



## **Depressione e ansia: aspetti sociali**

di Salvatore Di Salvo

Presentiamo uno studio clinico su un campione di 836 pazienti visitati presso il Centro Depressione, Ansia e Attacchi di Panico di Torino, in cui abbiamo focalizzato l'attenzione sugli aspetti etiologici, cioè sulle cause prevalenti che hanno indotto l'insorgenza dei disturbi.

### **Considerazioni preliminari**

Secondo i più recenti studi epidemiologici, a fronte di 8,5 milioni di persone che soffrono di depressione e di 3 milioni che soffrono di ansia, solo un paziente su cinque si rivolge ad uno psichiatra. Sono inoltre molto diffusi disturbi della serie depressiva ed ansiosa che, pur non avendo una rilevanza clinica, sono comunque tali da ridurre notevolmente la qualità della vita e la possibilità di esprimere le proprie potenzialità.

Per tali motivi riteniamo sia possibile estendere ad un ampio settore della popolazione le osservazioni effettuate sul campione da noi esaminato.

Il fatto che vi sia una percentuale così bassa di contatto tra paziente e specialista, cosa non riscontrabile in nessun altro tipo di specializzazione medica, trova le motivazioni nella presenza di una barriera pregiudiziale che s'interpone tra chi soffre di depressione ed ansia e chi le cura.

I pregiudizi riguardano il disturbo depressivo ed ansioso che, vissuto spesso con vergogna e colpa, tende ad essere sconosciuto, negato o nascosto. Riguardano inoltre la figura dello psichiatra, vissuto nell'immaginario collettivo come "il medico dei matti": rivolgersi allo psichiatra vuol quindi dire essere "matto" o essere ritenuto tale. Pregiudizi sono anche presenti nei confronti degli psicofarmaci, ritenuti a volte come le pillole miracolose, "le pillole della felicità", mentre altre volte, più spesso, vi è il timore che possano alterare lo stato di coscienza o creare una condizione di dipendenza. Vi è infine il pregiudizio della volontà, molto radicato nella coscienza collettiva, in base al quale si ritiene che uno stato depressivo o ansioso possa essere superato mediante un semplice atto di volontà: ciò è falso e determina in chi soffre l'aumento dei sensi di colpa, già presenti a causa del disturbo depressivo.

Anche in coloro che giungono a consulto tali pregiudizi determinano alcuni comportamenti. Ad esempio vi sono pazienti che, all'atto della prenotazione della visita specialistica, preferiscono non

rilasciare il proprio numero di telefono perchè temono che, in caso di disagio, i familiari vengano a sapere che hanno prenotato una visita da uno psichiatra.

E' molto raro, per gli stessi motivi, che rilascino il numero di telefono dell'ufficio.

Nel caso in cui il paziente sia un professionista o un dirigente di azienda, a volte richiede di intestare la ricevuta fiscale della parcella alla moglie.

Dal momento che, nell'esposizione del lavoro clinico, facciamo riferimento a depressione e ansia di rilevanza clinica, è importante darne una definizione.

La depressione è un disturbo del tono dell'umore che assume carattere clinicamente rilevante quando si manifestano contemporaneamente almeno cinque dei seguenti sintomi: umore depresso, significativa perdita o aumento di peso, disturbi del sonno, agitazione o rallentamento psicomotorio, senso di spossatezza, sentimenti di autosvalutazione o di colpa, riduzione dell'attenzione, concentrazione e memoria, pensieri ricorrenti di morte. Tali sintomi devono essere presenti da un periodo di almeno due settimane e determinare un cambiamento rilevante rispetto al precedente livello di funzionamento.

L'ansia consiste in uno stato di allerta che viene attivato da situazioni di pericolo nei confronti della propria sicurezza personale. Condizioni esterne sfavorevoli, se particolarmente accentuate, possono determinare il superamento della connotazione fisiologica e sfociare nella patologia.

Lo stato ansioso è riconoscibile in quanto l'ansia e la preoccupazione non sono motivate da situazioni reali, il controllo della preoccupazione è difficoltoso e determina la menomazione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Si parla di stato ansioso clinicamente rilevante e tale da rendere necessario l'intervento psichiatrico quando l'ansia e la preoccupazione sono associate, da almeno sei mesi, ad almeno tre dei seguenti sintomi: stato di irrequietezza, "nervi a fior di pelle", facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi, vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno con difficoltà ad addormentarsi, a mantenere il sonno o con sonno inquieto e insoddisfacente.

Detto ciò, possiamo ad analizzare il nostro campione.

## **Composizione del campione**

### **Campione osservato**

**Numero di pazienti osservato: 836, di cui 557 D e 279 U**

**Periodo di osservazione: gennaio - dicembre 2002**

**Criterio di selezione: diagnosi di depressione reattiva e ansia**

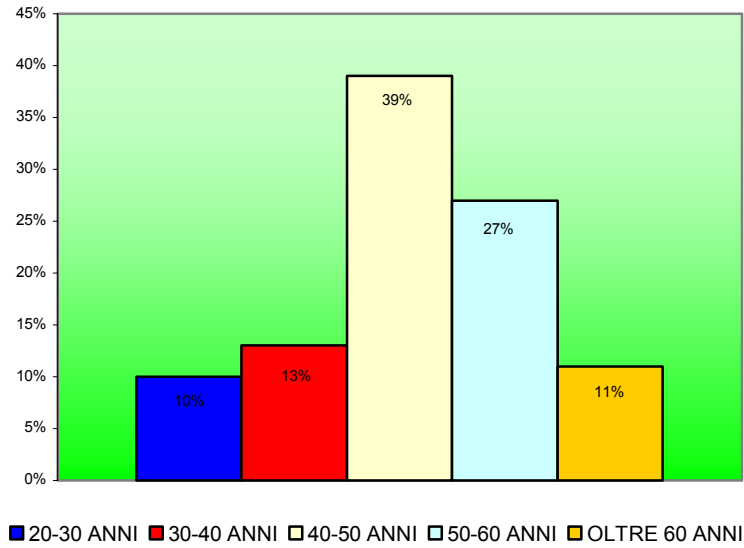
Abbiamo esaminato un campione di 836 pazienti visitati presso il Centro depressione ansia e attacchi di panico di Torino, di cui 557 Donne e 279 Uomini. Questo dato numerico concorda con quelli di altri studi epidemiologici e conferma che i disturbi depressivi ed ansiosi colpiscono più frequentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile, con un rapporto di 2 a 1.

Il periodo di osservazione si è protratto da gennaio a dicembre 2002 ed il criterio di selezione è stato di tipo diagnostico. Del campione fanno parte pazienti che soffrono di depressione di tipo reattivo, in cui cioè i fattori ambientali esterni hanno la prevalenza nel determinare l'insorgenza della patologia. Sono invece stati esclusi quelli con disturbi di tipo psicotico (ad esempio schizofrenia o disturbo bipolare del tono dell'umore). Del campione fanno inoltre parte pazienti con disturbi di tipo ansioso, nelle sue varie e molteplici forme (disturbo d'ansia generalizzato, fobie sociali, attacchi di panico ecc.).

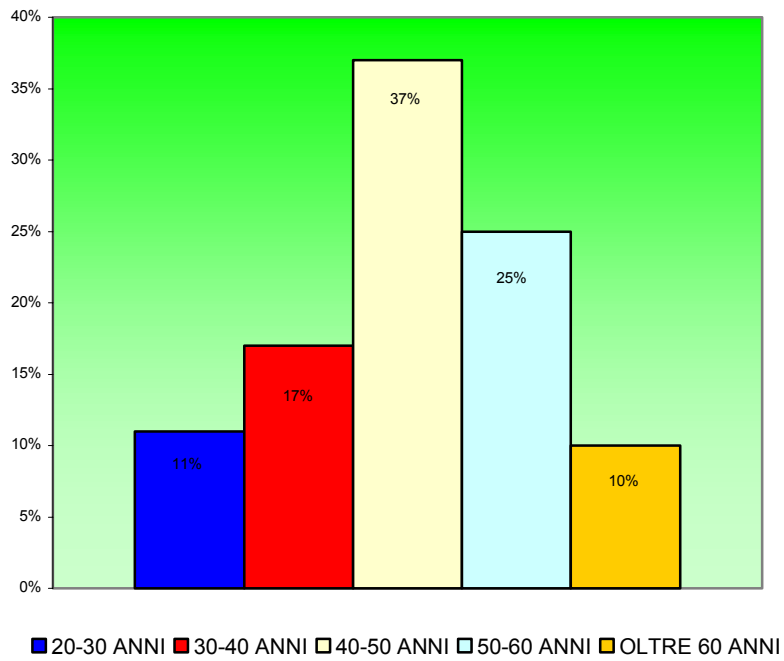
## **Fasce di età**

L'età media è di 45 anni per gli Uomini e di 42 anni per le Donne.

### Età media Uomini: 45 anni



### Età media Donne: 42 anni



### **Confronti tra primo e secondo semestre**

Avendo notato che, a differenza degli anni precedenti, vi erano variazioni significative tra la prima e la seconda parte dell'anno, abbiamo messo a confronto i pazienti del campione visitati nel primo semestre di osservazione e quelli visitati nel secondo.

### **Confronti tra I e II semestre**

**Non variazioni significative per sesso ed età media**

**Aumento del 20%, nel II sem., delle richieste di consulto**

**Aumento del 15%, nel II sem., della patologia depressiva**

**Aumento del 30%, nel II sem., della patologia ansiosa**

Le variazioni non riguardano il sesso e l'età media, ma il numero dei consulti e il tipo di patologia. Nel secondo semestre (luglio - dicembre) è presente un aumento di circa il 20% delle richieste di consulto rispetto a quelle del primo. Inoltre, sempre nel secondo semestre, vi è stato un aumento del 15% dei disturbi della serie depressiva e un aumento ancora più consistente, del 30%, dei disturbi della serie ansiosa. E' da tenere presente che l'83% dei pazienti del campione osservato è costituito da persone residenti in Piemonte dove, ad aumentare i livelli di insicurezza personale, ai già esistenti problemi sia a livello nazionale (aumento del costo della vita, calo della fiducia ecc.) sia internazionale (terrorismo, venti di guerra ecc.), si sono aggiunti, specie nel secondo semestre, quelli legati alla crisi del settore industriale e del suo indotto.

## Suddivisione per categorie professionali

Le categorie professionali di appartenenza dei pazienti del campione sono così suddivise.

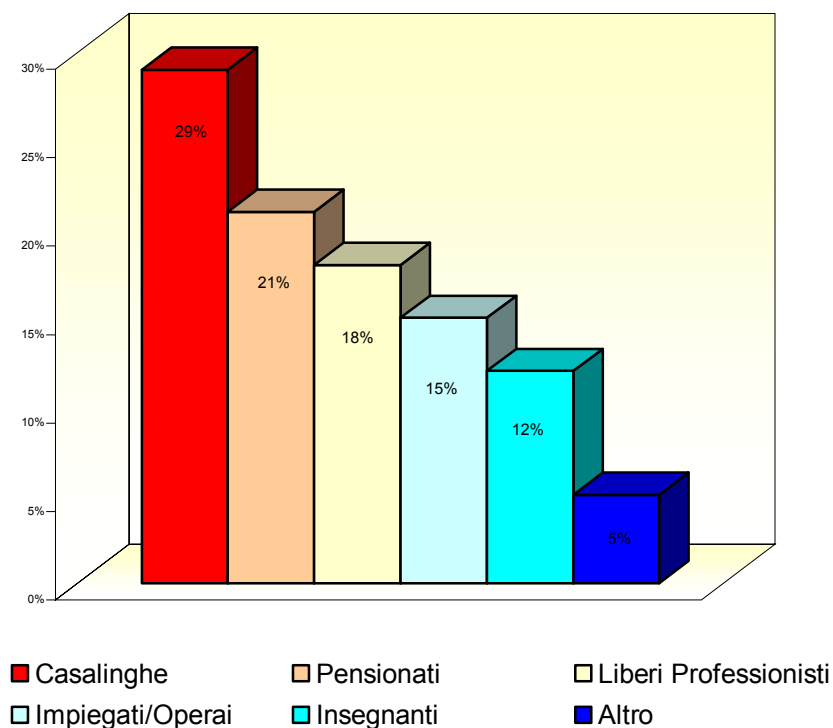
### Categorie professionali

	Percentuale	I Semestre	II Semestre
<b>Casalinghe</b>	<b>29 %</b>	<b>110</b>	<b>132</b>
<b>Pensionati</b>	<b>21 %</b>	<b>80</b>	<b>96</b>
<b>Liberi prof.</b>	<b>18 %</b>	<b>68</b>	<b>82</b>
<b>Impiegati/operai</b>	<b>15 %</b>	<b>57</b>	<b>68</b>
<b>Insegnanti</b>	<b>12 %</b>	<b>47</b>	<b>55</b>
<b>Altri</b>	<b>5 %</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

Le casalinghe costituiscono la categoria più numerosa (29%), seguita da quella dei pensionati (21%), dei liberi professionisti (18%), degli impiegati ed operai (15%) e degli insegnanti (12%). Il 5% appartiene ad altre categorie non comprese nei gruppi considerati.

Nella tabella sono riportate le suddivisioni, per ogni singola categoria, riferite al semestre in cui è avvenuto il consulto.

### Rappresentazione grafica delle percentuali



Vale la pena sottolineare che casalinghe e pensionati costituiscono il 50% del campione totale.

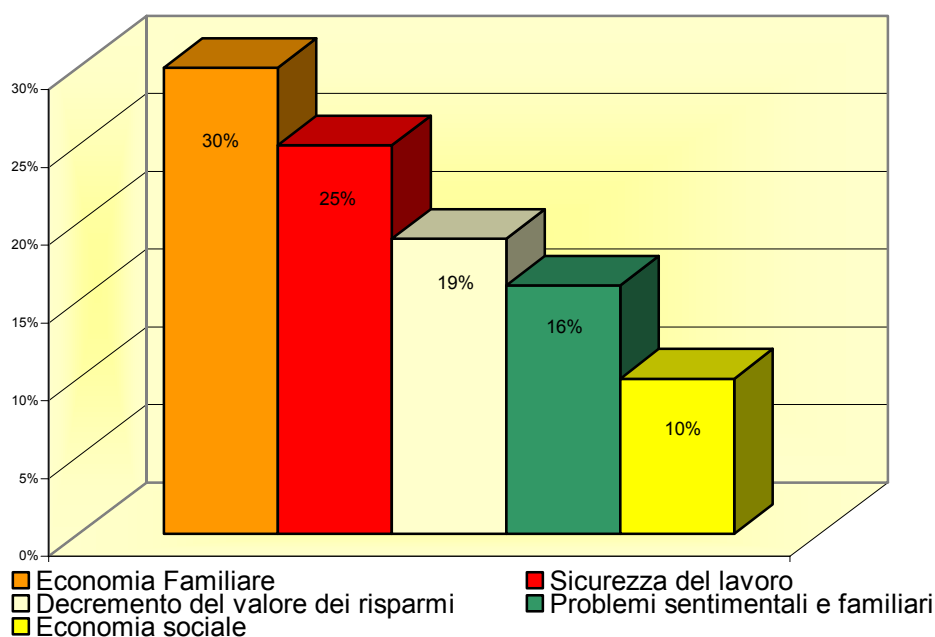
## Le cause prevalenti

Abbiamo cercato di evidenziare le cause prevalenti dell'insorgenza dei sintomi depressivi ed ansiosi. Parliamo di cause prevalenti in quanto difficilmente la patologia depressiva ed ansiosa è determinata da un solo ordine di elementi causali. Di solito chi si ammala di tali patologie è portatore di una predisposizione, nel senso che è più esposto di altri ad avere crisi di tipo depressivo. Bisogna però tenere presente che predisposizione ad una malattia non equivale a dovere contrarre quella malattia né al suo conseguente sviluppo.

Data l'importanza di questo concetto, cerchiamo di chiarirlo con un esempio. Il fatto che un soggetto abbia una predisposizione al diabete (eccessiva quantità di "zuccheri" nel sangue), non equivale al fatto che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo. E' però probabile che, se segue una dieta molto ricca di carboidrati (zuccheri), sviluppi un disturbo diabetico più facilmente rispetto a chi non ha questo tipo di predisposizione.

Tornando ai disturbi depressivi ed ansiosi, perché si sviluppino è necessario che, sulla predisposizione di base, si innestino fattori causali. Questi possono essere di tipo microsociale, quali ad esempio problemi con il coniuge o con i figli, oppure di tipo macrosociale, quali ad esempio problemi in ambito lavorativo o di tipo economico. I fattori causali possono inoltre essere anche di tipo psicologico personale, legati cioè ad una scarsa fiducia in se stessi e ad un basso livello di autostima.

In personalità predisposte tali problemi possono, anche se non necessariamente, dare origine all'insorgenza di disturbi depressivi o ansiosi.



Fatta questa premessa, nel campione da noi osservato risulta che nel 30% dei pazienti le cause vanno ricercate nella presenza di problemi riguardanti la conduzione economica giornaliera, nel senso del netto decremento del potere di acquisto, e che le categorie più colpite sono quelle delle casalinghe e dei pensionati.

Nel 25% le cause dipendono dalla perdita di sicurezza del posto di lavoro e ciò soprattutto per gli impiegati e gli operai. Le casalinghe ne sono indirettamente coinvolte in quanto spesso mogli di impiegati e/o operai il cui posto di lavoro è a rischio.

Nel 19% le cause sono legate alla riduzione del valore dei risparmi. Gli anziani, avendo perso la possibilità di incremento del loro reddito, sono le persone più esposte e talora giungono anche a sviluppare dei veri e propri deliri di rovina.

Problemi di natura sentimentale o di conflittualità familiare costituiscono le cause nel 16% dei casi. Non sono evidenziabili categorie più significativamente interessate rispetto ad altre.

Problemi riguardanti l'andamento economico generale sono infine all'origine di disturbi nel 10% dei casi e la categoria più interessata è quella dei liberi professionisti, in particolare gli imprenditori.

### **Incidenza delle cause sulle diverse categorie**

**Economia familiare → casalinghe e pensionati**

**Sicurezza del posto di lavoro → impiegati/operai e pensionati**

**Decremento del valore dei risparmi → pensionati**

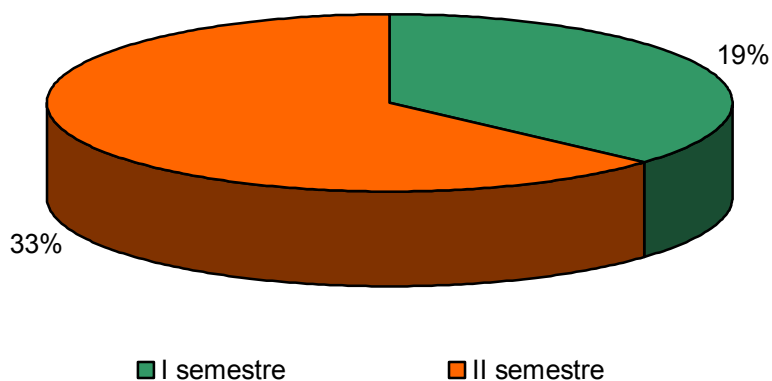
**Problemi sentimentali e familiari → tutte le categorie**

**Economia sociale → liberi professionisti**

## Recidive

Abbiamo valutato il numero di pazienti che avevano già presentato, negli anni precedenti il 2002, episodi di crisi depressive ed ansiose, rilevando che la presenza media delle recidive è pari al 26% del campione (217 pazienti). Tale aumento è meno accentuato nel primo semestre (19%), mentre sale al 33% nel secondo.

### Presenza media di recidive nel campione: 26%



Questi dati attestano che, nel momento in cui intervengono fattori esterni scatenanti, di tipo sociale o economico, le persone predisposte all'insorgenza di patologie depressive ed ansiose sono più a rischio delle altre. Ciò diventa più evidente nel secondo semestre dell'anno, in coincidenza con l'accentuazione dei problemi legati alla perdita del potere di acquisto e alla perdita di sicurezza della fonte del proprio reddito.

## Raffronto con l'anno precedente

Abbiamo infine confrontato il campione di pazienti visitati nel 2002 con quelli visitati nel 2001. Su quest'ultimo avevamo già presentato un lavoro clinico centrato sulla fenomenologia e sulla terapia del disturbo depressivo. A tale scopo, avevamo preso in considerazione solo i pazienti che avevano consultato il nostro Centro per la prima volta e che avevano effettuato i controlli periodici. Non avevamo inserito i pazienti recidivi.

Considerando ora la totalità dei pazienti visitati nel 2001 e mantenendo sempre i limiti diagnostici di depressione reattiva e di ansia, abbiamo un campione di 652 pazienti con cui è possibile fare un confronto con quello del 2002.

## **Raffronto 2001 – 2002**

**Aumento dei disturbi depressivi ed ansiosi pari al 22 %**

**Aumento del numero di recidive del 24 %**

**Nel 2001 impiegati/operai e liberi professionisti → 54 %**

**Nel 2002 casalinghe e anziani → 50 %**

**Cause sociali nel 2001 → 15 %, contro il 28 % del 2002**

Da tale confronto risulta che in quest'ultimo è presente un aumento dei disturbi depressivi ed ansiosi pari al 22%, mentre il numero delle recidive è aumentato del 24%.

Nel 2001 le categorie più rappresentate erano quelle degli impiegati/operai e liberi professionisti (54% del campione), mentre nel 2002 sono quelle delle casalinghe e dei pensionati, che insieme costituiscono il 50%.

Altro dato rilevante da segnalare è che nel 2001 le cause sociali hanno inciso nel 16% dei casi mentre nel 2002 la loro incidenza sale al 28%.

### **Sintesi delle osservazioni rilevanti**

Le note salienti dello studio clinico possono essere così riassunte.

### **Sintesi osservazioni rilevanti**

**Nel II semestre è maggiore la diffusione di depressione e ansia**

**Casalinghe e pensionati sono le categorie più colpite**

**Importanza della predisposizione**

**Aumento delle patologie, rispetto al 2001, del 22%**

E' emersa una disomogeneità tra il primo ed il secondo semestre, nel senso che nella seconda parte dell'anno il numero dei pazienti che hanno presentato disturbi è stato maggiore rispetto al primo semestre.

E' da sottolineare il fatto che nel secondo semestre in Piemonte, residenza dell'83% dei pazienti del campione osservato, si è acuita la crisi del settore industriale e del suo indotto, con ripercussioni a livello individuale tali da determinare un incremento significativo della patologia depressiva e, in misura ancora più marcata, di quella ansiosa.

Le categorie più colpite sono quelle delle casalinghe e dei pensionati, che costituiscono il 50% del campione totale. La ricerca delle cause prevalenti dei disturbi ne spiega la motivazione: riduzione

del potere di acquisto, riduzione del valore dei propri risparmi e perdita della sicurezza del posto di lavoro sono le cause più frequenti.

Le fasce sociali più deboli sono quindi le più esposte di fronte all'aumento degli stressors esterni (i già citati problemi di tipo economico o lavorativo) che ne minacciano la sicurezza.

Nel determinare l'insorgenza della crisi gioca un ruolo rilevante la presenza di una predisposizione individuale, anche se va ricordato che la predisposizione non è un fattore determinante, ma favorisce, in presenza di fattori scatenanti, l'insorgenza dei disturbi depressivi ed ansiosi.

In soggetti predisposti gli stressors inducono più facilmente l'insorgenza di disturbi della serie depressiva ed ansiosa di rilevanza clinica.

Confrontando il campione del 2002 con quello dell'anno precedente risulta che, rispetto al 2001, si evidenzia un incremento del 22%. Ciò conferma che l'inasprirsi delle problematiche sociali ed economiche determina, a livello individuale, un aumento della patologia depressiva ed ansiosa.

Anche l'aumento del 24% delle recidive, cioè di soggetti che in passato avevano già sofferto di depressione o di ansia e che per tale motivo erano state in cura, conferma che, in presenza di condizioni sfavorevoli esterne, soggetti portatori di una predisposizione individuale si ammalano più facilmente di disturbi depressivi ed ansiosi di rilevanza clinica, tali cioè da rendere necessario l'intervento psichiatrico.

### **Note sulla cura della depressione e dell'ansia**

Riteniamo utile concludere con alcuni cenni sulle attuali possibilità di cura dei disturbi depressivi ed ansiosi.

Nella presentazione del lavoro clinico abbiamo evidenziato la presenza di molti pregiudizi che rendono difficile il contatto del paziente con lo psichiatra. Va comunque sottolineato che la depressione e l'ansia sono malattie curabili, specialmente con gli strumenti efficaci di cui oggi disponiamo. E' però necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi vengono collocati e ricondurre il problema in ambito medico. Il mondo scientifico è oggi in grado di fornire una risposta adeguata ai problemi di cui ci stiamo occupando e dispone di strumenti molto più efficaci e raffinati rispetto a quelli di soli 10-15 anni addietro.

La fase acuta del disturbo deve essere attaccata con un intervento farmacologico che, se adeguato e conseguente ad una corretta diagnosi, è in grado di risolvere la sintomatologia nell'80-90% dei casi nel giro di quattro-sei settimane.

E' comunque necessario tenere presente che l'intervento con i farmaci mira unicamente alla risoluzione dei sintomi e nulla può sulle cause che li hanno determinati..

La risoluzione della sintomatologia acuta non va quindi intesa come la risoluzione definitiva del problema. E' invece importante un'attenta ed accurata valutazione della personalità globale in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta, indicazioni finalizzate alla risoluzione delle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi. Ciò può essere fatto sotto forma di semplici consigli sulla necessità di modificare il proprio stile di vita, oppure fornendo indicazioni psicoterapeutiche, di tipo psicodinamico, sistemico o di terapia cognitivo-comportamentale, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi di intervento, tutti validi purché effettuati da professionisti preparati e competenti.