

Salvatore Di Salvo

Il paziente depresso e i suoi familiari



Indice

Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa	Pag.	5
Presentazione dell'Associazione	Pag.	6
Il Disturbo Depressivo	Pag.	9
Diffusione della depressione – Cos'è la depressione – I pregiudizi sulla depressione – I sintomi della depressione – Sintomi associati – Periodicità – Come riconoscere la depressione – Forme Cliniche – Episodio Singolo – Disturbo Depressivo Ricorrente – Disturbo Depressivo Minore – Disturbo Depressivo Breve Ricorrente		
Le cause della depressione	Pag.	16
Fattori ereditari – Temperamento – Eventi precoci – Eventi di vita – Stressor fisici		
Dallo stress alla malattia	Pag.	18
Definizione e prima formulazione del concetto di stress – Il ruolo dell'attivazione emozionale – Modello cognitivo dello stress – Specificità e aspecificità delle reazioni individuali – Dallo stress alla malattia – Stress e rischio di malattia - Stress acuto d'elevata intensità – Stress acuto con blocco dell'azione – Stress cronico – Stress con inibizione della reazione		
Aspetti clinici, terapeutici e sociali dei disturbi dell'umore	Pag.	23
Periodicità – Prognosi – Problemi terapeutici – Conseguenze sociali ed individuali – Conclusioni		
Il decorso della depressione	Pag.	27
Temperamento, carattere e personalità	Pag.	29
Temperamento depressivo – Temperamento ipertimico – Temperamento ciclotimico – Temperamento irritabile – Temperamento timido-inibito		
I diversi tipi di Depressione	Pag	32
Distimia – Depressioni unipolari e bipolari – Depressione mascherata – Depressione agitata – Depressione reattiva – Depressione indotta da sostanze o farmaci – Depressione indotta da malattie mediche		

Il Disturbo Affettivo Stagionale (DAS)	Pag.	37
Diffusione – Familiarità – Fisiopatologia – Quadro clinico ed evoluzione – Diagnosi – Diagnosi differenziale		
Il Disturbo Bipolare	Pag.	41
Disturbo Bipolare I – Disturbo Bipolare II		
L’opposto della Depressione: l’Episodio Maniacale	Pag.	43
L’esordio – Periodo di stato – Evoluzione – Terapia		
Depressione cronica: la Distimia	Pag.	48
Diffusione – Sintomi – Criteri diagnostici – Diagnosi differenziale – Evoluzione e prognosi		
L’Ipocondria	Pag.	51
Quadro clinico – Diagnosi differenziale – Prognosi – Terapia		
La Depressione e il Lutto	Pag.	54
Aspetti fenomenologici – Lutto complicato – Evoluzione		
I Disturbi del Sonno	Pag.	59
Il sonno fisiologico – Il sogno – Diffusione dei disturbi del sonno – Disturbi di inizio e di mantenimento del sonno – Disturbi del sonno e Disturbi Depressivi – Disturbi del sonno e Disturbo Bipolare – Disturbi del sonno e Disturbi Ansiosi – La terapia delle insonnie		
Il rischio di suicidio	Pag.	65
Introduzione – Definizione – Diffusione - Variabili sociali – Malattie psichiatriche e rischio anticonservativo – La ripetizione del tentativo anticonservativo – Trattamento del paziente con tentativo di suicidio – Terapia e prevenzione del comportamento anticonservativo		
I familiari dei pazienti	Pag.	71
La sofferenza è un fatto personale... – ... che però coinvolge anche il gruppo – Gli incontri con i familiari – Le loro richieste – Le nostre risposte – Considerazioni conclusive – Cosa dire – Cosa non dire		
I familiari di pazienti in psicoterapia	Pag.	77
L’ambiente relazionale – Il paziente, il terapeuta e la segretezza – Cosa possono fare i familiari – Cosa non devono fare i familiari – L’uso strumentale della psicoterapia da parte del paziente		

I sintomi segnalatori del Disturbo Depressivo	Pag.	84
Ricerca clinica svolta dall'Associazione su un campione di 185 pazienti		
Il paziente depresso e il farmacista	Pag.	92
Ricerca svolta in collaborazione con l'Associazione Titolari di Farmacia della Provincia di Torino		
Esperienze	Pag.	98

Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta un'iniziativa consistente nella pubblicazione di una ***Collana di Psichiatria Divulgativa***.

Nel primo libro, dal titolo: "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia", editato nell'Ottobre 2011, è stata descritta la strategia terapeutica del Disturbo Depressivo che prevede l'utilizzo dei farmaci nella fase acuta del disturbo e dello strumento psicologico nella fase successiva.

In questo secondo libro, dal titolo: "Il paziente depresso e i suoi familiari", sono descritti i sintomi che consentono di riconoscere il Disturbo Depressivo e le varie forme attraverso le quali esso si manifesta. Viene inoltre presentato l'aspetto del problema riguardante i familiari del paziente depresso, inevitabilmente coinvolti quando un congiunto si ammala di depressione e che spesso, a causa delle scarse informazioni in loro possesso, non sanno quale atteggiamento tenere.

Ricordiamo che la versione cartacea dei libri della Collana, pubblicati a cadenza annuale (sono previste almeno cinque pubblicazioni) non saranno in vendita presso le librerie.

Anche la versione pdf di questo secondo libro (90 pagine f.to A4) verrà inviato, ***a titolo totalmente gratuito***, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione assodep@tiscali.it.

Sottolineiamo che l'obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle barriere pregiudiziali, che s'interpongono tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura. Tale obiettivo viene perseguito mediante un'informazione divulgativa che, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti".

Ribadiamo il concetto che l'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi *fare informazione equivale a fare prevenzione*.

Presentazione dell'Associazione

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione si è costituita nell'Aprile 1996 e si prefigge lo scopo di favorire l'approfondimento scientifico, la sensibilizzazione, la divulgazione e la prevenzione in materia di depressione, ansia e disturbi da attacchi di panico nei loro aspetti medici, sociali e psicologici.

I servizi dell'Associazione

Il servizio di Ascolto

È un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00. Il numero di telefono è 011.6699584. Il servizio si caratterizza per il fatto di essere svolto da Psicologi.

La sua attivazione risale al settembre 1998 con lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desiderava aprirsi, parlare di sé, esporre i suoi problemi a persone competenti. È anche un primo momento di supporto psicologico, integrato dalle informazioni sugli specialisti cui rivolgersi, sulle possibili terapie che si possono intraprendere e da risposte a quesiti sulla sintomatologia depressiva, ansiosa o dei disturbi da attacchi di panico.

Dalla sua attivazione, ogni anno riceviamo circa 4.000 telefonate. La possibilità di mantenere l'anonimato, quindi di non esporsi in modo diretto, ha aiutato le persone a “prendere in mano la cornetta” e ad esprimere il disagio, la paura, l'angoscia e la rabbia con cui sono vissuti i disturbi in questione, cosa che probabilmente non sarebbero riuscite a fare in altro modo.

Il sito internet

Collegandosi al sito internet dell'Associazione www.depressione-ansia.it è possibile scaricare gratuitamente materiale informativo sui temi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico (sono disponibili circa 600 pagine).

Nella Sezione "Pubblicazioni on line" vengono periodicamente inseriti lavori di ricerca, storie cliniche e approfondimenti sui temi di cui l'Associazione si occupa.

Audiovisivi

L'Associazione ha realizzato tre audiovisivi, ognuno dei quali è suddiviso in paragrafi (60 in tutto). La durata complessiva è di circa 120 minuti.

La tecnica utilizzata è quella delle diapositive PowerPoint, i cui contenuti vengono descritti e commentati.

Nei primi due, intitolati "I Disturbi Depressivi" e "I Disturbi d'Ansia", sono trattati gli aspetti descrittivi, diagnostici e terapeutici dei disturbi depressivi e ansiosi e le loro diverse forme cliniche.

Nel terzo, dal titolo "La Consulenza Psichiatrica", viene descritta la prima visita psichiatrica dal punto di vista del paziente e dello specialista e le successive visite di controllo.

Gli audiovisivi sono pubblicati nella *Sezione Audiovisivi* del sito dell'Associazione.

Gli altri servizi

- *Campagne informative:* periodicamente l'Associazione organizza Campagne informative sui temi della depressione, ansia e attacchi di panico allo scopo di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di questi disturbi. Le Campagne finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'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.
- *I colloqui di accoglienza:* l'Associazione offre questo tipo di servizio, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Si tratta di un colloquio, svolto da psicologi, della durata di circa 45 minuti durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.
- *Gli incontri con i familiari:* gli psicologi dell'Associazione si rendono disponibili ad incontri gratuiti con familiari, amici e conoscenti di chi soffre di depressione, ansia e attacchi di panico, durante i quali vengono date indicazioni sul comportamento da adottare per essere loro di aiuto.

- *I Convegni*: annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentati i lavori di ricerca svolti dall'Associazione.
- *Libri e Opuscoli gratis*: sul sito www.depressione-ansia.it, dalla Sezione "Gratis libri e opuscoli", è possibile scaricare gratuitamente i volumi e gli opuscoli pubblicati dall'Associazione in formato pdf.

Collana di Psichiatria Divulgativa

Vi è la possibilità di ricevere via email, a titolo totalmente gratuito, il pdf del libro: "*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia*", pubblicato nell'Ottobre 2011, e del secondo libro dell'Ottobre 2012 dal titolo: "*Il paziente depresso e i suoi familiari*".

Il Disturbo Depressivo

Diffusione della depressione

In Italia circa 1,5 milioni di persone soffrono di depressione mentre il 12% della popolazione italiana (più di 7 milioni) ne ha sofferto, nel corso della vita, almeno una volta. Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'anno 2020 la depressione sarà la seconda causa di disabilità, dopo quelle cardiovascolari, in tutto il mondo, Italia compresa.

Il Disturbo Depressivo è fonte di sofferenza, oltre per chi ne soffre, anche per i familiari e, tenendo conto che, per ogni paziente, ne sono coinvolti almeno due-tre, il numero delle persone coinvolte indirettamente è di 4-5 milioni.

Le sindromi depressive colpiscono soprattutto la popolazione over 65 e il numero di anziani depressi è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione.

Per quanto riguarda la diffusione in rapporto al sesso, le donne, soprattutto nella fascia d'età compresa tra i 40 e i 50 anni, sono colpite in misura doppia rispetto agli uomini.

Le statistiche dicono che, se una persona ha avuto un episodio depressivo, nel 50% dei casi ne avrà un altro nell'arco della sua vita. Se ne ha avuti due, la probabilità che ne abbia un terzo sale al 75%. La percentuale raggiunge il 90% se la persona ne ha avuti tre.

Le ricadute hanno andamento prevalentemente stagionale e sono statisticamente più frequenti nei mesi di marzo-aprile e ottobre-novembre.

Cos'è la depressione

Fino a non molto tempo addietro era di uso comune il termine “esaurimento nervoso” riferito a qualsiasi tipo di disturbo della sfera psichica. Da qualche anno tale termine è andato in disuso e vi è la tendenza a parlare di “depressione” per indicare qualunque disturbo psichico.

La depressione è, in realtà, qualcosa di ben preciso e connotato: si tratta di un disturbo *del tono dell'umore*, funzione psichica importante nei processi di adattamento. Essa ha la caratteristica di essere flessibile, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli mentre, invece, flette verso il basso nelle situazioni negative e spiacevoli.

Nella depressione il tono dell'umore perde la sua flessibilità, si fissa verso il basso e non è più influenzabile da situazioni esterne favorevoli.

I pregiudizi sulla depressione

Delle persone che soffrono di depressione solo una su quattro consulta lo specialista che la cura, cioè lo psichiatra, a causa della presenza di pregiudizi molto radicati.

Primo tra tutti il fatto che la depressione è vissuta con un senso di vergogna e di colpa per cui vi è la tendenza a non parlarne e a tenerla nascosta il più possibile.

Un altro riguarda la figura dello psichiatra e può essere così esemplificato: *“Lo psichiatra cura i matti: se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale”*.

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 antidepressivi danno dipendenza, sono figli dell'assimilazione, a livello d'immaginario collettivo, tra gli psicofarmaci e le sostanze stupefacenti. In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina alcuna astinenza.

Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è ritenere 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 sottolinearne la falsità e i danni conseguenti, poiché va ad alimentare nei pazienti i già presenti sensi di colpa.

L'insieme di tali pregiudizi, profondamente radicati nel tessuto connettivo della società, spiega i motivi per cui solo un paziente su quattro riceve una diagnosi corretta e di conseguenza una cura adeguata.

I sintomi della depressione

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, tra cui è costante l'*abbassamento del tono umorale*. 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 invece evidente e si manifesta con vissuti di pro-

fonda tristezza, dolore morale, senso d'inutilità, disperazione, 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 interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Nella depressione sono frequenti i *disturbi dell'alimentazione* che possono manifestarsi sotto forma di perdita o aumento dell'appetito. Nel primo caso 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 bocca amara e ripienezza addominale. La riduzione dell'assunzione di cibo può determinare un marcato *dimagrimento* e, nei casi più gravi, stati di *malnutrizione* tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente, al contrario, l'aumento dell'appetito e il conseguente incremento 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 addormentarsi velocemente, ma di svegliarsi dopo poco, 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 i pensieri sono dominati da rimuginazioni e vissuti di colpa relativi ad eventi del passato. In altri casi può essere presente un disturbo opposto al precedente, l'*ipersomnia*, cioè l'aumento delle ore di sonno: il paziente dorme anche 16-18 ore il giorno e ciò ha un significato difensivo nei confronti della sofferenza depressiva.

Tra i sintomi della depressione, il *rallentamento psicomotorio* è il più frequente e, nei casi più gravi, può manifestarsi con la riduzione dei movimenti spontanei e l'irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo.

Il *linguaggio* non è fluido, la varietà dei temi e dei contenuti delle idee è scarsa, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo in forma di penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Altre volte può essere presente, al contrario, uno stato di agitazione psicomotoria che si manifesta con irrequietezza, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

Il depresso è afflitto da astenia, cioè un *profondo senso di stanchezza e spossatezza* non motivato dall'aver svolto fatiche fisiche. Trova difficile intraprendere qualsiasi azione,

anche la più semplice e, col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e talmente accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

La consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano a *sentimenti di autosvalutazione o di colpa*, talora accompagnati dall'incessante rimuginare sui propri presunti errori e colpe del passato. Il futuro appare privo di speranza e il passato vuoto, inutile e pieno di errori commessi. Talora il depresso ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: si giudica quindi *indegno* per la propria condotta, la propria pigrizia e il proprio egoismo.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori si esprime in forma di *riduzione di attenzione, concentrazione e memoria* con conseguente calo delle prestazioni intellettive.

Il rallentamento ideativo si traduce in incertezza e indecisione e in alcuni casi l'incapacità *di prendere qualunque decisione*, anche la più semplice, crea notevole disagio e, talora, totale blocco dell'azione.

Nei 2/3 dei pazienti sono presenti *pensieri ricorrenti di morte*. Nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita non valga la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più o di morire accidentalmente, ad esempio in un incidente stradale. Nei casi più gravi il suicidio è lucidamente programmato 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 a concepire tale gesto come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe. Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per il ricovero.

Sintomi associati

Ai sintomi depressivi sono spesso associati sintomi della serie ansiosa. È presente anche il calo del desiderio sessuale che si presenta in genere nelle prime fasi della malattia, a differenza di quanto avviene nei disturbi d'ansia, nei quali invece i pazienti mantengono un discreto funzionamento.

Spesso sono inoltre presenti alterazioni delle funzioni somatiche: più frequentemente sono interessati gli apparati digerente, cardiovascolare e urogenitale.

Periodicità

Nella depressione vi sono variazioni d'intensità dei sintomi. Tipica, ad esempio, è l'alternanza diurna: il paziente, al risveglio mattutino, si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre avverte un miglioramento dei sintomi nelle ore pomeridiane o serali. È inoltre presente una periodicità stagionale: le stagioni più a rischio sono la primave-

ra e l'autunno, periodi dell'anno in cui statisticamente vi è una maggiore incidenza del disturbo depressivo. Si tratta comunque di un dato statistico e sono possibili ciclicità individuali.

Come riconoscere la depressione

Secondo il DSM- IV¹ è possibile fare diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore quando sono presenti i seguenti sintomi:

- tono dell'umore depresso;
- perdita di appetito con perdita superiore al 5% del peso corporeo nel giro di un mese o aumento dell'appetito con conseguente aumento ponderale;
- disturbi del sonno quali insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- senso di spossatezza conseguente a mancanza d'energia psichica;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati;
- netta riduzione della capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni;
- pensieri ricorrenti di morte.

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

Forme Cliniche

Il Disturbo Depressivo può manifestarsi in varie forme cliniche. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Episodio Singolo

Questa categoria diagnostica comprende i pazienti che hanno avuto un unico episodio depressivo che si manifesta, di solito, intorno ai 55-60 anni, circa dieci anni più tardi rispetto agli altri sottotipi. Spesso compare in relazione ad eventi esistenziali di notevole impatto emotivo o a malattie fisiche.

¹ Il DSM-IV, "*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*", Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è uno degli strumenti più utilizzati dagli psichiatri di tutto il mondo. In esso sono classificati più di 370 disturbi per ciascuno dei quali sono descritti i criteri diagnostici, cioè l'elenco dei sintomi la cui presenza è necessaria per fare diagnosi di quel determinato disturbo. La descrizione dei Disturbi dell'Umore di questo e dei successivi capitoli fa riferimento ai criteri diagnostici contenuti nel Manuale.

Disturbo Depressivo Ricorrente

La diagnosi di depressione ricorrente si pone quando sono presenti almeno due episodi depressivi e sono invece assenti fasi ipomaniacali. La presenza di diversi episodi di malattia separati da periodi di remissione, parziale o completa, costituisce una caratteristica essenziale dei disturbi dell'umore. Il rischio di recidiva aumenta proporzionalmente al numero degli episodi precedenti, ma è anche in relazione con l'esordio precoce, la familiarità, la presenza di disturbo distimico, la comorbilità con patologie somatiche o psichiatriche, la persistenza di fattori stressanti psicosociali o l'interruzione precoce della terapia antidepressiva.

Le caratteristiche e la gravità dei singoli episodi sono variabili da paziente a paziente, ma nello stesso individuo tendono ad essere costanti ad ogni recidiva. L'età media d'insorgenza è intorno alla terza decade di vita.

Gli episodi non curati hanno una durata media che varia da 6 a 12 mesi, mentre le cure con antidepressivi determinano la scomparsa dei sintomi nell'arco di 2-3 mesi e riducono drasticamente il rischio di cronicità.

Circa un terzo dei pazienti con depressione ricorrente ha un temperamento di tipo depressivo con atteggiamenti di passività, insicurezza, tendenza all'introversione ed al ritiro sociale. Tali caratteristiche, presenti anche nei periodi precedenti l'inizio del disturbo, permangono dopo la risoluzione degli episodi e la loro presenza determina una prognosi peggiore in termini di ricadute e disadattamento sociale.

La maggior parte dei pazienti con depressione ricorrente mostra, negli intervalli liberi, un adeguato livello di adattamento e condizioni di vita soddisfacenti.

Disturbo Depressivo Minore

Il Disturbo Depressivo Minore è caratterizzato da uno o più periodi di depressione che si differenziano da quello Maggiore per minor numero di sintomi e ridotto disadattamento, mentre sono sovrapponibili ad esso per il tipo e la durata della sintomatologia. I pazienti lamentano un notevole sforzo per svolgere le normali mansioni e riferiscono calo di interesse per il lavoro o per le attività di svago.

Il disturbo provoca riduzione dell'adattamento sociale, lavorativo o familiare, senza però raggiungere livelli di grave compromissione.

Tali quadri depressivi sono spesso associati a patologie mediche generali, pur non essendone la diretta conseguenza. La durata di almeno due settimane costituisce un criterio per distinguere queste forme da periodi di tristezza che normalmente si verificano in ogni individuo.

Disturbo Depressivo Breve Ricorrente

Per la diagnosi di Disturbo Depressivo Breve Ricorrente è necessario che siano presenti

lo stesso numero di sintomi della depressione maggiore, ma la durata della sintomatologia è più breve (meno di due settimane, di solito 1-3 giorni) e la frequenza è di almeno 12 episodi in un anno. Nelle donne, inoltre, le fasi depressive non si devono verificare esclusivamente in relazione al ciclo mestruale. Le oscillazioni dell'umore creano un disagio significativo ed interferiscono con l'adattamento sociale e lavorativo. Studi epidemiologici hanno evidenziato che la depressione breve ricorrente ha un'eguale distribuzione tra i sessi, anche se tra le donne risulta più alto il rischio di sviluppo di episodi maggiori.

Le cause della depressione

Il Disturbo Depressivo è determinato da un insieme di concause sia di natura biologica sia conseguenti ad eventi esterni. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Fattori ereditari

Gli studi finora effettuati hanno fornito risultati contrastanti e non sono ancora chiare le modalità di trasmissione genetica: si è ipotizzata la responsabilità di un singolo gene dominante a penetranza variabile oppure un'ereditarietà poligenica, cioè legata alla trasmissione di più geni. Secondo le più recenti ricerche i fattori genetici rivestono un ruolo prevalente solo in alcuni tipi di disturbi dell'umore: i Disturbi Bipolari e il Disturbo Depressivo Ricorrente. Avere genitori con disturbi dell'umore comporta un doppio fattore di rischio: alla possibilità di ereditare la predisposizione biologica si aggiunge la maggiore probabilità che si verifichino alterazioni dello sviluppo conseguenti al vivere in un ambiente disturbato. Nelle famiglie in cui uno dei genitori soffre di una patologia dell'umore, infatti, sono più frequenti le conflittualità coniugali, le separazioni, i divorzi ed il suicidio.

Temperamento

Diverse e complesse sono le possibili interazioni tra temperamento e patologia: è probabile che il temperamento sia trasmesso geneticamente e che quindi preceda l'insorgenza del disturbo. Le caratteristiche temperamentali, inoltre, potrebbero favorire l'insorgenza e le ricadute depressive interagendo con altri fattori quali tensioni interpersonali, intensa reattività emotiva, alterazioni del sonno, abuso di sostanze.

In presenza di un temperamento depressivo il disturbo ha esordio precoce e tende ad avere un maggior numero di recidive.

Bisogna comunque tenere presente che essere predisposti ad una malattia non vuol dire necessariamente ammalarsene. 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 vuol dire che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo. È 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. Allo stesso modo chi ha un temperamento depressivo non necessariamente dovrà soffrire di crisi depressive, ma, se sottoposto ad eventi stressanti, avrà maggiori probabilità di sviluppare il disturbo.

Le caratteristiche del temperamento depressivo saranno descritte in modo più approfondito in un capitolo successivo.

Eventi precoci

Le classiche teorie psicoanalitiche ipotizzano che eventi esistenziali nell'infanzia, soprattutto la perdita dei genitori, svolgano un ruolo importante nella genesi della depressione. Alcuni studi hanno evidenziato che le perdite dell'infanzia favoriscono lo sviluppo di una struttura di personalità "autodenigrante" caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro e che facilita l'esordio di una depressione nell'adulto.

Eventi di vita

È opinione diffusa che le crisi depressive insorgano in circostanze di vita avverse, soprattutto dopo "eventi di perdita" che negli adulti comprendono anche cambiamenti di stile di vita e mancanza di supporto sociale. I fattori esterni sembrano esercitare la loro influenza in particolare sull'esordio dei primi episodi depressivi mentre, man mano che il disturbo progredisce, le crisi appaiono sganciate da fattori ambientali. Poiché la maggior parte degli individui esposti ad avversità ambientali non sviluppa depressione, è probabile che le circostanze esterne svolgano funzione patogenetica solo in soggetti con predisposizione a sviluppare la patologia depressiva.

Stressor fisici

È noto che alcune malattie e l'assunzione di farmaci o sostanze possono precedere l'insorgenza di un episodio depressivo. Anche questi fattori, come quelli ambientali, non rappresentano vere e proprie "cause" in grado di produrre ex novo una patologia, ma fattori che facilitano l'insorgenza in soggetti predisposti.

Dallo stress alla malattia

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni (stressor) del mondo esterno che è fisiologica, ma può anche assumere carattere patologico.

Gli studi sullo stress hanno sviluppato una teoria delle modificazioni psichiche e biologiche della "reazione di stress", chiarendone le caratteristiche di adattamento e applicandola più specificamente allo studio delle manifestazioni nell'uomo.

Definizione e prima formulazione del concetto di stress

Il termine "stress" è stato introdotto in medicina da Selye nel 1936. Egli ha definito "Sindrome generale di adattamento" la somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito a prolungata esposizione ad uno stress. Tale Sindrome è organizzata in tre fasi successive:

- la prima, di allarme, in cui sono mobilitate le difese dell'organismo;
- la seconda, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare l'evento stressante;
- la terza, di esaurimento, che subentra quando l'esposizione all'evento stressante si protrae in modo abnorme, l'organismo non riesce a mantenere così a lungo lo stato di resistenza e si producono patologie difficilmente reversibili e, nei casi estremi, la morte.

L'importanza della teoria di Selye è dovuta al fatto che per la prima volta viene stabilita una relazione tra stimoli esterni pericolosi o minacciosi e reazione interna dell'organismo. Inoltre è stabilito che la reazione di stress è una reazione uguale di fronte a stimoli di diverso tipo e che il suo significato è di adattamento e difesa dell'organismo, ma che, in determinati casi, può dare origine a patologie.

Il ruolo dell'attivazione emozionale

Negli anni successivi, tra il 1960 e il 1970, le ricerche sullo stress si sono intensificate e tra gli Autori che si sono occupati dell'argomento John Mason, uno studioso americano, ha portato un contributo rilevante. In primo luogo ha chiarito il ruolo dell'attivazione emozionale: attraverso ricerche, prima sulle scimmie e poi sull'uomo, ha dimostrato che la produzione di ormoni da parte della ghiandola surrenale a seguito della stimolazione dell'ipofisi (attivazione dell'asse ipofiso-corticosurrene), caratteristica dello stress, è determinata non dalla semplice esposizione allo stimolo stressante, ma dalla reazione emozionale indotta dallo stimolo stesso.

La sequenza quindi è: stimolo → reazione emozionale → produzione ormonale.

Inoltre le ricerche della sua équipe hanno dimostrato che la reazione di stress non coinvolge solo gli ormoni dell'asse ipofisi-corticosurrene, ma determina una "risposta multi-ormonale", il cui significato è quello di determinare un miglior adattamento dell'organismo a condizioni particolari di richiesta ambientale e quindi favorire la sopravvivenza dell'organismo stesso.

Modello cognitivo dello stress

Dopo le prime ricerche tese ad esplorare e studiare a fondo la reazione di stress dal punto di vista biologico, fisiologico e patologico, negli anni '60 è cresciuta l'attenzione verso gli aspetti più puramente psicologici e le indagini, prima condotte prevalentemente su animali di laboratorio, hanno cominciato ad essere svolte sull'uomo. Alcuni studi hanno evidenziato che individui diversi reagiscono allo stesso stimolo stressante con risposte assai diverse. Questo ha indotto a supporre che prima dell'attivazione emozionale e la successiva reazione, lo stimolo sia elaborato dal sistema nervoso centrale e acquisisca, quindi, una specifica coloritura emozionale.

Lo stesso suono, ad esempio un rintocco di campana, potrà suscitare gioia, allarme o tristezza secondo le differenti caratteristiche di valutazione che ogni singolo soggetto può darne. È cioè importante il *significato* che lo stimolo assume per l'individuo e la risposta è influenzata da almeno due tipi di caratteristiche: entità oggettiva dello stimolo e significato che lo stimolo ha per il singolo soggetto.

Specificità e aspecificità delle reazioni individuali

Un problema spesso discusso è se la reazione di stress sia simile in vari individui (*risposta aspecifica*) o se sia variabile e con caratteristiche diverse secondo lo stimolo e l'individuo (*risposta specifica*).

In linea di massima, maggiore è la gravità oggettiva dello stimolo, minore è il peso che riveste la valutazione individuale. Basti pensare, ad esempio, alla reazione di stress in caso di terremoto o attentato: le reazioni individuali sono generalmente molto simili in tutti gli individui poiché l'elevata gravità oggettiva della situazione, che comporta minaccia per la vita, lascia poco margine alla variabilità dei processi di valutazione individuale. Di conseguenza saranno aspecifiche la reazione emozionale (terrore), il comportamento messo in atto (fuga, ricerca di un riparo) e l'insieme delle risposte biologiche tipiche della reazione di stress. Di fronte, invece, agli stimoli di gravità oggettiva minore, come avviene nella maggior parte dei casi, la variabilità individuale è maggiore e le reazioni di stress tendono ad essere più specifiche.

Dallo stress alla malattia

Il rapporto tra stress e rischio di malattia è stato al centro di numerose indagini, in particolare in campo umano. Le ricerche finora condotte hanno permesso di delineare alcune caratteristiche in cui la reazione di stress rappresenta un fattore di rischio per l'organismo.

Stress e rischio di malattia

Nel linguaggio comune il termine "stress" ha connotazione negativa. In realtà bisogna tenere presente che la reazione di stress serve oggi, com'è servita per millenni, ad ogni organismo per adattarsi plasticamente all'ambiente e alle sue richieste. L'attivazione biologica e comportamentale dello stress è quindi un evento naturale che rientra nei meccanismi della vita.

La reazione di stress "ottimale" è rappresentata da condizioni di attivazione e disattivazione rapida, d'intensità che di rado raggiunge livelli eccessivi e che è limitata nel tempo. Alterazioni di tali caratteristiche determinano l'aumento del rischio di malattia e se ne possono individuare quattro tipologie: stress acuto d'elevata intensità, stress con blocco dell'azione, stress cronico e stress con inibizione della reazione.

Stress acuto d'elevata intensità

Le reazioni acute di stress innescate da stimoli fisici, psichici o sociali, come si è detto, hanno finalità fondamentalmente di adattamento. È possibile che talune, in condizioni acute e particolarmente intense, possano determinare reazioni patologiche, specie in organismi predisposti o a rischio.

In campo clinico un esempio sono le ulcere gastriche acute da stress, osservate in soggetti con estese ustioni e traumi.

Altro esempio è costituito da situazioni in cui la reazione acuta di stress agisce come fat-

tore scatenante di alcuni casi d'infarto del miocardio in sistemi cardiovascolari già di per sé biologicamente a rischio.

Stress acuto con blocco dell'azione

La reazione ottimale di stress è caratterizzata dall'attivazione di reazioni comportamentali e biologiche finalizzate alla neutralizzazione dell'evento stressante.

In determinati casi può essere presente l'attivazione, ma è impossibile agire contro l'evento stressante. In tali casi si ha la reazione di stress, ma il *blocco dell'azione*. È una condizione frequente nell'uomo ed è uno dei fenomeni più largamente studiati in medicina psicosomatica.

I principali modelli interpretativi delle cause di malattie psicosomatiche hanno sottolineato che l'impossibilità a reagire apertamente svolge un ruolo importante sul rischio di malattia. Molti studi hanno dimostrato che il blocco della reazione determina iperattivazione della risposta di varie funzioni fisiologiche tra cui, ad esempio, la tensione muscolare, la reattività di vari parametri endocrini, la pressione arteriosa, la secrezione acida gastrica. Tali fenomeni sono ritenuti alla base di patologie psicosomatiche tipiche quali gastrite, ulcera peptica, cefalea.

Stress cronico

Lo stress cronico si ha quando l'esposizione all'evento stressante prosegue nel tempo causando, dopo l'allarme e la resistenza, l'esaurimento della capacità di reazione dell'organismo.

Stress con inibizione della reazione

Il quarto tipo di condizione si basa sull'ipotesi che, in un organismo in cui sia inibita la reazione, uno stress acuto produca effetti più potenti e deleteri rispetto a quelli prodotti in un organismo "allenato" allo stress.

Studi sperimentali su animali hanno, in effetti, mostrato che, quando un organismo è eccessivamente "protetto" dalle normali stimolazioni stressanti, la risposta a stressor anche di moderata entità risulta anomala, con difficoltà ad impostare una reazione di lotta/fuga adeguata.

Nell'uomo condizioni simili possono essere prodotte da caratteristiche di personalità in cui il soggetto organizza uno stile di vita che evita il più possibile eventi stressanti e ne filtra o minimizza l'impatto emozionale.

Se da una parte tale organizzazione presenta aspetti chiaramente protettivi, dall'altra espone il soggetto a maggiori e più devastanti effetti quando l'evento stressante ha un'intensità tale da superare i meccanismi psicologici di difesa.

Possiamo quindi concludere affermando che, quando si verificano le condizioni sopra descritte, la reazione di stress perde il suo significato funzionale di adattamento e diventa fonte di rischio per la salute fisica e mentale dell'uomo.

Aspetti clinici, terapeutici e sociali dei disturbi dell'umore

È possibile individuare alcune caratteristiche dei disturbi dell'umore che permettono d'identificarne vari sottotipi.

Periodicità

La ricorrenza, cioè la tendenza a presentarsi periodicamente, è da sempre considerata caratteristica peculiare dei disturbi dell'umore. Circa il 70% dei pazienti con tali disturbi, quando giunge all'osservazione dello specialista, ha già sofferto di almeno due episodi maggiori, mentre una percentuale ancora più alta ha presentato episodi minori di breve durata risolti spontaneamente.

Nel valutare la periodicità occorre tener conto di diversi fattori, tra cui la durata del singolo episodio, il tempo che intercorre tra le ricadute, le modalità di successione delle diverse fasi della malattia, la comparsa di ciclicità rapida o continua, la tendenza alla cronicità.

La durata di ciascun episodio è variabile da caso a caso, ma tende ad essere relativamente costante nello stesso paziente. Essa non è chiaramente correlata con la gravità degli episodi stessi: in alcuni pazienti questi sono brevi ed attenuati, come ad esempio avviene nel disturbo ciclotimico, in altri egualmente brevi, ma gravi, in altri ancora sono intensi e di lunga durata, con tendenza a diventare cronici. Questi ultimi sono riportati soprattutto nella letteratura classica e sono precedenti l'introduzione dei trattamenti con farmaci.

Il tempo che intercorre tra un episodio e l'altro, detto "intervallo libero", varia considerevolmente, oscillando da qualche ora fino ad alcuni decenni. È stato rilevato che la durata di tale intervallo in genere tende ad una spontanea e graduale riduzione nelle fasi iniziali della malattia, per poi stabilizzarsi dopo un certo numero di ricadute.

Ciclicità e ricorrenza rappresentano caratteristiche indipendenti dalla gravità dei sintomi del singolo episodio, mentre esiste una relazione tra numero degli episodi e prognosi. In

alcuni pazienti con disturbo bipolare I o II la frequenza di ricadute è particolarmente elevata fino a raggiungere o superare le quattro per anno. Tale decorso, detto a cicli rapidi, ha in genere un'evoluzione cronica e risponde poco alla profilassi con gli stabilizzatori.

Prognosi

L'evoluzione dei disturbi dell'umore appare indipendente dalla gravità delle fasi di malattia. Pazienti con gravi episodi di depressione e di mania possono rispondere in maniera rapida e completa agli interventi terapeutici, con ritorno ad un buon adattamento nelle fasi d'intervallo libero, quando cioè non sono presenti sintomi.

Al contrario alcune forme attenuate possono essere resistenti ai trattamenti ed avere un'evoluzione cronica. In quest'ultimo caso non è raro il riscontro di un marcato disadattamento sociale, con problematiche interpersonali e relazionali.

La prognosi dipende dal tipo di decorso ed è infausta soprattutto in presenza di ciclicità rapida e continua.

L'esito sfavorevole può essere conseguente ad errori diagnostici o al persistere di sintomatologia residua dopo la risoluzione dell'episodio maggiore oppure a scarsa disponibilità del paziente a seguire con regolarità il trattamento farmacologico.

La presenza di problemi in ambito psicologico e sociale può facilitare la comparsa di nuovi episodi, soprattutto di tipo depressivo, avviando in tal modo un circolo vizioso negativo.

Problemi terapeutici

Fino a circa sessant'anni addietro i trattamenti con farmaci dei disturbi dell'umore costituivano meri palliativi. I primi antidepressivi, quelli di seconda e terza generazione e la profilassi delle ricadute hanno modificato radicalmente le potenzialità terapeutiche.

La realtà clinica dei disturbi del tono dell'umore è comunque molto complessa ed è necessario adattare la strategia terapeutica ad ogni singolo caso, in riferimento al tipo di antidepressivo da utilizzare e alle modalità e tempi di somministrazione, così come avviene nel trattamento di pazienti con altre patologie quali ipertensione, diabete, cardiopatie.

È necessaria una corretta diagnosi ed un'accurata indagine sull'eventuale presenza di episodi precedenti. Nel caso di un episodio depressivo il riscontro, nella storia del paziente, di fasi ipomaniacali ha notevole valore diagnostico e determina differenti priorità e strategie terapeutiche.

Ad esempio, nelle depressioni unipolari è opportuno prescrivere antidepressivi a dosi adeguate e per un periodo di tempo sufficientemente lungo anche dopo la risoluzione del quadro clinico, per evitare una precoce riattivazione della sintomatologia.

Invece nelle forme bipolari l'uso di antidepressivi deve essere molto più cauto perché può indurre stati misti, facilitare o accelerare il passaggio verso fasi maniacali e aggravare la successiva evoluzione del disturbo.

La distinzione delle forme unipolari da quelle bipolari è importante soprattutto quando occorre programmare una terapia a lungo termine.

Nelle unipolari, infatti, la prevenzione delle recidive abitualmente si attua prolungando la somministrazione degli antidepressivi.

Nelle bipolari, invece, il trattamento d'elezione è costituito dagli stabilizzatori del tono dell'umore: sali di litio, carbamazepina ed acido valproico.

Conseguenze sociali ed individuali

I disturbi dell'umore rappresentano oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Si calcola che circa il 12% della popolazione vada incontro, nel corso della vita, ad almeno un episodio depressivo.

La depressione costituisce, inoltre, una delle più frequenti cause di consultazione medica ed è al quarto posto nella classifica delle diagnosi dopo l'ipertensione, il diabete e le bronchiti.

La forma bipolare è più invalidante di qualsiasi altra patologia cronica, ad eccezione dell'infarto del miocardio e comporta cospicui costi per la società in termini di perdita di giornate lavorative e di spese sostenute per farmaci, visite mediche ed ospedalizzazioni. Si tratta di una patologia che, anche nelle forme più lievi, determina alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita. In questi pazienti le percentuali di divorzio e di perdita di posizioni lavorative acquisite sono superiori a quelle della popolazione generale. Durante gli episodi maniacali non sono rari comportamenti impulsivi e decisioni non ponderate che, oltre ad essere distruttive per la stabilità economica e familiare, possono provocare conseguenze legali. Frequenti e gravi sono anche le complicanze, quali l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, ed il rischio di suicidio, stimato, almeno nelle forme bipolari, circa 30 volte superiore a quello della popolazione generale.

La maggior parte delle persone che soffrono di disturbi dell'umore non ricerca un trattamento: come già sottolineato in precedenza, solo circa un quarto giunge all'osservazione dello psichiatra e riceve cure adeguate.

Il problema della diagnosi è in rapporto alla natura dei disturbi. Il tono affettivo rappresenta una parte essenziale della vita e dell'identità di ogni persona e la distinzione tra oscillazioni normali ed espressioni lievi o moderate di malattia è spesso difficile.

Non di rado l'origine dei sentimenti melanconici è attribuita a fattori esterni ed anche le fasi maniacali spesso non sono interpretate come condizione morbosa, ma come espres-

sione di tendenze antisociali, d'insufficiente senso di responsabilità, di ridotte capacità di autocontrollo e di scarso senso morale.

Conclusioni

La molteplicità dei quadri clinici, le diverse varietà di sintomi e i differenti tipi di decorso ed evoluzione generano non poche difficoltà d'inquadramento diagnostico. Le manifestazioni tipiche della depressione e della mania sono facilmente riconoscibili, mentre difficoltà s'incontrano nelle forme attenuate ad esordio precoce e ad andamento cronico, talora difficilmente distinguibili dalle fisiologiche reazioni agli eventi e dai disturbi di personalità.

Lievi oscillazioni dell'umore, in senso depressivo o maniacale, sono spesso interpretate come processi di adattamento, raramente sono percepite come patologiche e, di conseguenza, non viene attuato alcun intervento terapeutico.

Problematica è anche l'interpretazione di sintomi depressivi conseguenti a circostanze di vita avverse, soprattutto in relazione ad eventi di perdita. La maggior parte degli individui esposti a tali eventi non sviluppa la malattia, mentre ciò è possibile in soggetti "strutturalmente" predisposti.

Si può dunque affermare che la probabilità che un evento determini un disturbo dell'umore è legata alla presenza di una predisposizione costituzionale. Infatti la percentuale di soggetti che, esposti a fattori esterni stressanti, cadono in depressione non supera il 10%, valore sovrapponibile al rischio di depressione indipendentemente da eventi traumatici della vita.

Precedenti episodi depressivi costituiscono un fattore di rischio di "malattia" assai più rilevante rispetto alle caratteristiche degli eventi stressanti e del contesto sociale in cui si verificano.

Il decorso della depressione

L'evoluzione dei disturbi dell'umore può essere valutata facendo riferimento a tre parametri: il rischio di recidive, la frequenza di cronicizzazione e l'adattamento sociale negli intervalli liberi, in cui il disturbo non è presente.

Per quanto riguarda le recidive, nelle depressioni unipolari il 70-75% delle fasi acute, se adeguatamente trattate, si risolve entro due-tre mesi. Percentuali più basse possono essere dovute ad una maggior gravità dei sintomi, alla concomitanza di patologie mediche e ad un inadeguato supporto sociale. Scarsamente influenti appaiono invece l'età dei soggetti o la presenza di particolari manifestazioni psicopatologiche. Dopo la risoluzione dell'episodio, tuttavia, il rischio di recidive è piuttosto alto poiché circa la metà dei pazienti andrà incontro, spesso entro un anno, ad una nuova crisi depressiva.

Per quanto riguarda le forme bipolari, in cui sono presenti fasi depressive alternate a fasi maniacali, le recidive sono molto frequenti (oltre il 75%) e multiple (possono essere superiori ad otto nella vita del paziente). Se non si considerano soltanto le fasi maniacali o depressive piene, ma anche le oscillazioni dell'umore di moderata intensità, la percentuale di pazienti bipolari che mantengono continuamente lo stato di eutimia, cioè di tono dell'umore né troppo alto né troppo basso, per cinque anni è solo del 20% circa.

Complessa risulta l'analisi dei dati relativi alla frequenza di evoluzione cronica. Alcuni studi, infatti, sono stati condotti in epoca prefarmacologica, altri dopo l'introduzione delle cure per l'episodio acuto, altri ancora includono pazienti in trattamento con stabilizzatori del tono dell'umore. La definizione di cronicità, inoltre, non è omogenea: per alcuni autori consiste nella persistenza della sintomatologia per un determinato periodo, mentre per altri comprende anche i soggetti che hanno ricadute multiple relativamente ravvicinate. Facendo riferimento agli studi che adottano una definizione omogenea di cronicità, cioè la persistenza della sintomatologia per più di due anni, la variabilità oscilla tra il 6% e l'11%. Un'adeguata valutazione dell'esito a lungo termine deve considerare anche la qualità di

vita del paziente. Gli indicatori più fedeli sono l'adattamento sociale negli intervalli tra le crisi e le conseguenze lavorative e sociali che gli episodi, con il loro ripetersi, possono provocare. Gli studi in proposito hanno evidenziato che globalmente il 20-30% dei pazienti con patologia bipolare ha difficoltà di rilievo in ambito relazionale e occupazionale in conseguenza del disturbo. Un vero e proprio deterioramento è riscontrabile solo nel 15% dei casi, con picchi più elevati nei soggetti anziani. Anche la depressione maggiore ricorrente e la distimia possono provocare importanti conseguenze sul piano sociale e lavorativo: rispetto alla popolazione generale, chi ne soffre ha maggiori difficoltà nella vita di relazione, dedica minor tempo alle attività ludiche ed è più spesso dipendente economicamente.

Le osservazioni più recenti, inoltre, indicano che i disturbi unipolari causano un grado di disabilità superiore rispetto alle più importanti malattie organiche, quali l'ipertensione, il diabete, l'artrite e le patologie polmonari.

Confrontati con l'infarto del miocardio, sono meno invalidanti per quanto riguarda i giorni trascorsi a letto, le limitazioni fisiche e le capacità lavorative, ma determinano con maggior frequenza la perdita del ruolo sociale raggiunto.

Le conseguenze sociali negative sono presenti anche quando le manifestazioni depressive sono "sottosoglia", cioè con sintomi meno gravi: le disfunzioni sono superiori a quelle dell'ipertensione e del diabete in termini di giorni di malattia, capacità lavorativa e necessità di ricorrere alle strutture sanitarie. Nei pazienti con sintomatologia attenuata sono stati inoltre evidenziati un elevato rischio di tentativi di suicidio e una valutazione negativa delle proprie condizioni di vita.

L'analisi degli studi presenti in letteratura consente d'individuare alcune variabili cliniche in grado di condizionare la prognosi dei disturbi dell'umore.

Nelle forme bipolari l'evoluzione è sfavorevole se sono presenti altre patologie fisiche o psichiche, abuso di alcool o sostanze, fallimento di precedenti terapie, scarsa adesione alle cure e inadeguato supporto sociale e lavorativo.

Nelle forme unipolari la prognosi è peggiore in presenza di distimia, di altre patologie mediche, di scarsa collaborazione del paziente nell'eseguire correttamente la cura, di conflitti familiari e in mancanza di un valido supporto sociale.

Temperamento, carattere e personalità

I termini “temperamento”, “carattere” e “personalità” sono spesso utilizzati come sinonimi per indicare l’insieme delle caratteristiche personali stabili che si esprimono nel modo di sentire, percepire, pensare ed agire dell’individuo.

In realtà ogni termine fa riferimento ad elementi precisi e ben definiti.

Il “temperamento” è la caratteristica costituzionale che indica il livello di energia e la qualità dell’umore che determinano il modo individuale di rispondere agli stimoli esterni. Per “carattere” s’intende l’insieme delle qualità personali che permettono l’adattamento dell’individuo ai valori ed ai costumi della società. Si tratta di elementi acquisiti che traggono la loro origine dalle esperienze dell’età evolutiva, nell’ambito di un determinato contesto familiare e sociale.

La “personalità” nasce dall’interazione tra fattori acquisiti e fattori costituzionali tipici di un individuo e riconoscibili fin dall’adolescenza o dalla giovinezza.

Descriviamo di seguito i tipi di temperamento di più frequente riscontro.

Temperamento depressivo

Il temperamento depressivo è caratterizzato da persistente sentimento di tristezza, basso livello d’energia, evidente soprattutto di mattino, ipersonnia, scarsa autostima, tendenza all’autosvalutazione e ad una visione pessimistica globale. È presente costante insicurezza che spinge ad evitare di prendere iniziative e conduce a sentimenti d’inadeguatezza e di colpa. La vita di relazione è in genere piuttosto limitata, con difficoltà ad intraprendere nuove amicizie, introversione e passività nei rapporti interpersonali.

Il temperamento depressivo è stato definito come una forma clinicamente attenuata e ad andamento cronico di malattia depressiva ed è il più frequente nei pazienti che soffrono di depressione ricorrente.

Anche casi di disturbo bipolare di tipo I o quadri di stato misto possono insorgere su un

preesistente temperamento depressivo.

Temperamento ipertimico

Gli individui con temperamento ipertimico hanno una persistente tonalità ipomaniacale del tono dell'umore, alti livelli d'energia, particolare resistenza alla fatica fisica ed intellettuale ed un ridotto bisogno di sonno. Nelle relazioni interpersonali sono estroversi, espansivi, loquaci ed assertivi. La grande capacità d'iniziativa e l'elevata autostima determinano un atteggiamento di sicurezza e d'intraprendenza tale da portare spesso questi soggetti ad occupare posizioni di comando. Talora appaiono tuttavia eccessivamente estroversi, tanto da ferire o irritare le persone che li circondano e l'estrema sicurezza può condurre ad errori di giudizio o ad imprese avventate.

Il temperamento ipertimico si differenzia in genere dalle vere crisi ipomaniacali per la minore intensità dei sintomi e per la durata molto lunga delle manifestazioni caratteristiche. Il motivo più frequente di consultazione clinica è il peggioramento della qualità del sonno, con scadimento delle usuali prestazioni lavorative, oppure l'insorgere di episodi depressivi maggiori o maniacali.

Temperamento ciclotimico

La caratteristica principale del temperamento ciclotimico consiste in continue oscillazioni del tono dell'umore. Sono generalmente improvvise, della durata di ore o giorni e lasciano raramente spazio a periodi di tono dell'umore equilibrato. Ottimismo, spensieratezza, briosità si alternano a pessimismo e pianto immotivato. Iperattività e intraprendenza sono rapidamente seguite da mancanza di energia, abulia, perdita dello slancio vitale. L'intenso coinvolgimento in ogni attività e la ricerca di nuovi interessi possono essere seguite da indifferenza, distacco, apatia. L'eccessiva sicurezza, l'intuitività e la creatività cedono il passo ad un immotivato crollo dell'autostima, insicurezza, difficoltà di concentrazione ed aridità intellettuale. Il bisogno di contatti sociali e l'aumentata loquacità si trasformano in tendenza all'isolamento ed al mutismo.

Frequentemente è presente una spiccata variazione dell'umore e delle energie nell'arco della giornata, con elevazione dalla sera fino a tarda notte.

Tutto questo si traduce in uno stile di vita tumultuoso: sono frequenti cambiamenti del tipo di lavoro, la residenza è frequentemente cambiata, le amicizie e le relazioni sentimentali sono caratterizzate da notevole instabilità, con ripetuti fallimenti ed improvvise esaltazioni.

Con relativa frequenza il quadro si complica con episodi di tipo depressivo o maniacale spontaneamente o in seguito all'uso di farmaci.

Temperamento irritabile

Il temperamento irritabile è stato studiato con minore attenzione rispetto ai precedenti. Corrisponde al classico temperamento collerico ed è stato talora considerato una variante del temperamento ciclotimico. Tali individui presentano alti livelli di energia e sono irritabili, aggressivi sul piano verbale, ipercritici, lamentosi, con notevoli difficoltà nelle relazioni interpersonali e frequenti esplosioni di rabbia sostenute da un'alta reattività a provocazioni anche di minima entità.

La presenza di sintomi quali ansia ed insonnia, di un elevato grado di sofferenza personale e di frequenti difficoltà di adattamento sul piano sociale ed affettivo conducono facilmente all'abuso di alcool e di sedativi che accentuano e cronicizzano le caratteristiche del temperamento. Questi soggetti possono sviluppare facilmente episodi maniacali o misti e andare incontro a depressioni ricorrenti brevi, con alto tasso di suicidio.

Temperamento timido-inibito

Caratteristiche del temperamento timido-inibito sono l'ipersensibilità emotiva e l'eccessiva timidezza, con frequenti manifestazioni somatiche di ansia in occasione di eventi di separazione.

Gli scompensi più frequenti sono costituiti dai disturbi d'ansia, quali la fobia sociale o il disturbo da attacchi di panico.

I diversi tipi di Depressione

I disturbi dell'umore comprendono forme cliniche diverse, ognuna delle quali ha caratteristiche specifiche. Di seguito saranno descritte quelle di più frequente riscontro nella pratica clinica.

Distimia

La distimia si manifesta di solito nella prima età adulta e ha un andamento insidioso che può portare verso la cronicizzazione. Si differenzia dall'Episodio Depressivo Maggiore soprattutto per l'intensità e la durata dei sintomi.

Il sesso femminile è due volte più a rischio di ammalarsi di distimia rispetto a quello maschile.

Il sintomo normalmente riferito dal paziente è la presenza di umore depresso quasi ogni giorno da "molti mesi" o addirittura "da sempre". Altri sintomi sono: disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), disturbi dell'alimentazione (anoressia o iperfagia), bassa autostima, difficoltà di concentrazione, astenia, sentimenti di disperazione. Per fare diagnosi di distimia la suddetta sintomatologia deve perdurare da almeno due anni. I sintomi possono non essere presenti per alcuni periodi, ma per tempi non superiori ai due mesi consecutivi. Anche durante la giornata possono esserci brevi periodi di benessere. A differenza della depressione maggiore, il quadro clinico risente abbastanza nettamente degli eventi esterni. Il disturbo determina un'evidente compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e interpersonale.

Il tema della distimia sarà ripreso e approfondito in un capitolo successivo.

Depressioni unipolari e bipolari

È importante, quando è presente una depressione, distinguere tra la forma unipolare e quella bipolare perché variano notevolmente l'approccio terapeutico e la prognosi.

La depressione maggiore è definita *unipolare* quando nella storia del paziente sono evidenziabili soltanto episodi depressivi. Si parla di *depressione unipolare ricorrente* quando, in un determinato paziente, compaiono più episodi depressivi.

La depressione è, invece, definita *bipolare* quando nella storia clinica sono presenti episodi di mania alternati a fasi depressive. Durante la crisi maniacale è possibile individuare alcuni sintomi che compaiono stabilmente ed altri evidenziabili con minor frequenza. Il sintomo centrale è l'elevazione del tono dell'umore (esatto opposto di quanto avviene nella depressione), in conseguenza della quale il paziente appare dinamico, oltremodo efficiente, gioioso ed entusiasta della vita, s'impegna in molte cose, tutto gli sembra alla sua portata, l'attività motoria è intensa, appare instancabile, dorme solo pochissime ore. Il disturbo bipolare ha un'alta ricorrenza: prima dell'introduzione della profilassi con gli stabilizzatori dell'umore, erano mediamente presenti quattro episodi in dieci anni e gli intervalli di benessere diminuivano con l'aumentare dell'età. Circa il 15% dei pazienti va incontro, tra un episodio e l'altro, a completa remissione dei sintomi, mentre nel rimanente 85% il recupero è incompleto.

Studi sui gemelli e sui bambini adottati hanno confermato l'importanza della trasmissione genetica del disturbo.

L'elemento centrale della terapia è costituito dagli stabilizzatori del tono dell'umore, allo scopo di ridurre le oscillazioni.

L'argomento sarà ripreso e approfondito in un capitolo successivo.

Depressione mascherata

Per depressione mascherata s'intende un quadro clinico in cui i sintomi depressivi (tristezza, labilità emotiva e ridotta autostima) non sono molto evidenti, mentre prevalgono manifestazioni d'ansia quali disturbi somatici senza base organica, più frequentemente localizzati a livello gastroenterico, genito-urinario, cardiaco, respiratorio, osteoarticolare. Tali sintomi determinano un'eccessiva preoccupazione per le proprie condizioni di salute (*ipocondria*) e la depressione è "mascherata" dalla loro presenza.

Secondo un più moderno inquadramento nosografico, molte di queste forme sono da considerare primariamente Disturbi d'Ansia (Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia Generalizzato, ecc.) e la sintomatologia depressiva, meglio definibile come "demoralizzazione secondaria", è la risposta ai disagi e alle limitazioni imposte dalla loro presenza.

In altri casi la depressione ansiosa è conseguente alla contemporanea presenza, nello stesso paziente, di un disturbo dell'umore e di un disturbo d'ansia: si tratta, quindi, di una condizione di comorbidità, per cui è preferibile porre entrambe le diagnosi, senza privilegiare nessuno dei due disturbi.

La concomitanza di sintomi depressivi e d'ansia è stata rilevata anche nella “*Sindrome da affaticamento cronico*”, quadro clinico di recente individuazione caratterizzato prevalentemente da astenia, cioè da un senso di spossatezza non motivata da sforzi fisici. Il rallentamento è generalizzato, vi è perdita d'iniziativa, disinteresse sessuale e sintomi d'ansia. Tale disturbo risponde al trattamento con antidepressivi soprattutto quando l'astenia è più intensa di mattino. Di frequente riscontro è la presenza di familiarità per i disturbi dell'umore e/o d'ansia.

Depressione agitata

Il sintomo principale di questa varietà clinica è l'agitazione psicomotoria: il paziente è in uno stato di permanente irrequietezza, parla in maniera concitata, si contorce, muove in continuazione gli arti e il tronco, talora è incapace di rimanere seduto. La depressione agitata è stata classicamente considerata caratteristica dell'anziano, ma ciò non è stato confermato dagli studi più recenti che ne indicano, invece, una sostanziale uniformità nelle diverse fasce d'età.

L'agitazione, pur associandosi spesso all'ansia, deve essere tenuta distinta da quest'ultima: la presenza di agitazione configura uno stato misto attenuato, in cui sono contemporaneamente presenti sintomi depressivi e di eccitazione ipomaniacale. In tali casi può essere chiarificante la presenza, nella storia clinica del paziente, di episodi maniacali, indicatori della natura bipolare del disturbo dell'umore, la familiarità per disturbi bipolari e la presenza di viraggi ipomaniacali conseguenti a trattamenti con antidepressivi.

A volte l'agitazione può essere conseguente alla brusca riduzione o sospensione di benzodiazepine in pazienti che ne abbiano fatto uso ad alte dosi per periodi prolungati. In tali casi è in genere accompagnata da sudorazione profusa, insonnia, incubi notturni.

La depressione agitata può essere infine la conseguenza di contemporanea presenza di un disturbo dell'umore e di un Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD).

Depressione reattiva

Si tratta di depressioni con esordio strettamente collegato ad avvenimenti di notevole impatto emotivo, da cui chiaramente deriva l'abbassamento del tono dell'umore.

Sul piano sintomatologico sono considerati aspetti peculiari la labilità emotiva, l'ansia somatizzata, l'insonnia iniziale, l'ideazione prevalentemente polarizzata sull'evento scatenante, l'assenza d'inibizione motoria e di idee deliranti, la capacità di modulare le reazioni emotive ai cambiamenti ambientali. L'episodio ha spesso una durata protratta in rapporto al perdurare delle situazioni stressanti e può migliorare e talora risolversi con il modificarsi delle condizioni esterne.

Secondo la descrizione classica l'evento doveva precedere di 3-6 mesi la comparsa della

depressione e doveva essere evidente un rapporto causale tra questo e le manifestazioni depressive.

Il concetto di “depressione reattiva” appare oggi superato: in tutte le forme depressive, infatti, è evidente che eventi stressanti psicosociali sono in grado d’influenzare l’esordio, l’evoluzione e la risposta ai trattamenti, ma il ruolo dei fattori ambientali è complementare e va sottolineato quello svolto dalla predisposizione individuale allo sviluppo dei sintomi depressivi.

Inoltre i quadri un tempo definiti “reattivi” non mostrano peculiarità cliniche né un diverso tipo di risposta alle terapie.

Depressione indotta da sostanze o farmaci

La diagnosi di depressione indotta è ipotizzabile ogni volta che, entro un periodo di tempo inferiore ad un mese, compare una sintomatologia depressiva in diretto rapporto con l’assunzione di una nuova terapia medica o con l’abuso o l’astinenza da sostanze di uso voluttuario.

Esistono farmaci, solitamente adoperati per il trattamento di malattie croniche, per i quali è riconosciuta la possibilità di indurre, soprattutto in soggetti predisposti, sintomi depressivi. Tra quelli di più comune impiego ricordiamo gli antipertensivi, i farmaci cardiologici (digitale, betabloccanti, diuretici), alcuni antinfiammatori non steroidei, cortisonici e antibiotici, gli anticoncezionali orali.

È importante sottolineare che il nesso causa-effetto tra i sintomi depressivi e la terapia in corso deve essere identificato di volta in volta nel singolo paziente con criteri temporali, di decorso e attraverso la storia personale.

La depressione può essere indotta anche da sostanze assunte a scopo voluttuario o in seguito alla loro brusca sospensione (astinenza). Le più frequentemente correlate alla depressione sono l’alcol, gli ansiolitici, gli oppiacei.

Per quanto riguarda la depressione conseguente a brusca sospensione ricordiamo la cocaina, le anfetamine e i farmaci con proprietà anfetamino-simili, spesso usati come coadiuvanti nelle diete dimagranti.

Depressione indotta da malattie mediche

È possibile evidenziare sintomi depressivi in una percentuale variabile tra il 15 e il 40% dei pazienti che soffrono di patologie internistiche.

È importante sottolineare che esistono almeno due modalità con cui una malattia “fisica” può indurre depressione.

La prima è quella in cui il paziente, che sa di soffrire di una grave malattia (cardiopatologia, tumore, malattia degenerativa), non accetta la condizione di malato e reagisce deprimen-

dosi. In tale situazione la malattia medica è un evento stressante di fronte al quale il paziente non riesce a mettere in atto nessun meccanismo di difesa e ciò provoca la comparsa di un quadro depressivo secondario.

L'intervento terapeutico è farmacologico ed è utile associare un supporto psicoterapeutico allo scopo di aiutare il paziente ad accettare la malattia.

La seconda modalità avviene quando il quadro depressivo non è conseguenza psicologica della malattia medica, ma, al contrario, esiste un rapporto diretto tra malattia e depressione.

Alcune malattie a carico del Sistema Nervoso Centrale (tumori, Parkinson, traumi cranici), endocrine (ipotiroidismo, morbo di Cushing), infettive (AIDS) e autoimmuni (Lupus, artrite reumatoide) sono in grado di causare un disturbo depressivo del tutto analogo a quello "primario".

La strategia terapeutica consiste nel curare il quadro medico di base e, se la sintomatologia depressiva permane anche dopo la stabilizzazione della condizione internistica, nell'iniziare la terapia antidepressiva.

Il Disturbo Affettivo Stagionale (DAS)

Diffusione

Alcune ricerche epidemiologiche hanno evidenziato che il 25% della popolazione va incontro a cambiamenti dell'umore, del ritmo del sonno, del peso e dell'attività socio-lavorativa in prevalenza nei mesi autunnali e che in un quarto di questi soggetti i cambiamenti sono tanto accentuati da determinare la comparsa di un vero e proprio Disturbo Affettivo Stagionale (DAS).

Una stima accurata della frequenza è difficile poiché spesso la sintomatologia depressiva non raggiunge livelli di gravità tali da richiedere l'intervento dello psichiatra. Il disturbo compare più frequentemente nella seconda e terza decade di vita e interessa maggiormente il sesso femminile (circa l'80% dei casi).

Familiarità

Gli studi relativi alla familiarità indicano che, rispetto alla popolazione generale, i parenti di primo grado dei pazienti con DAS hanno un più alto rischio per i disturbi dell'umore, per il disturbo stagionale e per l'alcolismo. Tali risultati farebbero supporre quindi l'esistenza di una base costituzionale comune al DAS e agli altri disturbi affettivi maggiori. Non è possibile tuttavia trarre delle conclusioni definitive poiché i dati riportati in letteratura non sono numerosi.

Fisiopatologia

Negli organismi viventi numerose funzioni fisiologiche e molti parametri biologici hanno andamento periodico. Variazioni ritmiche sono state osservate nella produzione di diversi ormoni: ACTH, cortisolo, GH, gonadotropine, prolattina, TSH, TRH e melatonina. La

maggior parte dei ritmi biologici sembra determinata da “orologi interni” regolati da stimoli ambientali quali luce/buio, caldo/freddo, stagioni.

La particolare ciclicità dei disturbi affettivi stagionali ha stimolato la ricerca nel tentativo d'individuare i processi biologici compromessi e, di volta in volta, sono state chiamate in causa alterazioni dei cicli circadiani (che sono i cicli di circa 24 ore dei processi fisiologici collegati al ciclo luce-buio) oppure alterazioni dei neurotrasmettitori cerebrali oppure ancora variazioni di tipo ormonale.

In particolare, l'osservazione della relazione tra prevalenza delle forme stagionali ed efficacia terapeutica della luce bianca ha portato ad ipotizzare che la riduzione della luce sia centrale nello sviluppo della depressione invernale. Si pensa che la luce agisca attraverso le connessioni tra retina e cervello: a parità d'intensità luminosa, infatti, l'esposizione degli occhi ha maggior potere curativo rispetto all'esposizione della pelle.

Le ipotesi formulate per spiegare tale fenomeno sono le seguenti.

Ipotesi del fotoperiodo. Il fotoperiodo è il rapporto tra ore di luce e ore di buio cui è sottoposto l'organismo nelle 24 ore. In inverno è più corto, l'organismo è esposto per meno ore alla luce e ciò determina l'aumento della produzione di melatonina, mentre in estate, quando il fotoperiodo è più lungo, la produzione si riduce. Diverse evidenze lasciano tuttavia pensare che la melatonina non sia in realtà la principale responsabile della depressione stagionale. In condizioni sperimentali è, infatti, possibile, riducendo la stimolazione luminosa, aumentare la secrezione di melatonina in volontari sani senza avere la comparsa di sintomi depressivi. Non è stata inoltre osservata una significativa differenza nella quantità e nella durata della secrezione di questo ormone in pazienti con depressione invernale e nei soggetti di controllo non depressi.

Ipotesi dello spostamento. Il ritmo circadiano che regola la secrezione di melatonina subisce normalmente un ritardo di fase di circa 90 minuti nei mesi invernali. È stato ipotizzato che nella depressione invernale ci sia l'accentuazione di tale slittamento. Di conseguenza alcuni eventi fisiologici, che normalmente si verificano la notte, sarebbero ritardati e questo giustificherebbe l'ipersonnia mattutina. Nel DAS sono stati inoltre chiamati in causa alcuni quale, ad esempio, la prolattina, spesso alterata nei pazienti con depressione invernale.

Benché i sintomi tipici del DAS siano stati ampiamente documentati, ancora oggi non sono chiare le basi biologiche che li sottendono e gli elementi a nostra disposizione non sono sufficienti per considerarli una categoria autonoma rispetto ai disturbi dell'umore in generale, dei quali sembrano piuttosto essere una particolare modalità di decorso.

Quadro clinico ed evoluzione

Il DAS è una sindrome caratterizzata da oscillazioni depressive del tono dell'umore nei mesi autunnali ed invernali. Allo stato depressivo sono associati inizialmente ansia e irritabilità e, successivamente, apatia, mancanza di energie, disturbi somatici quali dolori e rigidità muscolare, cefalea, stipsi, marcate difficoltà in campo lavorativo e nei rapporti sociali. Tipica è l'ipersonnia: alcuni pazienti hanno necessità di dormire anche fino a 16 ore il giorno e descrivono se stessi come "orsi in letargo". Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la durata del sonno in inverno è maggiore solo di 1-2 ore rispetto all'estate. Più di rado si manifesta un "disturbo da sonno ritardato" con difficoltà di addormentamento serale e di risveglio mattutino. L'appetito generalmente è aumentato ed è comune la compulsione ad assumere cibi dolci, con conseguente aumento di peso. Di solito i sintomi peggiorano nelle ore serali. Non sono rari i tentativi di auto-terapia con incremento dell'assunzione di caffeina e alcool.

La sintomatologia depressiva si risolve nei mesi primaverili ed estivi, quando il soggetto recupera il suo normale tono dell'umore o addirittura vira verso una fase lievemente euforica.

Nella storia premorbose di pazienti di sesso femminile è spesso presente la sindrome premenstruale, associata ad oscillazioni umorali in senso depressivo, che tipicamente peggiora in autunno-inverno e si attenua in primavera-estate.

Una forma attenuata di DAS è rappresentata dalla "*Sindrome Anergica Stagionale*", caratterizzata da aumentato bisogno di sonno, difficoltà ad alzarsi di mattino, sensazione di sonno non ristoratore, astenia e mancanza d'interessi, compulsione ad assumere cibi ricchi di carboidrati e conseguente incremento ponderale.

In questi pazienti non si rileva la presenza di umore depresso, ma la sintomatologia spesso è sufficientemente grave da richiedere l'intervento medico.

Diagnosi

Nonostante il fiorire di un numero sempre crescente di studi, i disturbi affettivi stagionali non hanno ancora ricevuto una collocazione nosografica ben precisa. Nel DSM-IV il DAS è descritto come una modalità di decorso dei disturbi dell'umore ed è definito esclusivamente in base alla stagionalità delle ricorrenze. Per quanto riguarda i criteri diagnostici si fa riferimento a quelli dell'Episodio Depressivo Maggiore.

Diagnosi differenziale

Secondo alcuni autori è necessario differenziare il DAS dagli altri disturbi primari dell'u-

more e uno dei motivi è costituito dalla particolare sensibilità alla fototerapia: la maggior parte dei pazienti reagisce all'esposizione prolungata alla luce e il miglioramento è osservabile già dopo pochi giorni.

Solo raramente si pongono problemi di diagnosi differenziale nei confronti di categorie diverse dai disturbi dell'umore. Nei casi in cui il quadro è dominato dall'iperfagia e dalla compulsione ad assumere carboidrati è necessario escludere un disturbo della condotta alimentare complicato da depressione secondaria.

Devono inoltre essere escluse eventuali alterazioni endocrine e metaboliche, quali ipotiroidismo e diabete, poiché anch'esse possono provocare astenia, rallentamento, ipersonnia e iperfagia.

Il Disturbo Bipolare

Nel DSM-IV è descritta la distinzione tra il Disturbo Bipolare I e II.

Disturbo Bipolare I

Nel Disturbo Bipolare I, in cui sono presenti episodi depressivi ed episodi maniacali, quello depressivo di solito insorge gradualmente, nel giro di qualche settimana.

L'altro polo del disturbo bipolare I è costituito dall'episodio maniacale che ha solitamente insorgenza più rapida rispetto a quello depressivo: pochi giorni o, talvolta, poche ore.

Con l'aumento del numero di recidive in genere l'esordio diviene sempre più veloce.

In sostituzione della fase maniacale si può talvolta manifestare un *episodio misto*, caratterizzato dalla simultanea presenza di umore depresso, ansia, agitazione, disforia ed eccitamento, auto ed etero aggressività e, spesso, stati confusionali.

Nel decorso spontaneo, senza cioè terapie con farmaci, i singoli episodi hanno una durata media di 3-4 mesi per la mania e 6-8 mesi per la depressione. In caso d'esordio in età avanzata (oltre i 60 anni) gli episodi hanno maggior durata.

La lunghezza degli episodi varia da paziente a paziente, ma nel singolo soggetto tale parametro tende a mantenersi stabile per cui, soprattutto per la mania, la durata delle fasi precedenti è un valido predittore di quelle successive.

L'*età d'esordio* si colloca tra i 15 e i 40 anni, con maggiore frequenza intorno ai 30.

Gli episodi depressivi sono più numerosi nel sesso femminile, mentre nel sesso maschile crisi depressive e crisi maniacali si equivalgono.

Il *numero di episodi* cui il paziente può andare incontro nel corso della vita varia notevolmente da soggetto a soggetto, con una media intorno a 8/10. La frequenza degli episodi è ampiamente influenzata anche dalle cure: l'impiego di stabilizzatori del tono dell'umore riduce il numero di recidive.

Per *intervallo libero* s'intende il periodo di benessere tra una crisi e l'altra. Pur esistendo

una sostanziale variabilità individuale, tutti gli studi hanno messo in evidenza che tale intervallo tende ad accorciarsi nelle fasi iniziali della malattia, per poi stabilizzarsi.

Il periodo che intercorre tra il primo ed il secondo episodio, detto “periodo di latenza”, non di rado supera i cinque anni.

Nella letteratura classica sono considerati rari gli intervalli liberi di durata superiore a 15-20 anni.

Disturbo Bipolare II

Il Disturbo Bipolare II si differenzia da quello precedente in quanto le fasi depressive sono più gravi e si presentano come Episodi Depressivi Maggiori, mentre gli Episodi Maniacali sono presenti con frequenza maggiore.

Questi soggetti possono essere creativi e produttivi in campo artistico, negli affari o in qualsiasi attività decidano di dedicarsi, ma le ripercussioni del disturbo sul piano lavorativo e sociale sono molto negative.

Per quanto riguarda l'*età d'insorgenza*, la *modalità di esordio*, la *durata degli episodi* e la *frequenza delle recidive* non sono presenti differenze sostanziali tra i due tipi.

Nel disturbo bipolare II vanno, invece, segnalati l'insorgenza più tardiva, tra i 30 ed i 50 anni, la minore durata degli episodi, la maggiore frequenza delle recidive, il rischio di ricorrenze stagionali, di ciclicità rapida e di tendenza alla cronicizzazione.

Molto alta è anche la comorbilità con altre patologie psichiatriche, quali il disturbo da attacchi di panico, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi di personalità, e l'abuso di alcool e droghe.

I sintomi presenti nell'episodio maniacale saranno descritti in maniera più dettagliata nel capitolo successivo.

L'opposto della Depressione: l'Episodio Maniacale

L'episodio maniacale si manifesta con l'esaltazione delle normali sensazioni di benessere e di gioia, eccessivi per durata e intensità. A causa delle frequenti e rapide fluttuazioni dell'umore, gli aspetti gioiosi possono essere improvvisamente sostituiti da irritabilità e aggressività. Non sono rare, inoltre, manifestazioni psicotiche, stati confusionali e, soprattutto nei soggetti di sesso maschile, la messa in atto di condotte antisociali.

L'esordio

Le prime manifestazioni della mania sono più facilmente individuabili quando compaiono in soggetti con caratteristiche temperamentali depressive, nei quali i sintomi d'esordio sono percepiti come un "improvviso e totale cambiamento del carattere": il paziente, da riservato, scrupoloso e insicuro, diventa socievole, estroverso, attivo, assertivo, autoritario, dinamico ed ottimista.

La durata della fase iniziale è solitamente di 3-4 giorni, durante i quali il paziente mantiene un buon adattamento all'ambiente familiare e lavorativo. Sono presenti sensazioni d'intenso benessere accompagnate da ridotto bisogno di sonno, aumento dell'appetito e della spinta sessuale. Il soggetto è disinibito, cerca e contatta amici da tempo abbandonati, riprende attività trascurate e ne inizia di nuove. A causa della ridotta capacità di critica e della superficialità di giudizio, si lancia in molte attività senza portarne a termine nessuna e prende decisioni importanti senza riflettere sulle conseguenze.

L'esordio della crisi può essere brusco se segue una fase depressiva o se è provocato da eventi stressanti o da sostanze ad azione stimolante come anfetamine e cocaina. In tali casi il quadro clinico completo si sviluppa rapidamente, in maniera tumultuosa, nel giro di poche ore.

Periodo di stato

Il periodo in cui i sintomi raggiungono la loro piena espressione si chiama “*periodo di stato*”. In questa fase possono insorgere complicanze fisiche, abuso di alcool o sostanze e non sono rare le ripercussioni negative in ambito familiare, sociale e legale. È possibile la comparsa di stati confusionali che rendono necessarie misure terapeutiche tempestive. Nella maggior parte dei casi manca la coscienza di malattia: il paziente è fermamente convinto di star bene e, se contraddetto, può reagire con aggressività.

Tra i sintomi, l'*innalzamento del tono dell'umore* è quello più importante: il paziente è in genere euforico, allegro, espansivo, esprime la sua gioia di vivere con atteggiamenti scherzosi, risate, giochi di parole; appare esuberante, vivace, comunicativo, iperattivo. Quando l'allegria si fa eccessiva, diventa esageratamente ottimista, ilare e superficiale. La *labilità emotiva* è una delle caratteristiche più importanti dell'episodio maniacale: spesso all'umore euforico si sostituisce *irritabilità*, soprattutto quando il paziente è contraddetto. In tali casi diventa prepotente, brusco, intollerante e quindi facilmente litigioso e aggressivo. Il malumore, la collera e la rabbia dominano il quadro clinico, ma anche in questi casi ira ed aggressività possono scomparire improvvisamente lasciando posto ad un atteggiamento scherzoso, confidenziale, mirato ad ottenere complicità e simpatia dall'interlocutore.

L'*aumento dell'attività motoria* è costante e determina un affaccendamento continuo, senza alcuna sensazione di fatica o stanchezza: la giornata dura 24 ore, senza sosta, senza riposo, utilizzando la notte indifferentemente dal giorno. L'iperattività, in un primo momento proficua, in seguito diviene afinalistica e dispersiva: il soggetto diventa incapace di portare a termine qualsiasi iniziativa, passa da un'attività all'altra, fino alla generale disorganizzazione. Impulsivo e disinibito, si lascia coinvolgere in attività potenzialmente rischiose come spese eccessive, investimenti in affari avventati, guida spericolata, attività illegali, uso di sostanze.

È presente una spinta inesauribile a fare e parlare: ferma gli sconosciuti per strada, mostra un eccessivo coinvolgimento in situazioni che non lo riguardano, scrive e telefona in continuazione.

L'*eloquio* è fluido e il modo di parlare è concitato, senza pause, ad alta voce.

Con l'aggravarsi della mania il linguaggio diventa monotono, ripetitivo, talora stereotipato ed i racconti consistono in lunghe e dettagliate descrizioni di fatti o eventi personali, per lo più inutili e dispersivi, senza alcun valore informativo.

Spesso la *logorrea* riflette l'*ideorrea*, cioè un affollamento d'idee e di pensieri che si accavallano nella mente, tanto che il paziente si esprime con frasi frammentarie spesso incomplete e senza senso. Talora singole parole isolate e prive di significato sono pronunciate in rapida sequenza (“insalata di parole”): ne deriva un linguaggio slegato ed incoe-

rente, difficile da differenziare da quello della dissociazione schizofrenica.

L'*aspetto* esteriore riflette la condizione di eccitamento: i gesti sono enfatici e teatrali, la mimica continuamente mutevole, ricca di smorfie, ammiccamenti e sorrisi, lo sguardo mobile e vivace. In genere i vestiti sono appariscenti ed inusuali, i colori sono accesi e spesso contrastanti, il trucco nelle donne è molto appariscente. Nelle forme più gravi prevalgono il disordine, la trasandatezza nel vestire e la scarsa igiene personale.

Sul *piano cognitivo* caratteristico è l'*aumento dell'autostima* che determina una sproporzionata fiducia in se stesso, nelle proprie capacità e un'insufficiente e vaga consapevolezza dei propri limiti.

L'*accelerazione del corso del pensiero*, responsabile dell'iniziale produttività e prontezza, si trasforma negli stadi più avanzati in *fuga delle idee*. In tali casi i pensieri si affollano nella mente in rapida successione ed il loro flusso non è più guidato da un filo conduttore coerente.

L'*alterazione del contenuto del pensiero* si manifesta spesso con *tematiche deliranti* congrue con il tono dell'umore: il paziente è convinto di avere particolari attitudini scientifiche, artistiche o inventive, di possedere grandi quantità di denaro, di essere stato designato ad assolvere una speciale missione.

Le ridotte capacità di critica e giudizio e il possibile coinvolgimento in attività rischiose determinano atteggiamenti di opposizione da parte dei familiari, preoccupati per le possibili conseguenze, e ciò determina nei pazienti comportamenti aggressivi.

Talora sono presenti *allucinazioni*, prevalentemente di tipo uditivo, ma anche allucinazioni visive (circa il 10%). Sono in ogni modo frammentarie e di breve durata.

Comuni sono le alterazioni della memoria: la capacità di rievocazione è meno efficiente e la capacità di fissazione è ridotta tanto che spesso, cessato l'episodio, può rimanere soltanto un ricordo "lontano" o "confuso" di ciò che è accaduto.

Molto scarsa è la capacità di attenzione e concentrazione ed è presente una marcata *distrattibilità*: il paziente salta rapidamente da un argomento all'altro ed il corso del pensiero è facilmente interrotto da particolari, anche insignificanti, che colpiscono la sua fantasia. Anche il *vissuto temporale*, cioè l'esperienza soggettiva del tempo, assume caratteristiche particolari: il paziente maniacale perde il senso dello scorrere delle ore, la possibilità di cogliere gli eventi e le proprie azioni in una successione temporale, di valutarne il significato in rapporto alle esperienze passate, di proiettarle nel futuro e di considerarne le possibili conseguenze.

Per quanto riguarda le *alterazioni del sistema neurovegetativo*, caratteristica è la riduzione del bisogno di sonno per cui, pur dormendo soltanto poche ore per notte, al risveglio è pieno di energia. Nelle forme gravi può non dormire per alcuni giorni senza avvertire la minima stanchezza, cosa che aggrava l'eccitamento e determina la compromissione delle

condizioni fisiche.

L'*appetito* può essere aumentato, con tendenza a mangiare in modo disordinato, in qualsiasi ora del giorno o della notte e ad abusare di caffè o alcolici ma, sebbene l'apporto calorico sia cresciuto, si verifica spesso un dimagrimento a causa dell'iperattività.

L'aumento della spinta *sessuale* può portare a comportamenti disinibiti e sconvenienti.

Evoluzione

L'episodio maniacale non curato ha una durata variabile da alcuni giorni a 3-4 mesi. Raramente ha un'evoluzione cronica, mentre in genere si risolve, bruscamente o nel giro di qualche giorno, con il ritorno del tono dell'umore nella norma oppure con il passaggio in depressione.

Negli anni '70 Carlson e Goodwin hanno proposto la distinzione di tre stadi di gravità crescente.

Lo *stadio I* è dominato dall'euforia, talvolta dall'irritabilità e dall'iperattività; la coerenza ideativa è mantenuta, seppure con contenuti espansivi e grandiosi.

Lo *stadio II* è dominato da labilità emotiva, mentre euforia e disforia sono presenti in misura sovrapponibile. Quando l'irritabilità si trasforma in rabbia ed aperta ostilità sono possibili comportamenti aggressivi. È presente accelerazione del corso del pensiero fino ad una vera e propria fuga delle idee. Possibile la comparsa di temi deliranti a sfondo megalomane.

Nello *stadio III* l'umore è francamente disforico, con prevalenza di irritabilità, rabbiosità e spesso aggressività. L'aumento incontrollato dell'attività psicomotoria si traduce in bizzarre comportamentali e incoerenza dei processi ideativi. Sono frequenti ansia e attacchi di panico. In circa un terzo dei pazienti compaiono fenomeni allucinatori e in alcuni casi è presente stato confusionale.

Terapia

La terapia dell'episodio maniacale è resa difficoltosa a causa dell'assoluta mancanza del senso di malattia da parte del paziente che, di conseguenza, non avverte la necessità di alcuna terapia. Quando i sintomi raggiungono una gravità tale da imporre l'intervento medico è spesso necessario fare ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), ricoverando il paziente anche contro la sua volontà. Si tratta di un intervento coercitivo cui è necessario ricorrere solo quando qualunque altro tentativo va incontro a fallimento. In pazienti che soffrono di crisi maniacali è importante mettere in atto la profilassi con stabilizzatori del tono dell'umore, allo scopo di ridurre il numero e la gravità delle oscillazioni verso l'alto.

Nella fase acuta dell'episodio maniacale l'intervento farmacologico consiste nella somministrazione di neurolettici, allo scopo di correggere l'ideazione megalomantica e favorire il recupero delle capacità critiche e dell'adesione al senso di realtà.

Depressione cronica: la Distimia

La Distimia, una volta considerata espressione di alterazioni “caratterologiche”, consiste in una forma depressiva cronica a sintomatologia attenuata.

Diffusione

L'età d'insorgenza è in genere precoce: la fascia d'età più colpita è compresa tra i 18 e i 45 anni ed il rapporto femmine/maschi è di circa due a uno. Una storia familiare di disturbo dell'umore è molto frequente: nella famiglia possono essere presenti tutti i disturbi dello spettro dell'umore e non sembra esistere una familiarità specifica.

Sono considerati fattori predisponenti allo sviluppo della Distimia gli “stressor psicosociali cronici” e la presenza di disturbi fisici o mentali concomitanti.

Sintomi

I sintomi della Distimia non raggiungono i livelli di gravità degli episodi maggiori e il disturbo si manifesta prevalentemente con disagi sul piano sociale, lavorativo, familiare ed interpersonale. Non sono presenti caratteristiche melanconiche nè gravi alterazioni della libido o marcato rallentamento. Il disturbo si caratterizza principalmente per il pessimismo, l'autosvalutazione, l'insicurezza, i sentimenti d'inadeguatezza e le difficoltà di rendimento sul piano prestazionale. Non è rara la tendenza alle rimuginazioni su tematiche sentimentali, lavorative, esistenziali. Tra i sintomi somatici i più frequenti sono l'astenia e l'ipersonnia. In molti casi non è presente consapevolezza di malattia e la particolare tonalità dell'umore è considerata un aspetto “caratteriale”. La lunga durata del disturbo e l'insorgenza precoce contribuiscono a rafforzare tale convinzione nel paziente e nell'ambiente circostante. La propensione ad assumere atteggiamenti passivi, evitanti e dipendenti può determinare

la compromissione dei rapporti affettivi, familiari ed interpersonali. Tali difficoltà, con le frustrazioni che ne conseguono, contribuiscono a rafforzare i sentimenti depressivi di autosvalutazione e la concezione negativa di sé e del mondo circostante. L'esordio precoce e il quadro sintomatologico attenuato rendono incerto il confine tra Distimia e temperamento depressivo, anche se in quest'ultimo non sono presenti sintomi neurovegetativi e psicomotori.

Criteria diagnostici

I sintomi della Distimia differiscono da quelli della Depressione Maggiore soltanto per gravità e durata. Il DSM-IV descrive il disturbo come caratterizzato da umore depresso per la maggior parte del giorno. Per fare diagnosi di Distimia è inoltre richiesta la presenza di due o più dei seguenti sintomi: variazioni dell'appetito o del sonno, astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni e sentimenti di disperazione. Il DSM-IV specifica che l'umore deve essere depresso, senza intervalli liberi superiori ai due mesi, per un periodo di due anni.

Diagnosi differenziale

Oltre all'Episodio Depressivo Maggiore cronico e al temperamento depressivo, la diagnosi differenziale si pone nei confronti di numerosi disturbi mentali a decorso protratto. Nei confronti dei Disturbi d'Ansia il compito è facilitato dall'assenza, nella Distimia, di sintomi specifici come attacchi di panico, ossessioni, compulsioni.

Meno agevole è la distinzione col Disturbo D'Ansia Generalizzato: tale condizione, tuttavia, pur presentandosi con preoccupazioni diffuse su eventi e situazioni quotidiane, raramente mostra i sintomi tipici della depressione quali i disturbi del sonno, dell'appetito e della spinta sessuale, né è presente la riduzione dello slancio vitale.

Un'altra condizione che pone problemi di diagnosi differenziale è la dipendenza da sedativi, ipnotici e ansiolitici. Questa può accompagnarsi a sintomi depressivi, ansia, somatizzazioni, riduzioni delle capacità prestazionali, disforia, irritabilità. Il dato anamnestico dell'uso protratto di sostanze è talora l'unico elemento in grado di orientare la diagnosi. Non sono rari, tuttavia, casi in cui coesistono depressione cronica e uso di sedativi, ipnotici e ansiolitici.

Evoluzione e prognosi

La Distimia ha un andamento cronico per definizione e la durata media risulta essere di circa cinque anni.

La prognosi è meno favorevole rispetto a quella degli episodi maggiori e anche le ricadute ad un anno sono più frequenti. Complicanze frequenti sono l'abuso di farmaci e di alcool. Oggetto di abuso possono anche essere stimolanti come caffeina, anfetamina oppure sedativi, in particolare le benzodiazepine. Gli alcolici, almeno in fase iniziale, possono essere utilizzati dal paziente per l'effetto disinibente e quindi per superare le difficoltà nell'affrontare situazioni sociali.

L'Ipocondria

L'ipocondria è presente in molti disturbi psichiatrici ed è caratterizzata dalla convinzione di essere ammalati senza valide e giustificabili basi reali. Le preoccupazioni relative al proprio corpo possono essere presenti in modo diverso: si va da timori che si manifestano in certe condizioni o momenti della vita, ad esempio di fronte alla notizia della malattia di un coetaneo, fino a timori più strutturati in soggetti con Disturbi di Personalità più o meno gravi.

Quadro clinico

Gli ipocondriaci lamentano di solito sintomi che coinvolgono molti organi, più comunemente gli apparati gastrointestinale e cardiovascolare. Sono spesso convinti di soffrire di una grave malattia non ancora individuata e non si lasciano facilmente convincere del contrario. La convinzione, anzi, resiste anche di fronte all'esito negativo degli esami effettuati, il decorso benigno dei disturbi e le rassicurazioni del medico. Reazioni ipocondriache transitorie possono manifestarsi a seguito di gravi stress, più comunemente dopo la morte o una grave malattia di una persona importante. In tali casi durano di solito meno di sei mesi. L'ipocondriaco tende ad interpretare banali alterazioni, quali ad esempio una cefalea da tensione, un'extrasistole o un'infezione respiratoria, come prove della presenza di una grave malattia. Accade di frequente che i timori si concentrino su un solo organo, il cui funzionamento diventa fonte di estrema preoccupazione. Il convincimento non è solitamente di grado delirante, cioè resistente a qualunque tipo di valutazione critica, per cui il paziente è capace, in certi momenti, di ammettere la possibilità di non avere nessuna grave malattia. Ansia, depressione e tratti ossessivi della personalità sono comunemente associati all'Ipocondria.

Interrogati circa il loro stato di salute, gli ipocondriaci spesso danno risposte-fiume, espri-

mendo delusione per le cure ricevute e sottolineandone l'inadeguatezza.

Il disturbo di solito esordisce nell'adolescenza, ma può non rendersi manifesto fino alla quarta decade nel maschio e alla quinta nella femmina. Ha andamento cronico, caratterizzato da variazioni d'intensità, per cui risulta fluttuante anche il grado di alterazione del funzionamento sociale e lavorativo. Nei casi più gravi il paziente può arrivare ad adottare uno stile di vita da invalido.

Diagnosi differenziale

L'Ipocondria deve essere differenziata dalle malattie organiche, specialmente da quelle che interessano diffusamente molteplici apparati, quali i disturbi endocrini e quelli del tessuto connettivo. Va anche differenziata dal disturbo depressivo: i pazienti depressi possono presentare sintomi ipocondriaci, ma il quadro clinico è dominato dai sintomi della serie depressiva quali disperazione, idee suicide e abbassamento dell'autostima.

Sintomi ipocondriaci sono presenti anche nel Disturbo da Attacchi di Panico e nel Disturbo d'Ansia Generalizzato: nel DAP si manifestano solo durante gli attacchi, mentre nel GAD non costituiscono l'elemento dominante, ma una delle possibili espressioni dell'ansia. Alcune ossessioni e fobie possono somigliare all'Ipocondria, ma in tali casi i pazienti sono consapevoli del fatto che i disturbi non hanno una base reale e sono esagerati.

Prognosi

L'ipocondria è considerata un disturbo cronico con possibilità di guarigione assai limitate. Nell'osservazione a lungo termine un quarto degli ipocondriaci ha miglioramenti molto modesti, mentre circa i due terzi hanno un decorso cronico fluttuante. La maggior parte dei bambini ipocondriaci di solito ha una remissione verso la tarda adolescenza o la prima età adulta.

Il trattamento può aiutare una percentuale significativa di pazienti. La prognosi migliora nel caso di livello culturale medio-alto, di esordio acuto, di assenza di Disturbi di Personalità e di malattie organiche.

Terapia

Gli ipocondriaci tendono ad evitare il trattamento psichiatrico, intrapreso solo dai più motivati e dotati di capacità introspettiva.

I controlli medici periodici sono utili allo scopo di rassicurare i pazienti sul fatto di non essere trascurati e che i loro disturbi sono presi sul serio. Dal momento che gli ipocondriaci si rivolgono di solito al medico generico, è lui che ha le migliori opportunità di aiutarli:

per farlo, però, deve modificare la sua idea di curare, nel senso di alleviare i sintomi, ed essere in grado di accettare e “contenere” paure e lamentele. Inoltre non deve sentirsi frustrato o irritato ed è necessario che mantenga un’elevata sensibilità ai bisogni sociali e psicologici del paziente. La buona relazione con il medico riduce l’ansia del paziente, riduce la paura delle malattie e migliora il funzionamento sociale e lavorativo.

Discreti risultati si possono avere con tecniche di rilassamento corporeo e con interventi psicoterapeutici a breve termine fondati sulla rassicurazione e sulla chiarificazione del significato dei sintomi.

La somministrazione dei farmaci deve essere “cauta” e limitata a brevi periodi, in un contesto che non alimenti la ricerca di “terapie miracolose”. Tra gli antidepressivi i risultati migliori si ottengono con gli inibitori del re-uptake della serotonina (SSRI).

In alcune situazioni possono anche essere utilizzate basse dosi di sulpiride e levosulpiride.

La Depressione e il Lutto

Il termine “lutto” indica la reazione alla morte di una persona cara, in genere il coniuge, un figlio o un genitore. Si tratta di una risposta primordiale comune a tutti gli esseri umani tanto che, pur avendo un significato soggettivo catastrofico, è vissuta come un’esperienza “fisiologica”. È come se la natura avesse previsto un programma atto a far vivere, elaborare ed esprimere il dolore con precise finalità, in modo da superare la perdita e creare le premesse per l’instaurarsi di nuovi legami.

Aspetti fenomenologici

La convivenza dell’uomo con la morte ha fatto del lutto un argomento centrale di molte opere artistiche. Manca, invece, la trattazione accurata dal punto di vista medico poiché si presume abbia un’evoluzione naturale e non sia pertanto necessario l’intervento specialistico. La risposta alla morte di una persona cara implica reazioni psicologiche, comportamentali e fisiologiche in gran parte sovrapponibili a quelle che si riscontrano nell’episodio depressivo.

Nella fase iniziale sono più comuni i sintomi depressivi, talvolta accompagnati da idee di suicidio. In realtà l’umore, tendenzialmente depresso, subisce frequenti oscillazioni, mentre sono più stabili l’insonnia, i sentimenti d’inadeguatezza, di colpa, d’inutilità.

In una fase successiva può manifestarsi rabbia diretta contro il defunto. Non si tratta di una rabbia generalizzata, ma di un sentimento ben individuabile e tale da costituire un fattore importante, se non necessario, per garantire la normale evoluzione del processo luttuoso.

Più raramente è stata segnalata la presenza di sintomi somatici, lieve confusione, comportamenti automatici, soprattutto nei primi giorni o settimane dopo l’evento, iperattività, diminuito bisogno di sonno ed irrequietezza oppure pensieri ossessivi e rituali.

È possibile anche l'aumento dei livelli d'ansia con apprensione e preoccupazioni estese, la più tipica delle quali è il timore di morire alla stessa maniera del defunto. L'incremento dell'ansia è dovuto ad un disturbo dell'adattamento sviluppato durante il periodo precedente il decesso, soprattutto se avviene dopo una lunga malattia o una penosa agonia che abbiano comportato un notevole impegno di assistenza al malato.

I fattori che influenzano la reazione al lutto sono molteplici: caratteristiche di personalità del soggetto, eventuali esperienze precedenti, qualità della relazione con il defunto, presenza di un sostegno familiare e sociale. Nonostante le variabili soggettive, il lutto evolve abitualmente in tre fasi.

La prima, dello "shock", può durare da pochi giorni a qualche settimana ed è dominata dall'incredulità, dalla negazione e dalla "confusione".

La seconda, del "dolore acuto", si protrae per settimane o mesi ed è caratterizzata dalla rievocazione e da sentimenti d'intensa nostalgia. In questo periodo sono comuni i malesseri fisici (mancanza d'aria, vuoto allo stomaco, sensazione di debolezza, tensione muscolare), l'isolamento sociale, la perdita d'interessi, le idee di colpa, l'irritabilità, i sentimenti di rabbia verso se stessi o verso il defunto, gli atteggiamenti rivendicativi, ad esempio verso i sanitari. Talvolta si osservano fenomeni di "identificazione" con il morto, con l'assunzione di comportamenti o di sintomi, soprattutto relativi al periodo terminale, che possono raggiungere dimensioni patologiche.

L'ultima fase è quella della "risoluzione" e può richiedere mesi o anni: il soggetto prende atto dell'ineluttabilità del decesso per cui torna alle proprie attività e interessi, riacquista il proprio ruolo, sviluppa nuove relazioni.

È presente una notevole variabilità dei tempi necessari per il compimento dell'intero processo: nelle società occidentali sono abitualmente sufficienti 6-12 mesi, ma in alcuni soggetti possono essere necessari anche anni oppure si può avere una risoluzione incompleta. Pur presentando diverse manifestazioni simili, lutto e depressione non possono essere del tutto assimilati sul piano dei sintomi. La distinzione si rende utile anche perché non tutti i soggetti, dopo la morte di un familiare, vanno incontro ad un vero e proprio episodio depressivo.

Secondo il DSM-IV in caso di lutto si può fare diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore solo quando sono presenti i seguenti sintomi:

- sentimenti di colpa diversi da quelli relativi ad azioni eseguite o non eseguite al momento del decesso;
- idee di morte diverse dalla sensazione che sarebbe stato meglio morire insieme o al posto del defunto;
- sensazione d'inutilità;
- marcato rallentamento psicomotorio;

- prolungata e intensa compromissione funzionale;
- esperienze allucinatorie diverse dall'udire la voce o dal vedere fuggevolmente l'immagine della persona deceduta.

La sintomatologia depressiva che si associa al lutto non richiede in genere un trattamento specifico poiché non provoca difficoltà sul piano sociale, non altera la qualità della vita e tende a risolversi spontaneamente. Bisogna in ogni caso tenere presente che in almeno il 10% dei casi il quadro psicopatologico può durare consecutivamente per più di un anno ed associarsi a elevato rischio di suicidio e a complicazioni di natura medica e sociale. In tali casi si può ricorrere ad una terapia specifica, tenendo presente che farmaci o psicoterapia non arrestano la naturale evoluzione del processo del lutto.

Lutto complicato

Con la definizione generica di lutto “complicato” sono indicate diverse condizioni, alcune relative ad alterazioni del fisiologico processo del lutto, altre a complicità psichiatriche e mediche conseguenti al decesso di una persona cara. Classicamente sono descritte quattro principali reazioni “anomale” alla morte di un familiare.

La forma più comune è rappresentata dal *lutto non risolto*, in cui il naturale processo di elaborazione si arresta e compaiono sintomi depressivi, disturbi somatici e fenomeni d'identificazione patologica.

Relativamente frequente è anche il *lutto cronico*, caratterizzato dal protrarsi indefinito del dolore per la perdita e dall'idealizzazione del morto. Tale evoluzione è più probabile se la relazione con il defunto era “ambivalente”, se il soggetto ha una personalità di tipo dipendente o se mancano dimostrazioni di solidarietà da parte di familiari e amici o validi supporti sociali.

Nel *lutto ipertrofico*, che fa più spesso seguito ad una morte improvvisa o inaspettata, le reazioni dolorose sono particolarmente intense e protratte e le abituali strategie di rassicurazione, come la vicinanza di persone amiche, risultano inefficaci.

Nel *lutto ritardato*, sostenuto da meccanismi di negazione talvolta associati a sentimenti di rabbia o di colpa, sono assenti o minimi i segni della fase acuta del cordoglio.

Al pari di altri eventi, la morte di una persona cara è in grado di scatenare un disturbo psichico o l'aggravamento di una patologia preesistente.

I soggetti che hanno subito un lutto vanno incontro ad un significativo aumento di *morbilità*, con accresciuta richiesta di visite mediche, di ospedalizzazione e di uso di farmaci. L'aumentata suscettibilità alle malattie, più evidente negli anziani e in chi non ha un valido supporto sociale, può essere spiegata con la riduzione delle difese immunitarie o la riattivazione di preesistenti disturbi fisici.

Contribuiscono ad aggravare il rischio di patologie organiche anche la tendenza all'abuso di sostanze, in particolare alcool e nicotina, e i tentativi di automedicazione con ansiolitici. I dati presenti in letteratura indicano che la perdita di una persona cara è seguita da un innalzamento del tasso di *mortalità*, fenomeno che risulta correlato con l'età, il sesso e il tempo trascorso dall'evento. Nei maschi la mortalità è più elevata nel primo anno ed è causata da gesti autolesivi, incidenti, patologie cardiovascolari e infezioni. Nelle donne si evidenzia invece dal secondo anno ed è in relazione ad una minore attenzione per la propria salute, al consumo di sostanze voluttuarie e all'assunzione non controllata di farmaci.

Evoluzione

Diversi fattori influenzano l'andamento del periodo successivo ad un lutto: età, sesso, classe sociale, reddito, razza, educazione, possibilità di sostentamento futuro, iniziali sintomi di stress, morte improvvisa del coniuge, percezione del supporto sociale, qualità della relazione coniugale e molteplici eventi vitali.

Un problema particolare è costituito dal lutto nei bambini. Si è a lungo pensato che la morte di un genitore potesse causare comportamenti asociali nell'infanzia e nell'adolescenza e disturbi psichici nella vita adulta. In particolare, la perdita della madre prima dei 10-11 anni è stata associata ad un maggior rischio di depressione e di attacchi di panico. Nei lavori più recenti, tuttavia, non è stato riscontrato un significativo aumento di patologie psichiatriche negli adulti che avevano subito un lutto da bambini. L'eventuale sviluppo di un disturbo psichico è invece in relazione con la qualità della vita seguente la perdita di un genitore e le capacità di adattamento individuali.

Alcuni studi hanno dimostrato che la morte di un coniuge ha effetti più negativi se improvvisa, piuttosto che dopo una malattia di lunga durata. In quest'ultimo caso si pensa che l'anticipazione del lutto abbia un ruolo protettivo, svolgendo un'azione preparatoria che consente di fronteggiare meglio l'evento. Sono i giovani a presentare maggiori difficoltà nell'affrontare un improvviso decesso del coniuge, poiché in quest'età costituisce un evento innaturale che, quando accade inaspettatamente, può avere un impatto violento. Anche le modalità del decesso possono facilitare la comparsa di complicanze, come nel caso di morte violenta o accidentale (omicidio, incidente stradale). Se la morte riguarda un bambino il quadro luttuoso presenta una maggiore gravità, con persistenza di profondi sentimenti di colpa, pensieri intrusivi e rappresentazioni d'immagini relative all'evento. Secondo alcuni studi le donne hanno una maggiore fragilità nei confronti del lutto in quanto tendono a mantenere più a lungo il rapporto emotivo con il defunto.

Sono stati infine indicati, come ulteriori possibili fattori prognostici negativi, la mancanza di un valido supporto sociale, l'incapacità del soggetto a percepire l'aiuto disponibile,

lo scadimento della qualità della vita sul piano finanziario e relazionale, le conflittualità familiari, il persistere di eventi stressanti, le caratteristiche di personalità, la presenza di precedenti disturbi psichici, in particolare di tentativi di suicidio.

Nella maggior parte dei casi il lutto si risolve spontaneamente e non necessita, quindi, di terapie specifiche; un valido aiuto è costituito dal sostegno di familiari e amici.

Un intervento specifico per facilitare il superamento del lutto e prevenire la comparsa di complicanze può invece essere necessario in presenza di particolari fattori di rischio e quando manca un supporto sociale valido. A tale scopo sono state proposte diverse modalità di psicoterapia: breve, di appoggio, ad orientamento analitico, comportamentale, di gruppo, ma non vi sono dati circa la specificità e l'effettiva efficacia di ciascuno di questi interventi.

Il ricorso ad una terapia farmacologica è necessario quando compare una sintomatologia d'intensità moderata o grave oppure sono presenti idee di suicidio, rallentamento psicomotorio, idee di colpa o indegnità. In tali casi la scelta del farmaco dipende dalle caratteristiche del quadro clinico, dall'età e dallo stato di salute del paziente e segue le linee guida proposte per il trattamento dell'episodio depressivo maggiore.

Particolare attenzione è necessaria nel prescrivere benzodiazepine e ipnoinducenti che, utili nelle fasi iniziali per il controllo dell'ansia e dell'insonnia, devono tuttavia essere rapidamente sospesi per evitare assuefazione e dipendenza, cui questo tipo di pazienti è particolarmente esposto.

I Disturbi del Sonno

Il sonno fisiologico

La registrazione elettroencefalografia dell'attività elettrica cerebrale (EEG) permette di differenziare diverse fasi di sonno.

Nella fase di addormentamento è presente il progressivo rallentamento dell'attività elettrica cerebrale, l'aumento della sincronizzazione, la comparsa di onde lente e complessi elettrici rapidi.

Compaiono, inoltre, sporadici movimenti oculari lenti, riduzione del tono muscolare, rallentamento e regolarizzazione del respiro e della frequenza cardiaca.

Dopo circa 90 minuti dall'inizio del sonno si ha la fase REM, comparsa di movimenti oculari rapidi (*Rapid eye movements*, da cui il nome di sonno REM) e irregolarità nella frequenza cardiaca e respiratoria.

Il sonno REM nel neonato è pari al 50% del sonno totale, nel giovane si riduce al 20% per poi restare percentualmente invariato con il passare degli anni.

Il sonno è stato a lungo considerato dai fisiologi un fenomeno passivo necessario al corretto funzionamento del sistema nervoso centrale. Le ricerche successive hanno, invece, evidenziato l'intervento di fenomeni attivi nella regolazione del ritmico alternarsi del sonno e della veglia. La regolarità e la stabilità del ciclo sonno-veglia sono il risultato di un processo maturativo che si esaurisce durante i primi mesi di vita extrauterina: il sonno acquisisce così una ritmicità ed evolve differenziandosi qualitativamente e quantitativamente. Le fasi del sonno e l'alternarsi ciclico sonno/veglia rientrano in una regolazione dipendente dall'ipotalamo e sono sensibili a stimoli esterni (quali il ciclo luce-oscurità), a fattori interni (variazioni ormonali e della temperatura corporea) e a fattori genetici, psicologici, ambientali e socio-culturali.

Il sogno

A Freud va il merito di avere scoperto la dimensione psicologica dei sogni, anche se già prima di lui in tutte le culture l'attività onirica era stata utilizzata per l'interpretazione di avvenimenti o per la predizione di eventi futuri. Mentre l'analisi dei contenuti del sogno è presente da molto tempo, la causa e la modalità dei sogni sono oggetto di studi recenti. La registrazione dell'attività elettrica cerebrale mediante EEG e dell'attività somatica (muscolare e oculare) hanno identificato la fase REM come quella preferenziale dell'attività onirica. Risvegliando un soggetto mentre è in tale fase si ottiene il racconto del sogno in modo accurato e vivido molto più che risvegliandolo in una fase non-REM.

Diffusione dei disturbi del sonno

Le alterazioni più diffuse sono l'insonnia e la sonnolenza diurna. Secondo i dati emersi da varie ricerche, il 15% della popolazione adulta soffre d'insonnia persistente, mentre il 2% lamenta sonnolenza durante le ore diurne. La frequenza di disturbi del ritmo sonno-veglia cresce progressivamente con l'età. Nei soggetti anziani le difficoltà riguardano frequenti interruzioni del sonno notturno e risveglio mattutino anticipato rispetto ai ritmi abituali, mentre nei soggetti più giovani l'insonnia si manifesta più spesso con difficoltà di addormentamento. La richiesta di prescrizioni mediche di ipnotici e il loro uso aumenta nell'età avanzata ed è maggiore nel sesso femminile.

Disturbi d'inizio e di mantenimento del sonno

Chi soffre di disturbi d'inizio e di mantenimento del sonno lamenta difficoltà a addormentarsi, frequenti risvegli durante la notte, sonnolenza e affaticabilità diurna, superficialità del sonno con facilità ad avvertire rumori disturbanti oppure semplicemente la sensazione di dormire troppo poco.

La diagnosi d'insonnia richiede la presenza del disturbo da almeno tre settimane, deve essere associata ad uno stato di affaticamento diurno e deve interferire con la vita sociale e lavorativa. Un sonno insufficiente, poco ristoratore o presente in momenti inappropriati della giornata determina il calo del rendimento lavorativo, aumenta le tensioni emotive, la reattività in ambito familiare e può danneggiare lo stato di salute. È inoltre importante stabilire da quanto tempo è presente: una transitoria alterazione del ritmo sonno-veglia può essere legata a particolari condizioni fisiche o psichiche, ad esempio una malattia organica oppure una tensione emotiva. Se invece il disturbo persiste per oltre tre settimane è necessaria un'accurata raccolta d'informazioni sul sonno: quantità, durata, orari, uso di farmaci, alcolici, caffeina. L'importanza di un'adeguata anamnesi sul ritmo sonno-veglia

consente d'individuare più facilmente la causa del disturbo: l'insonnia, infatti, non è una malattia, ma un sintomo di diverse condizioni patologiche, psichiche e fisiche o di un'alterazione dell'equilibrio ambientale o relazionale.

Disturbi del sonno e Disturbi Depressivi

Nella depressione il sonno è in genere alterato per continuità e durata e non ha le sue normali qualità di recupero e di riposo. L'insonnia depressiva preannuncia spesso l'inizio del disturbo dell'umore, ne accompagna il decorso e la sua scomparsa preannuncia la risoluzione dalla crisi.

I rapporti tra sonno e patologia depressiva sono costituiti, nella maggioranza dei depressi, da un tempo di sonno ridotto a causa dell'alta incidenza dei risvegli notturni e, soprattutto, della *precocità del risveglio mattutino*, mentre la difficoltà di addormentamento è meno frequente. È in ogni modo presente un'estrema variabilità da un soggetto all'altro, in momenti diversi del decorso della malattia e da notte a notte, specie nei soggetti più gravemente depressi.

Il primo passo del trattamento consiste nella cura del disturbo depressivo. Di solito l'insonnia migliora con la somministrazione degli antidepressivi e la ripresa del sonno può essere considerata un indicatore di miglioramento del quadro depressivo.

Alcuni SSRI (sertralina ed il nefazodone) o NaSRI (mertazapina), per via degli effetti sedativi e dell'assenza di proprietà stimolanti, sono in genere più efficaci, mentre altri (fluoxetina, paroxetina, e venlafaxina) possono peggiorare l'insonnia.

Un ipnotico a breve emivita² può essere necessario all'inizio del trattamento, nell'attesa della risposta antidepressiva (due-tre settimane).

Il trattamento delle depressioni ansiose spesso include anche l'associazione di benzodiazepine che potenziano l'azione degli antidepressivi nei confronti dell'insonnia.

La terapia dell'ipersonnia è in rapporto alla causa del disturbo e di solito risponde positivamente agli antidepressivi ad azione prevalentemente disinibente.

L'associazione della psicoterapia al trattamento farmacologico è spesso utile poiché individua e modifica i conflitti da cui originano sia la depressione sia i disturbi del sonno.

Almeno la metà dei pazienti con disturbo distimico (depressione cronica) lamenta insonnia e reagisce favorevolmente, in modo simile ai pazienti che soffrono di depressione maggiore, oltre agli antidepressivi, anche alla psicoterapia.

² Si definisce emivita o tempo di dimezzamento il tempo necessario perché la concentrazione del farmaco nel plasma si dimezzi, perdendo la sua efficacia terapeutica. Il valore di emivita esprime l'efficienza e la funzionalità dei sistemi di eliminazione. I farmaci con emivita breve sono eliminati rapidamente, quelli con emivita lunga sono, invece, eliminati lentamente.

Disturbi del sonno e Disturbo Bipolare

Nella sindrome maniacale è sempre presente l'alterazione del ritmo sonno-veglia: tanto più marcato è lo stato d'esaltazione del tono dell'umore, tanto più il sonno è disturbato, con *grave riduzione quantitativa*, difficoltà di addormentamento, precoci e frequenti interruzioni e ridottissima durata.

L'esperienza soggettiva dell'insonnia dei pazienti che soffrono di sindrome maniacale è ben diversa da quella dei depressi: i maniaci, infatti, non la vivono come un disturbo, non sembrano risentirne e anzi, spesso, si sentono pieni di energie. Durante le fasi di depressione successiva, però, questi stessi pazienti possono avere ipersonnia o riferire stanchezza e letargia.

La regolazione del sonno nei pazienti bipolari è importante perché la privazione può favorire episodi maniacali e compromettere la stabilizzazione dell'umore. La cura è quella del disturbo stesso e consiste nell'impiego degli stabilizzatori del tono umorale (sali di litio, carbamazepina, acido valproico).

Disturbi del sonno e Disturbi Ansiosi

L'ansia libera, fluttuante o connessa a disturbi fobici ed ossessivo-compulsivi disturba il sonno e questo, a sua volta, accentua lo stato d'ansia, instaurando un circolo vizioso.

L'insonnia indotta dall'ansia si manifesta più spesso con *difficoltà a prendere sonno e/o a mantenerlo*. È sempre presente una componente soggettiva di sonno ridotto e non riposante: il ricordo di sensazioni d'angoscia durante il sonno, i sogni inquietanti e i risvegli pervasi da ansia sono alla base della convinzione, in questi soggetti, di aver riposato male o di aver trascorso molto tempo svegli. La privazione di sonno ha conseguenze, durante la veglia, in forma d'ipersensibilità al dolore, difficoltà nei processi di attenzione e memoria, modificazioni vegetative (tachicardia, fame d'aria, ecc.) che, a loro volta, rinforzano lo stato ansioso. Il trattamento consiste nell'utilizzo di benzodiazepine ipnoinducenti.

Nell'insonnia associata a fugaci stati ansiosi sono considerate più efficaci le benzodiazepine a breve emivita, come ad esempio l'alprazolam, per via dei modesti fenomeni di accumulo. Per l'insonnia presente nei disturbi ansiosi quali Disturbo da Attacchi di Panico o Disturbo d'Ansia Generalizzato è più opportuna la somministrazione di molecole ad emivita lunga, come ad esempio il lorazepam, i cui effetti residui si rivelano utili anche sullo stato ansioso diurno. Spesso l'insonnia da disturbi ansiosi risponde bene alla psicoterapia.

La terapia delle insonnie

Le "pillole per dormire" sono prescritte con estrema facilità a pazienti che lamentano un

sonno scadente o scarso. Come accennato in precedenza, la categoria farmacologica più utilizzata è quella delle benzodiazepine e dall'immissione sul mercato della prima benzodiazepina ipnoinducente, il flurazepam, nel 1970, questa famiglia di farmaci ha sostituito i vecchi ipnoinduttori (barbiturici, cloralio idrato). Il successo delle benzodiazepine è dovuto alla scarsa tossicità e la loro azione si esplica con la facilitazione della trasmissione nervosa mediata dal GABA, neurotrasmettitore molto diffuso nel SNC.

I farmaci più usati prima dell'avvento delle benzodiazepine erano i barbiturici che avevano tossicità elevata e sviluppavano una progressiva assuefazione all'effetto ipnoinducente, avvertita dal paziente come una graduale perdita di efficacia. La temporanea sospensione del farmaco induceva, inoltre, fenomeni di astinenza e la ricomparsa aggravata dell'insonnia, tanto da rafforzare nel paziente la dipendenza dal farmaco.

Pur avendo ridotto molti dei problemi sopra citati, le benzodiazepine possono creare inconvenienti soprattutto con l'uso prolungato. Il sonno può essere frammentato da frequenti risvegli, soprattutto nella seconda parte della notte, conseguenti alla perdita della loro efficacia. La sospensione brusca dei farmaci determina una grave insonnia associata a nausea, dolori muscolari, irrequietezza motoria, ansia. Inoltre il sonno è caratterizzato dall'aumento consistente della fase REM, precedentemente inibita dalle benzodiazepine assunte.

La scelta del composto e della dose da utilizzare dipende dalle caratteristiche dell'insonnia sulla quale s'interviene: bisogna tenere conto della gravità dell'insonnia, dell'impatto che ha sulla vigilanza diurna e della durata del sintomo.

Nel caso d'insonnia occasionale, causata da stress o da cambio di fuso orario, il trattamento non è necessario oppure va scelta una benzodiazepina a brevissima emivita per una o due notti.

Nei disturbi del sonno presenti da almeno due settimane fino a tre mesi è indicata l'applicazione di una corretta igiene del sonno, l'abolizione di alcool, caffeina e di ogni farmaco che interferisca con il sonno e, nei casi resistenti, l'assunzione di ipnoinducenti ad emivita breve.

L'insonnia è considerata cronica quando persiste da più di tre mesi. In tali casi va innanzitutto valutata la concomitanza di altre patologie, nel qual caso la terapia è essenzialmente orientata alla loro risoluzione: ad esempio nel caso di un disturbo depressivo la terapia primaria è quella con antidepressivi.

I principali parametri per la scelta del tipo d'ipnotico da utilizzare sono: l'assorbimento, la distribuzione, l'emivita, la presenza di eventuali metaboliti attivi e gli effetti collaterali. Tanto più l'assorbimento è rapido tanto più veloce sarà l'addormentamento: l'attività ipnoinducente si manifesta solitamente dopo 20-40 minuti dall'assunzione e il mantenimento del sonno è strettamente correlato all'emivita del farmaco. L'emivita, inoltre, è

allungata negli anziani a causa della minore capacità di metabolizzazione.

Come accennato in precedenza, gli ipnotici a lenta eliminazione sono indicati nel trattamento dell'insonnia persistente, quando il paziente presenta un'elevata componente ansiosa o per ottenere un'azione sedativa anche durante la giornata, valutando il rischio di una riduzione della vigilanza diurna.

Gli ipnotici a breve emivita (fino a cinque ore), invece, non determinano accumulo, limitano la loro azione alle sole ore notturne e sono pertanto indicati nell'insonnia transitoria, quando si vuole mantenere elevato il livello prestazionale e nelle persone anziane.

Il rischio di suicidio

Introduzione

Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento anticonservativo. Nei paesi occidentali il suicidio rappresenta almeno l'1% di tutti i decessi, per gli adolescenti costituisce la seconda-terza causa di morte e per gli anziani la nona-decima.

Si calcola che ogni medico, mediamente, entri in contatto con almeno tre pazienti a grave rischio di suicidio ogni anno, mentre il numero di soggetti che riportano spontaneamente ideazioni anticonservative è almeno cinque volte maggiore.

Le suddette considerazioni evidenziano il bisogno di una più approfondita conoscenza delle problematiche connesse al suicidio, al fine di permettere una migliore identificazione dei soggetti a rischio.

Definizione

La definizione di suicidio ancora valida è quella di Durkheim, risalente al suo celebre *Le Suicide* del 1897: «Il termine suicidio deve essere applicato a tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo della vittima, consapevole delle conseguenze del proprio agito».

La dizione “tentativo di suicidio” dovrebbe essere utilizzata solo quando, per cause totalmente imprevedibili, il soggetto fortuitamente sopravvive. In pratica un’accezione così restrittiva non è mai stata realmente accolta dalla comunità scientifica né dall’ambiente clinico e tra i “tentativi di suicidio” confluiscono anche agiti chiaramente manipolativi e senza alcuna reale intenzione di suicidarsi.

Un aspetto di rilevante interesse clinico è costituito dall’ideazione suicidaria che può consistere nella presenza di pensieri fugaci sul peso e sull’inutilità del vivere, ma può anche

arrivare a progetti concreti e meditati di suicidio.

Connesso alle problematiche riguardanti l'eutanasia è il concetto di suicidio "razionale" che teorizza che quest'atto possa essere considerato una valida alternativa al vivere in condizioni intollerabili. I propugnatori del diritto al suicidio sostengono che, dopo valutazione ponderata delle condizioni positive e negative nell'esistenza, l'individuo abbia il diritto di scegliere la morte attraverso il suicidio, in tal caso definibile come "razionale". A prescindere da valutazioni di carattere etico-filosofico, sulle quali in questa sede soprassediamo, alcune considerazioni contraddicono il fatto che il suicidio possa essere ritenuto un gesto "razionale".

Innanzitutto solo eccezionalmente - se non mai - il suicidio può essere frutto di una libera scelta. Moltissimi studi hanno, infatti, evidenziato che il suicida è "costretto" dal bisogno intenso ed urgente di trovar sollievo da un'intollerabile situazione di vita.

È, inoltre, criticabile il fatto che il "diritto al suicidio" si possa coniugare con una qualche sorta di promozione della dignità umana. Se è vero che alcune condizioni di vita troppo spesso sono realmente intollerabili, è altrettanto certo che la società dovrebbe promuovere la dignità umana provvedendo a creare adeguate condizioni di vita e non garantendo il diritto al suicidio.

Diffusione

Stime recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che ogni anno nel mondo circa un milione di persone muoiono per suicidio, mentre un numero almeno dieci volte superiore di soggetti mette in atto comportamenti di suicidio non letali. Tuttavia questi dati non riescono a rendere la misura del prezzo pagato in termini di sofferenza: basti pensare che per ogni persona morta per suicidio vi sono almeno altre quattro/cinque persone la cui vita risulta compromessa emozionalmente, socialmente ed economicamente dal gesto.

Il suicidio non è un fenomeno presente solo nei paesi occidentali o sviluppati, ma riguarda anche i paesi in via di sviluppo. Ne consegue che è un problema di salute pubblica molto importante, ma incredibilmente trascurato. In tutto il mondo le risorse indirizzate alla prevenzione del suicidio costituiscono solo una minima frazione di quelle dedicate a problemi comparabili, come per esempio gli incidenti stradali, o a problemi di grandezza inferiore in termini di mortalità, quale l'infezione da HIV.

Per quanto riguarda il rapporto tra età e suicidio, è un evento estremamente raro nei bambini fino all'età di 12 anni, mentre diventa più comune dopo la pubertà. Dall'adolescenza in poi il rapporto età-mortalità inizia a divergere tra i diversi paesi e tra i sessi all'interno dello stesso paese.

I dati in possesso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano che in alcuni paesi il primo picco del rischio di suicidio si colloca nel pieno della gioventù, approssimativamente tra i 25 e i 35 anni d'età, ad esempio nei maschi in Islanda, nelle femmine in Norvegia, nelle femmine in Bulgaria, negli Stati Uniti in entrambi i sessi. In altri paesi i tassi di suicidio continuano ad aumentare fino alla mezza età, approssimativamente tra i 45 e i 50 anni e oltre i 65 anni, come ad esempio in entrambi i sessi in Ungheria e Danimarca. In quasi tutti i paesi del mondo i tassi più alti di suicidio si riscontrano tra gli anziani maschi in età superiore ai 75 anni. Tuttavia i tassi più alti tra le femmine sono collocati in età considerevolmente più giovani. Questo è il caso, per esempio, delle donne nei Paesi Scandinavi, con un picco in Norvegia e Islanda tra i 45-55 anni d'età e in Finlandia tra i 55-65 anni d'età.

Variabili sociali

Il suicidio è molto più frequente nel sesso maschile, anche se il rapporto M/F risulta influenzato dal contesto culturale. Ad esempio si passa da 2/1 della Danimarca al 5/1 della Polonia. Mediamente si può affermare che gli uomini mettono in atto il suicidio con frequenza circa tre volte maggiore delle donne. Per contro, il numero di tentativi di suicidio non riusciti, senza cioè esito letale, compiuti dal sesso femminile è tre volte maggiore rispetto agli uomini.

L'incidenza del suicidio tende ad aumentare con l'avanzare dell'età. La percentuale tra le persone con più di 65 anni è molto più alta rispetto alla popolazione generale e quella tra le persone al di sopra dei 75 anni è almeno tripla rispetto a quella dei giovani.

Il matrimonio sembra conferire una relativa "protezione" nei confronti del suicidio, soprattutto se accompagnato dalla presenza di figli in tenera età. Le persone che non si sono mai sposate ("single") registrano invece una percentuale quasi doppia rispetto ai coniugati.

Malattie psichiatriche e rischio anticonservativo

Le patologie psichiatriche in cui sono più frequentemente presenti tentativi di suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (depressioni maggiori e disturbi bipolari), l'abuso di alcool e la schizofrenia.

Ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria, interessando tra il 65 e il 90% dei suicidi. Tra i pazienti depressi, il rischio è maggiore nei casi in cui la terapia non venga assunta in modo corretto o sia presente resistenza ai farmaci.

Tra le cause di suicidio, l'alcolismo è secondo solo ai disturbi dell'umore: tra gli alcolisti

il rischio di suicidio nel corso della vita è stimato intorno al 10-15%, dato sovrapponibile a quello presente nei depressi.

Del resto i punti di contatto tra tali patologie psichiatriche sono molteplici e non sempre agevolmente distinguibili; frequentemente un disturbo depressivo s'instaura secondariamente all'abuso di alcool, ma l'etilismo può a sua volta essere una complicanza di diverse malattie psichiatriche oltre agli stessi disturbi dell'umore, quale la schizofrenia, i disturbi d'ansia e i disturbi della personalità.

Mentre nei disturbi dell'umore il suicidio generalmente si verifica nelle prime fasi della malattia, negli alcolisti avviene nelle fasi finali, spesso in concomitanza a gravi rotture di relazioni interpersonali, emarginazione sociale ed indigenza, insorgenza di una complicanza somatica della malattia.

Per gli schizofrenici esiste un rischio di circa il 15% di suicidio ed è più accentuato per quei soggetti a buon funzionamento prima dell'esordio della malattia, che vanno incontro a ricadute croniche o che temono la disintegrazione mentale.

Anche nei Disturbi di Personalità di tipo Borderline ed Antisociale sono spesso presenti comportamenti anticonservativi: in particolare, risulta che tra pazienti con disturbo borderline circa il 10% va incontro a morte per suicidio. I disturbi di tipo antisociale sono associati ad un rischio leggermente inferiore di suicidio, ma in percentuale superiore (circa il 50%) sono presenti tentativi di tipo manipolativo.

La ripetizione del tentativo anticonservativo

La ripetizione dell'atto riveste particolare importanza nell'ambito dei comportamenti anticonservativi. Alcuni Autori descrivono i soggetti ripetitori come persone che vivono in una condizione cronica di disorganizzazione personale e sociale. La storia familiare trae spesso origine da nuclei caotici e disturbati, con presenza di malattie psichiatriche o abuso di alcool. Tra i ripetitori sono di frequente riscontro personalità instabili, con difficoltà a mantenere adeguate relazioni sociali ed un rapporto di lavoro continuativo (disoccupazione e alternanza d'impieghi); non sono rari abuso di alcool o vero e proprio alcolismo, tossicodipendenza e talvolta anche precedenti di comportamento criminale. Frequente, inoltre, il riscontro di diagnosi di disturbi di personalità, in particolare di tipo borderline, antisociale ed istrionico.

La maggior parte delle ripetizioni avviene entro i primi tre mesi dal tentativo. Particolarmente pericolosi sono i giorni immediatamente successivi e la scelta delle modalità di solito non varia tra il primo episodio e quelli successivi.

La valutazione dei fattori di rischio riveste un'enorme importanza per prevedere la ripetizione del tentativo di suicidio, anche se possono giocare un ruolo determinante fattori

imprevedibili quali l'impulsività, la persistenza di conflitti interpersonali e sociali, l'insorgenza di gravi malattie fisiche, l'incapacità di reagire adeguatamente di fronte alle avversità della vita.

I principali fattori di rischio per la ripetizione possono essere comunque così elencati: precedenti tentativi di suicidio, personalità antisociale, storia di trattamento psichiatrico, alcolismo, dipendenza da droghe, disoccupazione, storia di comportamenti criminali, familiarità suicidaria, isolamento sociale. Le fasce d'età più interessate sono tra i 25 e i 35 anni ed oltre i 55.

Il divorzio o la separazione sono, inoltre, fattori importanti per la condizione d'isolamento in cui lasciano il soggetto e per la sensazione di fallimento e vuoto interiore che vanno spesso ad intaccare un equilibrio già precario.

Trattamento del paziente con tentativo di suicidio

La disponibilità è il più importante requisito necessario alla struttura o persona che intendono aiutare professionalmente il potenziale suicida. In considerazione della grave natura della crisi suicidaria, chi se ne fa carico dovrebbe essere sempre rintracciabile. La disponibilità diretta ha due importantissime funzioni: in primo luogo il potenziale suicida sa che ci sarà sempre qualcuno pronto a rispondere alle sue richieste d'aiuto. In secondo luogo, grazie alla disponibilità di un operatore, la persona che ha intenzione di suicidarsi può rompere l'isolamento sociale nel quale si trova ed esprimere le proprie angosce.

Se non è possibile fornire tale tipo di disponibilità da parte di una struttura o del singolo operatore, è necessario che persone con grave rischio di suicidio siano ricoverate.

L'intervento in una crisi suicidaria consiste soprattutto nel parlare con il potenziale suicida in quanto la costruzione di una relazione, per quanto fragile all'inizio, può essere di vitale importanza. Per le persone con propositi di suicidio la comunicazione con altri dà spesso la possibilità di sfogare aggressività, rabbia, dolore. Il tentativo o la minaccia di suicidio è molto spesso l'espressione di aggressività verso altri, ad esempio i genitori o il partner. Offrendo metodi alternativi di espressione di tale aggressività si possono ridurre le tendenze al suicidio.

L'intervento deve anche comprendere l'assistenza a lungo termine in quanto le tendenze anti-conservative appaiono il più delle volte espressione di una grave frattura personale o sociale. Tale trattamento deve concentrarsi su due aspetti. Come prima cosa si deve contribuire ad affrontare i problemi psicologici o sociali che hanno portato al proposito di suicidio. Secondariamente si devono insegnare ai soggetti a rischio strategie alternative per far fronte ai periodi di crisi acuta. In definitiva il trattamento a lungo termine dei soggetti a rischio di suicidio non si propone scopi diversi dai trattamenti di aiuto psicologico o psicoterapico in generale.

Terapia e prevenzione del comportamento anticonservativo

La stragrande maggioranza delle persone che muoiono per propria mano soffre di un disturbo psichiatrico e, nella maggior parte dei casi, di un disturbo depressivo. È quindi appropriato affermare che metodi efficaci di trattamento e prevenzione dei disturbi depressivi agiscono anche sull'incidenza dei comportamenti anticonservativi.

Nella psichiatria contemporanea le modalità principali di trattamento sono la psicoterapia e i trattamenti con antidepressivi. Entrambi i tipi d'intervento sono efficaci sia usati singolarmente sia in combinazione e sono quindi anche efficaci per ridurre e prevenire il comportamento anticonservativo.

I familiari dei pazienti

La sofferenza è un fatto personale...

La sofferenza è sempre personale, spesso incomunicabile, genera vissuti di solitudine, d'isolamento e di estraneità dal mondo e dagli altri, è paralizzante, blocca la volontà di relazionarsi all'altro, chiunque esso sia.

In particolare, la sofferenza originata dalla depressione fa percepire la vita come un tunnel oscuro senza via d'uscita e da percorrere da soli.

... che però coinvolge anche il gruppo

Quando un membro di un gruppo si ammala, il suo malessere riguarda e coinvolge l'intero gruppo. A tale regola non sfugge il gruppo "famiglia" quando un suo componente si ammala di depressione. La sofferenza della persona malata agisce come onda d'urto nel contesto in cui l'individuo è inserito: la sofferenza di un figlio, di una madre, di un padre coinvolge - e sconvolge al tempo stesso - l'intero nucleo familiare.

Se nel mondo animale tali situazioni si risolvono col prevalere dell'istinto di sopravvivenza del gruppo e il conseguente abbandono del membro malato, l'uomo deve adottare ben altri comportamenti e strategie per salvaguardare la sopravvivenza del gruppo e dell'individuo malato.

Chi vive a stretto contatto con un depresso si trova spesso in difficoltà, non sa come affrontare la situazione e soffre quasi quanto la persona malata. Gli diventa difficile scegliere il comportamento adatto, rischia di turbare il congiunto pur volendolo rassicurare o di deprimerlo pur intendendo confortarlo.

Tale realtà è confermata dalle richieste di aiuto che giungono al Servizio d'Ascolto dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione da parte di familiari, parenti, amici di persone che soffrono di disturbi depressivi e ansiosi. Nel tentativo di aiutare, oltre il sin-

golo paziente, anche i suoi familiari, l'Associazione dedica uno spazio di ascolto a chi sta vicino alle persone malate. A cadenza mensile una coppia di terapeuti incontra, in piccoli gruppi, coloro che sentono la necessità di condividere con altri le difficoltà presenti nel rapporto con un familiare depresso e le considerazioni che seguono consistono nell'elaborazione dei contenuti emersi durante tali incontri.

Gli incontri con i familiari

Gli incontri sono in primo luogo uno spazio d'accoglienza e di scambio tra sofferenze diverse che desiderano dialogare e confrontarsi. Ciò che spinge i familiari a partecipare è il bisogno di informazioni e la ricerca di risposte, oltre che il desiderio di condivisione e di sostegno. Vengono agli incontri per un figlio, un genitore, il coniuge, una sorella, un amico o il partner. A volte si presentano in due o tre per la stessa persona. Raccontano storie di tentativi di cura precedenti o in corso, ma anche di difficoltà nell'identificare i professionisti cui rivolgersi. Chiedono informazioni sulla patologia diagnosticata, la sintomatologia, l'efficacia dei farmaci. Esprimono preoccupazione per la durata delle cure, spesso spaventati se la remissione dei sintomi appare lenta, se si verificano ricadute, se la guarigione tarda ad arrivare.

Le loro richieste

Le domande più frequenti dei familiari e le relative risposte verranno presentate nel dettaglio in un capitolo successivo. In generale possiamo qui affermare che chiedono soprattutto di essere aiutati ad individuare i comportamenti da adottare con la persona malata, a capire se quanto fanno è abbastanza, se possono fare di più o meglio.

Ciò che emerge con chiarezza è il profondo vissuto d'impotenza che la sofferenza della persona malata provoca in loro. Alcuni si sentono esclusi e tenuti a distanza, altri troppo coinvolti, quasi tutti hanno la sensazione di sbagliare, qualunque cosa facciano.

Un vissuto comune a molti è la sensazione di non riconoscere più il congiunto rispetto a prima della malattia.

“È ancora mio figlio, quello che passa ore e ore seduto alla scrivania a guardare il muro? Io non lo riconosco più!” In queste parole di una madre vi è il dramma della malattia depressiva che trasforma la persona colpita e costringe i familiari a modificare il modo di relazionarsi con lei.

I familiari, durante gli incontri, pongono molte domande. A volte, però, più forte del bisogno di sapere è quello di parlare del proprio dolore: chiedere aiuto per se stessi sembra essere l'altra motivazione che spinge a venire agli incontri.

“Io ho un marito depresso, sono già venuta l'altra volta e oggi vengo di nuovo per stare

con chi ha lo stesso mio problema, ne ho bisogno” diceva una signora che ha partecipato a più di un incontro.

Sono spesso presenti sensi di colpa dovuti alla sensazione di non fare abbastanza, vissuti di frustrazione legati al non vedere apprezzati i propri sforzi, vissuti di rabbia legati al rifiuto dell'aiuto, vissuti d'inadeguatezza, di angoscia, di aggressività.

Molti pensano di non essere in grado di dare sufficiente affetto nella convinzione che, se fossero davvero adeguati, se si “sforzassero” di più a capire le esigenze dell'altro, se riuscissero a dare più “amore”, il miracolo della guarigione si compirebbe e la persona cara smetterebbe di soffrire.

Le nostre risposte

“Accogliere” è il compito principale degli psicologi che conducono il gruppo, dando ad ogni partecipante lo spazio necessario per raccontare la storia del parente malato.

Gli operatori rispondono, innanzitutto, alle domande poste. In genere è necessario descrivere come fare per contattare gli specialisti del settore e dare chiarimenti sulle differenti figure professionali: lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta. È, inoltre, spesso necessario parlare dei pregiudizi sui “medici dei matti” o sugli “strizzacervelli”, che alimentano fantasmi poco rassicuranti, e fornire informazioni sui servizi dei Centri di Salute Mentale delle ASL di zona.

Gli obiettivi più importanti di tali interventi sono:

- trasmettere un messaggio chiaro rispetto alle possibilità di cura del disagio e della malattia che può essere così riassunto: “Da questi disturbi si può guarire, purchè ci si rivolga ai professionisti e si seguano le cure prescritte”;
- fare in modo che la persona malata non sia colpevolizzata dalla convinzione che potrebbe guarire semplicemente dandosi da fare, mettendoci un po' di buona volontà;
- ridefinire il ruolo del familiare come quello di “colui che sta a fianco” del malato senza sostituirsi a lui nè ai curanti.

Lo scopo è aiutare i familiari a limitare comportamenti d'eccessiva presenza e controllo conseguenti al sentirsi unici responsabili della salute del congiunto. L'affetto può essere senz'altro terapeutico, ma non coincide con la cura: i familiari hanno il diritto d'informarsi, di essere informati, di partecipare e di accompagnare, ma non di essere sempre presenti nei luoghi dove avviene la cura. Alcuni familiari, ad esempio, di pazienti in psicoterapia lamentano vissuti di esclusione da parte dello psicoterapeuta cui il malato è affidato: ad

essi è necessario spiegare che il parente può essere presente durante la visita psichiatrica, ma che lo spazio della psicoterapia è riservato unicamente al paziente ed è protetto dal segreto professionale.

Questo argomento verrà ripreso ed approfondito nel capitolo successivo.

Altre volte è, invece, necessario sottolineare il fatto che tali disturbi determinano un'altezzazione del modo di percepire il mondo da parte del malato e questo modifica il rapporto con se stesso e con gli altri.

I familiari, inoltre, devono fare i conti con i propri limiti: spesso occorre invitarli a rivalutare le energie spese e quelle ancora a disposizione.

Man mano che si alternano i racconti dei partecipanti agli incontri diventa evidente che ciascuno, oltre a raccontare la storia della persona malata, parla di sé e delle difficoltà presenti nello stare a fianco di chi soffre di disturbi depressivi.

È necessario rassicurare sulla legittimità dei vissuti d'insofferenza che possono emergere dopo mesi, a volte anni, di preoccupazioni e sulla necessità di recuperare i propri spazi vitali in modo da non farsi trascinare, per esaurimento delle energie, nello stesso pozzo nero in cui è caduto il congiunto.

Ad alcuni basta suggerire il recupero delle proprie attività e di concedersi anche spazi "leggeri" che consentano di tornare dal malato più ricaricati e disponibili.

Ad altri occorre consigliare un percorso terapeutico che consenta di rileggere in un'ottica diversa le modalità relazionali in atto col paziente.

In presenza di preoccupazioni relative alla pericolosità per gli altri del familiare depresso, è necessario specificare che nella patologia depressiva l'aggressività è soprattutto autodiretta (rivolta cioè contro se stessi) e che è, invece, raro che il depresso sia pericoloso per le persone che gli stanno accanto.

A volte succede che agli incontri partecipino familiari di pazienti che, per la gravità del disturbo, sono ricoverati in strutture specializzate. Si tratta di situazioni estreme che determinano nei familiari sensi d'impotenza e di colpa per quello che spesso viene vissuto come "abbandono del congiunto malato". Occorre allora sottolineare che il ricovero è, in realtà, uno strumento terapeutico che dà al paziente la possibilità di affrontare la fase acuta della crisi in un luogo protetto. In alcuni casi è l'unica strada percorribile per avvicinare alle cure la persona che soffre: tale fase può trasformarsi in un'importante occasione di osservazione e di diagnosi, prima tappa del percorso di cura e guarigione.

Considerazioni conclusive

L'elemento centrale della sofferenza psichica è la solitudine del paziente e di coloro che gli stanno accanto e il compito più arduo degli operatori è di aiutare a costruire ponti che

consentano di mettere in contatto tali solitudini e sofferenze.

Va, innanzitutto, precisato che non esiste un decalogo che indichi quali siano i comportamenti “giusti” e quelli “sbagliati”. Segnaliamo di seguito alcuni suggerimenti su ciò che è più opportuno dire o non dire al proprio congiunto depresso, tenendo presente che i parenti non possono superare i limiti della loro cultura, delle conoscenze di cui sono in possesso e dello stato emotivo che stanno vivendo. Insomma, fanno quello che possono.

Cosa dire

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

“Anche se adesso ti sembra un tunnel senza via di uscita, il rimedio c'è e, con le cure adeguate, se ne può uscire 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”

“È 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”

“È 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 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”

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 quella energia vitale (che è, appunto, quella che noi chiamiamo volontà) da poter usare a piacimento.

I familiari non devono stigmatizzare la sofferenza del congiunto come incapacità ad affrontare la vita, non devono accentuare il suo isolamento né aumentare il suo carico d'i-

nadeguatezza e di colpa.

Tornando alla metafora dei ponti da costruire allo scopo di mettere in contatto solitudine e sofferenza del paziente con quelle dei familiari, è possibile individuare nell'empatia il materiale per costruirli.

L'empatia è la capacità di mettersi nei panni dell'altro, di guardare con gli occhi dell'altro, ascoltare con l'orecchio dell'altro e sentire con il cuore dell'altro e appare come l'unico conduttore di energia positiva tra i due poli - paziente e familiari - della sofferenza psichica.

Un comportamento empatico è soprattutto disponibilità all'ascolto dell'altro. Senza l'empatia ogni comportamento dei familiari rischia d'essere inutile, se non dannoso. Pretendere reazioni, incitare all'attività, aggredire o scuotere possono solo peggiorare la situazione. Essere genitori, amici o fidanzati non è semplice e lo è ancor meno quando è presente la malattia. Soltanto la capacità empatica consente di stare accanto al paziente e accompagnarlo nel percorso che gli consentirà di uscire da quel tunnel oscuro dal quale non sembra esserci uscita.

I familiari di pazienti in psicoterapia

L'ambiente relazionale

L'inizio di una psicoterapia attiva reazioni emotive intense nell'ambiente relazionale e in particolare all'interno della famiglia: chi chiede apertamente se può fare qualcosa, chi fa valere il proprio potere, chi risulta invadente senza volerlo, chi invece pensa sia suo diritto intervenire e poco importa come.

Questo capitolo si sofferma sulla relazione tra il paziente che inizia una psicoterapia ed i suoi familiari.

Il paziente, il terapeuta e la segretezza

La relazione psicoterapeutica è uno spazio privato in cui il paziente porta il proprio disagio e i personaggi della propria vicenda personale, alla ricerca di nuovi significati. Il terapeuta offre una relazione nuova ed un ambiente protetto dalle regole del setting e dal segreto professionale.

Al telefono:

“Dott./Dott.ssa Z”?

“Sì, buongiorno, la Signora...?”

“Buongiorno... sono la mamma di Dario (un paziente di 25 anni), è venuto oggi? Sa, non mi dice mai nulla... volevo sapere come sta andando la terapia... sì, insomma, come sta...?”

La richiesta della mamma di Dario è comprensibile ma, se il paziente è adulto, nulla di quanto viene detto in seduta può esser rivelato. L'unica possibilità è riportare la richiesta all'interno della seduta con il paziente e concordare con lui la risposta.

Compito del terapeuta è sostenere il paziente nel confronto con il suo mondo interno, ma

anche con l'ambiente esterno e le sue richieste.

L'alleanza tra paziente e terapeuta non significa essere "contro" nessuno dei suoi familiari, amici o conoscenti. È spesso difficile evidenziare che la relazione esclusiva non vuole essere escludente. I genitori, il marito, la fidanzata o il miglior amico non possono avere dal terapeuta informazioni su quanto avviene in seduta semplicemente per il rispetto di un fondamentale patto di segretezza stretto con il paziente.

Cosa possono fare i familiari

Stare vicino

Chi decide di iniziare una psicoterapia dichiara a se stesso e agli altri, in modo più o meno esplicito e diretto, il desiderio di prendersi cura di sé per stare meglio e l'ideale cui dovrebbero tendere i familiari è "stare a fianco" e rinforzarlo nel percorso intrapreso. Le difficoltà sono evidenti, perché si tratta di un ruolo nuovo, diverso da quello "di partenza". Moglie, padre, fratello, amica, fidanzato di solito interagiscono con la persona che si cura da una posizione relazionale connotata affettivamente, fonte di doveri e, talvolta, di diritti specifici: può, quindi, essere difficile tenere presente i loro limiti ed evitare comportamenti invasivi nella relazione tra il paziente e il suo terapeuta.

L'informazione

Acquisire informazioni, tramite pubblicazioni o siti internet qualificati, sulla psicoterapia, su cos'è, come si svolge, quali sono gli scopi, i tempi, "le regole", è senza dubbio importante per i familiari ed è utile per individuare i comportamenti più corretti da adottare.

Un modo relativamente più recente per informarsi è frequentare familiari di pazienti con patologie simili, per confrontarsi direttamente sulle difficoltà incontrate e mettere in comune informazioni e risorse.

Prendersi cura di sé

Se la sofferenza del congiunto occupa un posto eccessivo nella propria vita, prenderne consapevolezza può provocare un cambiamento e instaurare un circuito benefico.

Riporto la testimonianza del padre di un ragazzo di 24 anni sofferente di depressione:

"Mio figlio è depresso da due anni...non lo riconosco più...va dallo psicologo e prende i farmaci, ma esce poco, gli amici gli telefonano e lo invitano ad andare a ballare o a mangiare una pizza, ma lui resta a casa...esce solo per andare al lavoro...io e mia moglie non sappiamo più cosa fare...abbiamo rinunciato a tutto per stargli vicino...non andiamo nemmeno più al cinema per non lasciarlo da solo...e litighiamo spesso, parliamo solo di

lui e di come fare per farlo stare meglio...non è più vita”.

Questi genitori sentono che la sofferenza del figlio sta invadendo la loro vita, ma non riescono a legittimare a se stessi la possibilità di stare bene. Gli aspetti vitali della quotidianità assumono un colorito colpevole: non è giusto stare bene se il figlio sta male. Un invito a recuperare gradualmente spazi personali e di coppia gratificanti può aiutarli a confrontarsi più realisticamente con i loro limiti e le loro risorse ed evitare che il loro rapporto e quello con il figlio siano incentrati esclusivamente sulla sofferenza.

La cura è contagiosa

A volte la sofferenza del proprio caro può riverberarsi profondamente sul vissuto di chi gli sta vicino e raggiungere corde emotive profonde, scoprendo un disagio personale che va accolto ed elaborato. In tali casi è consigliabile richiedere aiuto per sé e prendersi cura della propria sofferenza con un ciclo di colloqui di sostegno psicologico oppure con una psicoterapia individuale.

Cosa non devono fare i familiari

La negazione della sofferenza

Se una persona intraprende una psicoterapia vuol dire che riconosce la presenza di un disagio di cui intende prendersi cura. Perché negare tale disagio?

In seduta:

“Mia moglie dice che sono tutte palle quelle che ho... ma io sto male. So che questa situazione è penosa anche per lei... ma perché non mi crede?”

Un colloquio di accoglienza, presenti mamma e figlio (un ragazzo di 25 anni):

“Io so che mio figlio sta male, ma non so più cosa fare... è stato lui a telefonare per fissare l'appuntamento qui e mi ha chiesto di accompagnarlo... il nostro medico di famiglia gli ha dato qualche goccina...va bene che le prenda, ma io non credo sia così grave da avere bisogno di uno psicologo o addirittura di uno psichiatra...”

In seduta:

“Mio marito non sa che vengo qui... non l'ho detto a nessuno perché ho paura che pensino che sia matta... loro mi credono forte, nessuno sembra accorgersi che sto male anche se piango in continuazione per un nonnulla...l'altro giorno stava per succedere anche di fronte ai bambini, mi sono alzata da tavola e sono andata in bagno quasi di corsa per non farmi vedere... ero disperata e mi veniva da vomitare... poi mi sono lavata la faccia

e sono tornata di là... mio marito non mi ha chiesto niente... è successo la settimana scorsa... forse non vuole mettermi in difficoltà...”

La sofferenza di una persona è un segnale emotivamente forte per chi le sta vicino e può spaventare o destabilizzare. Negare la sofferenza del proprio caro è una difesa comprensibile, ma non giustificabile. Negare il malessere (“*Tu stai bene!*”) impedisce alla persona di trovare un punto fermo da cui partire per la ricerca autonoma e responsabile di un sollievo e di un significato. Tale atteggiamento lascia la persona sola e confusa e rende difficile la richiesta d’aiuto.

La svalutazione della cura

Chi intraprende una psicoterapia può decidere di comunicarlo o meno. Nel caso in cui scelga di farlo, le reazioni possono essere le più svariate: chi chiederà informazioni su cos’è la psicoterapia in generale; chi vorrà sapere chi è il terapeuta scelto e che formazione ha; chi accetterà con curiosità i racconti di spaccati di seduta; chi ne farà con lui argomento di conversazione; chi ascolterà senza entrare nel merito, avvertendo di essere reso partecipe di una relazione particolare e privata su cui non gli vengono richiesti commenti. Gli esempi potrebbero continuare, ma una reazione in particolare merita un approfondimento: la svalutazione della cura. Denigrare il percorso psicoterapeutico con critiche e giudizi generali che ne mettono in dubbio la serietà e ne svalutano l’efficacia sminuisce la portata emotiva e spesso affettiva della comunicazione. Svalutare la psicoterapia o il terapeuta svaluta il paziente, la sua scelta e prende le distanze dalla sua sofferenza. Non è necessario, naturalmente, che tutti credano nell’utilità di tale percorso, ma tale posizione va dichiarata in modo esplicito ed affettivo come semplice parere personale con cui il paziente può confrontarsi, sentendosi comunque accolto.

In seduta:

“Il mio fidanzato continua a dirmi che non capisce perché vengo da lei a buttare via i soldi...lui dice che se andassi in palestra, visto che ho già pagato l’abbonamento e non ci vado mai o se facessimo un viaggio, starei meglio comunque e mi divertirei di più...in realtà mi dice anche che mi trova un po’ meglio ultimamente... sarà anche perché, da quando vengo qui, è capitato meno di frequente di scoppiare in lacrime senza motivo quando siamo insieme o che decida all’ultimo di non uscire perché ho un attacco d’ansia...”

È evidente che la paziente potrebbe trarre giovamento, come ognuno di noi, dallo sport o da un viaggio. Perché, però, svalutare la sua scelta? La psicoterapia non è assimilabile ad uno svago: è un investimento impegnativo e faticoso, a livello emotivo ed economico, scelto per ritrovare il proprio benessere. È probabile che, presto, tornerà a desiderare (e

poi a fare) le cose che faceva prima di stare male, sport e viaggi inclusi.

La cura non è dunque uno svago, nonostante sia un'esperienza emozionante. Possiamo immaginarla come una palestra per imparare a riconoscere le proprie emozioni e le proprie modalità di funzionamento, oppure come un viaggio relazionale che si intraprende per dare un significato ad un disagio, per attraversarlo ed integrarlo in maniera più efficace nella propria vicenda personale.

Gli agiti aggressivi

La negazione della sofferenza e la svalutazione del percorso di cura possono essere considerate espressioni di aggressività, a volte inconsapevole. L'aggressività non riconosciuta viene proiettata all'esterno e agita con azioni e comportamenti orientati a colpire direttamente la psicoterapia.

In seduta:

Una signora di 45 anni: *“Mi scusi, sono di nuovo in ritardo... è che mia sorella... lo sa che non ce la faccio a guidare in questo periodo e... sì, mi dice che mi accompagna lei, che per lei non è assolutamente un problema perché tanto in questo periodo non lavora e che lo fa volentieri... ma è la terza volta che viene a prendermi in ritardo di venti minuti... è impossibile che io arrivi puntuale... gliel'ho detto e ripetuto... mi fa sentire ancora più una nullità... io non la capisco”*

Al telefono:

Il padre di Giulia, una ragazza di 23 anni: *“Buongiorno. Giulia non viene all'appuntamento questa settimana perché non ho ancora preso lo stipendio e non le posso dare i soldi”*

“Non è davvero un problema, abbiamo affrontato questo argomento con Giulia e abbiamo trovato una soluzione, non so se lei ne è al corrente...”

“No, non mi ha detto niente... cioè, mi ha detto di non telefonarle, ma...”

“Non credo sia una buona idea che Giulia salti le sedute per questo motivo, comunque ne riparlerò con lei, forse non ci siamo capiti, non è facile parlare di certi argomenti...”

“Comunque questa settimana non viene...”

“D'accordo, allora cancello l'appuntamento per questa settimana. Ne riparlerò con Giulia, l'aspetto tra due settimane. È lì vicino a lei?”

“No... è andata via con sua madre... mi ha detto che preferiva telefonare lei, ma io...”

“Magari potremmo pensare ad un momento in cui affrontare questo argomento tutti e tre insieme, se Giulia è d'accordo. Quando rientra le dica che, se ha piacere di mettersi in contatto con me, oggi mi trova...”

In sala d'attesa:

Stefano sta parlando con due persone sedute vicino a lui: penso possano essere suoi familiari. In sala ci sono altri tre pazienti che attendono l'ora dell'appuntamento con il proprio terapeuta.

“Buongiorno Stefano, prego...”

“Buongiorno (alzandosi per entrare in seduta)”

Si alza anche una delle due persone che gli stanno sedute accanto: *“Buongiorno, sono Valeria, la sua fidanzata, posso parlarle un minuto?”*

Stefano si sofferma sulla porta senza dire nulla, con un'espressione inintelligibile.

“Mi spiace, non è proprio possibile in questo momento, se ha piacere di parlarci devo consultarmi prima con Stefano, abbia pazienza”

Senza accennare a riprendere il suo posto seduta, Valeria incalza: *“Ma devo parlarle solo qualche minuto! Lui è d'accordo, figuriamoci! Vero che sei d'accordo?”*

I presenti osservano la scena. Si avverte un'atmosfera di leggero imbarazzo.

“Mi spiace davvero, non ritarderei oltre l'inizio della seduta, vedremo cosa si può fare, buongiorno”.

In ognuno degli esempi sopra riportati il terapeuta deve garantire la protezione del setting, del paziente e del suo stesso lavoro. Tali “incidenti di percorso” sono relativamente frequenti e, se elaborati durante la seduta con il paziente, possono rivelarsi un importante strumento di lavoro. Può però anche capitare che l'incidente si trasformi in danno, quando ad esempio contribuisce in qualche misura all'interruzione della terapia.

L'uso strumentale della psicoterapia da parte del paziente

I familiari entrano nella stanza della psicoterapia sotto forma di personaggi interpretati e filtrati dai vissuti, consapevoli ed inconsci, del paziente. Il terapeuta non conosce e non conoscerà, per esempio, la madre reale del paziente, ma esclusivamente il racconto che lui ne fa. Il racconto dei fatti, in psicoterapia, parla in primo luogo del paziente, del suo modo di sentire emotivamente, di pensare, di relazionarsi con se stesso e con gli altri. I giudizi sugli accadimenti o le attribuzioni di valore ai personaggi significativi della storia non fanno parte del lavoro del terapeuta, che si relaziona invece esclusivamente con il protagonista e con le sue modalità di rapportarsi a fatti, persone, categorie concettuali e valori. In altre parole, compito del terapeuta non è scoprire la verità, né il colpevole.

In seduta:

“Ho detto a mia moglie che anche lei pensa che sia tutta colpa sua se io oggi sto così male!”

“Mio marito continua a chiedermi come va la terapia...io non me la sento di dirgli niente,

sono così confusa... sono arrabbiata con tutti e non so perché...non sopporto che mi si avvicinino... così gli ho detto che è meglio non avere rapporti (sessuali) quando si fa una psicoterapia”

“Ieri sono andato a cena dai miei, c'erano anche i miei fratelli e mia sorella...quando ci siamo seduti a tavola ho cominciato a stare male, un'ansia tremenda e un groppo in gola... mio padre mi ha chiesto se ero di cattivo umore e ...sono esploso, gli ho detto che, con una famiglia del genere, c'era poco da stare allegri... gli ho anche detto che lei sostiene che lui non è stato una figura maschile di riferimento positiva... mio padre non aveva la più pallida idea di cosa io stessi parlando! Ho rovinato la cena a tutti”

È bene chiarire che il terapeuta, negli esempi citati, non ha detto nessuna delle parole riportate ai familiari. È bene inoltre ricordare che il paziente, a volte in buona fede, può attribuire parole e pensieri al terapeuta e farne un uso strumentale per riuscire a dire quanto non è mai riuscito, per giustificare i suoi comportamenti o, nei momenti di tensione, quando teme di non riuscire a gestire in altro modo lo scontro.

In alcune fasi della psicoterapia, inoltre, può avere bisogno di non esporsi o di esprimere la propria aggressività in modo protetto: in tali occasioni è possibile che utilizzi, più o meno consapevolmente, il terapeuta attribuendogli affermazioni, giudizi sui familiari o indicazioni al paziente sul comportamento da tenere.

I sintomi segnalatori del Disturbo Depressivo

La presente ricerca, svolta dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, è stata svolta su un campione di 185 pazienti, le cui caratteristiche verranno specificate in seguito.

I soggetti sono stati esaminati durante il periodo di un anno, tra il 2005 e il 2006 e i risultati della ricerca sono stati presentati durante il Convegno, organizzato dall'Associazione nell'Ottobre 2006, dal titolo: "Il paziente depresso e i suoi familiari" presso il "Centro Congressi Torino Incontra" di Torino.

La ricerca viene riproposta all'interno del presente volume in quanto i risultati emersi sono costantemente confermati nella pratica clinica giornaliera e sono, quindi, attuali.

Pensiamo, inoltre, che tali dati possano permettere ai pazienti ed ai loro familiari di riconoscere i primi segnali della presenza di un Disturbo Depressivo, rendendo l'intervento terapeutico il più precoce possibile.

Caratteristiche del campione

Uno dei servizi offerti dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione consiste in un colloquio, a titolo gratuito, con uno/a psicologo/a a chi ne fa richiesta. Tale colloquio non ha scopo terapeutico, ma consiste in una consulenza per fornire indicazioni personalizzate sul percorso terapeutico da seguire a chi soffre di un disturbo depressivo o ansioso. Ha una durata media di 45 minuti alla fine dei quali il professionista, sulla base delle informazioni raccolte, fornisce al paziente le indicazioni su ciò che è più opportuno fare per curare il disturbo di cui soffre. Dopo il colloquio, inoltre, lo/a psicologo/a, compila una scheda dove riporta i principali dati raccolti, salvaguardando l'anonimato del richiedente e omettendo qualunque elemento che possa renderlo riconoscibile. Compila inoltre, quando si tratta di un paziente sofferente di un disturbo di tipo depressivo, una scala di valutazione dei Disturbi Depressivi, la Scala di Hamilton, che consente di avere una va-

lutazione sulla gravità della depressione.

Il suddetto servizio è attivo dal marzo 2003 e fino ad ora sono stati svolti da parte degli psicologi e delle psicologhe dell'Associazione circa 800 colloqui. Siamo quindi in possesso di un abbondante materiale e di questo abbiamo scelto di utilizzare i 185 colloqui e le relative Scale di Hamilton risalenti all'ultimo anno, riferiti cioè al periodo che va dal Settembre 2005 al Settembre 2006.

La Scala di Hamilton della Depressione

La Scala di Hamilton della Depressione (HAM-D) è stata ideata da Max Hamilton nel 1960 e destinata a valutazioni di tipo quantitativo in pazienti con disturbo depressivo.

Oggi viene utilizzata a scopo di ricerca ed ha grande valore pratico per valutare la gravità del disturbo e i miglioramenti conseguenti ad un trattamento antidepressivo.

La scala contiene 17 variabili, ciascuna da valutare in scale da 3 a 5 punti. Viene compilata alla fine di un'intervista non strutturata e il valore della Scala è determinato dalla somma dei punti delle singole variabili. Una persona non sofferente di depressione totalizza un punteggio pari a 5-6. Un punteggio di 16-18 indica invece la presenza di un disturbo depressivo che necessita già di una terapia antidepressiva.

I pazienti raramente totalizzano un punteggio superiore a 35 e un punteggio di 30 è già indicativo di un grave stato patologico.

Tutte le scale di Hamilton del nostro campione hanno un punteggio compreso tra i 16 e i 25 e quindi appartengono a soggetti che soffrono di un disturbo depressivo di grado medio.

Cos'è la depressione

Entriamo ora nel vivo del nostro argomento e cominciamo a definire cos'è la depressione. Con tale termine intendiamo un disturbo del "tono dell'umore", funzione psichica importante nell'adattamento al mondo esterno e a quello interno.

Tale funzione è flessibile, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative.

Si parla di depressione quando il tono dell'umore perde tale flessibilità, si fissa verso il basso, non è più influenzabile da situazioni favorevoli.

Parliamo ora dei sintomi della depressione, presentandoli prima nelle loro caratteristiche generali e poi confrontandoli con ciò che abbiamo riscontrato nel nostro campione di 185 pazienti.

Tono dell'umore depresso

Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali l'abbassamento del tono dell'umore si manifesta in forma di marcata labilità emotiva, facilità al pianto e incapacità di provare una risonanza

affettiva adeguata alle situazioni.

Nelle fasi acute sono presenti incapacità di provare gioia e piacere, perdita dello slancio vitale, profonda tristezza, senso di disperazione.

Il paziente lamenta di non provare più affetto per i suoi cari, di non riuscire a piangere, di sentirsi arido e vuoto.

Nei pazienti del nostro campione ciò è espresso come segue:

Manifestano tali sentimenti solo se interrogati: 48 soggetti (26%)

Esprimono spontaneamente tali sentimenti: 80 soggetti (43%)

Li esprimono con messaggi verbali e non verbali: 57 soggetti (31%)

NB: al fine di rendere la lettura più scorrevole, le percentuali su riportate, come anche le successive, sono arrotondate ed è per tale motivo che la loro somma algebrica non sempre corrisponde al 100%, ma a volte anche al 99%.

Quindi il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e, nella grande maggioranza dei casi, tali sentimenti sono espressi direttamente in maniera spontanea o indirettamente con messaggi non verbali.

Sentimenti di colpa

Sentimenti di *autosvalutazione* e *inadeguatezza* sono di solito presenti nel corso di una depressione. Il paziente *prova sentimenti di colpa*, vede il futuro privo di speranza e il passato pieno di errori commessi. Può anche giungere a ritenere se stesso responsabile dei propri disturbi: convinto di poter "star meglio facendo uno sforzo", si giudica colpevole per la propria pigrizia, il proprio comportamento ed il proprio egoismo.

Nel nostro campione i sentimenti di colpa sono così distribuiti:

- ***Assenti in 87 soggetti (46%)***
- ***Autoaccusa e convinzione di aver deluso tutti sono presenti in 64 soggetti (35%)***
- ***Le idee di colpa o il rimuginare su errori e colpe passati sono presenti in 34 soggetti (18%)***

Sono quindi 108, cioè il 53%, i pazienti del nostro campione che presentano sensi di colpa. In generale, il riscontro della pratica clinica evidenzia che, man mano che si accentua la gravità del disturbo, i sentimenti di autoaccusa e le idee di colpa sono presenti in modo più frequente ed accentuato.

La presenza di sentimenti di colpa è quindi un indice di gravità del quadro depressivo.

Disturbi del sonno

L'*insonnia* è una delle principali manifestazioni della depressione. È presente in varie

forme: può consistere in una difficoltà ad addormentarsi oppure in un'insonnia centrale, cioè con numerosi risvegli durante la notte, oppure in un risveglio nelle prime ore del mattino. In tal caso il depresso riferisce di addormentarsi subito, ma di svegliarsi dopo poche ore, di non riuscire più a dormire e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale. Durante le ore di veglia notturna è aggredito da sensi di colpa riferiti al passato e da pensieri negativi rivolti al futuro.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- ***Nessun problema in 28 soggetti (15%)***
- ***Insonnia iniziale in 24 soggetti (13%)***
- ***Insonnia centrale in 34 soggetti (18%)***
- ***Insonnia ritardata in 99 soggetti (54%)***

I disturbi del sonno sono quindi frequenti e il tipo d'insonnia nettamente prevalente è quella ritardata, caratterizzata da un risveglio molto precoce, alle 2-3 di notte. Sono invece poco presenti i disturbi del sonno relativi alle prime ore di sonno, tipo d'insonnia più frequente nei disturbi della serie ansiosa.

Lavoro e interessi

L'abbassamento del tono dell'umore determina una marcata riduzione d'interesse per le normali attività e sentimenti d'inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Quello che prima era semplice appare difficile e irrisolvibile.

Il paziente riduce sempre di più la sua partecipazione alla vita sociale, tende a chiudersi in se stesso, perde i suoi precedenti interessi.

Nel nostro campione la situazione è la seguente:

- ***Nessuna difficoltà in 30 soggetti (16%)***
- ***Sentimenti d'incapacità e inadeguatezza in 65 soggetti (35%)***
- ***Perdita d'interesse per le attività lavorative e ludiche in 78 soggetti (42%)***
- ***Hanno cessato di lavorare a causa della malattia 12 soggetti (6%)***

Solo in una piccola percentuale di pazienti (16%) l'attività lavorativa e l'ambito degli interessi non sono coinvolti dalla presenza di un disturbo depressivo. Nella grande maggioranza dei casi, invece, sono presenti la perdita d'interesse e sentimenti d'incapacità e inadeguatezza nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Solo in 12 casi il disturbo ha raggiunto una gravità tale da causarne l'interruzione.

Variazioni diurne

Per quanto riguarda l'intensità dei sintomi, sono di solito presenti variazioni diurne: il pa-

ziente si sente maggiormente depresso e angosciato al risveglio mattutino, mentre si sente meglio nelle ore pomeridiane e soprattutto in quelle serali.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- ***Nessuna variazione in 37 soggetti (20%)***
- ***Sintomi più accentuati la sera in 24 soggetti (13%)***
- ***Sintomi più accentuati al mattino in 124 soggetti (67%)***

Solo in una piccola parte di pazienti non si riscontra alcuna variazione dell'intensità dei sintomi durante l'arco della giornata. Nella stragrande maggioranza dei casi, invece, questa variazione è presente, con una maggiore accentuazione dei sintomi nelle ore mattutine.

Sintomi ansiosi

Spesso, accanto ai sintomi depressivi, sono presenti anche quelli ansiosi e l'ansia può presentarsi in forma psichica o somatizzata.

L'ansia psichica si manifesta sotto forma di tensione soggettiva, irritabilità o presenza di preoccupazioni per questioni poco importanti.

L'ansia somatizzata può manifestarsi sotto forma di sintomi gastrointestinali (secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione), cardiovascolari (palpitazioni, cefalea), respiratori (iperventilazione, sospiri), genito-urinari (pollachiuria).

Nel campione da noi esaminato riscontriamo quanto segue:

- ***Tensione soggettiva e irritabilità in 85 soggetti (46%)***
- ***Preoccupazioni per questioni di poco conto in 47 soggetti (25%)***
- ***Aspetti somatici dell'ansia in 53 soggetti (29%)***

La maggior parte dei pazienti presenta ansia prevalentemente psichica, sotto forma di tensione soggettiva e irritabilità o di un eccesso di preoccupazione per questioni di poco conto. Solo 53 su 185 presentano invece manifestazioni di tipo ansioso in forma somatizzata, cioè con somatizzazioni gastriche, intestinali o cardiovascolari.

Variazioni del peso corporeo

Nella depressione sono frequenti *riduzione dell'appetito e sintomi gastrointestinali*: i pazienti riducono progressivamente l'introduzione di cibo e debbono essere stimolati ad alimentarsi. La riduzione dell'alimentazione può determinare un marcato dimagrimento e, nei casi più gravi, veri e propri stati di *malnutrizione*.

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

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- ***Nessuna variazione in 103 soggetti (55%)***
- ***Perdita di peso corporeo (1 Kg/Sett.) in 72 soggetti (40%)***
- ***Aumento del peso corporeo in 10 soggetti (5%)***

Più della metà dei soggetti non presenta variazioni del peso corporeo e ciò è dovuto al fatto che i pazienti del nostro campione soffrono di forme depressive di gravità media. Tra coloro che, invece, hanno presentato disturbi alimentari, prevale nettamente la perdita di peso conseguente alla riduzione dell'alimentazione. Solo in dieci casi si è manifestato il fenomeno opposto, cioè aumento del peso conseguente a iperfagia.

Rallentamento - Agitazione

Nel paziente depresso è spesso presente un *rallentamento psicomotorio* che si presenta sotto forma di riduzione dei movimenti spontanei e, nei casi più gravi, di irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* perde la sua fluidità, s'impoverisce la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche.

Il rallentamento si esprime anche sul *piano ideativo* con una sensazione di lentezza e di vuoto mentale e un netto calo *dell'attenzione, della concentrazione e della memoria*.

È presente inoltre *astenia*, cioè un senso di spossatezza non motivato dall'aver svolto attività fisiche faticose e che può essere di entità tale da rendere difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice.

Il rallentamento ideomotorio può, in alcuni casi, determinare l'incapacità *di prendere qualunque decisione*, determinando un blocco talora completo dell'azione.

Vi sono quadri depressivi in cui, al contrario, è presente uno stato di *agitazione psicomotoria* che si manifesta con irrequietezza, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

- ***Pensiero e linguaggio normali in 121 soggetti (65%)***
- ***Lieve rallentamento in 46 soggetti (25%)***
- ***Evidente rallentamento in 11 soggetti (6%)***
- ***Stato d'irrequietezza in 7 soggetti (4%)***

Nella maggior parte dei pazienti non si evidenziano rallentamento ideativo o alterazioni del linguaggio e ciò è conseguente al livello medio di gravità dello stato depressivo dei soggetti del campione.

Solo in 46 casi si evidenzia un lieve rallentamento, mentre un evidente rallentamento o uno stato d'irrequietezza è presente rispettivamente in 11 e 7 casi.

Ipocondria

Durante un episodio depressivo si presenta frequentemente, specialmente nelle persone anziane, un eccesso di preoccupazione per le proprie condizioni fisiche, non supportata da motivazioni di tipo medico.

Il paziente polarizza la propria attenzione sul proprio corpo, sviluppa molte preoccupazioni per la propria salute, richiede frequenti esami di accertamento diagnostico e può arrivare a sviluppare la ferma convinzione di avere una malattia somatica, anche di fronte alla negatività degli esami effettuati.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- ***Assente in 90 soggetti (49%)***
- ***Polarizzazione sul proprio corpo in 77 soggetti (41%)***
- ***Frequenti lamentele e richieste di aiuto in 18 soggetti (10%)***

In circa la metà dei pazienti non sono presenti preoccupazioni ipocondriache e, quando invece sono presenti, riguardano prevalentemente il proprio corpo.

Lamentele e richieste di aiuto sono presenti in un numero ridotto di casi.

Propositi di suicidio

L'*ideazione suicida* si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita non valga la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più o di morire accidentalmente, ad esempio in un incidente stradale. Nei casi più gravi il suicidio può essere programmato con piani minuziosi fino alla sua messa in atto.

Il depresso può giungere a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza in seguito alla convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e alla conseguente perdita della speranza.

Dalla valutazione del rischio suicida dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o di optare per un ricovero.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

- ***Assenti in 144 soggetti (78%)***
- ***Vorrebbe morire in modo accidentale in 27 soggetti (14%)***
- ***Propositi di suicidio in 10 soggetti (5%)***
- ***Tentativi di suicidio in 4 soggetti (2%)***

Data la gravità di grado medio del disturbo depressivo di cui soffrono i pazienti del nostro campione, nella maggior parte dei casi sono assenti idee di suicidio e, se presenti, si manifestano come generico desiderio di morire, lasciando comunque al fato il compito

di determinare la morte. Solo in 10 casi è presente un'ideazione suicida associata ad una certa progettazione e in 4 casi erano stati effettuati tentativi di suicidio.

Riconoscere la depressione

Abbiamo quindi passato in rassegna i sintomi presenti nei pazienti sofferenti di un disturbo depressivo, esaminandoli sia da un punto di vista generale sia con riferimento ad un campione di 185 pazienti con un disturbo depressivo di gravità media. Abbiamo quindi avuto modo di vedere che la frequenza di tali sintomi dipende sostanzialmente dalla gravità del quadro depressivo: tanto più grave è la depressione, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti e, ovviamente, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti, tanto più grave è il disturbo depressivo.

Dal momento che lo scopo di questo lavoro è di rendere più facile a parenti e conoscenti di pazienti depressi l'individuazione dei segnali che devono indurre l'intervento terapeutico, facciamo una breve sintesi di quanto finora detto.

Quando è presente una depressione, il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e si manifesta come spiccata emotività, facilità al pianto, tendenza all'isolamento, riduzione dello slancio vitale e della gioia di vivere. Il familiare, quindi, deve entrare in allarme nel momento in cui si verificano modificazione del carattere del suo congiunto e acquisizione delle suddette caratteristiche.

Sono associati, comunque, altri sintomi. In ordine di frequenza: possono essere presenti sensi di colpa immotivati, disturbi del sonno, il più delle volte caratterizzati da un risveglio molto precoce, riduzione delle capacità lavorative a causa della riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, perdita degli interessi personali. Spesso il familiare comunica di stare meglio nelle ore serali, mentre quelle mattutine sono le peggiori in quanto caratterizzate da un marcato stato di angoscia. Molto frequenti sono i sintomi di ansia, prevalentemente sotto forma di tensione soggettiva e aumento della irritabilità. Nei soggetti più anziani possono anche essere presenti preoccupazioni eccessive per le proprie condizioni fisiche, sotto forma di preoccupazioni ipocondriache. Tutti i sintomi finora descritti sono riscontrabili in depressioni di gravità media.

Nelle forme depressive più gravi è possibile riscontrare anche rallentamenti motori o ideativi, variazioni del peso corporeo, il più delle volte sotto forma di perdita di peso, e propositi di suicidio, sotto forma di fantasie di morte accidentale o di veri e propri propositi anticonservativi.

Tenendo presenti i segnali indicatori descritti, il familiare potrà rendersi conto sia della presenza di una depressione sia della sua gravità e potrà quindi accelerare la consultazione del medico per mettere in atto gli interventi terapeutici necessari.

Il paziente depresso e il farmacista

Si tratta di una ricerca svolta dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione in collaborazione con l'Associazione Titolari di Farmacia della Provincia di Torino.

La presente ricerca consiste nell'elaborazione delle risposte fornite da 399 farmacisti di Torino e Provincia ad un questionario, proposto dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, sui pazienti depressi ed ansiosi, sui loro timori più frequenti nel momento dell'acquisto dei farmaci, sulle assicurazioni che più spesso richiedono al farmacista, sul livello di conoscenza dei disturbi di cui soffrono.

Il lavoro ha lo scopo di ampliare la conoscenza dei bisogni dei pazienti, migliorare la modalità di relazione con essi e superare le molte barriere pregiudiziali ancora presenti.

Lo strumento utilizzato nella ricerca è stato il questionario a risposte multiple in quanto la natura sfumata degli atteggiamenti nei confronti dei disturbi depressivi non ne permette una misurazione precisa. È tuttavia possibile utilizzare strumenti di raccolta dei dati che consentono di rilevare indizi utili alla loro comprensione e a tale scopo è stata utilizzata, all'interno del questionario, una scala progressiva di valutazione dell'esperienza personale del farmacista sull'item in questione, trasformata poi in intervalli a percentuale, in modo da favorire l'aspetto descrittivo della ricerca e rendere la compilazione il più vicino possibile alla realtà quotidiana del compilatore.

Per altre domande invece la scelta multipla non è stata ordinata per scala, ma descrive alcuni atteggiamenti più comuni tra i quali si richiede una scelta.

L'analisi dei dati si basa sulle percentuali attorno a cui si concentra il maggior numero di risposte, individuando così un indizio importante per la lettura di quel particolare aspetto del problema.

Riportiamo qui di seguito la legenda delle risposte possibili ed i relativi valori percentuali presentata ad inizio questionario:

Risposta	intervallo percentuale
“molto bassa”	minore del 20%
“bassa”	tra il 20% e il 30%
“media”	tra il 40% e il 60%
“alta”	tra il 70% e l’80%
“molto alta”	maggiore dell’80%

Ricordiamo che i farmacisti hanno risposto alle domande del questionario sulla base della propria esperienza professionale quotidiana riferita agli ultimi 12 mesi di attività.

La domanda introduttiva è stata: “Come giudica il livello generale di informazioni su depressione e ansia in possesso della popolazione che frequenta la farmacia (informazioni sul tipo di disturbo, sulle cause, sulle possibilità di cura...)”.

Il 65% dei farmacisti ha risposto “scarso”, il 31% “sufficiente”, solo il 4% ha risposto “buono” o “ottimo”; per cui il 65% dei farmacisti interpellati ritiene non adeguato il livello d’informazione su questi argomenti.

Centrando l’attenzione sul motivo principale per cui il paziente si reca dal farmacista, cioè l’acquisto del farmaco, è stato indagato il livello di conoscenza del prodotto acquistato.

La prima domanda, a tale proposito, chiede in che percentuale è stimata la conoscenza, da parte dei pazienti, della differenza esistente tra diversi tipi di farmaci quali ansiolitici, antidepressivi e neurolettici (antipsicotici). La metà dei farmacisti interpellati ha risposto che la conoscenza di tale differenza è “molto bassa” e il 43% ha risposto “bassa”.

Il 93% dei farmacisti intervistati ha risposto quindi che non è presente un’adeguata conoscenza di tale differenza e che quindi il termine “psicofarmaci” fa riferimento, in maniera indiscriminata, a prodotti tra loro molto diversi sia per indicazioni terapeutiche sia per meccanismo di azione.

La domanda successiva fa riferimento alla modalità di funzionamento degli antidepressivi e, più precisamente, richiede il livello di conoscenza, da parte dei pazienti, del fatto che gli antidepressivi agiscono determinando una maggiore disponibilità di neurotrasmettitori cerebrali (serotonina, noradrenalina, dopamina) a livello delle cellule nervose.

Ben il 95% dei farmacisti intervistati ha risposto che il livello di conoscenza di questo specifico argomento è “molto basso” (75%) o “basso” (20%).

Sempre rispetto agli antidepressivi, alla domanda: “Quali rassicurazioni sono richieste al farmacista sugli antidepressivi”, il 34% ha risposto che le più frequenti sono richieste di rassicurazioni sull’efficacia del farmaco, e ciò sottolinea che non esiste ancora una fiducia consolidata in essi o quantomeno inferiore a quella riposta in altri tipi di farmaci.

Il 10% invece riferisce di richieste di rassicurazioni sul fatto che gli antidepressivi non interferiscano con il livello di coscienza, cioè non causino perdita di lucidità, confondendo

evidentemente gli antidepressivi con i neurolettici, che hanno un meccanismo d'azione del tutto differente e soprattutto determinano forte sedazione.

Il 34% ha risposto che le rassicurazioni più frequenti sono legate alla paura che gli antidepressivi causino dipendenza per cui, una volta iniziata la cura, temono sia difficile sospenderli.

È importante a questo punto segnalare che gli antidepressivi non vanno confusi con altre classi di farmaci quali gli ansiolitici, che invece, se assunti per lunghi periodi, possono determinare dipendenza fisica.

Il questionario comprende una domanda specifica volta ad individuare la provenienza della prescrizione della ricetta di ansiolitici e antidepressivi, differenziando le prescrizioni fatte a seguito di una visita psichiatrica da quelle fatte direttamente dal medico di base, senza una precedente visita specialistica.

Per quanto riguarda gli ansiolitici, il 32% dei farmacisti afferma che è “bassa” (tra il 20% e il 30%) la percentuale di ricette prescritte dal medico specialista, mentre il 44% riferisce di una frequenza “media” (tra il 40% e il 60%) di ricette prescritte direttamente dal medico di base.

Ciò sottolinea che la visita dallo psichiatra non è libera da pregiudizi in quanto è visto come il “medico dei matti” da cui è meglio tenersi alla larga.

Inoltre gli ansiolitici non rimandano ad un'idea di gravità e vengono assunti con maggior facilità anche senza una prescrizione specialistica.

Per quanto riguarda gli antidepressivi il 44% dei farmacisti riferisce che una percentuale “media” di pazienti non presenta una ricetta specialistica, ma solo la prescrizione del medico di base.

Altro dato rilevante è il seguente: il 30% dei farmacisti intervistati sostiene che la percentuale di richieste di ansiolitici o antidepressivi senza ricetta medica è “media” (cioè tra il 40% e il 60%), il 27% dei farmacisti sostiene che tale percentuale è “alta” (tra il 70% e l'80%) mentre il 9% stima che questo tipo di richieste avviene in percentuale “molto alta” (maggiore dell'80%).

Le suddette percentuali evidenziano che una significativa fetta di popolazione si rivolge al farmacista per chiedere (e fare uso) di farmaci ansiolitici e/o antidepressivi senza ricetta medica e quindi senza un consulto medico che ne indichi la necessità.

Circa un terzo dei farmacisti intervistati stima “media” (tra il 40% e il 60%) la percentuale di richieste di ansiolitici e antidepressivi non derivate da prescrizione medica, ma da “consigli” di amici, parenti o conoscenti.

Una domanda del questionario è mirata ad individuare la percentuale di acquisto di prodotti diversi dagli psicofarmaci per la cura della depressione e dell'ansia, quali prodotti omeopatici o erboristici.

Il 30% dei farmacisti stima questa richiesta “media”: cioè per la cura di depressione o ansia si ricorre a prodotti omeopatici o erboristici nel 40-60% dei casi.

Per quanto riguarda invece le prescrizioni unicamente di prodotti “ricostituenti” per la cura di depressione o ansia, il 21% dei farmacisti ha risposto che da 4 a 6 volte su 10 sono presentate prescrizioni di soli farmaci “ricostituenti” per la cura della depressione.

Quanto finora emerso testimonia la presenza di diffidenza e scetticismo ancora diffusi sull’uso di antidepressivi e ansiolitici.

Nonostante questo, alla domanda circa i risultati riferiti da parte dei pazienti che si curano utilizzando tali farmaci (antidepressivi e ansiolitici), il 51% dei farmacisti dice di aver registrato, da parte dei pazienti, risultati “sufficienti”, il 39% ha registrato risultati “buoni”, mentre solo un 7% ha registrato risultati “scarsi”.

Quindi occorre ricercare altrove, non negli scarsi risultati terapeutici, la difficoltà a un corretto utilizzo di farmaci antidepressivi o ansiolitici.

Se vediamo le risposte alla domanda sul senso di vergogna all’atto dell’acquisto di antidepressivi e ansiolitici, ben l’86% dei farmacisti intervistati ritiene che solo in una percentuale “molto bassa” o “bassa” sia presente un vissuto di vergogna da parte del paziente all’atto dell’acquisto e da ciò si deduce che neanche questo aspetto rappresenta un ostacolo nei confronti dell’uso di farmaci antidepressivi e ansiolitici.

Ma allora quali sono gli elementi che rendono difficile il corretto utilizzo di antidepressivi e ansiolitici?

Possiamo dire che l’anello più debole della catena che unisce chi soffre di depressione e ansia e chi la può curare è l’informazione, o meglio la mancanza d’informazioni corrette su farmaci antidepressivi e ansiolitici e sul percorso terapeutico che è necessario seguire per ottenere risultati efficaci.

Gli strumenti a disposizione dei pazienti per ottenere informazioni non sempre raggiungono lo scopo. Una delle domande del questionario fa riferimento al tipo di reazione che determina nei pazienti la lettura dei foglietti illustrativi contenuti nelle confezioni degli antidepressivi e ansiolitici.

L’80% dei farmacisti ritiene che la lettura del foglio informativo (il cosiddetto “bugiardino”) provoca aumento delle preoccupazioni e non delle informazioni (risposta data solo dall’8% dei farmacisti).

Per quanto riguarda la corretta assunzione della terapia, il 29% dei farmacisti segnala che i pazienti non fanno un uso conforme alla prescrizione medica di questi farmaci, vanificando, di fatto, la loro azione terapeutica.

Il 40% ritiene inoltre che i pazienti utilizzino i farmaci per periodi troppo lunghi rispetto alle indicazioni mediche.

Una domanda del questionario fa riferimento al tipo di aspettative da parte dei pazienti

nei confronti di antidepressivi e ansiolitici: per il 33% dei farmacisti i pazienti ripongono nell'uso del farmaco aspettative di tipo "magico", un po' come se i farmaci rappresentassero una sorta d'intervento miracoloso che può risolvere subito ed in maniera globale i problemi legati ad ansia e depressione. Questo è anche accompagnato dal fatto che per il 27% dei farmacisti il paziente si aspetta che i farmaci ansiolitici o antidepressivi risolvano i disturbi depressivo-ansiosi anche nelle loro componenti psicologiche.

Ciò porta a sottolineare un punto molto importante: i farmaci antidepressivi o ansiolitici sono efficaci, ma agiscono sui sintomi del disturbo e non su quelle che potremmo definire le "cause", che sono differenti da caso a caso e vanno approfondite attraverso un lavoro di tipo psicologico.

I disturbi depressivi e ansiosi, oltre a coinvolgere la persona che ne soffre, coinvolgono anche chi le sta accanto e, per tale motivo, alcune domande del questionario fanno riferimento all'ambiente familiare e relazionale del paziente.

A questo proposito è stato messo in evidenza che le persone intorno al paziente spesso sottovalutano tali disturbi: il 34% dei farmacisti dice che un numero significativo di pazienti (tra il 40% e il 60%) lamenta tale sottovalutazione, mentre per il 24% dei farmacisti tale sottovalutazione è ancora più alta (dal 70% all'80%).

Per quanto riguarda l'acquisto dei farmaci, è di solito l'interessato a farlo in prima persona.

La metà dei farmacisti intervistati riferisce di un bisogno di rassicurazione molto forte sull'efficacia dei farmaci da parte di parenti o amici che si recano ad acquistarli per conto del paziente e ciò evidenzia il ruolo centrale dell'informazione per fidarsi ed affidarsi alle cure specialistiche.

Alla domanda più diretta su come i farmacisti giudichino il livello di conoscenza da parte dei parenti dei disturbi depressivo-ansiosi, il 63% ha risposto "scarso".

Approfondendo il discorso, "scarso" per il 42% dei farmacisti vuole dire che per i parenti superare il disturbo è solo una questione di volontà; per il 26% dei farmacisti questa mancanza di conoscenza si traduce nel consiglio dato al paziente di non assumere farmaci perché fanno male; per il 17% dei farmacisti la mancanza d'informazione corretta porta a dire a parenti e amici che ansia e depressione non sono malattie; in ultimo, per il 15% dei farmacisti i parenti sconsigliano il contatto con il medico psichiatra perché considerato come vergognoso (il medico dei matti).

Queste errate conoscenze si traducono anche in aspettative poco adeguate nei confronti della cura farmacologica: il 20% dei farmacisti riferisce di aspettative "magiche", irrealistiche, di risoluzione immediata del disturbo mentre il 24% dei farmacisti riferisce di aspettative molto modeste, del tipo "*tanto non serve a niente...*".

Per il 39% dei farmacisti la scarsa conoscenza dei disturbi depressivi e ansiosi da parte di

parenti e amici, si trasforma, in molti casi, in un'insofferenza nei confronti del parente, dando vita ad un circolo vizioso di incomprensioni, fonte di ulteriore sofferenza.

L'ultima parte della ricerca riguarda invece più da vicino la figura del farmacista.

Alla domanda "Quali sono le maggiori difficoltà riscontrate dal farmacista nella comunicazione di informazioni corrette al paziente?", il 57% dei farmacisti ha risposto che sono le precedenti scorrette informazioni ad ostacolare una comunicazione efficace e il 38% ha specificato che gli ostacoli maggiori risiedono nella radicata presenza di pregiudizi nei confronti dei farmaci e della cura indicata.

Dal presente lavoro emerge che la disinformazione, prevalentemente su base pregiudiziale, costituisce una barriera che s'interpone tra chi soffre di disturbi depressivi ed ansiosi e chi li cura. Si tratta di errate informazioni che riguardano la natura stessa dei disturbi, la figura specialistica di riferimento per la loro cura ed i farmaci che vengono utilizzati.

La ricerca ha inoltre evidenziato che tale disinformazione coinvolge spesso anche i parenti dei pazienti e ciò determina l'instaurarsi di un circolo vizioso che porta all'incomunicabilità e all'aumento della sofferenza.

Alla luce di questi dati è necessario da un lato aumentare la possibilità di divulgazione delle informazioni e dall'altro continuare la ricerca di strategie e mezzi efficaci per una comunicazione sempre più facilmente accessibile.

Esperienze

Il seguente capitolo conclusivo contiene alcune esperienze raccontate da persone che, dopo essersi registrate sul sito dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, hanno inviato alla redazione la loro testimonianza, autorizzandone la pubblicazione nella sezione "Racconta la tua esperienza".

Ho scelto di non apportare modifiche ai testi inviati, salvo qualche correzione ortografica o di punteggiatura, e ho scelto di non farli precedere da una presentazione o seguire da un commento, preferendo non interferire con la risonanza emotiva del lettore.

La varietà delle esperienze e la loro diversa coloritura emotiva testimoniano l'importanza della componente soggettiva del vissuto depressivo.

Ma quanto è lungo questo tunnel

Nella mia famiglia la comunicazione è distruttiva: mi sono sempre sentita diversa e quindi sola. A 17 anni ho tentato il suicidio: avevo paura dei miei professori, così la scuola andava male e a questo si aggiungevano i sensi di colpa nei confronti dei miei genitori. Non ho mai avuto il coraggio di dire sì a qualcuno dei miei corteggiatori. Mi sentivo inferiore. A 21 anni mi è stata diagnosticata un'ulcera duodenale. Mi sono iscritta alla prima facoltà che mi è venuta in mente ed ho sbagliato. Il tempo passava ed io sprofondavo sempre di più nell'angoscia. Attacchi di panico, autolesionismo, alcol e ospedali. Finivo al pronto soccorso una sera sì ed una no a causa dell'alcool. Ho rischiato di avvicinarmi alla droga: niente aveva più senso, non vedevo un futuro e nel presente soffrivo. Avevo due vite: all'università ero una sbandata, a casa ero la solita dolce bambina di sempre. Nessuno si accorgeva di niente. Poi ho iniziato con il cibo, ho preso 20 chili, tra alti e bassi, perchè c'erano anche periodi in cui il cibo non mi piaceva. Un giorno, dopo l'ennesimo pronto soc-

corso, mi sono decisa a chiedere aiuto: avevo 29 anni. Tra psichiatri e cure mediche mi sono laureata. Ma non ho raggiunto la serenità, anzi è iniziato un altro periodo di malessere fisico e mentale. Non riesco ad uscire dal tunnel, c'è il vuoto intorno a me. Ho paura di viaggiare, di prendere decisioni, di comunicare con la gente, per non parlare dell'insonnia: sono anni che non dormo bene. Da cinque mesi vado da una psicologa: mi dice che devo cambiare modo di pensare, che non posso cambiare gli altri, mi sorride, pensa che tutto si aggiusterà e che, in fondo, non ho poi un grande problema. È una depressione lieve che si può curare. Questa lieve depressione mi ha fatto perdere gli anni più belli della mia vita: ho fatto cose di cui adesso mi vergogno, ho perso amici e spesso il rispetto per me stessa, mi sento stupida e non credo di essere fuori pericolo. Il lato comico della situazione è che la mia famiglia non sa niente, per loro rimango sempre la dolce e stupida bambina. Ho 33 anni, vivo ancora con i miei e non riesco a vincere questa guerra. Per adesso non ho intenzione di arrendermi, ma quanto durerà questa sofferenza?

Uno studente

Ho 26 anni e mi trovo in un tunnel dal quale non riesco più ad uscire. Ho sempre avuto ottimi risultati a scuola fin dai primi anni di università. Per lo studio ho rinunciato a molte cose, accantonando sentimenti e svaghi. Poi è cominciato un periodo di instabilità psicologica: la mia omosessualità repressa si è manifestata in modo dirompente e mi ha portato ad un difficile cammino di autoaccettazione fisica ed etica. Ora ho accettato la mia natura, sono contento di essere così e non ho né paura né vergogna del mio modo di vivere. In quel periodo i miei risultati universitari sono stati meno brillanti: ora sono riuscito con fatica a portarmi ad un solo esame dalla laurea, la mia media però si è abbassata e al senso di frustrazione per i risultati ottenuti si è aggiunto il disinteresse. E inoltre ho un'ansia lacerante per il mio ultimo esame, che tento ormai da vari mesi senza riuscire a superare, ingabbiato come sono in un misto di inadeguatezza, timore e svogliatezza. Ho perso la combattività che avevo nei primi anni di studio e la voglia di vivere la mia vita. Come se l'avessi già esaurita tutta. Negli ultimi tempi la cosa è peggiorata ulteriormente perché i miei amici si stanno tutti laureando e cominciano ad entrare nel mondo del lavoro, mentre io sono rimasto dietro a tutti. Sto cominciando a provare un malessere profondo anche solo ad uscire di casa, a stare con chi ce l'ha fatta e chi può vantare un lavoro, un praticantato o qualche altra esperienza stimolante.

Vorrei dare un taglio alle cose accantonando l'università per un periodo e trovarmi un lavoro, ma temo di deludere profondamente i miei genitori, i quali non mi hanno MAI fatto pesare niente, sono sempre stati molto comprensivi, hanno accettato anche la mia omosessualità, ma sotto sotto sperano che questo figlio un giorno dia loro grandi soddisfazioni.

Lo spettro del fallimento è sempre più presente e sempre più vicino. Non so che fare.

Ho un ragazzo meraviglioso di cui sono innamoratissimo, ma non riesco a non pensare al fatto che la sua stima nei miei confronti possa un giorno svanire a causa dei miei fallimenti professionali. Questa situazione mi porta a pensare di essere meno intelligente degli altri. Anche se ho studiato tanto e conosco tante cose, non è dalle nozioni che si misura l'acutezza mentale. Sono sempre sul chi va là. Se c'è un confronto, penso che gli altri abbiano ragione ed io torto. Il mio ragazzo mi sta molto vicino e conosce i miei disagi, almeno in linea generale, ma temo che si allontani se la mia costante frustrazione dovesse continuare. La mia non è tanto paura di rimanere solo, quanto di perdere l'amore per colpa mia.

Comatteremo!

Mi chiamo Giovanna e, come tanti di voi che avete dato la vostra testimonianza in questo sito, anch'io purtroppo ho avuto a che fare con questa brutta malattia. La mia infanzia e la mia adolescenza non sono state delle migliori, ma i primi sintomi della malattia sono apparsi con la nascita della mia bambina. Fino allora non sapevo niente della depressione. Ho fatto una cura, ma il dottore si è dimenticato di dirmi un particolare molto importante: di non lasciare le medicine anche dopo il miglioramento. Interrompendo i farmaci dopo alcuni mesi di cura, sono ricaduta in poco tempo in un periodo ancora più buio. La mia vita è stata un'altalena di alti e bassi, però in qualche modo, grazie all'amore verso la mia famiglia e all'aiuto della cura, ho superato questo brutto periodo. Ammetto di essere stanca della mia eccessiva sensibilità perché, all'età di trentanove anni, vorrei finalmente riuscire a trovare un poco di pace interiore. Comunque non mi arrendo e prego il Signore di darmi la forza per uscire da questo torpore e, con un poco di buona volontà, modificare in meglio la mia vita. Un consiglio che posso dare a tanti di voi che si trovano in uno stato d'animo simile al mio è di non arrendervi mai, anche se vi sembra che la vita non valga la pena di essere vissuta. Pensate a chi sta

peggio di voi: persone che devono combattere con tumori oppure altre che, a causa di incidenti, sono diventate invalide. Spero di avervi dato un pizzico di energia per andare avanti e pensare finalmente ad un futuro migliore. Un abbraccio grandissimo a tutte le persone che soffrono, sappiate che non siete sole perché il Signore, attraverso la preghiera, vi aiuterà.

Non ne uscirò mai

Nessuno mi ha mai detto che sono depressa, l'ho capito da sola. È iniziato tutto quattro anni fa, a 13 anni. Ero esclusa da tutti, nessuno mi capiva e durante una lezione su Pirandello sono scoppiata in lacrime. "Ognuno porta una maschera". È vero. Mi sono resa conto che nessuno mi accettava com'ero. Mi sono chiusa sempre più in me stessa e nessuno riusciva a capire cosa avessi. "Problemi esistenziali" li hanno definiti. Alle superiori le cose non sono cambiate e a casa andava sempre peggio. Pian piano è nato il desiderio di farla finita. Sono una vigliacca, non ne ho mai avuto il coraggio. Col primo fidanzato le cose sembravano cambiare e ho cominciato a comprendere il valore della vita. Mi ha lasciata dopo cinque mesi, dicendomi che ero solo un'esperienza. Ci sono voluti otto mesi per dimenticarlo. Il secondo è stato peggio. Lui mi amava davvero, ma mi ha lasciata quando s'è trasferito a 100 km da me. Sono passati sette mesi e ancora non riesco a rassegnarmi. Mi ha abbandonato anche lui, come tutti. Come se non bastasse, sono stata bocciata a scuola. Ormai non ho più fiducia in me. Due mesi fa sono scappata da scuola e ho preso il treno. Avevo solo quattro euro. Ho fatto preoccupare tutti, ma non m'importa. Non ci sono arrivata certo da sola a questo punto. Ormai non studio più. Mi hanno convinto a parlare con lo psicologo della scuola. Sta cercando di convincermi che alla base di tutto c'è il rapporto inesistente con mio padre. Ho superato questo problema, non ci faccio più caso. L'altro giorno mi è tornata in mente l'idea del suicidio. Userei dei farmaci a scuola in modo da svenire davanti a tutti e dare loro la possibilità di salvarmi. Non voglio morire! Esiste ancora un pò di speranza in me. Forse così facendo capirebbero che la cosa è più seria di quel che pensano. Non voglio credere che l'unica soluzione sia la morte! Dio non può avermi abbandonato proprio ora che ho più bisogno di lui! Mi hanno sempre giudicata strana, addirittura pazza per ciò che ho fatto. Non m'interessa il giudizio della gente, loro non sanno cos'ho dentro. Ho provato a riprendermi, ma ogni delusione mi butta sempre più giù. Ormai non riesco più a vedere la luce. Ho bisogno di aiuto. Perché nessuno lo capisce?!?!

Io ne sono uscita

Mi ha spaventato tantissimo, anche perchè non pensavo fosse così grave... non pensavo che ti pigliasse il cervello... che ti annullasse totalmente... che ti rendesse incapace di leggere un libro, di fare il caffè... E mi ha spaventato. Ho creduto di essere impazzita, di essere di colpo diventata inutile, incapace. Mi domandavo se la gente se ne rendesse conto. Cercavo di spiegarlo ai miei amici. Volevo una risposta, qualcuno che mi dicesse che non ero pazza e che mi sarebbe passato. Mi chiedevo se era possibile perdere così la ragione... la capacità di fare... la voglia di vivere... Non c'era razionalità in niente di quello che pensavo... Non avevo opinioni, pareri, idee. Il vuoto. Volevo morire perchè pensavo che così non sarei servita a niente. E ho lottato. Aggrappandomi al passato, ho cercato di comportarmi come facevo prima e di uscire e vedere gente. Anche se uscire era la cosa che più non volevo fare al mondo. Vedere gente poi... Odiavo la gente, non riuscivo più ad interagire con nessuno... I miei stessi amici mi mettevano in imbarazzo. Non ricordavo il tipo di rapporto che avevo con loro prima di "ammalarmi". Ma l'ho fatto lo stesso... con immani sforzi di volontà e di memoria. Perché, oltre alla totale assenza di volontà, anche la mia memoria a breve termine era morta. Un'altra cosa tremenda erano i ricordi della mia vita passata. Le cose le ricordavo, certo, ma come se non le avessi vissute io, come se non mi fossero mai appartenute. Non provavo più sentimenti né per mamma, né per i miei fratelli, né per nessun altro. Era un incubo. Ma io me ne rendevo conto e volevo uscirne: chi sa cosa significa ridere, non può accettare di non farlo più. Dovevo tornare normale. E non perché mi piacesse la normalità, ma perché così stavo male. E ho fatto tutto, controvoglia, ma l'ho fatto. E alla fine ci sono riuscita. Senza farmaci e senza dottori. Ora sto bene. Ed è questo che voglio dire a tutti. Se ne esce. Non disperatevi. Si guarisce e dopo tutto torna come prima.

Dopo sarà meglio di prima

Ciao. Sono Leila e anch'io ho scoperto la depressione sei mesi fa, quando avevo un ragazzo, frequentavo l'università, avevo amici e una famiglia stupenda... non me lo sarei mai aspettato. In realtà mi è stato difficile riconoscerla: ho iniziato a soffrire di inappetenza, nausea, vomito, poca concentrazione, ma soprattutto ero tanto e sempre più stanca. Ad un certo punto ho iniziato quasi ad arrendermi e a passare tutte le mie giornate a letto a piangere. Ho consultato mille specialisti (gastroenterologo, internista...) e a

fare mille esami perchè pensavo che si trattasse di un male fisico, ma non era così. Dopo due mesi ho iniziato a fare psicoterapia e a prendere antidepressivi. Dopo mille effetti indesiderati ho smesso di piangere e ho ricominciato piano piano a uscire e a tornare alla mia vita normale. Dopo tre mesi e mezzo di terapia, mi sento più sicura di me, più energica, ma continuo a sentirmi depressa perchè non riesco più a concentrarmi per studiare. Qualcuno sa se questo dipende dalla depressione? Mi sento inutile perché la mia vita non va più avanti, perché tutti i progetti che avevo per il mio futuro riguardanti il lavoro e l'amore sono svaniti. L'unica cosa positiva è che ho iniziato a studiare me stessa per capire su cosa sono caduta ed è strano come una superficialona come me sia diventata così analitica. Solo ora riesco ad apprezzare le cose più semplici, a prendermi meno sul serio e a godermi di più la vita. Ho scoperto di avere accanto degli amici stupendi che mi hanno sopportato tutto il tempo e mi hanno saputo ascoltare. Attraverso le mie confidenze siamo anche riusciti a diventare più intimi e più complici. Mi sono accorta che tutti, in maniera più o meno visibile, più o meno grave, hanno dei piccoli grandi problemi. Ora sono loro a telefonare a me per sfogarsi e per chiedermi consigli. Vorrei dirvi di non rinchiudervi mai in voi stessi, di avere il coraggio di parlarne con le persone più care o con le persone che avete appena conosciuto. Tutti possono darvi un consiglio e parole di conforto perché vi confideranno che ci sono passati anche loro e non vi faranno sentire soli. Non vergognatevi mai perché non siete gli unici. Ora sono molto più sensibile e non sono falsa se vi dico che vi voglio bene e vi sono vicino perché so cosa significa... prima o poi ritorneremo come prima... anzi meglio di prima... Un bacio.

Confusione

Non so perché vi sto scrivendo e non so perché mi sta succedendo tutto ciò. Non mi è successo niente in particolare, nessun evento tragico o particolarmente negativo. Nonostante ciò, credo di avere problemi di depressione. Ho 23 anni e mi sembra che la mia vita si stia dirigendo verso un fallimento clamoroso. Niente di ciò che mi circonda mi entusiasma più, non ho particolari legami affettivi che mi diano la voglia di vivere, non faccio una vita che mi gratifichi e, senza tanta delicatezza, dico che sono uno che perde. Paradossalmente dall'esterno sono giudicato una persona realizzata nella vita solo perché mi sono laureato, ma non è così. Io amo la musica, sognavo di condividere questo mio amore con tante altre persone, sognavo di far diventare

questa mia passione come un punto cruciale per la mia vita, ma non è stato così. Sono solo, disperatamente solo e anche quando mi capita di passare una serata in compagnia, mi sento solo lo stesso, mi sento circondato da estranei che in nessun modo possono condividere qualcosa con me. La gente è fredda, mi fa paura e ho paura di mostrarmi così come sono, con le mie debolezze. Troppe volte ho avuto occasione di provare sulla mia pelle quello che succede quando dai troppa fiducia alle persone, ma ora basta. Una cosa è certa: così è difficile andare avanti, ho la percezione di essere vicino ad un punto critico. Ho paura di me stesso, non ce la faccio più a fare questa vita da automa, perché questo sono diventato: un automa travolto dalle “cose da fare”, uno che funziona, non che vive. Sento di avere le potenzialità di poter realizzare al meglio le mie aspettative, ma vedo il tempo che mi sfugge, vedo gli altri felici ed io triste, gli altri che raggiungono i loro obiettivi ed io che sto immobile, gli altri che vincono ed io che perdo. Vedo la mia gioventù consumarsi in una vita che non vale la pena vivere, grigia e insignificante. Non mi voglio più bene, odio me stesso e la mia esistenza vuota, ma pesantissima allo stesso tempo. A volte spero in un cambiamento, in qualcosa che succeda e che cambi le cose, ma mi sento nel baratro e ho lo spaventoso sentore che anche la speranza in me stia gettando la spugna. Sento che la mia esistenza si è svuotata lentamente, prima delle persone, poi dell'entusiasmo, poi dell'energia ed infine della speranza. Mi capita di pensare che nonostante tutto non può finire così, non può rimanere solo la delusione di un sogno che si è sbiadito... anelo ad un lieto fine.

Prima o poi...

Ho 24 anni e non so esattamente da quanto tempo soffro di depressione: è una cosa che mi sembra di aver sempre avuto. Sto male quasi tutta la settimana, non riesco a studiare, a realizzare nulla, sono apatica, avevo un ragazzo e, prima che mi lasciasse, la mia vita sessuale era pessima, proprio perché non mi entusiasma più nulla, neanche quello. Ho spesso nausea e poca voglia di mangiare, è come se non sentissi i sapori, mi sono isolata sempre di più negli ultimi mesi. Non so prendere nessuna decisione, ci sono giorni talmente vuoti che mi spaventa pensare di doverne affrontare un altro il giorno dopo. A volte, per cercare di riuscire a fare qualcosa, ho scritto dei piccoli programmi, tipo “alzarsi presto, prepararsi in fretta, andare in facoltà...” eccetera e a qualcosa è servito. Solo che poi mettermi a studiare quando sto

male è impossibile: è difficile già quando sto benino... e il circolo vizioso continua perché, nonostante i miei studi siano sempre stati ottimi, ora che mi avvicino ad un primo traguardo ho rallentato e non riesco a concludere nulla, né esami né tesi. Affrontare la tesi, nonostante l'abbia scelta io, è per me un ostacolo che sembra insormontabile. La concentrazione non esiste, se non raramente, figuriamoci la memoria... iniziare qualsiasi cosa è troppo difficile. Passo più tempo a dedicarmi alla cura del corpo: mi sembra di occuparmi di me stessa almeno in quello. Ci metto troppo tempo semplicemente a vestirmi perché sono incapace di decidere e mi passa la voglia d'uscire. Poi ho anche avuto degli attacchi d'ansia, crisi di pianto improvviso, anche senza motivo, forte battito del cuore. Ho paura delle altezze, scogliere, burroni e prima non ero così... la mia solitudine è stata spesso terribile, causata anche da me in parte... insomma avrei da dirne per giorni. Ma da qualche tempo ho parlato... ho parlato con delle amiche fidate... non possono capire bene come sto, perché chi non c'è passato non si rende conto, razionalizza... ma solo parlare fa bene e soprattutto le persone che ti vogliono bene capiscono che devono starti molto più vicine e questo aiuta ad aprire uno squarcio nella solitudine. Ho imparato a fregarmene di più delle persone che non ti aiutano, perché il pensare come potessero valutare il mio comportamento mi faceva stare peggio. Pur sapendo di dover andare da uno specialista, non l'ho mai fatto perché costa. Una delle mie amiche mi ha poi confidato di aver fatto un colloquio con uno psichiatra per degli attacchi d'ansia... in un'ora e mezza già aveva capito diverse cose. Ma per me il problema è il costo perché non voglio pesare troppo sui miei genitori: quando mi ha detto che forse c'era semplicemente un ticket per diverse sedute ho sperato... ora attendo di poter andare anch'io. Vi assicuro che è come se avessi visto la luce... prima parlare, poi avere qualcuno vicino, poi sperare di uscirne... tempo fa pensavo che ne sarei uscita da sola, prima o poi. Ora però sto così male che mi rendo conto di non potercela fare da sola e mi sembra di non poterne uscire mai: ho paura di farmi del male e a volte desidero la morte. È in questo stato che mi trovo ancora, ma aspetto di poter parlare con questo psichiatra e vedere un pò che mi dice e se mi aiuta, anche perché mi rendo conto che più sto male e più si accentuano tutti i problemi, di famiglia e di studio. Per me è importante arrivare almeno alla laurea, ma così è troppo, troppo difficile. Tanto gli esami li salto comunque, quindi accetto le mie capacità diminuite, cerco di fare quello che posso senza aumentare i sensi di colpa e magari fra qualche mese starò meglio e potrò dedicarmi alla mia tesi, alla mia passione

per la storia dell'arte che, per questa depressione, ho trascurato e non mi dà più soddisfazione come prima. Ho pianto leggendo le esperienze degli altri e piango anche se leggo la mia. Spero davvero di stare meglio, perché non credo proprio di meritarmelo. Spero che tutte le altre persone che leggono o che hanno scritto e che ancora non hanno fatto nulla, parlino con qualcuno e ci sarà una speranza, almeno una speranza... Grazie.

Biblioteca dell'Associazione

Opuscoli

A cura dell'Associazione sono stati editati i seguenti opuscoli

Il male curabile (1997)

La depressione oggi (1998)

Depressione, ansia e dap: ombre e luci (1999)

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

Depressione, ansia e panico: domande e risposte (2005)

Riconoscere e curare l'ansia e il panico (2008)

Libri

A cura dell'Associazione sono stati editati i seguenti libri

Salvatore Di Salvo

Iniziazione analitica e iniziazione sciamanica.

*Le sorprendenti analogie tra i riti iniziatici degli antichi sciamani
e i moderni analisti.*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1996.

Vittoria Haziél

Ritorno alla luce.

Tutte le strade per guarire dalla depressione

Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1999.

Salvatore Di Salvo

*Eva e Doc. Analista e paziente raccontano le vicende
della loro relazione analitica.*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001

Salvatore Di Salvo

Depressione, ansia e panico: percorsi di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003

Salvatore Di Salvo

La psicoterapia individuale

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005

A cura di Salvatore Di Salvo

Storie di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

Salvatore Di Salvo

Dalla depressione si esce

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Collana di Psichiatria Divulgativa

1. *“La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?”*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

2. *“Il paziente depresso e i suoi familiari”*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2012

**Tutti gli opuscoli ed i libri sono scaricabili gratuitamente dalla
Sezione “Pubblicazioni Gratis” del sito www.depressione-ansia.it**

Un nuovo libro dell'Associazione



Salvatore Di Salvo

Dalla depressione si esce

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

292 pagine

ISBN 978-88-8239-160-7

Il costo è di 18 € e il ricavato sarà totalmente devoluto all'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Il libro potrebbe essere definito un “*Manuale di psichiatria divulgativa*” sul tema del Disturbo Depressivo nel senso che, pur nel rispetto del rigore scientifico è stato utilizzato un linguaggio semplice e divulgativo in modo da renderne i contenuti facilmente accessibili anche senza una preparazione specifica di tipo medico o psicologico. Lo scopo di questo lavoro è di presentare nella maniera più ampia e dettagliata possibile i diversi aspetti del Disturbo Depressivo, nel convincimento che solo la conoscenza consente di contrastare i molti pregiudizi che determinano comportamenti scorretti ed inadeguati nei confronti di chi ne soffre.

Nel primo capitolo sono descritti gli aspetti clinici del disturbo depressivo: i sintomi, le cause, il decorso, gli aspetti sociali e i diversi tipi di depressione. Nel secondo sono presentate le caratteristiche del disturbo depressivo nelle diverse fasi della vita: infanzia, adolescenza e terza età. Nel terzo è affrontato il tema della “depressione al femminile”, importante dal momento che tale disturbo interessa le donne in misura doppia rispetto agli uomini. Vengono quindi trattati la sindrome premestruale, la depressione conseguente all'interruzione di gravidanza, la depressione durante la gravidanza, la terapia antidepressiva in gravidanza, la depressione post-partum e la depressione in menopausa. Nel quarto capitolo sono trattati i temi della cura della depressione. Farmaci e psicoterapia sono presentati non in alternativa, ma come strumenti da utilizzare in un contesto di strategia terapeutica: farmaci per la fase acuta del disturbo e psicoterapia per la ricerca delle cause. Il quinto capitolo è dedicato ai familiari dei pazienti che spesso, a causa delle scarse conoscenze di cui sono in possesso, non sanno quale atteggiamento tenere nei confronti del congiunto. Una sezione è dedicata ai familiari dei pazienti in psicoterapia. Sono infine

riportate le domande più frequenti che essi si pongono e le relative risposte. Nel sesto è presentata una ricerca sul tema: “Il paziente depresso e il suo medico di famiglia” svolta dall’Associazione per la Ricerca sulla Depressione e consistente nella somministrazione di un questionario, appositamente predisposto, a 532 medici di famiglia di Torino e nell’elaborazione delle risposte fornite. L’ultimo capitolo contiene alcune esperienze inviate da visitatori del sito dell’Associazione alla sezione “Racconta la tua esperienza”. Le testimonianze sono riportate senza modifiche ai testi, salvo qualche correzione ortografica o di punteggiatura per renderne più agevole la lettura.

**È possibile avere ulteriori informazioni o rivolgendosi
alla segreteria dell’Associazione al numero 011.6699584
oppure tramite email a assodep@tiscali.it**

Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta un'iniziativa consistente nella pubblicazione di una **Collana di Psichiatria Divulgativa**.

Nel primo libro, dal titolo: "*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia*", editato nell'Ottobre 2011, è stata descritta la strategia terapeutica del Disturbo Depressivo che prevede l'utilizzo dei farmaci nella fase acuta del disturbo e dello strumento psicologico nella fase successiva.

In questo secondo libro, dal titolo: "*Il paziente depresso e i suoi familiari*", sono descritti i sintomi che consentono di riconoscere il Disturbo Depressivo e le varie forme attraverso le quali esso si manifesta. Viene inoltre presentato l'aspetto del problema riguardante i familiari del paziente depresso, inevitabilmente coinvolti quando un congiunto si ammala di depressione e che spesso, a causa delle scarse informazioni in loro possesso, non sanno quale atteggiamento tenere.

Come per il primo libro della Collana, anche la versione pdf di questo secondo (112 pagine formato A4) verrà inviato, a titolo totalmente gratuito, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione
assodep@tiscali.it

Sottolineiamo che l'obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle barriere pregiudiziali, che s'interpongono tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura. Tale obiettivo viene perseguito mediante un'informazione divulgativa che, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti".

Ribadiamo il concetto che l'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi *fare informazione equivale a fare prevenzione*.

Note biografiche dell'autore

Salvatore Di Salvo è psichiatra e analista junghiano, presidente dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e Responsabile del Centro Depressione Ansia e attacchi di Panico di Torino. Coautore del libro "*Ritorno alla luce*" ed. Sperling & Kupfer, Milano, 1999. Autore de seguenti libri, tutti editi da Edizioni Libreria Cortina di Torino: "*Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica*", 1996; "*Eva e Doc: racconto di una relazione analitica*", 2001; "*Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura*", 2002; "*La psicoterapia individuale*", 2005; "*Storie di cura*", 2006; "*Dalla depressione si esce*", 2011.