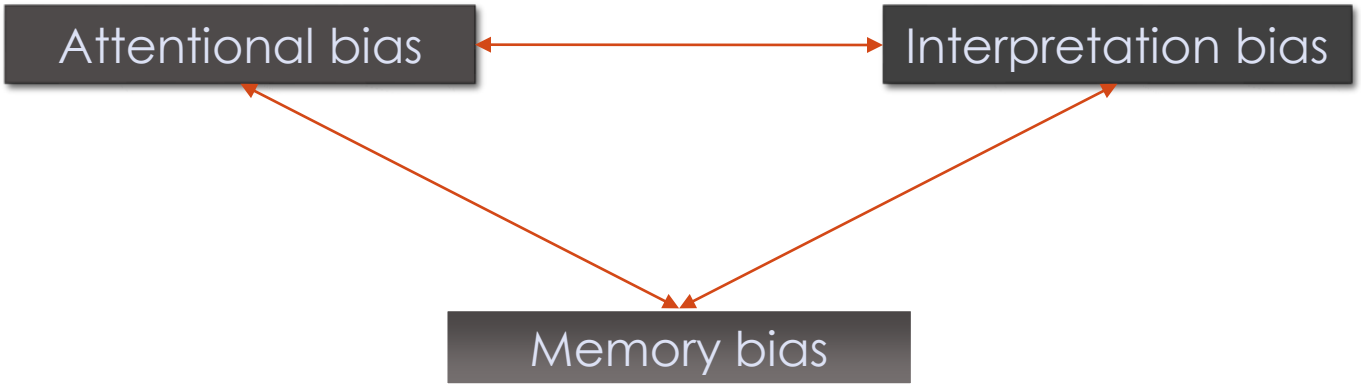

SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)
Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene
ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione,
ipergeneralizzazione,
personalizzazione, …)
Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro'
mai il lavoro che ho scelto
TRIADE COGNITIVA NEGATIVA
Visione negativa del Se' (non sono amabile)
Visione negativa del future (nessuno mi amera' mai)
Visione negativa del mondo (il mondo e' un posto cattivo)


SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)
Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene
ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione, ipergeneralizzazione, personalizzazione, …)
Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro' mai il lavoro che ho scelto
TRIADE COGNITIVA NEGATIVA
Visione negativa del Se' (non sono amabile)
Visione negativa del future (nessuno mi amera' mai)
Visione negativa del mondo (il mondo e' un posto cattivo)
PENSIERI AUTOMATICI
"sono un fallito!"

Importanza dei bias cognitivi…

Ipotesi dei bias combinati (Hirsch et al., 2006; Everaert et al., 2012):

- Influenza mutua dei vari bias.
- Il rischio cognitivo per la psicopatologia non è determinato da un singolo bias, ma dalla mutua interdipendenza tra i vari bias



Beck's cognitive model and attention-memory axis

Attentional Bias

Memory Bias

m a born
loser
I am a born loser, other people usually criticize me, …
53614
STIMUL
(memory)
RESPONSE PART
T2. Incidental Free Recall Task
T1. Scrambled Sentences
Test + Eye Tracking

TEORIA DELLA DISPERAZIONE

Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989

Ho bocciato l'esame di psicometria!

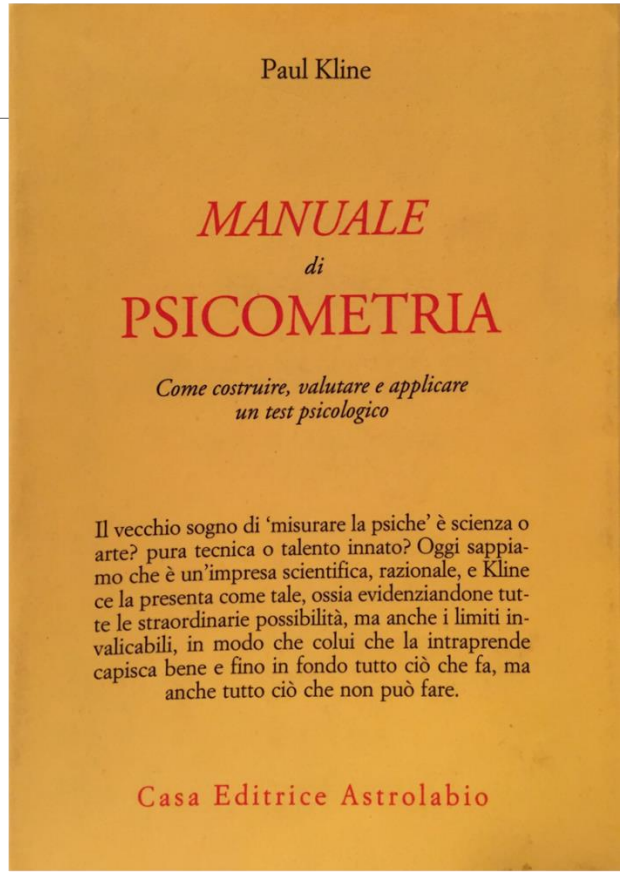
"Non capisco niente di statistica e questo fara' si' che continui a bocciare l'esame di psicometria" (Stabilita')

"Non riesco a concentrarmi e questo portera' danni anche in altre aree della mia vita" (Globalita')

"Non diventero' mai psicologo" (Conseguenze)

"Sono stupido!" (Valore del Se')

"*E' solo colpa mia!*" (Internalita')



Ho provato, ma non piaccio a quella persona!

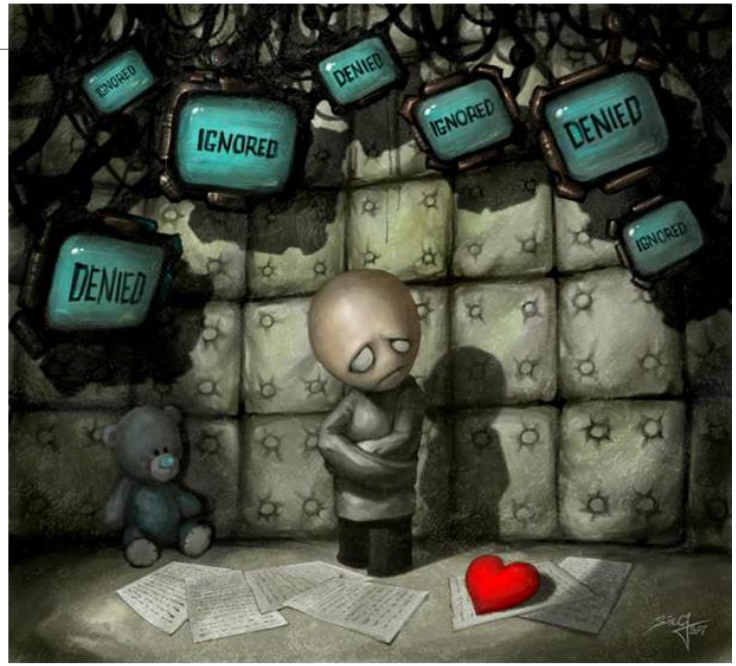
Stabilita'
"*Non piacero' mai!*"

Globalita'
"*Il fatto di non piacere a lei/lui, vuol dire che non piacero' in nessuna area della mia vita*"

Conseguenze
"Restero' solo"

Valore del Se'
"*Sono repellente*"

Internalita'
"*E' colpa mia"*



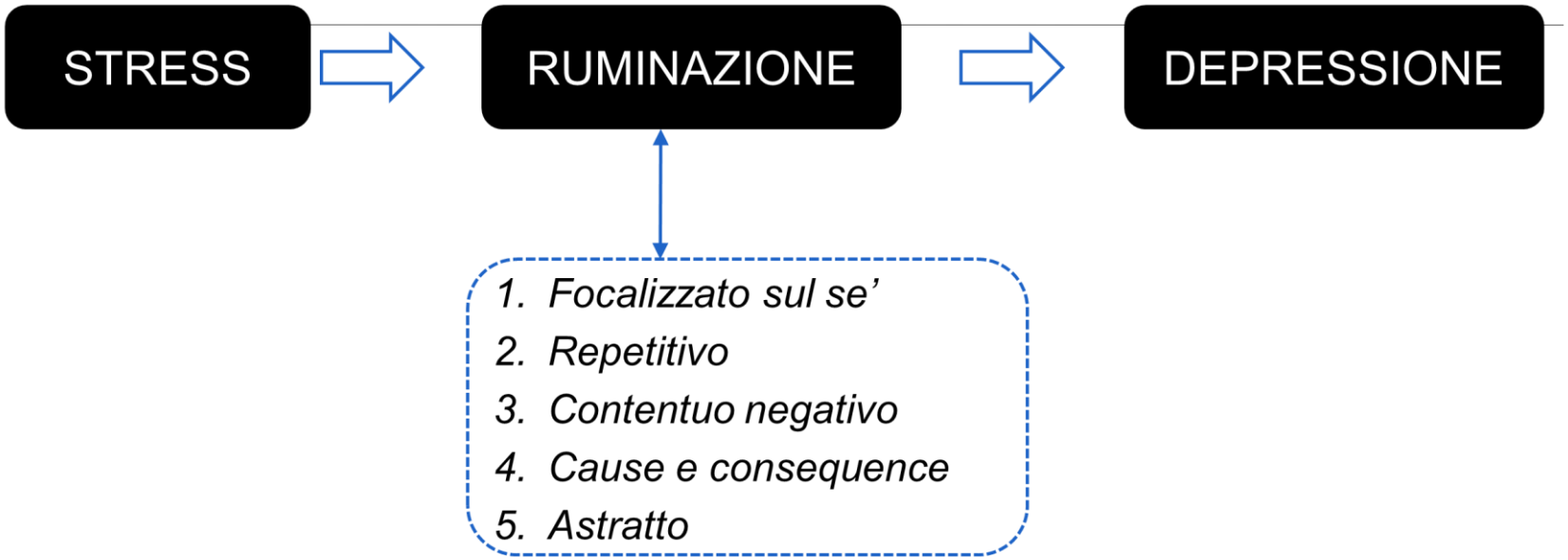
Disperazione

- La definizione attualmente piu' accreditata e' quella proposta dalla Teoria della Disperazione:

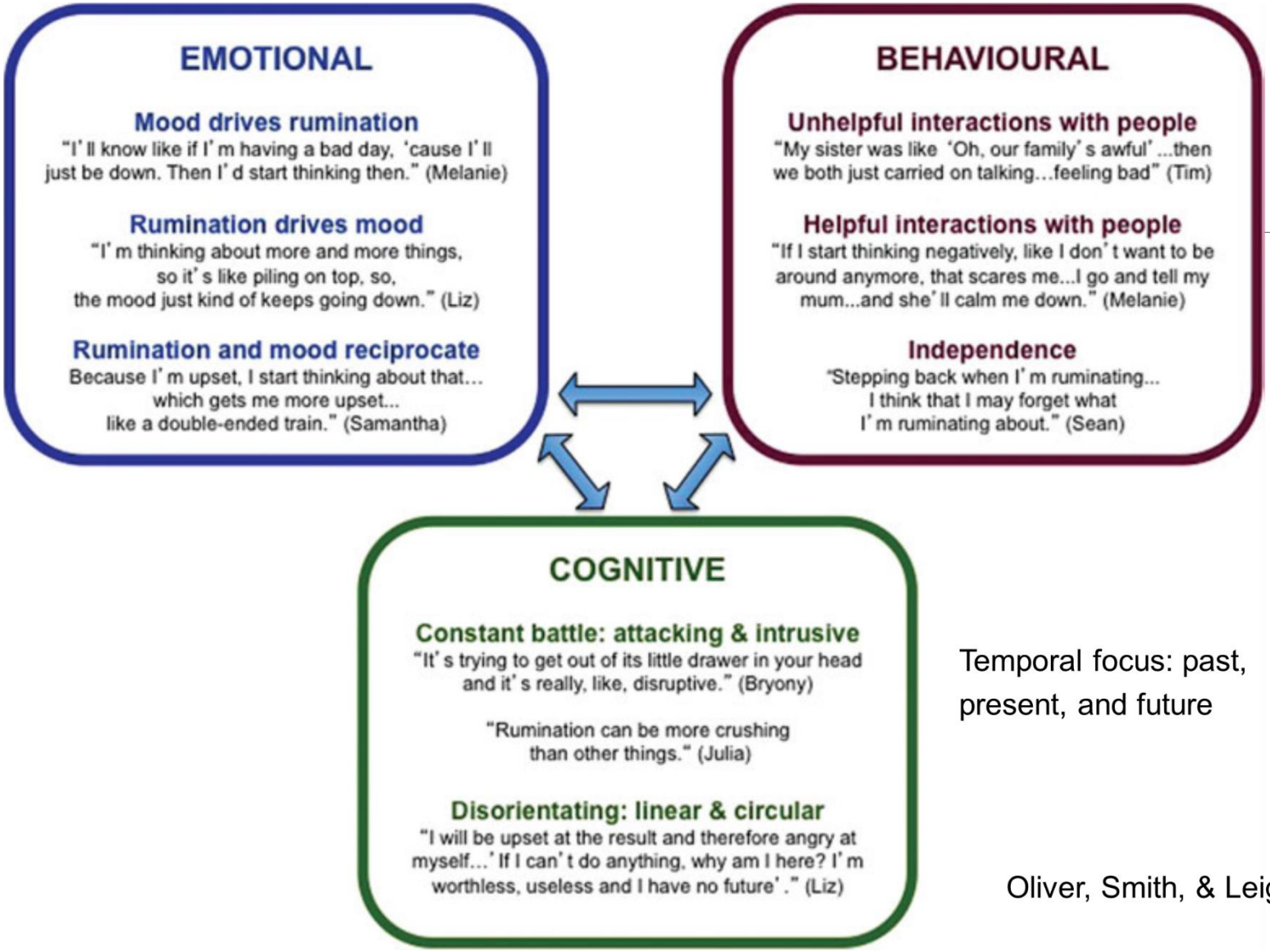
- "[…] *expectation that highly desired outcomes will not occur or that highly aversive outcomes will occur coupled with an expectation that no response in one's repertoire will change the likelihood of occurrence of these outcomes*" (Abramson, Alloy, & Metalsky, 1989; p. 359)

- Circa il 10% della popolazione riporta livelli significativi di disperazione

TEORIA DELLA RISPOSTA RUMINATIVA



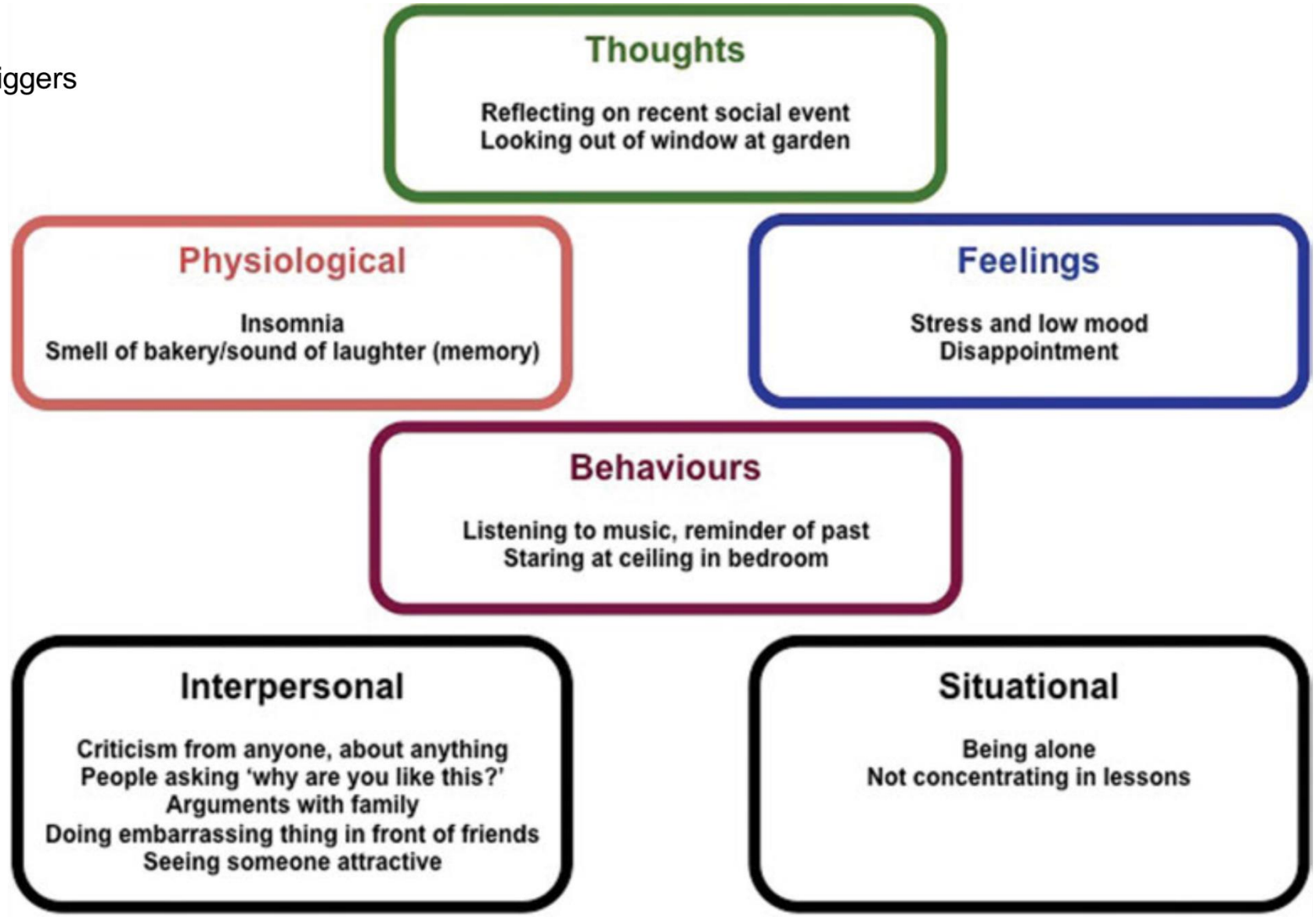
Nolen-Hoeksema et al., 2008



Temporal focus: past, present, and future

Oliver, Smith, & Leigh, 2015

Start triggers



STABILITA'? Si'!!!

- Atteggiamenti disfunzionali: test-retest = .70
- Disperazione: stabilita' superior a 2 anni
- Ruminazione: test-retest = .70

Immutabilita'? NO, Ma…

- Bonus:
  - Atteggiamenti disfunzionali, disperazione, e ruminazione sembrano migliorare dopo interventi psicoterapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

Immutabilita'? NO, Ma…

- Malus

Cognitive Vulnerability to Depression Can Be Contagious

Gerald J. Haeffel and Jennifer L. Hames
Department of Psychology, University of Notre Dame

Clinical Psychological Science
2014, Vol 2(1) 75–85

Breaking the Vise of Hopelessness: Targeting its Components, Antecedents, and Context

Igor Marchetti[1] · Lauren B. Alloy[2] · Ernst H. W. Koster[3]

Accepted: 5 April 2023
© The Author(s) 2023

Abstract

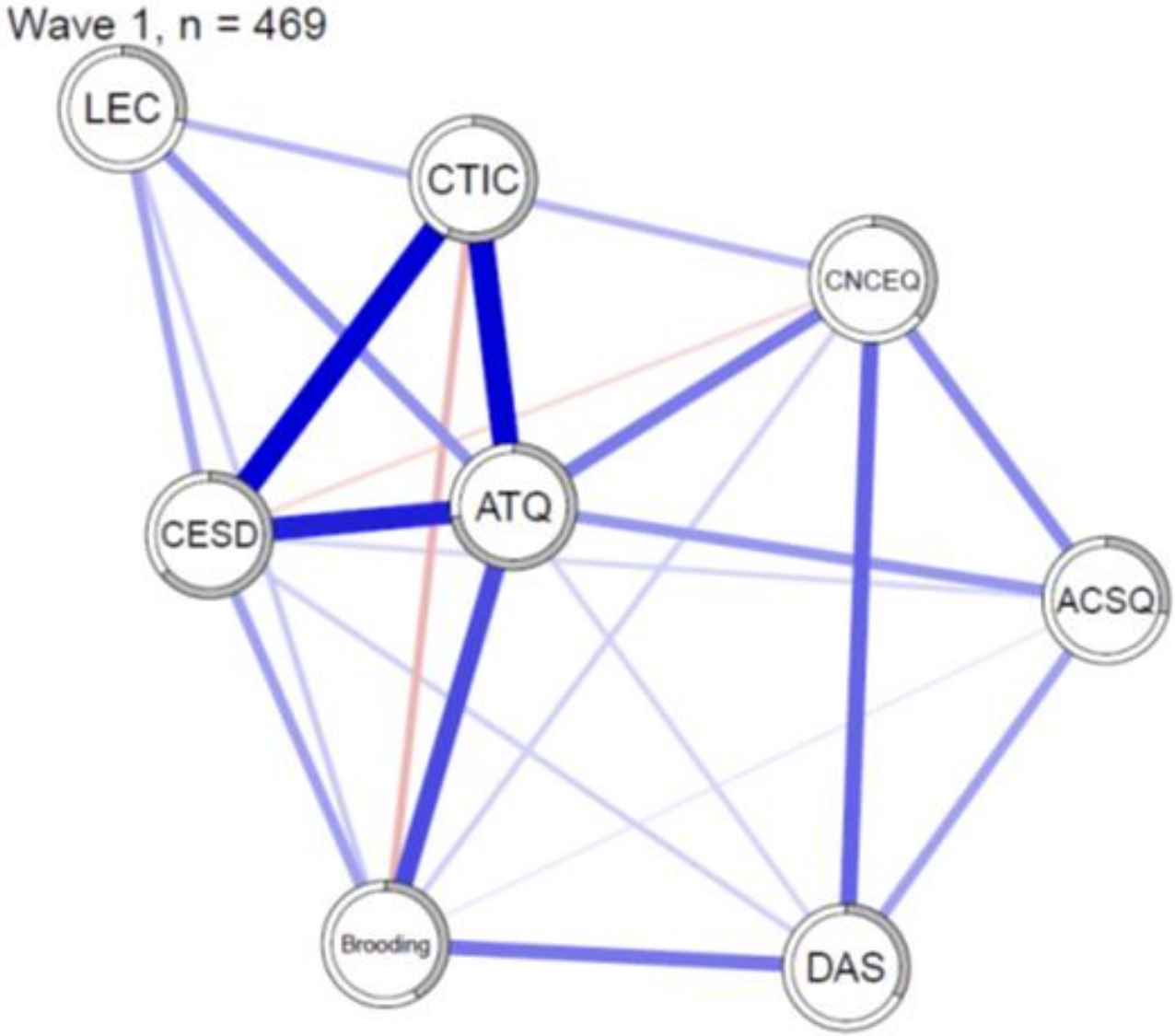
Hopelessness is a painful cognitive state that is related to depression and suicide. Despite its importance, only unsystematic efforts have been made to specifically target hopelessness in interventions, and no comprehensive review is currently available to guide future clinical studies. In this narrative review, we first analyze the phenomenon of hopelessness, by highlighting its components (e.g., dismal expectations, blocked goal-directed processing, and helplessness), antecedents (e.g., inferential styles), and contextual factors (e.g., loneliness and reduced social support). Then, we review the currently available interventions and manipulations that target these mechanisms, either directly or indirectly, and we highlight both their strengths and lacunae. Finally, we propose possible avenues to improve our clinical toolbox for breaking the vise of hopelessness.

The architecture of cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescence: A longitudinal network analysis study

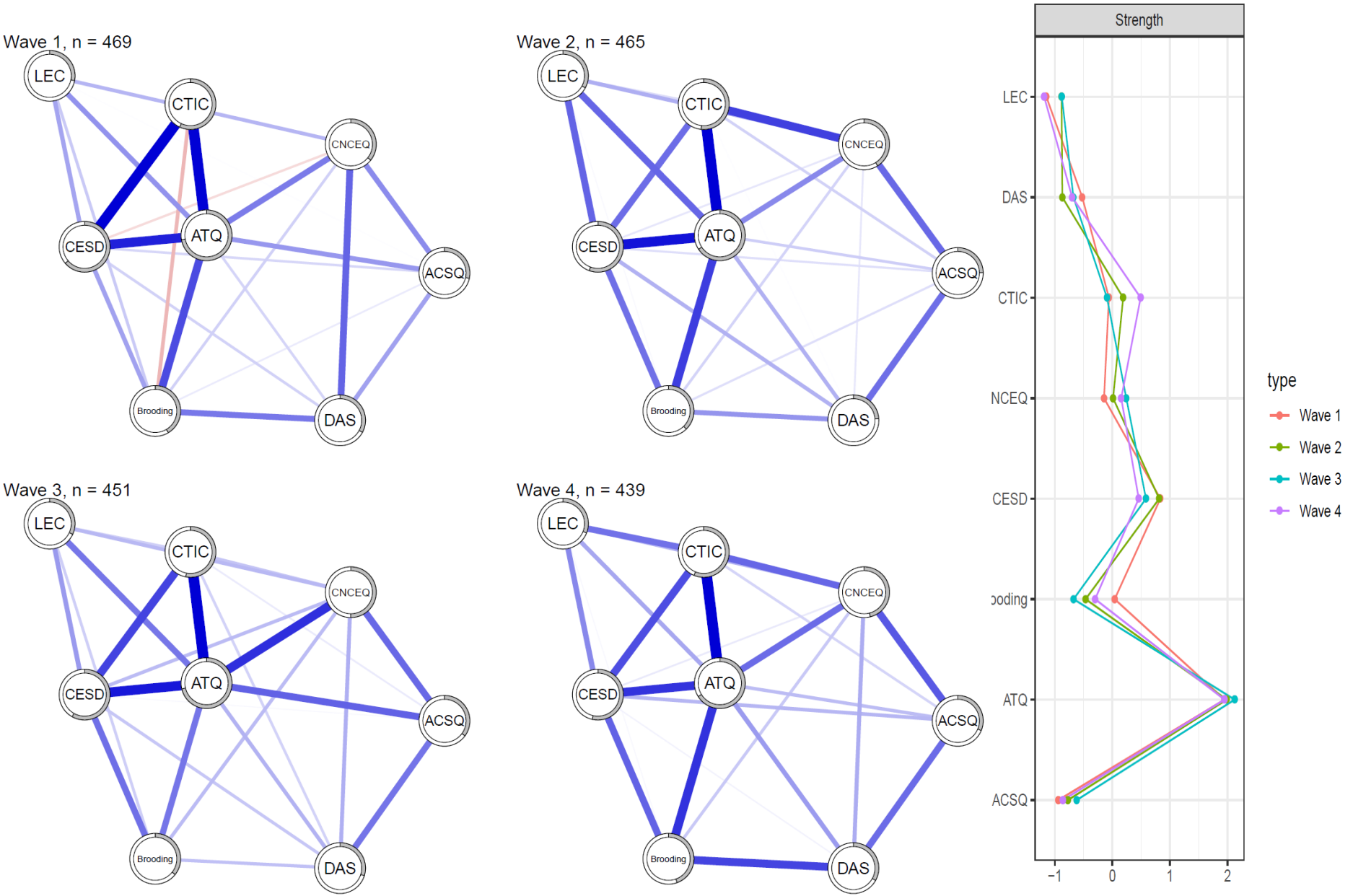
469 adolescent: 15 anni circa (64% femmine)

Assessment per un anno, ogni 3 mesi (4 waves)

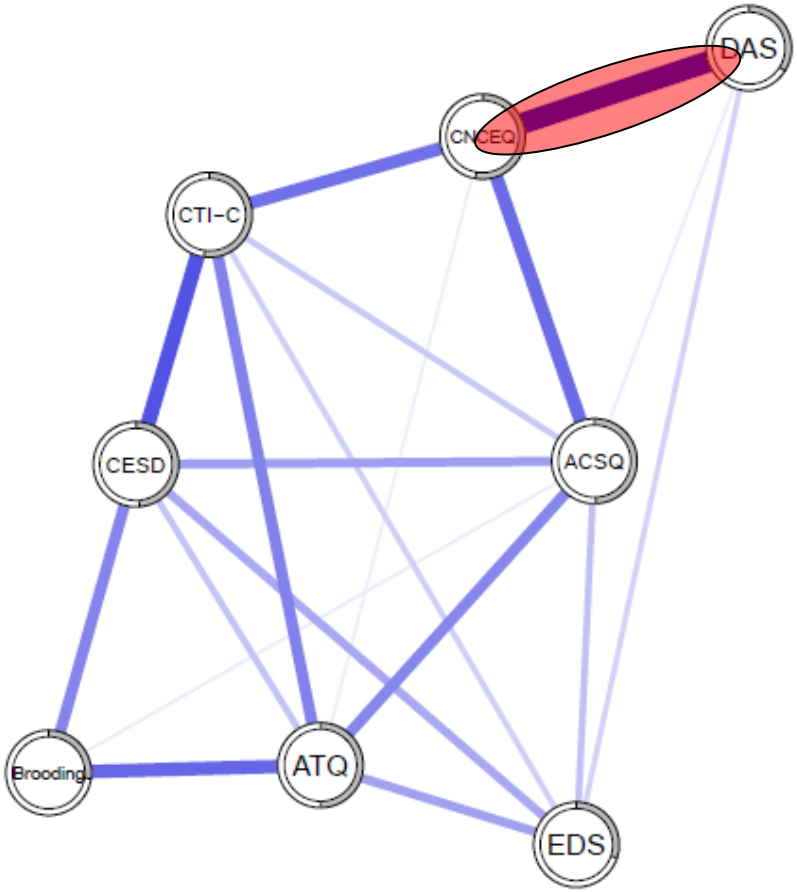
Testati per le maggiori vulnerabilita', sintomi depressivi, e stressors.



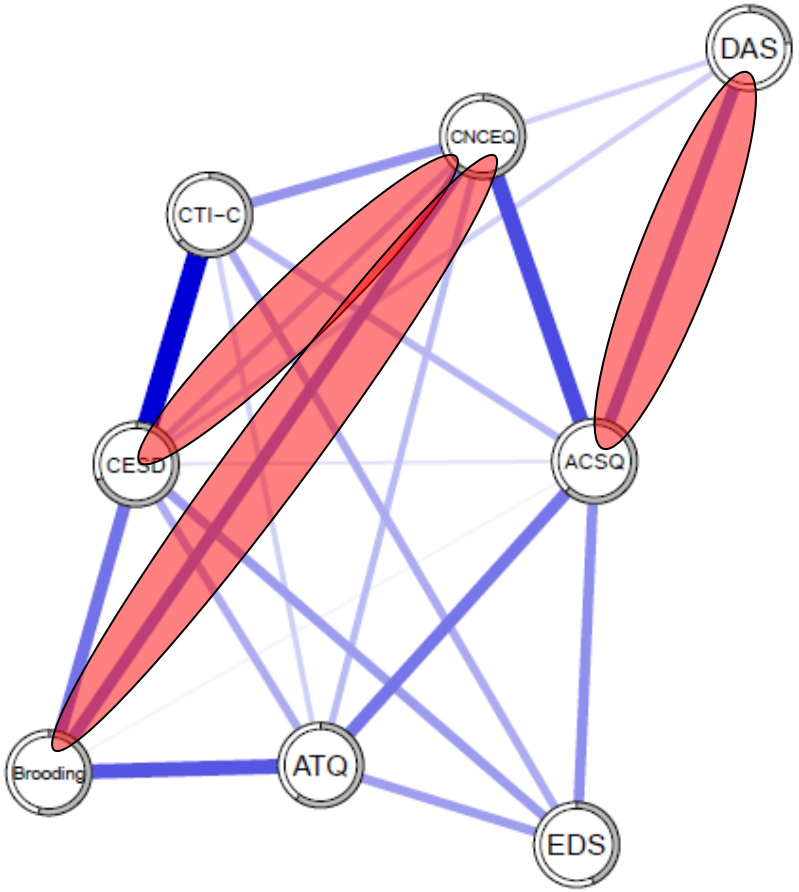
CESD: sintomi depressivi
CTIC: triade
ATQ: pensieri automatici
Brooding: ruminazione
CNCEQ: errori cognitivi
DAS: atteggiamenti disfuzionali
ACSQ: Stile congitivo


Wave 1, n = 469
LEC
CTIC
CNCEQ
CESD
ATQ
ACSQ
Brooding
DAS
Wave 2, n = 465
LEC
CTIC
CNCEQ
CESD
ATQ
ACSQ
Brooding
DAS
Wave 3, n = 451
LEC
CTIC
CNCEQ
CESD
ATQ
ACSQ
Brooding
DAS
Wave 4, n = 439
LEC
CTIC
CNCEQ
CESD
ATQ
ACSQ
Brooding
DAS
Strength
LEC
DAS
CTIC
NCEQ
CESD
ooding
ATQ
ACSQ
−1
0
1
2
type
Wave 1
Wave 2
Wave 3
Wave 4

Black youth



White youth



Personalità depressiva

Tristezza, mancanza di energie, anedonia, disturbi vegetativi (sonno, cibo, autoregolazione) (vedere “Lutto e melanconia”, **Freud** 1917); mentre nel lutto c’è stata una perdita e il mondo ne è impoverito, nella melanconia è il Sé che appare impoverito o danneggiato; rabbia per la perdita dell’oggetto è rivolta contro il Sé, autodenigrazione e critiche. Si sentono colpevoli. Processi cognitivi, affettivi, immaginativi e sensoriali rallentati.

Può esserci tendenza ereditaria (studi sui gemelli) ma è difficile stabilire la trasmissione; inclinazione depressiva può essere dovuta a perdita prematura; tratti orali, sovrappeso.

Processi difensivi nella personalità depressiva

Introiezione (interiorizzazione inconscia delle qualità più odiose di un vecchio oggetto d'amore): il bambino proietta le proprie reazioni sugli oggetti d'amore che lo abbandonano, immaginando che siano arrabbiati o offesi; il bambino esce da esperienze premature o traumatiche di perdita idealizzando l'oggetto perduto e assumendo sul sé gli affetti negativi;

Rivolgimento contro il sé;

Idealizzazione (gli altri sono meglio di me, per questioni morali, non per questioni di potere e prestigio come sarebbe per i narcisisti) ;

Relazioni oggettuali nella personalità depressiva

Perdita precoce e/o ripetuta; prematura separazione da un oggetto d'amore.

Può aver ceduto alle pressioni di un genitore di essere indipendente (svezzato) prima che fosse pronto.

Una perdita grave nella fase di separazione-individuazione (18 mesi circa, fino a due anni, ne parla la Mahler) è aumenta notevolmente la probabilità di una depressione;

Noncuranza dei genitori verso i bisogni dei figli.

Il sé depressivo

Hanno trasformato il sentimento di essere rifiutati nella convinzione inconscia di meritare quel rifiuto;

Possono trovare autostima in professioni d'aiuto o volontariato (per bilanciare il senso di colpa) (per tenere a bada angosce ed evitare distruttività);

Sembra che le donne siano più esposte a soluzioni depressive dei loro problemi;

Transfert e controtransfert con pazienti depressivi

Hanno buone capacità di relazione oggettuale ma tendono a proiettare sul terapeuta le proprie critiche interne (super-io sadico o rigido).

Le persone più disturbate hanno bisogno di farmaci mentre fanno la terapia per ridurre l'intensità dei sentimenti depressivi.

Il controtransfert va da affetto benevolo a sentimenti onnipotenti di salvezza (essere il genitore sensibile che non ha mai avuto, controtransfert complementare) oppure controtransfert concordante, ci si sente impotenti e demoralizzati.