



Depressione, ansia e panico: domande e risposte di Salvatore Di Salvo

La presente pubblicazione è inserita all'interno della "Campagna informativa su depressione e ansia" 2005 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.

Cos'è la depressione

La depressione è una malattia che in Italia interessa circa 8 milioni e mezzo di persone, ha ormai assunto valenza di malattia sociale e consiste nel disturbo di una precisa funzione psichica: il Tono dell'Umore, 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 fisiologico 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.

Come riconoscere la depressione

Per fare diagnosi di depressione (Episodio Depressivo Maggiore) è necessaria la presenza di una serie di sintomi, che sono:

- Tono dell'umore depresso, con marcata riduzione d'interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività, senso di vuoto interiore, profonda tristezza, dolore morale, sentimenti d'inadeguatezza, tendenza ad isolarsi;
- Alterazioni dell'appetito, che più spesso si manifestano con un netto calo che comporta una significativa perdita di peso (riduzione del 5% del peso corporeo in un mese); meno frequentemente è presente un netto aumento dell'appetito con conseguente aumento del peso corporeo;
- Disturbi del sonno, che si manifestano più spesso con insonnia. Caratteristico è il risveglio precoce, tre/quattro ore prima del solito. A volte è invece presente ipersonnia: il soggetto dorme anche 16/18 ore il giorno;
- Alterazioni psicomotorie, che più spesso si manifestano con un rallentamento psicomotorio, ma che possono anche consistere in uno stato di continua irrequietezza;
- Sensazione di spossatezza e mancanza d'energia, non giustificata da fatiche o sforzi fisici, che rende difficile intraprendere qualsiasi azione;
- Presenza di sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- Riduzione della capacità di attenzione, concentrazione e memoria, con conseguente riduzione delle prestazioni intellettive;
- Presenza di pensieri di morte (sotto forma di morte accidentale) o di ricorrente ideazione suicidiaria, senza un piano specifico per metterla in atto. Nei casi più gravi può essere presente l'ideazione di un piano specifico per mettere in atto il suicidio.

Secondo il DSM-IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri del mondo, quando sono *contemporaneamente* presenti, da almeno *due settimane, cinque* (o più) dei sintomi

descritti si può fare diagnosi di depressione in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista.

Cos'è l'ansia

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

L'ansia patologica si caratterizza invece come una risposta inappropriata a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente e determina un'alterazione delle normali capacità individuali.

Come riconoscere l'ansia

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 uno stato di disagio significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree relazionali importanti;
- L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per esempio 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):
 - irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
 - facile affaticabilità;
 - difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
 - irritabilità;
 - tensione muscolare;
 - alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Cos'è un attacco di panico

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.

E' caratterizzato dal ricorrere di episodi acuti d'ansia ad insorgenza improvvisa e di breve durata, notevolmente difforni per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate.

Nella maggior parte dei pazienti 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.

Come riconoscere un attacco di panico

Facendo ancora riferimento al DSM-IV, un attacco di panico si riconosce in quanto caratterizzato da un periodo preciso d'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.

Note di terapia

Depressione, Ansia e Attacchi di Panico sono malattie curabili, a condizione che ne sia fatta diagnosi, che siano riconosciuti come disturbi e che siano quindi collocati in ambito medico.

La fase acuta del disturbo deve essere trattata 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. E' da tenere presente che il trattamento con farmaci mira unicamente alla risoluzione dei sintomi e nulla può sulle cause che hanno determinato l'insorgenza del disturbo. E' quindi opportuno che, alla terapia con farmaci, seguano da parte dello specialista indicazioni individualizzate.

La risoluzione della sintomatologia acuta è importante ma non risolutiva. E' invece necessaria un'attenta valutazione della personalità complessiva del paziente e un'accurata indagine sulle cause che hanno determinato l'insorgenza dei sintomi in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta, indicazioni personalizzate. Queste possono consistere in semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, oppure in indicazioni di trattamento psicologico di tipo analitico (freudiano, adleriano o junghiano), oppure di terapia sistemica o anche di terapia cognitivo-comportamentale, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi d'intervento, che sono tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.

*Nella pubblicazione "**Depressione, ansia e panico: mali curabili**" i sintomi dei disturbi e la loro terapia sono stati trattati in maniera dettagliata e rimandiamo ad essa chi vuole approfondire tali aspetti.*

Domande dei pazienti

Quelle che seguono sono le domande, con relative risposte, che più frequentemente sono poste dai pazienti al Servizio d'Ascolto dell'Associazione o durante la visita psichiatrica.

La depressione è una malattia ereditaria?

L'ereditarietà gioca un ruolo determinante solo in una percentuale molto limitata, nel 2-3% dei casi, come ad esempio nelle forme depressive presenti nel disturbo bipolare del tono dell'umore. All'origine dei disturbi depressivi vi può essere una predisposizione biologica che favorisce lo sviluppo della malattia. Va però precisato che la predisposizione non equivale alla malattia, nel senso che, per lo sviluppo del disturbo depressivo, è necessaria la presenza di componenti negative "esogene", legate cioè all'ambiente esterno.

Che rapporto c'è tra depressione e "esaurimento nervoso"?

“Esaurimento nervoso” è un’espressione molto usata nel linguaggio comune, ma non ha alcuna base scientifica. Con tale termine si fa erroneamente riferimento ad una sorta di esaurimento, da parte delle cellule nervose, della loro carica energetica a causa di eccessive richieste esterne. Inoltre nel linguaggio comune, il termine “esaurimento nervoso” è usato in modo improprio per fare riferimento a qualunque tipo di disturbo psichiatrico di qualsiasi genere. Da qualche anno a questa parte è stato sostituito, sempre nel linguaggio comune, con il termine “depressione”, anche in questo caso indicando qualunque disturbo psichiatrico.

La depressione è invece una malattia che ha una sua connotazione specifica e consistente nell’alterazione del Tono dell’Umore, che è una precisa funzione psichica.

E' vero che in certe stagioni è più facile ammalarsi di depressione?

Le variazioni dell’ambiente esterno, come ad esempio l’alternanza luce-buio o inverno-estate, regolano i nostri ritmi biologici interni. Un’alterazione di questi ritmi comporta la variazione della secrezione di alcuni ormoni o neurotrasmettitori e può causare la depressione stagionale. Alcune persone che soffrono di depressione sono particolarmente sensibili al cambiamento di stagione o anche solo al tempo meteorologico. Vi sono pazienti che, con una precisa ricorrenza, presentano disturbi depressivi solo nelle stagioni autunno-inverno, godendo di benessere per il resto dell’anno; altri che, viceversa, stanno male solo durante la primavera-estate e altri ancora che si ammalano di depressione indipendentemente dalla stagione in corso.

Quali fasce di età sono più colpite dalla depressione?

Vi sono dei particolari periodi della vita in cui è più probabile che si possa sviluppare un disturbo depressivo: sono quelle in cui si verificano profondi cambiamenti che comportano la necessità di un riadattamento della persona a diversi livelli: affettivo, sociale o lavorativo.

L’adolescenza, ad esempio, costituisce una delicata fase di transizione da una condizione di dipendenza ad una in cui è richiesto un maggior grado di autonomia e responsabilità.

La depressione che colpisce le fasce d’età più giovani è caratterizzata da componenti d’irritabilità, aggressività, labilità emotiva e da una tendenza ad oscillazioni dell’umore.

Altre due fasi a rischio sono quella di mezza età e il passaggio verso la vecchiaia, durante le quali il soggetto è portato a fare un bilancio della propria vita e si trova a dover affrontare una nuova fase con un ruolo diverso. Nei quadri depressivi di queste fasce d’età prevalgono sintomi quali ansia, rallentamento motorio, paure di tipo ipocondriaco, sensi di colpa o d’incapacità.

Perché le donne sono più colpite degli uomini?

Tutti gli studi epidemiologici attestano che la depressione colpisce le donne in misura doppia rispetto agli uomini ed i motivi possono essere così riassunti:

- motivi di ordine culturale, in quanto la donna ha una maggiore facilità a denunciare il proprio malessere;
- motivi di ordine sociale, legati alle frustrazioni e alle ancora elevate difficoltà che molte donne incontrano nella loro realizzazione in ambito lavorativo;
- motivi di ordine biologico, legati alle tempeste ormonali cui l’organismo femminile viene sottoposto (cicli mestruali, gravidanze, menopausa) e che possono favorire lo sviluppo di crisi depressive.

La depressione può essere combattuta con la “forza di volontà”?

Assolutamente no! Non è possibile superare una crisi depressiva con la volontà. Durante una crisi depressiva, proprio a causa della malattia, il soggetto ha a disposizione una scarsissima quantità di energia psichica, a volte appena sufficiente per “andare avanti”. Dobbiamo tenere presente che, per definizione, la volontà è la quantità di energia psichica di cui un soggetto dispone: risulta quindi evidente che un depresso, già con poca energia psichica, non possa far leva su di essa per superare lo stato depressivo.

Che differenza c'è tra tristezza e depressione?

La tristezza consiste in un abbassamento del tono dell'umore che si ha quando ci troviamo a dovere far fronte a situazioni spiacevoli della vita. Si tratta di una "normale" reazione che non ha nulla di patologico: quando l'abbassamento del tono dell'umore ha una spiegazione "logica", dura per un tempo limitato e non porta ad una limitazione sensibile della propria quotidianità, va considerato come normale.

E' invece opportuno un intervento terapeutico tutte le volte che non vi è una causa adeguata e proporzionata, quando la depressione dura troppo a lungo e interferisce o inibisce la vita sociale, affettiva e lavorativa.

Il lavoro o lo studio eccessivo possono essere causa di depressione?

Lo stato di benessere personale può essere compromesso da ritmi di lavoro particolarmente intensi e tali da occupare la maggior parte del tempo, anche se è difficile che questi fattori possano dar luogo allo sviluppo di una vera e propria depressione.

E' invece importante la qualità dell'attività svolta, vale a dire il modo in cui si lavora o si studia e soprattutto le condizioni in cui tali attività sono svolte.

I principali fattori di rischio sono: la mancanza di gratificazione personale, un ambiente lavorativo caratterizzato da situazioni di conflitto in cui il soggetto non riesce a trovare vie d'uscita o possibili soluzioni, un'errata organizzazione dei ritmi di lavoro che porta il soggetto a ridurre progressivamente, fino ad annullarli, i propri spazi di libertà.

Le "cure dimagranti" possono essere causa di depressione?

Le cure dimagranti, soprattutto nelle donne, possono costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo e ciò dipende anche dal modo in cui è condotta la cura. Se il metodo comporta l'assunzione di farmaci che agiscono sull'encefalo riducendo lo stimolo della fame, vi possono essere degli effetti negativi sulle emozioni e sul comportamento. Alcune di queste sostanze, oltre a ridurre l'appetito, inducono anche un senso d'euforia che lascia generalmente il posto ad una più o meno grave depressione nel momento in cui non sono più assunte. Vi sono poi dei farmaci usati nelle diete che possono favorire la comparsa di malumore, stanchezza e sedazione. E' importante sottolineare che, proprio per questi motivi, è assolutamente controindicata l'assunzione contemporanea di questi farmaci con quelli che agiscono sul sistema nervoso, come ad esempio gli antidepressivi.

Va sottolineato che spesso le diete dimagranti sono seguite in modo irrazionale, senza un programmato controllo medico, inducendo così considerevoli perdite di peso in breve tempo e privando l'organismo di componenti alimentari indispensabili.

In conclusione, una dieta malamente gestita può sicuramente favorire la comparsa di uno stato depressivo.

Ansia e depressione possono essere contemporaneamente presenti?

Spesso accade che sintomi ansiosi si associno a quelli depressivi. Il paziente, accanto alla tipica sintomatologia depressiva caratterizzata da tristezza, apatia, disinteresse, pessimismo e perdita di speranza, può presentare anche ansia, tensione, preoccupazione, sintomi ansiosi somatici, paura di avere una malattia organica.

La diagnosi che viene più frequentemente fatta in base a questo quadro è di "Depressione ansiosa" o "Disturbo ansioso-depressivo".

Si sono svolti vari studi per chiarire se esistano dei rapporti di causalità tra sintomi ansiosi e depressivi.

In alcuni casi si suppone che i sintomi depressivi siano successivi alla presenza di quelli ansiosi (ad esempio Disturbo da Attacchi di Panico, seguito da Depressione Reattiva).

In altri casi si considerano i due disturbi indipendenti e coesistenti (ad es. Depressione Maggiore e Disturbo da Attacchi di Panico).

Può anche verificarsi che i sintomi ansiosi regrediscono in breve tempo e lascino posto a quelli depressivi.

In altri casi ancora un Episodio Depressivo Maggiore, nella fase finale, può residuare dei sintomi della serie ansiosa.

Il depresso è sempre apatico e inattivo o può anche essere irrequieto ed agitato?

Il più delle volte è apatico, non frequenta amici e conoscenti, è inattivo, riduce progressivamente i suoi spostamenti, preferisce non uscire. Nei casi più gravi trascorre tutta la giornata in casa su una poltrona o addirittura a letto. I suoi movimenti sono rallentati e a volte molto ridotti.

Se questi sono minimizzati e trascurati, come accadeva in passato per scarsa conoscenza o per poca attenzione ai disturbi depressivi, si possono verificare gravi peggioramenti che portano ad uno stato di completa inespessività e d'immobilità di chi soffre.

Vi sono pazienti che possono comportarsi in maniera del tutto opposta: sono spesso irrequieti, agitati, irritabili, perdono il controllo facilmente, fino a diventare aggressivi e ostili.

Chi soffre di depressione sta meglio la sera o la mattina?

Nella Depressione Maggiore è usuale che il paziente si senta particolarmente angosciato il mattino. Questo stato d'animo migliora con il trascorrere delle ore, nel pomeriggio o verso sera, con aumento dell'iniziativa e dell'energia. Quando la depressione è particolarmente grave, il paziente sta male indifferentemente per tutta la giornata. Con la terapia i primi segni di miglioramento si verificano nelle ore serali.

Anche dopo la guarigione alcuni disturbi possono rimanere nelle prime ore della mattina.

Nella "Distimia" e nelle "Depressioni reattive" si verifica la situazione contraria.

Vi possono essere comunque delle oscillazioni diurne dell'umore del tutto soggettive.

Il paziente con depressione può avere una riduzione della memoria?

Spesso capita che il paziente riferisca di non riuscire a ricordare eventi del giorno precedente o di avere fatto qualcosa, insomma di avere disturbi di memoria che gli recano difficoltà nel lavoro e nello studio. Inoltre riferisce, talvolta, di avere difficoltà nella concentrazione o nel tenere il "filo del discorso".

Ciò è dovuto alla mancanza di motivazione, al disinteresse e alla difficoltà di mantenere l'attenzione per un tempo sufficiente su ciò che si sta facendo.

Spesso il paziente è molto preoccupato per queste alterazioni delle capacità intellettive, poiché teme che siano segni di un danno cerebrale definitivo.

L'alterazione delle normali funzioni intellettive è del tutto transitoria e reversibile e il recupero si verifica con il miglioramento delle condizioni depressive.

Dopo le cure, il paziente può avere un altro episodio depressivo?

Questa è una domanda che familiari e pazienti si pongono frequentemente. E' certamente più probabile che si manifesti un episodio depressivo in una persona che ha già sofferto di depressione rispetto a chi non ne ha mai sofferto. E' però difficile valutare se e quando si manifesterà.

Per questo motivo è importante rivolgersi allo specialista nel momento in cui si manifestano quei sintomi presenti nel precedente episodio, in quanto rappresentano un campanello d'allarme (astenia, insonnia, difficoltà di concentrazione).

Per quanto riguarda i farmaci e la durata della terapia occorre precisare che:

- se l'episodio è guarito completamente, l'assunzione dei farmaci verrà protratta per qualche mese e sarà gradualmente sospesa secondo schemi precisi;

- se gli episodi depressivi si ripetono a breve distanza l'uno dall'altro, i farmaci verranno assunti a lungo.

E' importante considerare se vi siano state cause esterne scatenanti l'insorgenza dei disturbi depressivi ed è importante rilevare la presenza di "situazioni stressanti stabili", per dare consigli e direttive su come risolverle o evitarle.

Esistono periodi critici in cui è più probabile che chi ha già sofferto in passato di episodi depressivi, possa avere una ricaduta. Ciò si può verificare nelle fasi del climaterio maschile e femminile, nelle separazioni affettive o quando avviene l'allontanamento dei figli dall'ambiente familiare.

Quanto tempo bisogna aspettare perché una terapia antidepressiva faccia effetto?

Solitamente bisogna attendere almeno due/quattro settimane prima di avvertire i primi miglioramenti.

Ciò è dovuto al fatto che gli antidepressivi agiscono determinando l'aumento di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali a livello delle cellule nervose, il cui numero è di circa 100 miliardi. E' quindi ovvio che non è possibile attendersi miglioramenti nel giro di pochi giorni.

Talvolta si verifica un precoce benessere, anche solo dopo 1-2 giorni di terapia. Si tratta in genere di un beneficio transitorio, dovuto essenzialmente alle aspettative positive che il paziente ha nei confronti della cura, ma che non ha una reale base biologica legata all'azione del farmaco.

Al contrario può accadere che dopo 5-6 settimane di trattamento non si verifichi il miglioramento atteso. E' probabile che, in questi casi, la dose dei farmaci sia insufficiente e vada regolata.

Per quanto tempo vanno presi i farmaci antidepressivi?

La depressione necessita di trattamenti specifici che devono essere stabiliti dallo specialista e corretti di volta in volta sulla base dei sintomi e della fase di malattia in atto.

Dal momento in cui il paziente comincia ad assumere farmaci antidepressivi, occorre un tempo variabile da due a quattro settimane perché i sintomi si riducano.

E' importante poi che la terapia sia protratta per almeno 4-6 mesi dopo la scomparsa dei sintomi.

Trascorso un adeguato periodo di completo benessere è possibile ridurre gradualmente i dosaggi, fino a sospenderli del tutto. La durata media di una terapia farmacologica antidepressiva è quindi di 6/8 mesi.

Si può diventare dipendenti dagli antidepressivi?

In generale le cure antidepressive non provocano alcun tipo di dipendenza fisica. E' però possibile che si venga ad instaurare una dipendenza di tipo psicologico, legata alla convinzione che alla sospensione della terapia antidepressiva corrisponda una riattivazione dei sintomi. Questo tipo di timore determina a volte la prosecuzione della cura in un regime di autogestione, cosa che bisogna evitare.

Va del resto evitata anche la sospensione improvvisa della terapia antidepressiva in quanto ciò può determinare un'improvvisa e violenta ricomparsa dei sintomi depressivi (effetto rebound), spesso confusa con manifestazioni da carenza nei confronti dei farmaci.

Gli antidepressivi possono "cambiare la personalità"?

Questo timore è tanto diffuso quanto infondato e su di esso si basa la diffidenza di molti nei confronti di questi farmaci, dimenticando che sono proprio i sintomi depressivi a causare cambiamenti sostanziali nella personalità.

Di fatto, gli antidepressivi non agiscono modificando la struttura o la funzione cerebrale di base che determina le caratteristiche di personalità, ma agiscono solo nei casi in cui trovano una condizione "anormale" a livello dei neurotrasmettitori cerebrali, determinando un miglioramento dei sintomi e un riequilibrio della personalità.

Gli antidepressivi possono "togliere la lucidità"?

Anche questo pregiudizio è molto diffuso e viene trascurato il fatto che è il disturbo depressivo a determinare la riduzione della concentrazione, dell'attenzione e della memoria e, di conseguenza, un netto calo delle prestazioni in ambito lavorativo o dello studio.

A volte è anche possibile che l'entità delle suddette alterazioni sia tale da causare un vero e proprio stato confusionale.

Contrariamente a quanto si pensa, quindi, un trattamento antidepressivo ben condotto non solo non determina "perdita di lucidità", ma ne comporta un progressivo aumento, fino al recupero totale.

Servono gli ansiolitici e i "sonniferi" nella cura della depressione?

L'uso degli ansiolitici è consigliabile solo all'inizio di una cura antidepressiva, specialmente quando i sintomi della serie ansiosa sono spiccati. Va in ogni modo limitato ad un breve periodo di tempo in quanto, contrariamente agli antidepressivi, gli ansiolitici assunti per molti mesi e a dosi elevate danno luogo ad una dipendenza fisica.

Va anche limitato l'uso dei "sonniferi" (ipnoinducenti) in quanto l'insonnia da risveglio, tipica della depressione, è un sintomo che, come gli altri, scompare con l'utilizzo degli antidepressivi e con il progressivo innalzamento del tono dell'umore.

Serve la psicoterapia nella cura della depressione?

Una cura della depressione che si limiti al solo impiego di farmaci è parziale. Gli antidepressivi agiscono infatti solo sui sintomi del disturbo depressivo e non svolgono invece alcuna azione sulle cause che lo hanno determinato. Una metafora che chiarisce il precedente concetto è quella del mal di denti: gli antidolorifici curano solo il dolore, ma non la carie che lo determina. L'utilizzo dello strumento psicoterapeutico è quindi utile per ricercare le cause che hanno indotto la depressione e per rimuoverle, avendo quindi un'azione efficace nella prevenzione di successive crisi.

Servono i "ricostituenti" nella depressione?

Nella depressione non servono sostanze con effetto tonico, energizzante e rinforzante a livello fisico. Accade spesso che siano prescritti dal medico di base per fornire un aiuto al paziente che lamenta uno stato astenico, cioè un senso di estrema stanchezza, non legato a particolari fatiche fisiche. I risultati sono però modesti perché all'origine della spossatezza del depresso non vi sono motivazioni di tipo fisico.

Lo stato astenico è, infatti, l'espressione fisica della scarsa quantità d'energia psichica che caratterizza la depressione. Sarà compito della terapia antidepressiva, mediante la sua azione sul tono dell'umore, a determinare il miglioramento dell'astenia.

Serve leggere i "foglietti illustrativi" che si trovano nelle confezioni dei farmaci che sono prescritti al depresso?

Lo scopo dei "foglietti illustrativi" è di dare un'informazione completa e precisa sul farmaco sia per chi lo usa sia per i familiari che eventualmente devono somministrarlo.

Per una disposizione del Ministero della Sanità, devono però essere riportati tutti gli effetti negativi che un farmaco può dare, anche i più rari, quindi improbabili.

Inoltre è usata una terminologia tecnica, di difficile comprensione per chi non ha una preparazione specifica.

Il tutto rischia di portare ad un ingiustificato timore nei confronti della pericolosità del farmaco, in realtà utile e necessario.

La lettura dei foglietti informativi può inoltre risultare controproducente in persone particolarmente suggestionabili in quanto può determinare l'insorgenza di "effetti collaterali" su base autosuggestiva.

Si può curare una persona depressa anche se molto anziana?

Per curare in modo efficace e risolutivo una depressione, non esistono limiti d'età. Nell'anziano il compito può risultare più difficile per le condizioni di salute precarie o spesso per la presenza di malattie somatiche.

In ogni caso una terapia condotta con attenzione e scrupolo, che tenga conto di questi fattori, ottiene la medesima percentuale di successi raggiungibili in altre età della vita.

L'invecchiamento del cervello e la depressione sono, infatti, due eventi separati e ben distinti: è quindi un pregiudizio che non trova riscontri clinici ritenere che la depressione nell'anziano sia una conseguenza diretta dell'invecchiamento organico del cervello.

Domande dei familiari

La depressione è fonte di sofferenza non solo per chi ne è affetto, ma anche per i familiari. Inizialmente, di solito, il loro atteggiamento è caratterizzato da comprensione, affetto e partecipazione al dolore del congiunto sprofondato nel tunnel depressivo.

Poco alla volta però i sentimenti prevalenti diventano di frustrazione e scoramento e possono poi sfociare in veri e propri atteggiamenti aggressivi nei confronti del paziente poiché sollecitazioni, consigli ed interventi non sortiscono effetto alcuno e sembrano cadere nel nulla.

Si viene così a realizzare quel circolo vizioso che tante volte si riscontra nella pratica clinica, con atteggiamenti di accusa da parte dei familiari e aumento dei sensi di colpa e dei vissuti d'incomprensione e solitudine da parte del paziente. Cercando di stare il più possibile su un piano pratico, vediamo cosa è bene dire e non dire da parte dei familiari al paziente depresso.

Cosa dire

“La depressione è una malattia curabile... è però necessario rivolgersi ad uno specialista”

“Anche se adesso ti sembra un tunnel senza via d'uscita, il rimedio c'è e, con le cure adeguate, si può uscire da questo stato depressivo nel giro di poche settimane”

“Non puoi puntare sulla volontà per superare questa fase: è necessario un aiuto esterno che ti metta in condizioni di recuperare le tue energie vitali”

“Non devi sentirti in colpa se non riesci a fare quello che fai di solito: per adesso è così ma è sicuro che, quando la depressione sarà scomparsa, tornerai ad essere quello di prima”

“E' solo una situazione transitoria: con le cure adeguate, questa condizione è destinata a migliorare fino a scomparire del tutto”

Cosa non dire

“Cerca di tirarti su... in fondo tutti hanno dei problemi... bisogna rimboccarsi le maniche”

“Devi sforzarti, devi mettercela tutta... con un po' di buona volontà, ce la puoi fare”

“E' solo un problema di pigrizia... in fondo ti fa comodo stare lì e non fare nulla”

“Sei tu che non vuoi fare, non vuoi provare, non vuoi collaborare”

“Non c'è nessuno che può aiutarti... devi farcela da solo”

“Non c'è bisogno né di medici né di medicine... è solo un problema di buona volontà”

“Sei un egoista, pensi solo a te stesso, non pensi a noi che stiamo male nel vederti stare così” (sic!)

Quelle elencate sono frasi esemplificative, le cui linee guida possono essere così riassunte: è necessario evitare di far leva sulla “forza di volontà” e sulla “colpevolizzazione” del paziente depresso che, a causa della malattia, è già in preda a sensi di colpa e privo di quell'energia vitale da poter usare a proprio piacimento (che è poi, appunto, quella che noi chiamiamo volontà).

E' invece necessario stimolare la ricerca di un appoggio specialistico e soprattutto sottolineare che la condizione attuale è transitoria.

Quanto detto fa riferimento all'atteggiamento generale da tenere, fermo restando che i parenti non possono superare i limiti legati alla loro cultura, alle conoscenze e allo stato emotivo. Insomma, fanno quello che possono.

Nella pratica giornaliera sono frequenti le domande relative a comportamenti pratici e specifici. Riportiamo le più frequenti e le relative risposte.

Che cosa faccio se il depresso dorme troppo o troppo poco?

La tendenza all'eccesso di sonno, che passa con il miglioramento della depressione, è spesso spiegata dai pazienti con la necessità di "non pensare" o di "evitare l'angoscia quotidiana" o di "annullarsi il più possibile". Considerando che, realisticamente, l'aumento delle ore passate a dormire riduce il tempo che il malato passa nella sua sofferenza depressiva, di norma è bene non interferire con questo ritmo adattativo e difensivo e lasciare che il depresso dorma per tutto il tempo che il suo organismo ritiene necessario. In alcune situazioni (quando è necessario che il paziente mantenga un buon livello di vigilanza, o quando l'eccesso di sonno si accompagna ad insonnia notturna) è opportuno intervenire con alcuni semplici accorgimenti, quali fornire una serie di stimoli durante la giornata che mantengano elevato il suo livello di vigilanza, scoraggiare l'eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano, favorire l'assunzione controllata di una certa quantità di caffè.

L'altra faccia della medaglia è l'insonnia, disturbo che si riscontra spesso nella depressione. Tipicamente il paziente depresso si addormenta abbastanza facilmente, ma si sveglia dopo poche ore senza riuscire a riaddormentarsi. E' importante ricordare che l'insonnia non è una malattia, ma un sintomo della depressione che si deduce dal confronto con la durata abituale del sonno del paziente prima della comparsa del disturbo depressivo.

Non tutte le persone, infatti, in condizioni normali, hanno bisogno dello stesso numero di ore di sonno. Poiché l'insonnia è un sintomo della depressione, non dovrebbero essere assunti farmaci per combatterla se il malato fa una terapia antidepressiva corretta, poiché è uno stato doloroso, ma transitorio e strettamente legato al decorso della depressione stessa.

E' meglio che prosegua la sua attività lavorativa oppure è meglio sospenderla?

Nella condizione depressiva la capacità di concentrazione e di attenzione diminuiscono, vi è una facile affaticabilità, i rapporti con i compagni di lavoro diventano faticosi e tendono ad essere evitati. Nelle condizioni depressive di notevole gravità, continuare l'attività lavorativa diventa impossibile.

Il problema si pone quando la depressione non è grave, oppure è in fase di miglioramento. Ci si può chiedere, infatti, se svolgere un'attività abituale, anche se con impegno ridotto, possa essere utile al depresso oppure, al contrario, possa far peggiorare la sua condizione. L'attività lavorativa è un'intensa fonte di stimolazione anche quando sembra essere condotta in modo ripetitivo, sulla base di una routine quotidiana. Nel paziente depresso, che tende a ridurre sempre più gli stimoli esterni, il proseguimento (o la ripresa) della sua attività abituale può contribuire a rendere più sopportabile la condizione depressiva.

Può guidare l'auto mentre assume la terapia?

Di solito un depresso perde il desiderio e la voglia di fare qualsiasi cosa e quindi anche la sua spinta a muoversi con i mezzi di trasporto abituali si riduce.

Può accadere però, se la depressione non è molto grave e se vi è una necessità, che il paziente debba muoversi autonomamente. In questi casi bisogna tenere presenti alcune cose:

- nella depressione tutti i movimenti sono rallentati ed i riflessi sono in qualche misura ritardati;
- l'attenzione tende ad essere concentrata più sui propri pensieri e sulle proprie preoccupazioni che sugli stimoli ed eventi esterni;
- i farmaci antidepressivi (e soprattutto i farmaci ansiolitici) possono temporaneamente ridurre la prontezza dei riflessi e dare talvolta sonnolenza.

Di conseguenza è opportuno che il paziente limiti i suoi spostamenti al volante della macchina ed eviti di guidare mezzi a due ruote, soprattutto se è in corso una terapia farmacologica.

Può fumare, prendere caffè o bere alcolici?

Spesso il depresso, nel tentativo di alleviare in qualche modo la sofferenza, può aumentare il suo consumo abituale di sostanze che sono normalmente assunte in moderate quantità. Rientrano tra queste sostanze il tabacco, il caffè e le bevande alcoliche.

Per quanto riguarda il *tabacco*, va rilevato che la nicotina ha un modesto effetto “stimolante”. Il paziente può aumentare il consumo di sigarette sia per la ricerca di questo effetto che per compensare, attraverso gesti ripetuti associati al fumo, l’ansia e l’irrequietezza che spesso accompagnano la condizione depressiva. Proibire il fumo può quindi risultare inutile e talvolta controproducente.

Per quanto riguarda il *caffè*, che ha notoriamente un’azione psicostimolante, il problema è quello della quantità consumata nel corso della giornata. E’ bene ricordare che, nella maggioranza dei depressi, il momento più “brutto” della giornata è il mattino ed in particolare il risveglio. L’assunzione quindi del caffè al mattino ed eventualmente dopo il pasto di mezzogiorno, secondo le proprie abitudini, va considerata normale e addirittura utile. Va evitata l’assunzione di caffè nelle ore serali.

Per quanto riguarda le *bevande alcoliche*, il loro uso va sistematicamente evitato per due ragioni. La prima è che l’azione “disinibente” dell’alcol tende a far peggiorare lo stato emotivo del paziente. La seconda ragione è che interferisce in modo netto con le terapie antidepressive. Gli alcolici tendono a peggiorare tutti gli effetti secondari e fastidiosi dei farmaci come, ad esempio, la debolezza, la sonnolenza, l’abbassamento della pressione arteriosa o i disturbi fisici di vario genere rendendo più imprevedibile ed incostante l’efficacia delle terapie antidepressive.

Cosa faccio se passa tutto il giorno tra il letto e la poltrona?

Tutti i depressi riducono il loro livello di attività abituale. Capita che alcuni, soprattutto se anziani, passino la loro giornata completamente inattivi, in parte sdraiati sul letto, in parte seduti su una sedia o su una poltrona senza fare nulla o dormendo. Ciò è una conseguenza del profondo senso di stanchezza, sia fisica sia mentale: il depresso, inoltre, ha perso ogni forma d’interesse per qualunque attività. L’insistenza dei familiari a “fare uno sforzo di volontà” può a volte peggiorare la situazione, aumentando l’irritabilità del paziente e peggiorando la sua condizione d’isolamento.

Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti.

Un primo accorgimento è rappresentato dalla conservazione della routine della vita quotidiana. Il depresso tende a trascurare i piccoli gesti abituali relativi alla propria cura personale, i ritmi dei pasti quotidiani, l’ordine e la pulizia della propria stanza e della propria casa, le piccole spese di ogni giorno e così via. Può essere un aiuto importante sollecitare, ed eventualmente aiutare, il paziente a mantenere il più possibile questi piccoli “riti” abituali.

Un secondo accorgimento è rappresentato dal mantenimento della cura e dell’igiene della propria persona, dall’attenzione al proprio abbigliamento e, più in generale, al proprio aspetto fisico. Queste normali cure e attenzioni hanno di solito lo scopo di dare ad ogni persona una soddisfacente “immagine di se stessa”. Il depresso ha, invece, un’immagine negativa di sé e tende a trascurare tutti gli atti della vita quotidiana che potrebbero migliorarla.

Un terzo accorgimento è rappresentato dalla “scelta dei tempi” per tentare di coinvolgere il paziente in qualche attività comune. Va tenuto presente che il “livello di depressione” non è sempre uguale. Può variare da giorno a giorno, ma può variare anche molte volte nel corso della giornata.

Infine, è sempre utile il tentativo di coinvolgere il depresso in situazioni di rapporto personale che hanno per lui un significato e un’importanza affettiva. Ad esempio l’incontro con persone care non viste da qualche tempo, oppure un maggior tempo passato accanto ad una persona amata.

Può essere pericoloso per gli altri?

A volte si legge sui giornali che un “depresso” ha perso improvvisamente il controllo di sé e ha fatto del male fisico a qualche componente della propria famiglia. Altre volte si sente affermare che un “depresso” è improvvisamente “impazzito” e ha commesso degli atti antisociali che hanno messo in

pericolo la vita di qualcuno. Altre volte ancora si legge o si sente affermare che una persona che “soffriva di depressione da molto tempo” ha danneggiato persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile.

E' bene chiarire subito che un paziente depresso non può essere considerato una fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili. Le notizie dei media prima accennate sono in realtà la conseguenza del fatto che, nel linguaggio comune, il termine “depressione” è usato per fare riferimento ad ogni tipo di disturbo psichico di qualunque genere, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici.

Cosa faccio quando dice di volere morire o volersi togliere la vita?

Il depresso è una persona che soffre e che ha perso la speranza di un cambiamento: il domani non esiste e non c'è via d'uscita. E' comprensibile che, in queste condizioni, il depresso possa pensare alla morte come ad una liberazione dallo stato di sofferenza grave e continua. E' naturale che i familiari del paziente, quando lo sentono parlare di desiderio di morte e di possibilità di suicidio, si allarmino e si chiedano cosa fare.

Il rischio di mettere in atto un tentativo di suicidio varia molto in rapporto al tipo di depressione, alla sua gravità, al carattere di base del paziente e alle condizioni ambientali in cui si trova.

Le situazioni a basso rischio sono quelle in cui la gravità della depressione non è elevata, il paziente manifesta il desiderio di guarire e collabora alla sua terapia.

Le situazioni a medio rischio sono quelle in cui il paziente, oltre a parlare con notevole frequenza del suo desiderio di morte, parla anche della possibilità di togliersi la vita, manifestata comunque come un pensiero saltuario e non dominante. In genere è molto improbabile che questi pensieri saltuari di suicidio siano attuati.

Le situazioni ad alto rischio sono quelle in cui la condizione depressiva è particolarmente grave, il desiderio di curarsi e di guarire è scarso o nullo e sono presenti deliri di colpa e di rovina. Fattori di rischio sono anche eventuali tentativi di suicidio nel corso di precedenti episodi depressivi e un temperamento di base del paziente di tipo impulsivo-aggressivo.

Se vi sono condizioni di rischio elevato di suicidio, il medico curante deve essere immediatamente informato. Spesso in questi casi è necessario procedere ad un ricovero.

Cosa faccio quando non si prende cura di sé e del proprio corpo?

E' tipica della depressione la tendenza a “lasciarsi andare” e a non prendersi cura di sé, spesso neppure per lo stretto necessario. Il depresso tende a trascurare il proprio abbigliamento, a ridurre al minimo la cura della propria pulizia e igiene personale, a dare poca importanza in genere al proprio aspetto fisico.

Di solito, soprattutto se la depressione è abbastanza grave, il paziente non prende iniziative spontaneamente e, se sollecitato, mostra fastidio o indifferenza. Questo comportamento può generare frustrazione e talvolta irritazione nei familiari, che non riescono a comprendere che la trascuratezza fisica è una manifestazione del suo disinteresse per tutto.

In realtà, la cura della propria persona o il mantenere un aspetto fisico soddisfacente possono aiutare a migliorare l'immagine negativa di sé tipica della depressione.

E' quindi opportuno e consigliabile che i familiari o i conviventi del paziente, soprattutto se anziano, abbiano una particolare attenzione ed una costante sollecitudine nei suoi confronti perché curi la sua igiene personale, riprenda le quotidiane abitudini relative al suo aspetto fisico (cura dei capelli, uso dei cosmetici secondo le usuali abitudini, rasatura, ecc.) e si occupi del proprio abbigliamento.

Cosa faccio quando continua a ripetere, senza ragione, che è sicuro di avere una qualche malattia fisica?

Talvolta il depresso, soprattutto se anziano, tende ad interpretare sintomi quali debolezza, insonnia o inappetenza non come conseguenza della depressione, ma come i segni di una possibile grave

malattia somatica, favorito, in questo, dal suo stato d'animo di tristezza e di preoccupazione costanti e di visione pessimistica del mondo e di se stesso.

In altre parole, alcuni depressi non pensano di stare male fisicamente perché sono in una condizione depressiva; piuttosto credono di essere depressi perché hanno in realtà una grave e non diagnosticata malattia organica. Questo modo di interpretare i propri sintomi fisici si chiama "ipocondria".

Il paziente depresso e ipocondriaco tende a chiedere visite mediche ripetute che risultano negative, a chiedere accertamenti di laboratorio sempre più sofisticati e complessi e, in generale, ad esprimere in modo eccessivo ed insistente la sua paura e la sua preoccupazione ai familiari.

Ovviamente, nella fase iniziale, è necessario un accertamento medico completo per escludere ogni forma di malattia somatica concomitante.

Successivamente, il ricorso ripetuto e inutile sia al medico di base sia a specialisti non psichiatri va, per quanto possibile, scoraggiato ed evitato. Quasi sempre il paziente può avere una temporanea rassicurazione da una visita medica "negativa", ma rapidamente torna alle sue preoccupazioni ipocondriache.

E' più utile, invece, di fronte alle richieste del paziente, rimandare ogni valutazione ed ogni decisione allo psichiatra curante.

Per quanto riguarda il comportamento dei familiari, vanno evitati due estremi opposti.

Il *primo* è di rinforzare la preoccupazione del malato con la propria ansia e con la propria preoccupazione circa l'esistenza di una malattia somatica.

Il *secondo estremo*, che si verifica più frequentemente, è quello di considerare il depresso ipocondriaco come un "malato immaginario", ignorando e frustrando sistematicamente le sue richieste.

Cosa faccio quando mi irrito e perdo la pazienza per i suoi comportamenti?

A volte un familiare depresso può apparire frustrante, irritante o addirittura esasperante per il suo distacco dalla vita familiare, per la sua incapacità a svolgere anche attività semplici, per la sua apparente mancanza di volontà o di collaborazione e per la sua continua tristezza. E' chiaro che irritazione, fastidio o rabbia non giovano certo al depresso e in alcuni casi possono far peggiorare il suo stato. Se ciò accade, è opportuno ricordare alcuni punti importanti:

- la depressione è una malattia che, come ogni altra malattia, può colpire chiunque;
- nella depressione si verifica una riduzione dei neurotrasmettitori a livello delle cellule dell'encefalo e di conseguenza le funzioni alterate sono quelle che dipendono direttamente da questo organo;
- capire lo stato d'animo del depresso aiuta a ridurre eventuali sentimenti d'irritazione o d'impazienza che possono nascere nei suoi confronti.

Può essere di aiuto il "concedersi un momento di riflessione" per porsi la semplice domanda: "Perché provo questo verso il mio familiare depresso?". Può anche essere utile parlare apertamente con gli altri familiari, confrontando i propri modi di reagire con i comportamenti del paziente. Infine comunicare questo problema allo specialista e chiedere consiglio può spesso essere un fattore determinante per superare la difficoltà di rapporto.

Quando bisogna rivolgersi al medico e a quale specialista mi devo rivolgere nel caso di una depressione?

Certamente agli inizi di un disturbo depressivo. In una persona che prima aveva uno stato di normale benessere, sia pure con gli alti e bassi della vita quotidiana, i primi segni di una depressione possono essere rappresentati dall'insonnia, da un'inspiegabile riduzione del desiderio sessuale, da un insolito e facile affaticamento, da una riduzione o da un aumento dell'appetito, da una diminuzione dell'interesse e del piacere per una serie di attività abituali.

Spesso tuttavia accade che il paziente non richieda tempestivamente l'aiuto del medico e tenda a sottovalutare i sintomi, a ritenerli temporanei e passeggeri, a pensare di poterli gestire e controllare da solo.

Nella maggior parte dei casi il primo medico ad essere consultato dal depresso o dai suoi familiari è il medico di famiglia.

Lo specialista psichiatra è il medico cui è affidata la cura della depressione. E' suo compito una diagnosi precisa (tipo di depressione) e la decisione di quale tipo d'intervento effettuare (farmacologico e/o psicoterapeutico), in funzione della diagnosi e delle eventuali cause della depressione.

Spesso i pazienti ed i loro familiari chiedono quale sia il compito del neurologo nella cura della depressione. Il neurologo è un medico specialista nella diagnosi e nella terapia delle malattie organiche (fisiche) del cervello: ad esempio quelle vascolari, quelle degenerative, tumori cerebrali, ecc. e non è, quindi, lo specialista dei disturbi "emotivi".

E' da sottolineare che rivolgersi al neurologo è certamente meno "pauroso" che consultare lo psichiatra poiché quest'ultimo, nell'immaginario collettivo, è "il medico dei matti" e rivolgersi a lui vuol dire o "essere matto" o essere considerato tale.