



Secondo di una serie di opuscoli, è stato editato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 1988 e distribuito gratuitamente, tramite celofanatura, con quotidiani e settimanali e attraverso le Farmacie di Torino e Provincia. Il contenuto consiste nella elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro Depressione, Ansia e Attacchi di Panico di Torino.

La depressione oggi

di Salvatore Di Salvo

Note introduttive

Il presente lavoro, a cura della Associazione Piemontese per la Ricerca sulla Depressione, consiste nell'elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro di Terapia della Depressione e dell'Ansia di Torino.

Sono stati presi in esame i sintomi più frequenti, le terapie in atto al momento della consultazione, le indicazioni terapeutiche fornite, i controlli clinici a distanza di 4-6 settimane dall'inizio della cura.

Sono inoltre state considerate le ipotesi eziologiche che hanno determinato l'insorgenza dei disturbi e sono state fatte alcune considerazioni circa le modalità di intervento terapeutico sui tipi di disturbo presi in esame.

Tipologia del campione

Tra i pazienti che si sono rivolti al Centro Depressione Ansia e Attacchi di panico di Torino nel periodo di tempo che va dal gennaio a giugno 1997, sono stati inclusi nel presente studio solo quelli che rientrano in uno dei seguenti quattro gruppi diagnostici: depressione, depressione con disturbi da attacchi di panico (DAP), depressione con ansia, disturbi da attacchi di panico (DAP).

Il numero complessivo dei pazienti presi in esame è di 247

GRUPPO 1 → pazienti con disturbi della serie depressiva : 112 (45 %)

GRUPPO 2 → pazienti con disturbi depressivi associati a sintomi della serie ansiosa: 69 (28 %)

GRUPPO 3 → pazienti con disturbi depressivi associati a DAP : 25 (10 %)

GRUPPO 4 → pazienti con disturbi di attacchi di panico : 41 (17 %)

Gruppo 1 : pazienti con diagnosi di depressione

In questo gruppo sono stati considerati quei pazienti i cui disturbi sono costituiti in prevalenza da sintomi della serie depressiva, mentre non sono presenti, o lo sono in misura trascurabile, sintomi della serie ansiosa e DAP.

Il gruppo costituisce il 45% del campione (112 pazienti su 247) di cui il 32% donne e il 19% uomini. L'età media è di 43,7 anni per le F e 41,1 anni per gli U. Delle donne, 49 sono coniugate e 13 nubili; degli uomini, i coniugati sono 28 e i celibi 14.

Esaminando le attività lavorative svolte il gruppo è così suddiviso:

13 insegnanti (12F e 1U); 9 studenti (3F e 6U); 6 casalinghe; 34 impiegati/operai (21F e 13U); 11 pensionati (7F e 4U); 40 liberi professionisti (19F e 21U) tra avvocati, commercianti, medici, psicologi, ecc...

Dal punto di vista dei sintomi possiamo fare le seguenti considerazioni.

Alcuni sintomi si riscontrano in maniera costante in tutti i casi presi in esame. E' sempre presente un abbassamento del tono dell'umore, che si manifesta sotto forma di profondo dolore morale, perdita dello slancio vitale e della possibilità di provare sentimenti quali gioia o entusiasmo, perdita di

interesse per le normali attività svolte. Costantemente presente è anche un vissuto soggettivo di perdita di senso dell'esistenza e un impoverimento affettivo che coinvolge i rapporti sia personali e sia sociali.

Qualunque attività o impegno viene vissuto come estremamente faticoso e tale da richiedere una quantità di energia che i pazienti non sentono di avere a disposizione.

Sempre presente è anche una spiccata difficoltà decisionale e ciò spesso in netta contrapposizione con le caratteristiche di personalità precedenti l'insorgenza del disturbo depressivo. Tale difficoltà decisionale si manifesta inizialmente nell'attività lavorativa, ma può anche investire qualunque azione che coinvolga il soggetto.

Altro sintomo costantemente presente nei pazienti appartenenti a questo gruppo è il senso di colpa (accompagnato da autosvalutazione e disprezzo di sé) che trae le proprie origini dal fatto che i soggetti, da un lato si rendono conto dei loro cambiamenti in negativo nei confronti del sociale, dei familiari e di se stessi, dall'altro però si sentono impotenti e assolutamente incapaci di modificare la situazione.

Il senso di colpa è ulteriormente aggravato da quello che possiamo chiamare "il pregiudizio della volontà". Si riscontra infatti, possiamo dire nel 100% dei casi, la presenza del convincimento che lo stato depressivo in cui il paziente si trova potrebbe essere superato mediante un atto di volontà: se volesse, potrebbe uscire dall'impasse in cui si trova, ma ciò non avviene perché il paziente non ha volontà sufficiente.

La volontà è la quantità di energia psichica che una persona ha a disposizione e che quindi può investire nelle proprie attività quotidiane.

Fa però parte del quadro depressivo, cioè dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità di energia di cui un soggetto può disporre e risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

Il riscontro clinico fornisce purtroppo una enorme diffusione del "pregiudizio della volontà", diffusione che prescinde dal livello sociale, dal tipo di cultura e dal livello intellettuale, e allo specialista è richiesto uno sforzo supplementare per sottolineare la falsità, l'infondatezza oltre che i danni che esso provoca, in quanto alimenta i già presenti sensi di colpa.

Altro sintomo costante e conseguente alla riduzione dell'energia psichica di cui il soggetto dispone è costituito dall'astenia, cioè dal senso di stanchezza molto accentuata, non motivata da impegni fisici, che si presenta già al risveglio mattutino e che, in 8 casi del nostro campione, ha raggiunto una gravità tale da rendere impossibile lo svolgimento della propria attività lavorativa.

In questi 8 casi, di particolare gravità, è anche presente uno spiccato rallentamento psicomotorio, tale da determinare, a livello fisico, una riduzione dei movimenti mimici facciali (animia) e un rallentamento generale dei movimenti spontanei di tutto il corpo e, a livello psichico, una dolorosa sensazione di vuoto mentale.

A livello psichico è comunque presente in tutti i casi una più o meno marcata riduzione della prestazione intellettuale, conseguente al fatto che l'abbassamento del tono dell'umore determina un deficit di alcune funzioni psichiche quali attenzione, concentrazione e memoria.

I risultati fino ad ora descritti interessano in misura variabile, tutti i casi del gruppo diagnosticato preso in esame.

Altri sintomi della serie depressiva hanno invece una distribuzione meno omogenea.

La sfera sessuale è coinvolta nel 65% dei casi e i disturbi si manifestano sotto forma di un netto calo della libido. Il desiderio sessuale si riduce sia nella donna sia nell'uomo e in quest'ultimi sono frequenti (42%) i casi di impotenza. Nella donna è costante il riscontro di anorgasmia.

I disturbi alimentari si riscontrano nel 73% dei casi e si manifestano prevalentemente con una riduzione dell'appetito e quindi dell'alimentazione.

In 10 casi si è riscontrato un calo ponderale superiore a 5 Kg nell'arco delle ultime 4 settimane.

Solo in tre casi si è registrato il fenomeno opposto, cioè un esagerato aumento dell'introduzione di cibo e il conseguente aumento ponderale.

Diffusi sono anche i disturbi del sonno, che interessano l'83% dei casi presi in esame. All'interno di questi è presente una riduzione del numero delle ore dormite ed è caratteristico il fenomeno del risveglio precoce. I pazienti presentano saltuariamente un problema di addormentamento (7%), mentre sono nettamente più presenti (90%) frequenti risvegli notturni e soprattutto il risveglio nelle primissime ore mattutine (3-4 ore prima rispetto all'ora abituale) accompagnato da penosi pensieri riguardanti il passato, il presente e il futuro.

Solo nel 3% dei casi i disturbi del sonno sono caratterizzati dall'ipersonnia, cioè da un numero di ore dormite anche di 15-16 al giorno, con un chiaro significato di fuga difensiva rispetto al malessere che lo stato depressivo comporta.

Altro sintomo diffuso e caratteristico della depressione è quello della "alternanza diurna", riscontrabile nell'85% dei pazienti di questo gruppo. Consiste nel fatto che i pazienti si sentono più depressi e angosciati durante le ore del mattino, mentre dichiarano un certo miglioramento della sintomatologia nelle ore pomeridiane e soprattutto serali.

Nel 70% dei casi sono presenti fantasie relative alla propria morte espresse in forma varia (desiderio di addormentarsi e non risvegliarsi più al mattino, desiderio di infarto, desiderio di morire per incidente stradale, ecc...).

Tali fantasie trovano la loro spiegazione nel fatto che i pazienti provano, nello stato depressivo, un profondo dolore che sembra immutabile e immodificabile nel tempo per cui la morte viene vissuta come liberatoria.

L'ideazione suicidiaria è presente nel 15% dei casi. Mentre nelle fantasie di morte quest'ultima è invocata ma viene lasciata alla decisione del fato, nel caso della ideazione suicidiaria è presente un progetto di suicidio che, a seconda della gravità dello stato depressivo, è sempre più preciso e particolareggiato. Il più delle volte il progetto rimane tale.

Nel campione che stiamo considerando, i tentativi di suicidio messi in atto prima dell'inizio della terapia sono stati 13 e i pazienti ad elevato rischio erano 10. In questi casi, soprattutto nelle prime 2-3 settimane di terapia, quando cioè la sintomatologia non era ancora ridotta dall'attacco farmacologico, è stato importante l'aiuto dei familiari al fine di evitare la messa in atto dei propositi anticonservativi.

Gruppo 2: pazienti con diagnosi di depressione e ansia

Questo gruppo è costituito da pazienti che presentano sintomi della serie depressiva associati ai sintomi della serie ansiosa.

I pazienti di questo gruppo presentano tutti i sintomi dei pazienti del gruppo 1 con varianti relative alla presenza di una elevata quota d'ansia.

Il rallentamento psicomotorio in questi pazienti è poco presente e tende a prevalere la irrequietezza motoria: spesso hanno difficoltà a stare fermi per un periodo superiore a pochi minuti.

I disturbi alimentari sono più frequenti e accentuati, caratterizzati da anoressia e spesso da nausea e vomito.

Non sono presenti casi di ipersonnia e sono più frequenti i disturbi di addormentamento.

La presenza di idee suicidiarie è del 23,7%, quindi meno frequente che nel gruppo 1.

La caratterizzazione clinica di questo gruppo di pazienti è di presentare uno stato di costante preoccupazione per le circostanze, le più varie e ordinarie della vita di tutti i giorni, e che può riguardare la salute propria o dei familiari, la capacità di rendimento scolastico o lavorativo, la situazione finanziaria; e ciò in assenza di realistiche motivazioni che le possono giustificare.

In tutti i pazienti è riscontrabile la presenza di uno stato di tensione emotiva associata a sintomi fisici, interpretabili come somatizzazioni dell'ansia.

I disturbi più frequentemente interessati sono quello gastro-enterico (nel 63% dei casi si riscontra colite spastica, meteorismo, gastrite, nausea, diarrea) e quello cardio-circolatorio (nel 82% dei casi sono presenti palpitazioni, aumento della frequenza cardiaca e dolori toracici, accompagnati da sudorazioni - specie al palmo delle mani - e sbalzi della pressione arteriosa).

Anche il disturbo muscolare è spesso coinvolto (89%) e la spiccata tensione muscolare dà luogo a dolori diffusi, spesso al collo e alla colonna dorsale. Sono molto frequenti tremori e contrazioni della muscolatura.

Gruppo 3: pazienti con diagnosi di depressione e disturbi di attacchi di panico

Questo gruppo è costituito da pazienti che presentano sintomi della serie depressiva associati a disturbi di attacchi di panico (DAP).

Costituisce il 10% del campione totale (25 pazienti su 247), di cui 14F e 11U.

Le considerazioni relative ai sintomi sono le seguenti .

I pazienti di questo gruppo presentano uno stato depressivo di base e quindi i sintomi della serie depressiva descritti per il gruppo 1 sono nettamente prevalenti. Sono inoltre presenti anche sintomi della serie ansiosa, di entità comunque modesta e non tali da caratterizzare il quadro complessivo.

E' invece caratteristica del gruppo la presenza di disturbi da attacchi di panico (DAP) che hanno però carattere di sporadicità, o che sono assenti dal quadro sintomatologico presente ma riscontrabili in un passato recente. Le caratteristiche dei DAP verranno descritti a proposito dei pazienti del gruppo 4.

Ci limitiamo qui a segnalare che lo stato depressivo è comunque prioritario e nella quasi totalità dei casi (22 su 25), i DAP sono stati presenti in numero ridotto e spesso risalgono a mesi addietro rispetto alla presa in carico. Solo in due casi i DAP sono ancora presenti ma, a livello soggettivo, il disturbo principale avvertito è quello della presenza dello stato depressivo.

Gli attacchi di panico in questo gruppo di pazienti si distinguono da quelli dei pazienti del gruppo 4 in quanto il numero dei sintomi che si riscontra è ridotto così come è ridotta l'intensità dell'esperienza ansiosa. Per tali motivi si parla, in questi casi, di attacchi minori.

Tra i sintomi caratteristici degli attacchi ansiosi sono da sottolineare le vertigini, spesso isolate, le palpitazioni, i sentimenti di irrealtà, le vampate di caldo e i brividi di freddo.

Gruppo 4: pazienti con diagnosi di DAP

Questo gruppo è costituito da pazienti in cui la sintomatologia consiste prevalentemente in disturbi da attacchi di panico (DAP). Sono in genere presenti anche disturbi d'ansia e disturbi della serie depressiva che sono però secondari e poco rilevanti nella costituzione del quadro clinico.

Per quanto riguarda i sintomi, il quadro clinico è variabile come intensità e durata. Le crisi hanno comunque alcune caratteristiche comuni che sono le seguenti:

- la loro insorgenza è improvvisa e drammatica;
- la durata è breve, da pochi secondi a pochi minuti;
- sono accompagnati da una intensa paura di perdita di controllo fisico e psichico;
- non è possibile dare all'insorgenza della crisi una spiegazione comprensibile;
- per alcune ore dopo la crisi i pazienti avvertono sintomi quali vertigini, sensazione di sbandamento, stato subconfusionale, senso di spossatezza, senso di estraniamento dalla realtà.

Più specificatamente, i sintomi durante la crisi sono costituiti da paura che giunge fino al terrore, senso di morte imminente a causa di ictus o infarto, timore di perdere il controllo delle proprie azioni o delle proprie idee, cui consegue il timore di "diventare folli".

A ciò si associano sintomi di tipo neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, senso di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, tremori diffusi, sudorazioni abbondanti.

In tutti i pazienti il primo episodio critico è ricordato con apprensione particolare e viene descritto in maniera molto vivida e con grande ricchezza di particolari. Esso costituisce quasi sempre un punto di riferimento nella storia della malattia, viene riferito come di intensità eccezionale e si associa al timore/terrore che possa di nuovo manifestarsi.

Come conseguenza del ripetersi delle crisi, si vengono a strutturare delle manifestazioni secondarie presenti in tutti i casi presi in esame e che sono: l'ansia anticipatoria, l'evitamento fobico e l'agorafobia.

L'ansia anticipatoria è conseguente al timore che la crisi possa ripetersi. Nelle fasi intercritiche tale ansia pervade tutta la vita del paziente in modo tale da renderlo teso, timoroso e farlo vivere in uno stato di continua apprensione e di persistente allerta.

In 12 dei 41 casi presi in esame l'ansia anticipatoria raggiunge livelli di intensità molto alti, tanto da risultare invalidante e generare un disagio maggiore rispetto agli stessi episodi critici.

In questi casi è ancora più evidente la ricerca di rassicurazioni, presente comunque in tutti i casi di DAP, che si manifesta sia nel sottoporsi a numerosi accertamenti fisici e strumentali (radiografia, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, TAC, RMN, esami ematoclinici frequenti) sia nella necessità di stare sempre in compagnia di una persona di fiducia che possa soccorrere il paziente in caso di malessere.

Risulta evidente la netta riduzione del livello di autonomia personale che il DAP può determinare.

L'evitamento fobico si struttura con il ripetersi delle crisi ed è conseguente alla tendenza ad associare gli attacchi con situazioni e luoghi specifici.

Più frequentemente le crisi vengono associate alla guida dell'auto in autostrada o percorrendo gallerie o viadotti, oppure all'uso di mezzi pubblici o anche alle frequentazioni di luoghi pubblici affollati.

L'evitamento fobico consiste nell'evitare i luoghi e le situazioni a cui le crisi sono associate (guida in autostrada, mezzi pubblici, ecc...), in modo tale che gli attacchi di panico diventino meno frequenti e più tollerabili.

In 15 casi del campione in esame sono presenti condotte di evitamento di tipo agorafobico.

Si parla di agorafobia quando le limitazioni indotte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni (impossibilità di recarsi a fare la spesa o andare al lavoro utilizzando mezzi pubblici o a volte anche la propria auto, ecc...), e finiscono per restringere il campo di azione del soggetto, rendendolo sempre più dipendente dagli altri.

Terapia precedente al consulto presso il Centro

Del totale del numero dei pazienti del campione preso in esame (247), 85 di essi (56F e 29U) non era sottoposto ad alcun tipo di terapia prima di rivolgersi al Centro.

Dei pazienti, 135 (81F e 54U), assumevano ansiolitici, spesso su indicazione del medico di base, in modo saltuario e incostante con posologia il più delle volte gestita dai pazienti stessi. Molto frequente l'uso di ipnoinducanti serali.

27 pazienti, 14F e 13U, erano in trattamento con terapia farmacologica combinata, un'associazione di ansiolitici e antidepressivi; e anche in questo caso l'indicazione era stata fornita dal medico di base. Gli antidepressivi erano prevalentemente quelli appartenenti al gruppo di triciclici (vecchia generazione) e la posologia e le modalità di associazione erano spesso errate.

I dati numerici attestano quindi che circa un terzo dei pazienti non era in terapia specifica prima di rivolgersi al Centro.

In tutti i casi i sintomi erano comunque di intensità tale da rendere necessario un trattamento farmacologico. I principali motivi per cui ciò non era avvenuto sono sintetizzabili come segue.

Tranne rare eccezioni nessuno dei suddetti 85 pazienti era stato prima a consulto da uno specialista psichiatra e ciò a causa della presenza di forti elementi pregiudiziali nei confronti di questa figura professionale. Il pregiudizio può essere esemplificato con il seguente ragionamento: "Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno di essi sono anch'io matto o sono considerato tale".

In alcuni casi il pregiudizio non era così marcato da inibire il consulto, ma vi era la difficoltà a individuare il nominativo dello psichiatra.

Tale difficoltà era difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l'acquisizione di informazioni in tal senso sia da parte di amici e conoscenti, sia dal medico di base.

Almeno 20 degli 85 pazienti sono giunti al Centro acquisendo le informazioni tramite le Pagine Gialle, attraverso cioè una ricerca solitaria, senza doversi esporre nei confronti di qualcuno.

La maggior parte degli altri ha acquisito l'informazione attraverso la lettura dell'opuscolo "IL MALE CURABILE", editato a cura della Associazione per la Ricerca sulla Depressione, e distribuito gratuitamente attraverso le farmacie o veicolato con il quotidiano "La Stampa".

L'acquisizione delle informazioni del luogo cui rivolgersi è quindi avvenuta, nella stragrande maggioranza dei casi, non attraverso richiesta specifica ad amici, conoscenti o medico di famiglia. Questo infatti comporta la necessità di denunciare la presenza di uno stato di malessere ancora oggi vissuto come "vergognoso" e che quindi è più opportuno nascondere.

Tale secondo elemento pregiudiziale nei confronti del malessere psichico, associato a quello riguardante la figura professionale dello psichiatra, contribuisce a rendere difficile la cura dei disturbi di cui stiamo trattando.

Abbiamo visto che i due terzi dei pazienti erano già in trattamento con psicofarmaci, più precisamente 135 solo con ansiolitici e 27 con ansiolitici e antidepressivi.

Nella totalità dei casi l'indicazione al loro impiego era stata fornita dal medico di base e ciò sottolinea l'importanza di questa figura come potenziale punto di riferimento per la cura della depressione, dell'ansia e del DAP.

Se è vero che un terzo dei pazienti non si rivolge a nessuno, è anche vero che il restante due terzi individua nel medico di base la figura cui rivolgersi per chiedere aiuto. E' quindi estremamente importante la sensibilità del medico di base nei confronti dei problemi di carattere emotivo che i suoi pazienti gli propongono, sensibilità che, in parte dipende dalla sua preparazione professionale, ma in parte anche dalla cultura e dalla personalità del singolo medico.

Alcuni pazienti - la maggior parte - hanno riferito un atteggiamento accogliente e un forte sostegno psicologico da parte del loro medico. Altri invece, e per fortuna in netta minoranza, hanno vissuto un rifiuto da parte del medico, un disconoscimento del loro malessere e un invito a rimboccarsi le maniche e a darsi da fare.

L'indicazione prevalente da parte dei medici di base è consistita nella prescrizione di farmaci ansiolitici e questo è il motivo per cui tali prodotti costituiscono il primo approccio psicofarmacologico dei pazienti alla cura, soprattutto per quelli degli ultimi tre gruppi.

Gli ansiolitici, per le loro caratteristiche (effetto dopo un 20-30 minuti dall'assunzione) provocano un sollievo rapido dello stato di malessere e quindi i pazienti trovano in seguito difficoltà ad abbandonarli. Ne consegue uno stato di dipendenza psicologica cui si associa la dipendenza fisica che è causata da trattamenti lunghi a dosi elevate.

E' quindi opportuno usare gli ansiolitici in modo transitorio e comunque limitato nel tempo. Va sottolineato che, quando è presente uno stato depressivo, l'ansiolitico non ha alcun effetto su di esso. E' necessario, in questi casi, l'uso degli antidepressivi che, contrariamente agli ansiolitici, non determinano mai fenomeni di dipendenza fisica.

Per quanto riguarda i 27 pazienti del campione che facevano uso di questi prodotti, l'effetto antidepressivo era modesto a causa delle dosi impiegate o della errata modalità di somministrazione.

Terapia indicata dal Centro

Il tipo di terapia indicata nei singoli casi è stata determinata dal tipo di sintomi presenti, dalla loro intensità e dai particolari bisogni del singolo paziente, nonché dalla sua storia e dalla sua personalità.

Riteniamo che non sia possibile standardizzare l'intervento terapeutico ma che sia necessaria una personalizzazione della cura, la quale deve tenere conto delle singole caratteristiche individuali e delle cause che hanno determinato la crisi del soggetto. Nei casi in cui i pazienti presentavano uno stato di malattia in fase acuta, con sintomi molto accentuati e intollerabili, l'intervento elettivo "d'urgenza" è stato quello psicofarmacologico, in grado di ridurre i sintomi depressivi, di ansia o di DAP nel giro di 4-6 settimane.

Dopo la riduzione dei sintomi, in molti casi, è stata data un'indicazione di terapia psicologica associata a quella farmacologica.

In quei casi in cui invece, i sintomi non erano particolarmente accentuati e comunque tollerabili, è stata data un'indicazione solamente psicoterapeutica, individuale o di coppia.

Le diverse indicazioni e le diverse combinazioni di intervento terapeutico sono state conseguenti alle valutazioni relative alle cause che avevano determinato l'insorgenza del disturbo depressivo, d'ansia o di DAP.

Rimandiamo il discorso su questo tema al paragrafo successivo, relativo alle cause, e facciamo alcune considerazioni relative all'intervento psicofarmacologico.

La prescrizione del farmaco è un atto complesso ed estremamente importante perchè l'impostazione complessiva della cura e il suo successo dipendono da come l'atto prescrittivo viene fatto, dal tipo di atteggiamento del medico, da quello del paziente e dalle informazioni e aspettative che quest'ultimo ha nei confronti della terapia.

Spesso il paziente ha aspettative magiche (... prendo la compressa e guarisco nel giro di pochissimo tempo...) o di tipo terrifico (...e se poi divento dipendente dai farmaci e non ne posso più fare a meno?...) o inizia la cura con un atteggiamento di estrema sfiducia (... tanto non serve a niente...).

Nell'immaginario collettivo lo psicofarmaco è spesso caricato di aspetti fantastici per cui esso è, alternativamente, o la pillola della felicità o l'equivalente della droga.

E' quindi estremamente importante fornire ai pazienti una serie di informazioni che permettano loro aspettative e atteggiamenti più realistici nei confronti delle sostanze assunte.

Le informazioni più importanti che sono state fornite ai pazienti sono le seguenti.

Innanzitutto informazioni relative al meccanismo di azione. Per quanto riguarda gli antidepressivi, ad esempio, essi agiscono determinando l'aumento della quantità di neurotrasmettitori (in particolare la serotonina) a disposizione delle cellule cerebrali.

Il loro effetto sul tono dell'umore è quindi conosciuto e in ciò non c'è nulla di magico: a un aumento della quantità di serotonina disponibile corrisponde un aumento del tono umorale.

Sono state inoltre fornite informazioni relative ai tempi dell'intervento farmacologico.

Il suddetto meccanismo di azione degli antidepressivi necessita di un periodo di tempo di 2-3 settimane e quindi non è lecito attendersi un effetto antidepressivo prima di tale periodo.

Questa informazione è estremamente importante onde evitare la prematura sospensione della terapia.

Il paziente deve inoltre essere informato sulla possibilità della comparsa nei primi 8-10 giorni, di fenomeni collaterali, di solito sopportabili e transitori (nausea, inappetenza e sonnolenza).

E' inoltre opportuno che venga comunicata la disponibilità del medico a contatti telefonici nel momento in cui servissero ulteriori precisazioni o rassicurazioni.

Le suddette informazioni hanno quindi lo scopo di favorire un atteggiamento il più realistico possibile nei confronti degli psicofarmaci.

E' anche necessario che l'intervento farmacologico sia collocato nell'ambito di una strategia più generale di approccio alla crisi depressiva o al DAP.

A tale scopo abbiamo usato spesso la metafora del mal di denti. Quando è presente questa situazione dolorosa, l'assunzione di antidolorifici è finalizzata a ridurre il dolore e a renderlo quindi più tollerabile.

Gli antidolorifici agiscono sul mal di denti a prescindere dalle cause che lo hanno determinato e non agiscono assolutamente su di esse.

L'individuazione delle cause rende necessario un lavoro di ricerca e, solo dopo che esse sono state individuate (per esempio una carie), possono essere curate con un intervento specifico.

Sempre seguendo la metafora del mal di denti, è evidente che una terapia fondata solo sull'assunzione di antidolorifici è limitata e, sul lungo periodo, anche dannosa.

Riportando il discorso sull'assunzione di psicofarmaci, si può affermare che il loro uso è necessario quando si presenta una situazione di crisi acuta; il loro scopo è quello di ridurre i sintomi della crisi.

Essi agiscono sulla depressione, sull'ansia e sul DAP a prescindere dalle cause che hanno determinato il disturbo e non incidono minimamente su di esso.

E' ovvio che, per la metafora del mal di denti, così come per i disturbi emotivi, se le cause non vengono rimosse, le probabilità che l'episodio critico possa recidivare sono alte.

Il paziente quindi deve avere presente che la terapia psicofarmacologica è “a tempo”, verrà cioè assunta per un periodo limitato, 5-6 mesi circa, e poi verrà sospesa in quanto, dopo aver risolto il periodo acuto e aver dato la copertura per i due-tre mesi successivi, non ha più motivo di essere. Nella fase post-acuta diventa invece importante il problema delle cause (inizialmente ciò ha un'importanza relativa perchè, come abbiamo detto, i farmaci agiscono a prescindere dalle cause che hanno determinato la crisi), in quanto la loro individuazione e la loro rimozione evita il periodo del ripetersi delle crisi. Rimandiamo la discussione di questo punto al paragrafo sulle cause.

Efficacia della terapia

All'atto della prescrizione farmacologica è stato consigliato ai pazienti un controllo a distanza di un periodo di 4-6 settimane, tempo necessario per poter valutare l'efficacia dei farmaci sulla sintomatologia clinica.

I riscontri sono stati estremamente positivi, nel senso che in circa l'80% dei casi (170 pazienti) si è avuto un netto miglioramento della depressione, dell'ansia e del DAP.

Anche quando il livello di miglioramento era medio, il paziente, alla visita di controllo aveva un atteggiamento più positivo sul fatto di poter uscire dallo stato di crisi e un aggiustamento della terapia poggiava su uno stato d'animo più fiducioso.

Nel restante circa 20% dei casi (45 pazienti) è stato invece necessario operare una modificazione sostanziale del tipo di prodotti somministrati.

Di essi, 25 ne hanno tratto beneficio nell'arco di un mese, giungendo al livello del primo gruppo.

I restanti 20 pazienti non sono più giunti alla seconda visita di controllo e si deve quindi presumere che l'intervento farmacologico non sia stato efficace.

Per quanto riguarda le sospensioni del trattamento farmacologico dopo circa 5-6 mesi di cura, sono state riscontrate delle difficoltà, nel senso che molti pazienti erano resistenti a lasciare la terapia (ricordiamo che gli antidepressivi non danno dipendenza fisica).

Il timore di fondo presente nella maggior parte dei pazienti, può essere così esemplificato: “Prima di assumere i farmaci stavo male e, se adesso non li prendo più, ho paura di stare di nuovo come prima”. La sospensione è stata accompagnata da rassicurazioni verbali sulla infondatezza di questi timori ed è avvenuta in maniera lenta e graduale, in modo da poter constatare che, alla riduzione dei farmaci, non corrisponde necessariamente una riattivazione dei sintomi.

Eziopatogenesi: discorso delle cause

Abbiamo detto che nelle fasi acute del disturbo, si può mettere da parte il discorso sulle cause che hanno determinato lo stato di malessere, in quanto i farmaci agiscono a prescindere da esse. Alla fase post-critica l'individuazione e la risoluzione delle cause diventa invece prioritaria per evitare il recidivare delle crisi.

In linea generale, possiamo individuare quattro ordini di elementi causali che concorrono nel determinare l'insorgenza di uno stato di malessere critico:

1. predisposizione individuale, che può essere valutata con un'indagine relativa alla personalità del paziente nel periodo precedente alla crisi. E' inoltre necessario condurre un'accurata anamnesi sulla eventuale presenza di patologie psichiatriche nei familiari;
2. conflittualità intrapersonale, consistente nella presenza di angosce, sensi di colpa, insicurezze e problemi psicologici del soggetto relativi al rapporto con se stesso, con la propria identità personale e sessuale;
3. conflittualità interpersonale microsociale, consistente nella presenza di gravi problemi di rapporto all'interno della famiglia o della coppia;
4. conflittualità interpersonale macrosociale, consistente nella presenza di problemi di inserimento, adattamento sociale o in ambito lavorativo o, negli anziani, come conseguenza del pensionamento.

Nel cercare di individuare cosa ha determinato lo stato di crisi, è necessario tenere presente il fatto che il più delle volte vi è una concomitanza di cause. Ciò che varia, da soggetto a soggetto, è

l'incidenza del singolo fattore causale. In alcuni casi, ad esempio, è predominante il fattore costituzionale, pur essendo evidenti anche difficoltà intra e interpersonale.

In altri casi, invece, prevalgono i problemi psicologici di relazione (di coppia o intrafamiliari), pur essendo presenti elementi di predisposizione individuale. In altri casi ancora prevalgono i problemi psicologici interni. E così via...

La difficoltà nell'individuare le cause consiste nella necessità di distinguere quelle scatenanti il malessere psichico dalle concause, che pur presenti, non avrebbero, da sole, determinato la crisi.

Si tratta di un lavoro difficile che richiede un'attenta valutazione ed una stretta collaborazione tra il medico e il paziente.

L'importanza di una valutazione corretta degli elementi causali risiede nel fatto che da essa dipende l'indicazione terapeutica successiva alla risoluzione farmacologica della fase acuta.

Nel campione di 247 pazienti di cui stiamo parlando, le principali cause nel determinare il malessere psichico sono risultate le seguenti.

Come detto prima, l'importanza della individuazione delle cause consiste nel fatto che da essa dipende l'indicazione terapeutica successiva a quella farmacologica.

Quest'ultima è stata indicata a 215 pazienti sul totale di 247.

Quindi a 32 pazienti (16F e 16U), non sono stati indicati farmaci, ma è stata consigliata una psicoterapia individuale (26) o di coppia (6).

In questi casi la sintomatologia clinica era tollerabile e le cause prevalenti del malessere erano di natura intrapsichica o relazionale di coppia.

Dei restanti 215 casi, per 68 (37 F e 31U), la terapia indicata è stata esclusivamente di tipo farmacologico sia in prima battuta sia nelle fasi successive.

Si trattava prevalentemente di pazienti in cui, pur essendo presenti elementi conflittuali o di tipo intrapsichico o relazionali, l'indicazione psicoterapeutica individuale o di coppia non era indicata per una scarsa capacità introspettiva del paziente o una forte resistenza a intraprendere un lavoro di ricerca psicologica su se stessi o coinvolgendo il partner.

In 116 casi (74 F e 42 U) è stata data indicazione di psicoterapia individuale. Si trattava di casi in cui le cause prevalenti erano di natura conflittuale intrapsichica e quindi la psicoterapia era lo strumento di elezione per la loro individuazione e risoluzione. In 31 casi (27F e 4U) l'indicazione è stata di terapia di coppia. In essi erano infatti prevalenti conflitti interpersonali con il partner, soprattutto di natura comunicativa.

Considerazioni conclusive

Alcune brevi considerazioni derivanti dal presente lavoro sono le seguenti.

Innanzitutto va rilevata la difficoltà di contatto tra chi soffre di disturbi depressivi, di ansia e di DAP e lo specialista psichiatra, in quanto sono presenti pregiudizi profondi e radicati sia nei confronti del tipo di disturbo sia nei confronti della figura professionale dello psichiatra.

Pregiudizi inoltre investono anche gli psicofarmaci, da alcuni ritenuti come droghe che creano dipendenza, da altri investiti al contrario di valenze magico-salvifiche.

I dati in nostro possesso attestano che, una volta superate le varie barriere pregiudiziali, l'intervento farmacologico ha altissime probabilità di successo: in circa il 90% dei casi è infatti efficace sulla sintomatologia clinica. L'intervento con i farmaci va comunque considerato un intervento da effettuare nella fase acuta del disturbo, per un periodo limitato di tempo.

Nella fase successiva devono essere presi in esame gli elementi causali che l'hanno determinata.

E' fondamentale, in questa fase, la collaborazione tra il medico e il paziente, in quanto gli elementi causali variano da caso a caso. La loro individuazione investe un ruolo estremamente importante in quanto da essa derivano le successive indicazioni terapeutiche.

Risulta quindi evidente che, per affrontare il malessere psichico, è necessario approntare una strategia terapeutica, la prima fase della quale è spesso, ma non sempre, di tipo farmacologico.

Ad essa deve seguire un'indicazione personalizzata, che non è assolutamente possibile standardizzare in quanto dipendente dalla storia, dalla personalità e dalla vita affettiva della singola persona.

