



*La presente pubblicazione, riedizione dell'opuscolo "Il Male Curabile" (1997), è inserita all'interno della "Campagna informativa su depressione e ansia" 2003 promossa dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione e patrocinata dal Ministero dell'Istruzione, della Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.*

## **Depressione, ansia e panico: mali curabili**

di Salvatore Di Salvo

### **Diffusione della depressione e dell'ansia**

I più recenti studi epidemiologici attestano che sono circa 8,5 milioni le persone che soffrono, in Italia, di disturbi depressivi e 3 milioni di disturbi d'ansia. Considerando che, per ogni paziente, sono almeno due/tre i parenti coinvolti, si può avere un'idea di come questo disturbo abbia la valenza di malattia sociale. Del resto il costo sociale, inteso come ore lavorative annue perse a causa del suddetto disturbo, è in Italia di circa 400 milioni di € l'anno.

Delle persone affette da depressione o da sintomatologia associate ad ansia o attacchi di panico, è solo una minoranza (circa 18%) che consulta lo specialista di competenza, cioè lo psichiatra.

Ciò che si interpone tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura è la presenza radicata di pregiudizi.

Uno di essi riguarda la figura dello psichiatra e può essere così esemplificato: "Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale". Questo ostacolo è difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l'acquisizione d'informazioni sia presso amici e conoscenti sia rivolgendosi al medico di base.

Un altro pregiudizio è che gli psicofarmaci siano dannosi. In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Questo preconcetto, come quello secondo cui gli psicofarmaci danno dipendenza, sono figli del fatto che, a livello d'immaginario collettivo, vi è un'assimilazione tra antidepressivi e sostanze stupefacenti.

In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.

Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è quello della "volontà", secondo il quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo. Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolineare la falsità e i danni che ne derivano, poiché alimenta i già presenti sensi di colpa.

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- la volontà è la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione e che, quindi, può investire nelle proprie attività quotidiane;
- fa parte, però, del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre.

Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

Questo tema sarà ripreso nella parte dedicata alla descrizione dei sintomi del disturbo depressivo.

Di fatto, la depressione è una malattia curabile, specialmente con gli strumenti efficaci di cui disponiamo. E' necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi sono collocati e ricondurre il problema in ambito medico.

Il mondo scientifico è oggi in grado di dare una risposta adeguata ai problemi di cui ci stiamo occupando e può fornire un valido aiuto alla maggior parte di coloro che si rivolgono allo specialista, in possesso di strumenti molto più efficaci e raffinati rispetto a quelli anche solo di 10-15 anni addietro.

### ***Episodio Depressivo Maggiore***

Fino a non molto tempo addietro era di uso comune il termine “esaurimento nervoso”, intendendo con ciò qualunque tipo di disturbo riguardante la sfera psichica, di qualsiasi genere. Da qualche anno tale termine è andato in disuso e vi è la tendenza, sempre nel linguaggio comune, a utilizzare il termine “depressione”, anche in questo caso intendendo qualunque tipo di disturbo psichico, di qualunque genere.

La depressione è, in realtà, qualcosa di ben preciso e connotato: si tratta di un disturbo del “tono dell’umore”.

Il tono dell’umore è una funzione psichica importante nell’adattamento al nostro mondo interno ed a quello esterno. Ha il carattere della flessibilità, vale a dire flette verso l’alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative e spiacevoli.

Si parla di depressione quando il tono dell’umore perde il suo carattere di flessibilità, si fissa verso il basso e non è più influenzabile dalle situazioni esterne favorevoli.

Usando una metafora, una persona che si ammala di depressione è come se inforcasse quattro, cinque paia di occhiali scuri e guardasse la realtà esterna attraverso di essi, avendone una visione assolutamente nera e negativa.

### **L’umore depresso**

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, di cui l’abbassamento del tono umorale è una condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali, lo stato depressivo può essere vissuto come incapacità di provare un’adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva. Nelle fasi acute, il disturbo dell’umore è evidente e si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione, sgomento, associati alla perdita dello slancio vitale e all’incapacità di provare gioia e piacere. I pazienti avvertono un senso di noia continuo, non riescono a provare interesse per le normali attività, provano sentimenti di distacco e inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Tutto appare irrisolvibile, insormontabile, quello che prima era semplice diventa difficile, tutto è grigio, non è possibile partecipare alla vita sociale, nulla riesce a stimolare il minimo interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Il *rallentamento psicomotorio* è da considerarsi il sintomo più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* non è più fluido, scarsa la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Il depresso è afflitto da un profondo senso di *astenia*, trova difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice. Col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e così accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori può essere così marcato da provocare *disturbi dell’attenzione, della concentrazione e della memoria*. Il rallentamento ideomotorio si traduce in incertezza e indecisione; in alcuni casi l’incapacità di *prendere qualunque decisione*, anche la più semplice, crea un notevole disagio, con blocco talora completo dell’azione.

### **Depressione e volontà**

Vorrei inserire a questo punto alcune considerazioni che riguardano gli stimoli che familiari e amici tendono a dare alla persona depressa e che puntano sulla spinta all’azione attraverso l’impiego della

“volontà”. E’ comune per chi soffre di una crisi depressiva sentirsi dire che, se ci mettesse più volontà, sarebbe in grado di superare il momento difficile che sta attraversando ed uscire così dalla sua condizione di abulia e astenia. Siccome tale messaggio giunge al depresso da più fonti, egli stesso finisce per convincersene.

Va sottolineato che il suddetto messaggio, pur se animato da buone intenzioni e finalizzato a fornire un aiuto al paziente, non tiene conto della natura stessa del disturbo depressivo e finisce per essere controproducente. La *volontà* è, infatti, la quantità di energia psichica di cui il soggetto può disporre e utilizzare per la realizzazione dei suoi scopi, *ma una delle caratteristiche dell’episodio depressivo acuto consiste proprio nel fatto che vi è una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto*.

La riduzione quindi della possibilità di utilizzare lo strumento della volontà è parte integrante della sintomatologia depressiva e non è possibile puntare su di essa per il superamento della crisi. Le stimolazioni esterne in questo senso sono quindi fondate su una scarsa conoscenza dei meccanismi psichici che stanno alla base del disturbo depressivo, non hanno possibilità di essere utilizzate dal soggetto e anzi finiscono per avere un effetto controproducente, determinando nel depresso l’aumento dei sensi di colpa, peraltro già presenti, ed un peggioramento del quadro depressivo.

### **Depressione, tempo e autostima**

La *nozione del tempo è modificata* e il suo scorrere continuo rallenta fino ad arrestarsi. Il depresso ha la sensazione che la giornata sia interminabile, che non sia possibile arrivare a sera, “tutto è fermo, stagnante, senza possibilità di essere mutato”.

L’*agitazione psicomotoria*, presente in alcuni quadri depressivi, si manifesta con irrequietudine, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

La compromissione delle prestazioni intellettuali, la consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso *all’autosvalutazione, al disprezzo di sé, alla convinzione della propria inadeguatezza*, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri sbagli e su colpe lontane. Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, valutato come pieno di errori commessi; il paziente *prova sentimenti di colpa* e fa previsioni di *rovina e miseria*. Talora ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell’incapacità di guarire: convinto di poter “star meglio facendo uno sforzo”, si giudica *indegno* per la propria condotta, per la propria pigrizia, per il proprio egoismo.

### **Il rischio suicidiario**

L’*ideazione suicida* è presente nei 2/3 dei pazienti. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e non valga perciò la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale. Nei casi più gravi le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe. In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto “suicidio allargato”: il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell’esistenza. Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

In Italia sono circa 4.000 le persone che ogni anno si tolgono la vita e molte di più sono quelle che tentano il suicidio senza riuscirci.

## **Altri sintomi della depressione**

Tra i *sintomi vegetativi*, la *riduzione della libido* si presenta in genere precocemente, a differenza di quanto avviene nei disturbi d'ansia, nei quali i pazienti mantengono un discreto funzionamento sessuale.

Nella depressione sono frequenti la *riduzione dell'appetito* ed i *sintomi gastrointestinali*: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale. Le difficoltà digestive e la stitichezza possono essere dovute, oltre che ai trattamenti antidepressivi, all'ipotonia intestinale spesso associata al quadro clinico. Modificazioni della condotta alimentare, nel senso di una riduzione dell'assunzione di cibo, possono avere gravi conseguenze con un marcato *dimagrimento*, stati di *malnutrizione* e *squilibri elettrolitici*, tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente *iperfagia* con aumento di peso, favorito anche dalla riduzione dell'attività motoria.

I *disturbi del sonno* sono molto frequenti e l'*insonnia*, una delle principali manifestazioni della depressione, si caratterizza per i numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Il depresso riferisce di svegliarsi dopo poche ore di sonno, di non riuscire più a addormentarsi e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale; durante i periodi di veglia notturna pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato. Nonostante l'insonnia possa essere lieve, il depresso lamenta di non sentirsi riposato. In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un aumento delle ore di sonno con *ipersomnia*, fino a una vera e propria letargia.

Un sintomo tipico della depressione è l'*alternanza diurna*: il paziente al risveglio mattutino si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre con il trascorrere del giorno, nelle ore pomeridiane o serali, avverte un lieve miglioramento della sintomatologia.

## **Come riconoscere una depressione**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito dei precisi criteri per fare diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore. Secondo il DSM IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri del mondo, si può fare diagnosi quando sono contemporaneamente presenti, da almeno due settimane, cinque (o più) dei seguenti sintomi:

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es. si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es. appare lamentoso), marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno;

- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;

- insonnia o ipersomnia quasi ogni giorno;

- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);

- affaticabilità o mancanza d'energia quasi ogni giorno;

- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato);

- ridotta capacità di pensare, di concentrarsi o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);

- pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidiaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Quando sono quindi presenti almeno cinque dei suddetti sintomi per almeno due settimane, si può parlare di stato depressivo in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista.

### **Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)**

Si tratta di un disturbo che interessa il 5% della popolazione italiana, circa tre milioni di persone.

L'ansia è definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell'istinto di conservazione, ma anche come uno stato di tensione emotiva cui spesso si accompagnano sintomi fisici come tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L'ansia è un'emozione che anticipa il pericolo e si accompagna ad un aumento della vigilanza ed all'instaurarsi di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

L'ansia patologica si caratterizza come una risposta inappropriata a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente e la cui conseguenza principale è rappresentata da un'alterazione delle normali capacità individuali.

*La sindrome ansiosa comprende sintomi di tipo psichico, somatico e comportamentale.*

Per quanto riguarda *il quadro clinico*, i pazienti affetti da questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico. Esemplificativa a questo proposito è la figura della madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o ad ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trovi in quel momento in una situazione di pericolo reale.

Si viene quindi ad instaurare *un continuo stato di allarme ed ipervigilanza* dovuto alla convinzione che certi eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi.

La *componente somatica* associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione, particolarmente al palmo della mano, secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo; frequenti sono *i disturbi della serie gastroenterica*: meteorismo, dispepsie, nausea e diarrea.

I sintomi legati ad *una spiccata tensione muscolare*, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori.

Lo stato di apprensione sostiene infine *sintomi della sfera cognitiva* (ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria), e della *vigilanza* (irrequietezza, irritabilità, nervosismo, facilità a sussultare, stato di allarme).

I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli; l'insonnia può essere uno dei sintomi che conducono il paziente dal medico di famiglia e/o può indurre la complicità dell'uso indiscriminato di ipnotici o ansiolitici in genere.

La sintomatologia somatica con livelli di gravità attenuati viene dal paziente interpretata come una serie di malesseri fisici, isolati o ricorrenti.

Generalmente tali sintomi motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di base, e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sia sul piano sociale sia dei costi sanitari. Tuttavia, più che la convinzione di un male incurabile, il paziente con ansia generalizzata sosterrà di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile).

### **Come riconoscere un GAD**

Facendo riferimento al DSM IV, la presenza di uno stato ansioso che necessita di trattamento terapeutico si riconosce per la presenza concomitante dei seguenti sintomi:

- ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);
- difficoltà nel controllare la preoccupazione;
- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;
- l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo);
- l'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):
  1. irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
  2. facile affaticabilità;
  3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
  4. irritabilità;
  5. tensione muscolare;
  6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

### **Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)**

I più recenti studi epidemiologici attestano che il disturbo da attacchi di panico è molto diffuso nella popolazione giovanile: ne soffre il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni.

È caratterizzato dal ricorrere di episodi acuti d'ansia ad insorgenza improvvisa e di breve durata, notevolmente difformi per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate. Nella maggior parte dei pazienti che giungono all'osservazione clinica, gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e *di condotte di evitamento di tipo agorafobico*. L'agorafobia è la paura di luoghi o situazioni nei quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come conseguenza i pazienti evitano di uscire da soli, di recarsi in posti affollati, di viaggiare in macchina o sui mezzi pubblici.

Negli attacchi di panico gli episodi critici risultano notevolmente difformi sia per l'intensità sia per le manifestazioni cliniche, anche se è possibile riconoscere alcuni aspetti fondamentali in comune:

- la comparsa dei sintomi è improvvisa, drammatica, spesso "a ciel sereno";
- la durata della crisi è breve e può variare da pochi secondi ad un massimo di mezz'ora, un'ora;
- l'esperienza ansiosa è vissuta dal paziente come non derivabile da eventi esterni e si accompagna ad un penoso senso di impotenza, di mancanza di controllo, di paura, di minaccia per la propria integrità fisica e psichica;
- è spesso presente una fase postcritica consistente in un periodo anche prolungato, fino a molte ore, in cui è presente marcata astenia, sensazione di "testa confusa", difficoltà nella deambulazione, sensazione di sbandamento, vertigini.

I sintomi dell'attacco sono rappresentati tipicamente da apprensione, paura, terrore, senso di morte imminente, timore di perdita del controllo sulle proprie idee o azioni. A ciò si associa, in genere, un imponente corteo di modificazioni del sistema neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, sudorazione profusa e tremori.

I sintomi somatici, prevalentemente di tipo cardiorespiratorio e vestibolare, all'inizio del disturbo conducono il paziente a consultare medici internisti, cardiologi, otorinolaringoiatri o servizi di emergenza.

Le manifestazioni comportamentali della crisi sono rare e spesso l'attacco di panico passa inosservato ai presenti. Lontano dall'esprimere clamorosamente la sua sofferenza, il soggetto cerca di nascondere ai vicini le sensazioni provate durante la crisi d'ansia. Talora, però, il paziente

interrompe l'attività in corso e si allontana inspiegabilmente, cercando di raggiungere in fretta un luogo familiare.

Non sempre queste manifestazioni sintomatologiche si manifestano in maniera completa ed esistono episodi critici che si esprimono attraverso uno o due sintomi. In genere questo tipo di *attacchi minori* si distingue da quelli maggiori sopra descritti oltre che per il numero ridotto dei sintomi anche per una ridotta intensità dell'esperienza ansiosa. Tra i sintomi caratteristici degli attacchi minori sono da ricordare le vertigini, spesso isolate, le palpitazioni, i sentimenti di irrealtà, le vampate di caldo ed i brividi di freddo.

Talora il primo episodio critico si verifica in situazioni drammatiche o di pericolo di vita del paziente, come gravi incidenti, morti improvvise di persone care, postpartum, in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, anfetamine. In molti casi, tuttavia, anche quando queste condizioni concomitanti sono risolte, gli attacchi continuano a ripetersi.

L'occasione nella quale si verifica il primo attacco è in genere ricordata con precisione e descritta con ricchezza di particolari. Il primo episodio critico rappresenta quasi sempre un punto di riferimento nella storia della malattia e resta particolarmente impresso nella memoria del paziente: l'attacco è riferito come di intensità eccezionale, mai provata prima.

Generalmente il paziente, durante il primo attacco di panico, teme di avere un ictus, un attacco di cuore o un infarto. La prima crisi si associa, in genere, all'immediata percezione dell'ineluttabilità del suo ripetersi.

Nella fase iniziale della malattia gli attacchi, anche isolati, vengono ben presto accompagnati dal persistere di uno stato di paura e di ansietà, associati a sintomi neurovegetativi. Un crescente timore che la crisi possa ripetersi comincia, infatti, a pervadere l'intera esistenza del paziente che diviene, in tal modo, ansioso, teso, timoroso e vive in uno stato di continua apprensione, ipervigilanza e di allerta persistente. Questo particolare tipo di ansia, definita *ansia anticipatoria*, è diverso dagli attacchi di panico: dura più a lungo, anche ore, cresce lentamente e può raggiungere un'intensità tale da provocare sintomi fisici simili a quelli dell'attacco.

Chi ha provato le due esperienze, solitamente, è in grado di distinguerle; mentre, infatti, è possibile in qualche modo ridurre e controllare l'ansia anticipatoria, allontanandosi dalla situazione temuta o cercando rassicurazioni in una persona di fiducia, quando l'attacco di panico comincia non può essere bloccato. L'attacco di panico si comporta come una reazione "tutto o nulla" che sfugge ad ogni controllo quando è innescato il meccanismo. Se l'ansia anticipatoria raggiunge elevati livelli di intensità, può risultare invalidante e generare un disagio maggiore degli stessi episodi critici. In questi casi gli attacchi di panico possono passare in secondo piano, quasi oscurati dall'ansia anticipatoria e la loro presenza deve essere indagata accuratamente, in quanto il paziente può trascurare la descrizione. Invariabilmente, in questa fase, compare la *ricerca di rassicurazione*, associata talora a modalità scaramantiche e compulsive.

Il paziente si sottopone a numerosi accertamenti fisici e strumentali; effettua numerosi esami, quali elettrocardiogrammi, radiografie, elettroencefalogrammi, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica nucleare, che risultano in genere negativi ed hanno un effetto rassicurante solo transitorio. Al ripresentarsi di nuovi attacchi di panico, riemerge, infatti, l'esigenza di nuovi accertamenti.

I timori sono rafforzati dal fatto che non s'individua una causa e non si pone una diagnosi per una sintomatologia che, nonostante l'intensità dei sintomi soggettivi, è in genere minimizzata dai medici per la scarsa rilevanza dei referti obiettivi. Il gran numero e la variabilità dei sintomi presenti portano a varie formulazioni diagnostiche, condizionate dalla formazione specialistica del singolo medico e quindi, di volta in volta, si parla di nevrosi cardiaca, sindrome da iperventilazione, labirintite, ipocondria, isteria, depressione ansiosa, sindrome del colon spastico. I pazienti passano da un medico all'altro e sono spesso accompagnati nei servizi di pronto soccorso, dove vengono di solito etichettati come nevrotici, isterici, patofobici, eccetera.

Le condotte di evitamento si strutturano, nella maggior parte dei casi, con il perdurare della crisi e per la tendenza ad associare gli attacchi con situazioni e luoghi specifici. Evitando di rimanere soli, di allontanarsi da casa o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dal disturbo interferiscono con attività importanti per la vita di tutti i giorni. Oltre i due terzi dei pazienti con dap che giungono all'osservazione dello psichiatra presentano condotte di evitamento di tipo agorafobico.

In sostanza, i pazienti sviluppano la "paura di avere paura" e l'evitamento di speciali luoghi e situazioni è un modo per controllare l'insorgenza di nuovi attacchi di panico. Alcuni diventano completamente incapaci di uscire di casa o possono allontanarsi solo in compagnia di una persona rassicurante, nella quale ripongono particolare fiducia.

### **Come riconoscere un DAP**

Facendo ancora riferimento al DSM IV, un DAP si riconosce in quanto caratterizzato da un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. derealizzazione (sensazione d'irrealità) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

### **Le indicazioni terapeutiche**

L'intervento clinico non deve mai ridursi alla componente farmacologica, anche se quest'ultima è ineliminabile e deve saper sfruttare tutte le risorse e i progressi raggiunti dalla moderna farmacologia clinica. E' sempre da tenere in conto l'aspetto soggettivo dei fenomeni psicopatologici, sia nei termini del disagio e delle sofferenze individuali sia in quelli più generali delle conoscenze e delle attese nei confronti della malattia e soprattutto della terapia.

La prima regola è che tutte le informazioni che si possono mettere a disposizione del paziente devono essere fornite in modo comprensibile ed adeguato al suo livello culturale e, qualsiasi linea terapeutica sia scelta, è fondamentale che sia da lui condivisa. Ne consegue che tutto ciò che viene detto a un soggetto affetto da un disturbo di tipo depressivo, nel corso di un intervento clinico, deve poter essere argomentato e armonizzato nel contesto della terapia.

Difatti esiste una realtà clinica complessa dietro l'apparentemente semplice concetto d'efficacia antidepressiva del farmaco usato. L'osservazione clinica dimostra che lo stesso prodotto, alla stessa dose, dà risultati diversi secondo i pazienti e ciò è in parte dovuto al fatto che varia la "capacità" del soggetto a trarre giovamento da quella determinata terapia.

Ciò è in relazione alla modalità di porsi del paziente nei confronti del disturbo da cui è affetto, modalità che spesso sono influenzate da elementi pregiudiziali, da aspettative irrealistiche, da un rifiuto del disturbo o da un abbandono totale ad esso.

L'importanza di fornire tutte le informazioni utili per ottenere la collaborazione al trattamento si traduce in una più rapida risoluzione dell'episodio e in una migliore qualità dell'effetto farmacologico ottenuto.

L'intervento clinico deve quindi comprendere alcune indicazioni e suggerimenti specifici in merito al comportamento da assumere. Nel contesto di un intervento clinico che preveda una terapia farmacologica, è necessario armonizzare ciò che è suggerito dal paziente con le specifiche esigenze dettate dalle diverse situazioni.

Bisogna tenere presente che non è possibile alcuna indicazione standardizzata da associare alla terapia farmacologica, ma si dovranno fornire alcuni suggerimenti pratici i cui effetti dovranno essere tenuti sotto controllo, modificati o integrati secondo le esigenze.

E', ad esempio, opportuno sconsigliare al paziente di mantenere attività o impegni il cui svolgimento è incompatibile con le risorse energetiche di cui dispone, poichè l'insuccesso comporterebbe un ulteriore peggioramento del tono dell'umore.

Va invece contrastata la tendenza all'isolamento e alla chiusura in se stesso e le indicazioni in questo senso dovrebbero andare nella direzione della socializzazione.

E' inoltre opportuno fornire un programma di ripresa comportamentale graduale e proporzionato alle sue risorse reali: questo deve partire da un effetto positivo indotto dall'esterno (terapia) e deve essere proporzionale al miglioramento avvertito dal paziente stesso.

Sono sempre da considerare le informazioni maturate sul disturbo depressivo: specialmente nelle fasi iniziali la presenza dei fenomeni psicopatologici è una novità per il paziente che, d'altra parte, ha modo di prendere atto dei cambiamenti rispetto al suo funzionamento abituale.

Questa situazione genera con gran facilità una serie di necessità individuali e di spiegazioni che il paziente ricerca e la mancata risposta produce intollerabilità ancora più elevata del disagio indotto dal disturbo.

Per questo l'intervento clinico durante l'episodio deve comprendere una quota piuttosto importante d'informazioni. I contenuti di cui ogni paziente deve essere informato sono i seguenti.

E' opportuno sottolineare innanzitutto la natura medica della situazione in cui si trova. Questo è un punto molto complesso per tutte le possibili implicazioni, ma irrinunciabile per un corretto intervento clinico.

Sottolineare la natura di malattia della depressione ha il significato di arginare i sentimenti di autocolpevolizzazione e di disistima, che fanno già parte del quadro clinico del disturbo.

Lo scopo da raggiungere gradualmente è quello di generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo, la malattia, condiziona l'attuale modo di pensare. Di fronte ad una grave ideazione di suicidio, di colpa e di improvvisa insensibilità affettiva, per molti pazienti può essere utile inserire progressivamente l'idea che non sono loro, secondo la loro natura e la loro libertà, a generare simili contenuti, ma che è la malattia che li spinge a pensare e sentire 'provvisoriamente' in questo modo. Per quanto riguarda il problema delle 'cause' che hanno determinato la crisi depressiva, si possono verificare due diverse situazioni: il paziente ha già trovato da sé o con i familiari una (pseudo) spiegazione basata su argomentazioni dialettiche o relazionali (dispiaceri, separazioni, perdite o anche sovraccarico, cioè tutte le cause concomitanti/scatenanti l'episodio), oppure pone più direttamente la domanda al medico per avere un'informazione autorevole, attendendosi una risposta per lui adeguata e tale da dare indicazioni sul cosa fare per uscire dalla depressione.

Vale a dire che la conoscenza della causa è per il paziente, soprattutto all'inizio, un motivo di rassicurazione. Non sempre però sono possibili risposte esaurienti: il discorso delle cause di un disturbo depressivo è complesso e quindi, nella fase iniziale della terapia, è opportuno rimandare questo tipo di ricerca, sottolineando che i farmaci sono efficaci indipendentemente dalle cause che lo hanno determinato.

E' inoltre estremamente importante fornire informazioni esaurienti sulle caratteristiche della terapia con antidepressivi.

E' bene innanzitutto specificare che, in assenza di disturbi organici, i farmaci di cui oggi disponiamo sono in grado di determinare un miglioramento dei sintomi nel giro di 4-6 settimane e che la difficoltà può essere rappresentata unicamente dall'individuare il farmaco e la dose adeguati.

Ciò è utile per fare in modo che il vissuto dell'immodificabilità della condizione depressiva, parte integrante del quadro clinico della depressione e sempre presente nelle fasi acute, sia relativizzato e ricondotto al piano soggettivo.

E' anche importante segnalare la presenza del cosiddetto 'periodo di latenza'. Tra l'inizio dell'assunzione della terapia e il momento in cui il paziente inizia ad avvertire i primi benefici, cioè la riduzione dei sintomi depressivi, intercorre un periodo di almeno due settimane.

Ciò è conseguente alla complessità del nostro encefalo, che è costituito da circa 100 miliardi di cellule nervose, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotrasmettitori cerebrali.

L'azione degli antidepressivi si esplica determinando un aumento della quantità di neurotrasmettitori che le cellule hanno a disposizione: a un loro aumento corrisponde un innalzamento del tono dell'umore.

Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci costituisce il motivo del 'periodo di latenza'.

Fornire tali informazioni al paziente che sta per iniziare una terapia antidepressiva ha lo scopo di evitare lo scoraggiamento conseguente al fatto di non vedere 'risultati' immediati, scoraggiamento spesso sostenuto da aspettative di tipo magico nei confronti dei farmaci assunti.

E' inoltre opportuno fornire informazioni in merito ai fenomeni collaterali della terapia. Gli antidepressivi oggi usati, in particolare il gruppo degli SSRI, hanno il vantaggio di avere un elevato grado di tollerabilità e di dare pochi fenomeni collaterali (inappetenza, nausea, modesta sonnolenza), di solito limitati ai primissimi giorni di terapia.

Spesso informazioni parziali o errate determinano fantasie di effetti collaterali clamorosi, fino all'ottundimento della coscienza e conseguente impossibilità a svolgere le più elementari attività giornaliere. Il paziente va rassicurato al riguardo: gli antidepressivi non determinano questo tipo di fenomeni collaterali e lasciano integro il livello della coscienza.

Un altro aspetto che va discusso con il paziente è quello relativo al periodo di assunzione della terapia. Di solito l'atteggiamento del soggetto nei confronti degli psicofarmaci è pesantemente influenzato da una serie di elementi pregiudiziali e le aspettative oscillano dall'effetto miracoloso a quello potenzialmente distruttivo, tale da determinare uno stato di dipendenza che durerà per sempre.

Di fatto una terapia antidepressiva ha di solito una durata di 6-8 mesi. Nel corso delle prime 4-6 settimane si ottiene il miglioramento dei sintomi. E' però opportuno proseguire la terapia per i 2-3 mesi successivi sia per stabilizzare i miglioramenti ottenuti sia perché, in questo periodo, è statisticamente rilevante l'incidenza di ricadute.

Si tratta comunque di una terapia 'a tempo': non è cioè necessario proseguirla in maniera indefinita, ma per un periodo limitato. La sospensione definitiva è lenta e graduale, dura tre/quattro mesi e deve avvenire sotto controllo medico.

L'importanza di parlare di ciò con il paziente ha quindi lo scopo di ridurre il timore della dipendenza futura nei confronti dell'antidepressivo e di aumentare la sua collaborazione nella corretta assunzione della terapia.

L'intervento medico va completato con le indicazioni successive alla risoluzione della fase acuta e deve quindi essere affrontato il problema delle cause.

Nel corso dei primi incontri con il paziente, nella fase acuta e in quella di risoluzione, il medico ha la possibilità di farsi un quadro sempre più preciso della personalità del paziente e delle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi.

E' da questo tipo di valutazione che derivano le indicazioni da fornire al paziente.

Mentre nella fase acuta del disturbo l'intervento è necessariamente di tipo farmacologico, finalizzato alla risoluzione dei sintomi ed è indipendente dalle cause, nella fase successiva si aprono variabili terapeutiche la cui natura è invece strettamente legata alle valutazioni di tipo causale. A volte l'elemento causale è facilmente individuabile, come ad esempio un disadattamento lavorativo o problematiche legate alla vita di coppia o uno stile complessivo di vita non soddisfacente. Sono

tutte situazioni già in qualche modo presenti nella coscienza del soggetto e, in questi casi, è opportuno avviare una forma di trattamento finalizzato ad inserire le variabili necessarie a modificare quelle determinate situazioni frustranti (terapia di coppia, terapia familiare, ecc.).

Capita però spesso che il soggetto non riesca a trovare una motivazione tale da giustificare la sua crisi depressiva in quanto i conflitti non sono presenti nella coscienza, ma risiedono nell'inconscio.

Si deve supporre che tali conflitti siano comunque rilevanti, tali cioè da determinare l'insorgenza di un quadro depressivo: sono una sorta di spina irritativa, di elemento perturbatore interno che è bene individuare, al fine di evitare che faccia nuovamente sentire la sua presenza attraverso altre successive crisi. In questi casi è opportuno fornire indicazioni di psicoterapia individuale.

Questo tipo d'intervento può essere definito come un lavoro di ricerca che si effettua in due, il paziente e lo psicoterapeuta, finalizzato a individuare le cause inconscie che sono alla base dello stato di malessere di fondo su cui si è sviluppata la crisi. L'importanza di ciò risiede sia, come si è già detto, nel prevenire le ricadute sia, più in generale, nel miglioramento della qualità della propria esistenza.

### **Note conclusive**

Di fatto depressione, ansia e attacchi di panico sono malattie curabili, specialmente con gli strumenti efficaci di cui disponiamo. E' necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi vengono collocati e ricondurre il problema in ambito medico. La fase acuta del disturbo deve essere attaccata con un intervento psicofarmacologico che, se adeguato e conseguente ad una corretta diagnosi, è in grado di risolvere la sintomatologia nell'80-90% dei casi.

E' comunque necessario che all'intervento psicofarmacologico, che mira unicamente alla risoluzione dei sintomi, seguano da parte dello specialista indicazioni individualizzate.

La risoluzione della sintomatologia acuta non va intesa come la risoluzione definitiva del problema; è invece importante un'attenta e accurata valutazione della personalità globale, e non solo dei sintomi del paziente, in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta e a seconda delle necessità individuali, indicazioni sotto forma di semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, oppure indicazioni di tipo psicoterapeutico o di tipo analitico (freudiano, adleriano o junghiano), oppure di terapia sistemica o anche di terapia comportamentista, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi di intervento, che sono tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.