Gli Opuscoli della Associazione







Gli Opuscoli della Associazione

Associazione per la Ricerca sulla Depressione Corso Guglielmo Marconi 2 - Torino Tel. 011.6699584 - 6699693

Sito dell'Associazione: www.depressione-ansia.it

Stampa: Graphot Torino Maggio 2021

Titolo originale: *Gli opuscoli della Associazione* Salvatore Di Salvo

Indirizzo e-mail dell'autore: assodep@tiscali.it

© Copyright 2021 Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo senza il permesso scritto degli Autori

Indice 5

Indice

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione	ag 7
Presentazione del contenuto del libro	Pag. 11
IL male curabile (1997)	Pag. 15
La depressione oggi (1998)	Pag. 31
Depressione, ansia e dap: ombre e luci (1999)	Pag. 57
Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)	Pag. 83
Depressione, ansia e panico: domande e risposte (2005)	Pag. 111
Riconoscere e curare l'ansia e il panico (2008)	Pag. 143
Depressione, ansia e pancio: la terapia psicologica (2012	?) Pag. 169
Depressione, ansia e pancio: la cura con i farmaci (2012) Pag. 191

6	Gli opuscoli della Associazione

I familiari dei pazienti depressi (2015)	Pag. 215
La terapia farmacologica dei Disturbi d'Ansia (2017)	Pag. 235
La biblioteca della Associazione	Pag. 241

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione si è costituita nell'Aprile 1996 allo scopo di favorire l'approfondimento scientifico, la sensibilizzazione, la divulgazione e la prevenzione sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia nei loro aspetti medici, sociali e psicologici. Per raggiunere tali scopi utilizza i seguenti servizi.

Il servizio di Ascolto

È un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 12,30 e dalle 14,30 alle 19.00, il numero di telefono è 011.6699584 e si caratterizza per il fatto di essere svolto esclusivamente da Psicologi.

La sua attivazione risale al settembre 1998 con lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desidera aprirsi, parlare di sé, esporre i propri problemi a persone competenti.

È anche un primo momento di supporto psicologico: fornisce informazioni relative agli specialisti cui rivolgersi, alle possibili terapie da intraprendere e risposte su quesiti relativi ai sintomi della depressione e dell'ansia.

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 per la Ricerca sulla Depressione *www.depressione-ansia.it*, la cui nuova versione è stata pubblicata nel Maggio 2016, è possibile acquisire molte informazioni sul Disturbo Depressivo e sui Disturbi d'Ansia: le domande più frequenti e le relative risposte, esperienze personali inviate all'Associazione dai pazienti, storie cliniche e approfondimenti sui temi di cui l'Associazione si occupa.

Tutto il materiale è scaricabile gratuitamente.

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 Multimedia* del sito dell'Associazione.

Gli altri servizi

• Campagne informative: periodicamente l'Associazione organizza Campagne informative sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia 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.

• *Colloqui informativi*: 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.

- *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.
- Dalla Sezione Pubblicazioni del sito www.depressione-ansia. it è possibile scaricare gratuitamente i libri e gli opuscoli, *in versione pdf e epub*, pubblicati a cura dell'Associazione. Sono anche scaricabili i cinque volumi che costituiscono la Collana di Psichiatria Divulgativa.

Presentazione del libro

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nasce nel 1996 e quest'anno compie il suo venticinquesimo compleanno: lo diciamo con orgoglio e anche con un pò di emozione.

Venticinque anni non sono pochi per una Associazione onlus che ha contato fin dall'inizio unicamente sulle proprie forze: abbiamo lavorato e prodotto, sviluppando una serie di attività descritte nelle pagine precedenti e finalizzate allo svolgimento di un'azione di approfondimento, sensibilizzazione e divulgazione sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia.

Si tratta di disturbi molto diffusi, che interessano circa il 12 % della popolazione italiana (non meno di 7 milioni), nei confronti dei quali erano presenti, come del resto lo sono ancora adesso, molti pregiudizi che rendono difficile il contatto tra chi ne soffre e chi li cura.

Scopo della diffusione delle informazioni è l'aumento del livello di conoscenza che rende più efficace la loro cura, sul piano soggettivo riduce la sofferenza e a livello sociale riduce l'onere che essi comportano.

Nel primo opuscolo, "Il male curabile" (1997), riportando i dati di un importante studio epidemiologico svolto a livello europeo, abbiamo evidenziato il fatto che meno del 20% dei pazienti sofferenti di depressione, cioè uno su cinque, si rivolge allo psichiatra.

Nel 2019 uno studio dell'Istituto Superiore della Salute riporta una percentuale pari al 33%, cioè uno su tre.

C'è ancora molto da fare, ma molto è stato fatto e ci fa piacere pensare di avere contribuito, nel nostro piccolo, all'aumento della percentuale di persone che, grazie alla conoscenza, sono in grado di superare i pregiudizi che impediscono l'accesso alle cure.

In occasione del 25esimo anniversario abbiamo deciso di raccogliere in un volume tutti gli opuscoli pubblicati perché riteniamo che essi abbiano avuto un ruolo importante nel portare avanti la mission della Associazione.

Sono stati pubblicati in vari formati: cartaceo, PDF e epub. Questi ultimi due formati sono presenti nel nostro sito e nei principali Play Store (Amazon, Google Play ecc.) da dove sono scaricabili a titolo gratuito.

I formati cartacei sono, invece, stati distribuiti nella maniera più capillare possibile attraverso molteplici canali, quali tramite cellofanatura, con quotidiani (La Stampa di Torino) e settimanali (Donna Moderna e Viver Sani & Belli) e anche, sempre gratuitamente, attraverso le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Con il procedere della distribuzione e il trascorrere degli anni i formati cartacei sono andati a esaurimento ed è per tale motivo che abbiamo deciso di raccoglierli nel presente volume.

Alcuni temi presenti nei primi opuscoli sono stati ripresi in quelli successivi, quali ad esempio il tema della volontà, le figure di riferimento per la cura, i criteri diagnostici del Disturbi Depressivi e dei Disturbi d'Ansia.

Pur consapevoli delle suddette ripetizioni, abbiamo deciso di mantenere inalterati i contenuti degli opuscoli, privilegiando l'integrità degli originali.

"Il Male curabile" è il primo di una serie di opuscoli editati dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione allo scopo di distribuire materiale divulgativo sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia.

La sua pubblicazione risale al 1997 (formato 17x12, 32 pagine) ed è stato veicolato, tramite cellofanatura, con quotidiani (La Stampa di Torino) e settimanali (Donna Moderna e Viver Sani & Belli).

E' stato inoltre distribuito gratuitamente attraverso le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Il contenuto consiste nella descrizione dei sintomi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico e della loro cura.

Particolare attenzione è stata posta all'uso di un linguaggio semplice, di tipo divulgativo, per rendere i contenuti del presente opuscolo, come anche di quelli successivi, facilmente accessibili a chiunque.

Il male curabile (1997)

Alcuni dati statistici

Da uno studio epidemiologico effettuato a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e pubblicato nel 1994 (la ricerca si è protratta per circa due anni e ha interessato un campione di circa 80 mila soggetti, pazienti e medici di base), sono emerse le seguenti conclusioni:

- 1. Il 15 20 % della popolazione italiana (circa 12 milioni di soggetti) soffre di disturbi di tipo depressivo.
- 2. Tale percentuale sale al 40 50 % quando si considera la sintomatologia depressiva associata a quella ansiosa e ai disturbi di attacco di panico (ricerca effettuata mediante somministrazione diretta di apposite scale valutative ai Medici di Base).
- 3. Nel 70% dei casi tali disturbi non vengono diagnosticati correttamente.
- 4. Delle persone sofferenti di depressione o di sintomatologie associate ad ansia o attacchi di panico, solo una minoranza (circa il 18%, cioè meno di uno su cinque) consulta lo specialista di competenza, cioè lo psichiatra.
- 5. Il costo sociale di depressione, ansia e attacchi di panico è in Italia di circa 8000 Miliardi l'anno.
- 6. Il pregiudizio nei confronti degli psicofarmaci è molto presente.
- 7. Depressione ansia e attacchi di panico sono molto diffusi, ma sotto diagnosticati e mal curati.
- 8. Eppure nell'80-90 % dei casi tali disturbi, correttamente diagnosticati e curati, sono risolvibili, nelle loro fasi acute, nel giro di 4 6 settimane.

Cause della depressione

Tristezza e depressione possono rappresentare di volta in volta oscillazioni fisiologiche del tono affettivo, sintomi associati a numerose affezioni fisiche o mentali, manifestazioni nucleari di un disturbo primario dell'umore.

Le ipotesi concettuali sulle cause che possono dare origine a un quadro depressivo possono essere così riassunte:

- 1. Ipotesi biologica: comprende stati mentali organici, malattie infettive, psicosi, abuso di sostanze, e, in generale, una predisposizione costituzionale a contrarre la malattia;
- 2. Ipotesi psicodinamiche: comprendono il peso psicologico di eventi precipitanti e il loro effetto su un rigido e non funzionale sistema psichico difensivo, sequele post-traumatiche, sensi di colpa irrisolti, alterazioni dello stato mentale;
- 3. Ipotesi cognitivo-comportamentali: comprendono eventi fortemente stressanti indotti e rinforzati da atteggiamenti, pensieri e risposte emotive non funzionali:
- 4. Ipotesi socioculturali: comprendono difficoltà con le organizzazioni di supporto sociale, significato socioculturale dei sintomi, problemi familiari.

La tendenza attuale è quella di ritenere che l'episodio depressivo acuto sia la risultante di una serie di concause costituzionali, psicodinamiche, comportamentale e socioculturale, ognuna delle quali gioca un ruolo variabile in ogni particolare storia personale.

L'umore depresso

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi di cui l'abbassa-

mento del tono umorale è una condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali lo stato depressivo può essere vissuto come l'incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva.

Nelle fasi acute il disturbo dell'umore è evidente e si manifesta con profonda tristezza, dolore morale, disperazione, sgomento associati alla perdita dello slancio vitale e alla 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 di inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale.

Tutto appare irrisolvibile, insormontabile, quello che prima era semplice diventa difficile, tutto è grigio, non è possibile partecipare alla vita sociale, nulla riesce a stimolare il minimo interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Il rallentamento psicomotorio è il sintomo più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo.

Il linguaggio non è più fluido, la varietà dei temi e dei contenuti delle idee sono scarse, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

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

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

Depressione e volontà

Vorrei inserire a questo punto alcune considerazioni che riguardano gli stimoli che familiari e amici tendono a dare alla persona depressa e che puntano sulla stimolazione all'azione attraverso l'impiego della "volontà". E' comune a chi soffre di una crisi depressiva il sentirsi dire che, se ci mettesse più volontà, sarebbe in grado di superare il momento difficile che sta attraversando, uscendo così dalla sua condizione di abulia e astenia. Siccome tale messaggio giunge al depresso da più fonti, egli stesso finisce per convincersene.

Va sottolineato che il suddetto messaggio, pur se animato da buone intenzioni e finalizzato a fornire un aiuto al paziente, non tiene conto della natura stessa del disturbo depressivo e finisce per essere controproducente.

La volontà è, infatti, la quantità di energia psichica di cui il soggetto può disporre e utilizzare per la realizzazione dei suoi scopi, ma una delle caratteristiche dell'episodio depressivo acuto consiste proprio nel fatto che vi è una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto.

La riduzione, quindi, della possibilità di utilizzare lo strumento della volontà è parte integrante della sintomatologia depressiva e non è possibile puntare su di essa per il superamento della crisi.

Le stimolazioni esterne in questo senso sono quindi fondate su una scarsa conoscenza dei meccanismi psichici che stanno alla base del disturbo depressivo, non hanno possibilità di essere utilizzate dal soggetto e anzi finiscono per avere un effetto controproducente, determinando

nel depresso l'aumento dei sensi di colpa, peraltro già presenti, e un peggioramento del quadro depressivo.

Depressione, tempo e autostima

Nella fase depressiva acuta la nozione del tempo è modificata: il suo scorrere continuo rallenta fino ad arrestarsi; il depresso ha la sensazione che la giornata sia interminabile, che non sia possibile arrivare alla sera, "tutto è fermo, stagnante, senza possibilità di essere mutato".

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

La compromissione delle prestazioni intellettuali, la consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso all'autosvalutazione, al disprezzo di sé, alla convinzione della propria inadeguatezza, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri errori e su colpe lontane.

Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, pieno di errori commessi; il paziente prova sentimenti di colpa e fa previsioni di rovina e miseria. Talora ritiene sé stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: convinto di poter "star meglio facendo uno sforzo", si giudica indegno per la propria condotta, per la propria pigrizia, per il proprio egoismo.

Il rischio suicidiario

L'ideazione suicida è presente nei due terzi dei pazienti. Si sviluppa lentamente: nelle fasi inziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e non valga la pena di essere vissuta.

Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale. Nei casi più gravi le condotte autolesive vengono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto.

La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe. In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto "suicidio allargato": il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, allo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell'esistenza.

Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di fare una terapia psicofarmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

In Italia sono circa 4 mila le persone che ogni anno si tolgono la vita e molte di più sono quelle che tentano il suicidio.

Altri sintomi della depressione

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

Nella depressione sono frequenti la riduzione dell'appetito e i sintomi gastrointestinali: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dovere essere stimolati per alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale.

Le difficoltà digestive e la stitichezza possono essere dovute ai trattamenti antidepressivi e all'ipotonia intestinale spesso associata al quadro clinico. Modificazioni della condotta alimentare, nel senso di una riduzione della assunzione di cibo, possono avere gravi conseguenze con un marcato dimagrimento, stati di malnutrizione e squilibri elettrolitici, e possono determinare vere e proprie emergenze mediche.

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

I disturbi del sonno sono molto frequenti e l'insonnia, una delle principali manifestazioni della depressione, si caratterizza per i numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Il depresso riferisce di svegliarsi dopo poche ore di sonno, di non riuscire più ad addormentarsi e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale.

Durante i periodi di veglia notturna pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato. Nonostante l'insonnia possa essere lieve quanto a riduzione della durata di sonno, il depresso lamenta di non sentirsi riposato al mattino.

In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un aumento delle ore di sonno con ipersonnia, fino a una vera e propria letargia.

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

L'ansia

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

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

fisiologico di allarme.

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

La sindrome ansiosa comprende sintomi di tipo psichico, somatico e comportamentale. Per quanto riguarda il quadro clinico, i pazienti affetti da questo disturbo appaiono cronicamente apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo, scolastico.

Esemplificativa a questo proposito è la figura della madre che teme per il figlio temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena della autoambulanza o ad ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trovi in quel momento in una situazione di pericolo reale.

Si viene quindi a instaurare un continuo stato di allarme e ipervigilanza che trova la sua ragion d'essere nel fatto che certi eventi negativi abbiano la possibilità, seppur remota, di verificarsi.

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

I sintomi legati a una spiccata tensione muscolare particolarmente al

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

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

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

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

Generalmente tali sintomi motivano la richiesta dell'intervento medico, che sarà soprattutto quello del medico di base, e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e di indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sul piano sociale e sui costi del sistema sanitario nazionale.

Tuttavia, più che la convinzione di un male incurabile, il paziente con ansia generalizzata sosterrà di avere una malattia fisica, in opposizione a una origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile).

Il Disturbo da Attacchi di Panico

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) è caratterizzato dal ricorrere di

episodi acuti d'ansia a insorgenza improvvisa e di breve durata. Nella maggior parte dei pazienti che giungono all'osservazione clinica, gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e di condotte di evitamento di tipo agorafobico.

L'Agorafobia è la paura di luoghi o situazioni nei quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come risultato di questa paura, i pazienti evitano di uscire da soli, di recarsi in posti affollati, di viaggiare in macchina o sui mezzi pubblici.

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

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

I sintomi dell'attacco sono rappresentati tipicamente dalla presenza di *senso di morte imminente*, timore di perdita di controllo sulle proprie idee o azioni. A ciò si associa, in genere, un imponente numero di modi-

ficazioni del sistema neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, sudorazione profusa e tremori.

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

Le manifestazioni comportamentali della crisi sono rare e spesso l'attacco di panico passa inosservato ai presenti. Talora, però, il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana inspiegabilmente cercando di raggiungere in fretta un luogo familiare. Lontano dall'esprimere clamorosamente la sua sofferenza, il soggetto cerca di nascondere ai vicini le sensazioni provate durante la crisi d'ansia.

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

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

L'occasione nella quale si verifica il primo attacco è in genere ricordata con precisione e descritta in maniera vivida e con ricchezza di particolari anche a distanza di anni. Il primo episodio critico costituisce quasi Il male curabile 27

sempre un punto di riferimento nella storia della malattia e resta particolarmente impresso nella memoria del paziente: l'attacco è riferito come di intensità eccezionale, mai provata prima.

Generalmente il paziente durante il primo attacco di panico teme di avere un ictus, un attacco di cuore o un infarto, anche se i primi accertamenti fisici e strumentali, quali l'elettrocardiogramma, risultando negativi, spesso riescono a rassicurarlo. Il primo attacco si associa, in genere, all'immediata percezione della ineluttabilità del suo ripetersi.

Nella fase iniziale della malattia gli attacchi, anche isolati, vengono ben presto accompagnati dal persistere di uno stato di paura e di ansietà associato a sintomi neurovegetativi. Un crescente timore che la crisi possa ripetersi comincia, infatti, a pervadere l'intera esistenza del paziente che diviene, in tal modo, ansioso, teso, timoroso e vive in uno stato di continua apprensione, ipervigilanza e uno stato di allerta persistente.

Questo particolare tipo di ansia, definita *ansia anticipatoria*, è diverso dagli attacchi di panico; dura più a lungo, anche per ore, cresce lentamente anche se può raggiungere un'intensità tale da provocare sintomi fisici simili a quelli dell'attacco di panico.

Chi ha provato le due esperienze, solitamente, è in grado di distinguerle; mentre infatti è possibile in qualche modo ridurre e controllare l'ansia anticipatoria, allontanandosi dalla situazione temuta o cercando rassicurazioni in una persona di fiducia, quando l'attacco di panico comincia non può essere bloccato.

L'attacco di panico si comporta come una reazione "tutto o nulla" che sfugge ad ogni controllo quando è innescato il meccanismo. Se l'ansia anticipatoria raggiunge elevati livelli di intensità, può risultare invalidante e generare un disagio maggiore degli stessi episodi critici.

In questi casi gli attacchi di panico possono passare in secondo piano,

quasi oscurati dall'ansia anticipatoria e la loro presenza deve essere indagata accuratamente in quanto il paziente può trascurare la descrizione. Invariabilmente, in questa fase, compare la ricerca di rassicurazione, talora con modalità scaramantiche e compulsive.

Il paziente si sottopone a numerosi accertamenti fisici e strumentali; effettua numerosi esami, quali elettrocardiogrammi, radiografie, elettroencefalogrammi, tomografie assiali computerizzate, risonanze magnetiche nucleari, che risultano in genere negativi, ma hanno un effetto rassicurante solo parziale. Al ripresentarsi di nuovi attacchi di panico, riemerge infatti l'esigenza di nuovi accertamenti.

I timori sono rafforzati dal fatto che non si individua una causa e non si pone una diagnosi per una sintomatologia che, nonostante l'intensità dei sintomi soggettivi, è in genere minimizzata dai medici per la scarsa rilevanza dei reperti obiettivi.

Il grande numero e la variabilità dei sintomi presenti in questa fase del disturbo portano a varie formulazioni diagnostiche condizionate dalla formazione specialistica del singolo medico, per cui, di volta in volta, si parla di nevrosi cardiaca, sindrome da iperventilazione, labirintite, ipocondria, isteria, depressione ansiosa, sindrome del colon spastico, eccetera.

I pazienti passano da un medico all'altro e accedono spesso ai servizi di pronto soccorso nei quali vengono di solito etichettati come nevrotici, isterici o patofobici.

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

29

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

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

La terapia

Depressione, ansia e attacchi di panico sono, come si è visto, disturbi molto diffusi, tali da interessare il 40-50% della popolazione italiana. Il numero delle persone coinvolte diventa ancora maggiore se si considerano i parenti e gli amici dei pazienti, che finiscono per avere un vissuto di impotenza e disperazione nei confronti del malato e della malattia.

Ma appunto di malattia si tratta e, in quanto tale, può essere curata. E' necessario uscire dalla dimensione parascientifica o esoterica nella quale questi disturbi vengono collocati e ricondurre il problema in ambito scientifico.

Abbiamo visto che solo il 18% dei pazienti si rivolge allo specialista cui compete la cura, cioè lo psichiatra. E' lecito chiedersi a chi si rivolge il restante 82%. Un rapido sguardo al mondo della cartomanzia, della magia ecc., credo fornisca una risposta non esaustiva, ma discretamente esauriente.

E' importante sottolineare che il mondo scientifico è oggi in grado di fornire una risposta adeguata ai problemi di cui ci stiamo occupando e che può fornire un valido aiuto alla maggior parte di coloro che si rivolgono allo specialista, che oggi dispone di strumenti che sono molto più

validi e raffinati rispetto a quelli di 20-25 anni addietro.

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

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

Si è detto, a proposito della eziologia della depressione, così come dell'ansia e degli attacchi di panico, che tali disturbi sono la risultante di una serie di concause di tipo costituzionale, comportamentale, psico-dinamico e socioculturale e che ognuna di queste ha un ruolo variabile in ogni particolare storia personale.

La risoluzione della sintomatologia acuta non va intesa come la soluzione definitiva del problema; è invece importante una attenta e accurata valutazione della personalità globale, non solo dei sintomi, del paziente in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta, anche solo semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita oppure indicazioni di una terapia di tipo psicologico.

Alcuni preconcetti

Gli psicofarmaci sono dannosi

La terapia psicofarmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Oggi abbiamo a disposizione psicofarmaci tanto efficaci quanto tollerabili. Questo preconcetto è figlio della associazione che viene fatta, a livello di immaginario collettivo, tra psicofarmaci e sostanze *stupefacenti*.

Gli psicofarmaci danno dipendenza

Anche questo preconcetto deriva dall'associazione psicofarmaci/stupefacenti. In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.

Va inoltre sottolineato che la tendenza di molti psichiatri è quella di dare indicazioni di terapie a termine, cioè per 6-8 mesi, tali da risolvere la fase acuta e dare una copertura per i due mesi successivi ad essa, per poi sospendere l'assunzione dei farmaci.

La figura dello psichiatra

Abbiamo visto che solo uno su cinque dei pazienti che soffrono dei disturbi che stiamo trattando si rivolge allo psichiatra. E' lecito chiedersene il motivo. Si può dire che, a livello di immaginario collettivo, lo psichiatra evoca l'immagine della follia e ciò realizza una sorta di cortocircuito per cui rivolgersi allo psichiatra vuol dire essere folli. Molti medici, di base e specialisti, hanno più volte sottolineato la difficoltà dell'invio allo psichiatra in quanto ciò determina enormi resistenze da parte del paziente.

Credo che una corretta informazione e una migliore conoscenza dei problemi che abbiamo trattato possano portare al superamento dei preconcetti di cui sopra sia di altri ancora e di fornire a molte persone, in stato di intensa sofferenza, l'aiuto di cui hanno bisogno e che siamo in grado di fornire.

"La depressione oggi" è il secondo degli opuscoli pubblicati dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione.

La sua stampa risale al 1988 (formato 17x12, 32 pagine) e come il primo opuscolo, "Il male curabile", è stato distribuito gratuitamente tramite veicolazione con quotidiani e settimanali, attraverso le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Il contenuto consiste nella elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro di Terapia della Depressione e dell'Ansia di Torino, sofferenti di un Disturbo Depressivo o di Disturbi d'Ansia.

In particolare, sono stati descritti i sintomi più spesso presenti, le ipotesi sulle cause che hanno determinato l'insorgere dei disturbi, le cure indicate e lo loro efficacia.

La depressione oggi (1988)

Note introduttive

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

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

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

Tipologia del campione

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

Il numero complessivo dei pazienti presi in esame è di 247.

GRUPPO 1 pazienti con disturbi di tipo depressivo: 112 (45 %)

GRUPPO 2 pazienti con disturbi depressivi associati a sintomi ansiosi:

69 (28 %)

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

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

Gruppo 1 : pazienti con diagnosi di depressione

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

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

Esaminando le attività lavorative svolte, il gruppo è così suddiviso:

13 insegnanti (12F e 1M); 9 studenti (3F e 6M); 6 casalinghe; 34 impiegati/operai (21F e13M); 11 pensionati (7F e 4M); 40 liberi professionisti (19F e 21U) tra avvocati, commercianti, medici, psicologi, commercialisti.

Dal punto di vista sintomatologico possiamo fare le seguenti considerazioni.

Alcuni sintomi si riscontrano in maniera costante in tutti i casi presi in esame. E' sempre presente l'abbassamento del tono dell'umore, che si manifesta sotto forma di profondo dolore morale, perdita dello slancio vitale e della possibilità di provare sentimenti quali gioia o entusiasmo, perdita di interesse per le normali attività svolte. Costantemente sono anche presenti un vissuto soggettivo di perdita di senso dell'esistenza e un impoverimento affettivo che coinvolge i rapporti personali e sociali.

Qualunque attività o impegno viene vissuto come estremamente faticoso e tale da richiedere una quantità di energia che i pazienti non sentono di avere a disposizione. Sempre presente è anche una spiccata difficoltà decisionale e ciò spesso in netta contrapposizione con le caratteristiche di personalità precedenti l'insorgenza del disturbo depressivo. Tale difficoltà si manifesta inizialmente nell'attività lavorativa, ma può investire qualunque azione coinvolga il soggetto.

Altri sintomi costantemente presenti sono il senso di colpa, l'auto svalutazione e il disprezzo di sé, che traggono origine dal fatto che i soggetti da un lato si rendono conto dei loro cambiamenti in negativo nei confronti del sociale, dei familiari e di se stessi, dall'altro però si sentono impotenti e assolutamente incapaci di modificare la situazione.

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

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

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

Il riscontro clinico fornisce purtroppo una enorme diffusione del "pregiudizio della volontà", diffusione che prescinde dal livello sociale, dal tipo di cultura e dal livello intellettivo, e allo specialista è richiesto uno sforzo supplementare per sottolineare la falsità, l'infondatezza oltre che i danni che esso provoca, in quanto alimenta i già presenti sensi di colpa. Altro sintomo costante, conseguente alla riduzione dell'energia psichica di cui il soggetto dispone è costituito dall'astenia, cioè dal senso di stanchezza molto accentuata, non motivata da impegni fisici, che si presenta già al risveglio mattutino e che, in 8 casi del nostro campione, ha raggiunto una gravità tale da rendere impossibile lo svolgimento della normale attività lavorativa.

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

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

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

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

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

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

In dieci casi si è riscontrato un calo ponderale superiore a cinque chilo-

grammi nell'arco delle ultime quattro settimane.

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

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

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

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

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

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

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

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

Gruppo 2: pazienti con diagnosi di depressione e ansia

Questo gruppo è costituito da 69 pazienti (25% del totale) che presentano sintomi della serie depressiva associati ai sintomi della serie ansiosa.

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

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

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

Non sono presenti casi di ipersonnia, mentre prevalgono i disturbi di addormentamento.

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

La caratterizzazione clinica di questo gruppo di pazienti è la presenza di

una costante preoccupazione per le circostanze, le più varie e ordinarie, della vita di tutti i giorni e che può riguardare la salute propria o dei familiari, la capacità di rendimento scolastico o lavorativo, la situazione finanziaria, il tutto in assenza di concrete e realistiche motivazioni.

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

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

Anche i disturbi muscolari sono spesso presenti (89%) e la spiccata tensione muscolare dà luogo a dolori diffusi, spesso al collo e alla colonna dorsale. Sono molto frequenti tremori e contrazioni della muscolatura.

Gruppo 3: pazienti con diagnosi di Depressione e Disturbo da Attacchi di Panico

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

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

Le considerazioni relative ai sintomi sono le seguenti.

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

E' invece caratteristica del gruppo la presenza di disturbi da attacchi di panico (DAP) che hanno però carattere di sporadicità. Le caratteristiche dei DAP verranno descritte a proposito dei pazienti del gruppo 4.

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

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

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

Gruppo 4: pazienti con diagnosi di DAP

Questo gruppo è costituito da 41 pazienti (il 17% del campione) in cui la sintomatologia consiste prevalentemente in disturbi da attacchi di panico (DAP). Sono in genere presenti anche disturbi d'ansia e disturbi della serie depressiva che sono però secondari e poco rilevanti nel quadro clinico.

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

- la loro insorgenza è improvvisa e drammatica;
- la durata è breve, da pochi secondi a pochi minuti;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapia precedente al consulto presso il Centro

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

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

27 pazienti, 14F e 13M, erano in trattamento con terapia farmacologica combinata, un'associazione di ansiolitici e antidepressivi, e anche in questo caso l'indicazione era stata fornita dal medico di base.

Gli antidepressivi erano prevalentemente quelli appartenenti al gruppo di triciclici (vecchia generazione) e la posologia e le modalità di associazione erano spesso errate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nella totalità dei casi l'indicazione al loro impiego era stata fornita dal

medico di base e ciò sottolinea l'importanza di questa figura come potenziale punto di riferimento per la cura del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia.

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

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

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

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

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

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

Terapia indicata dal Centro

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

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

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

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

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

Rimandiamo il discorso su questo tema al paragrafo successivo, relativo alle cause, e facciamo alcune considerazioni relative all'intervento psicofarmacologico. La prescrizione del farmaco è un atto complesso ed estremamente importante perchè l'impostazione complessiva della cura e il suo successo dipendono da come l'atto prescrittivo viene fatto, dal tipo di atteggiamento del medico, da quello del paziente e dalle informazioni e aspettative che quest'ultimo ha nei confronti della terapia.

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

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

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

Le informazioni più importanti fornite ai pazienti sono le seguenti.

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

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

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

Il suddetto meccanismo di azione degli antidepressivi necessita di un

periodo di tempo di 3-4 settimane e quindi non è lecito attendersi un miglioramento prima di tale periodo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sempre seguendo la metafora del mal di denti, è evidente che una terapia fondata solo sull'assunzione di antidolorifici è limitata e, sul lungo periodo, anche dannosa. Riportando il discorso sull'assunzione di psicofarmaci, si può affermare che il loro uso è necessario quando si presenta una situazione di crisi acuta; il loro scopo è quello di ridurre i sintomi della crisi.

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

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

Il paziente quindi deve avere presente che la terapia psicofarmacologica è "a tempo", verrà cioè assunta per un periodo limitato, 6-8 mesi circa, e poi verrà sospesa in quanto, dopo aver risolto il periodo acuto e aver dato la copertura per i due-tre mesi successivi, non ha più motivo di essere.

Nella fase post-acuta diventa, invece, importante il problema delle cause (inizialmente ciò ha un'importanza relativa perché, come abbiamo detto, i farmaci agiscono a prescindere dalle cause che hanno determinato la crisi), in quanto la loro individuazione e la loro rimozione evita il pericolo del ripetersi delle crisi.

Efficacia della terapia

Dopo la prima visita viene consigliato ai pazienti un controllo a distanza di un periodo di 4-6 settimane, tempo necessario per poter valutare l'efficacia dei farmaci sulla sintomatologia clinica.

I riscontri sono stati estremamente positivi, nel senso che circa nell'80% dei casi (170 pazienti) si è avuto un buon miglioramento dei sintomi depressivi e di quelli ansiosi.

Anche quando il livello di miglioramento è stato medio, il paziente, alla visita di controllo, aveva un atteggiamento più positivo e uno stato

d'animo più fiducioso.

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

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

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

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

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

L'eziopatogenesi: discorso delle cause

Abbiamo detto che, nelle fasi acute del disturbo, si può mettere da parte il discorso sulle cause che hanno determinato lo stato di malessere in quanto i farmaci agiscono a prescindere da esse.

Nella fase post-critica l'individuazione e la risoluzione delle cause diventano invece prioritarie per evitare la recidiva delle crisi.

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

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

Nel cercare di individuare cosa ha determinato lo stato di crisi, è necessario tenere presente il fatto che il più delle volte vi è una concomitanza di cause. Ciò che varia, da soggetto a soggetto, è l'incidenza del singolo fattore causale. In alcuni casi, ad esempio, è predominante il fattore costituzionale, pur essendo evidenti anche difficoltà intra e interpersonale.

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

In altri casi ancora prevalgono i problemi psicologici interni. E così via...

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

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

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

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

L'indicazione terapeutica successiva a quella farmacologica è stata indicata a 215 pazienti sul totale di 247.

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

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

Per 68 (37 F e 31M), la terapia indicata è stata esclusivamente di tipo farmacologico sia in prima battuta sia nelle fasi successive.

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

In 116 casi (74 F e 42 U) è stata data indicazione di psicoterapia individuale. Si trattava di casi in cui le cause prevalenti erano di natura conflittuale intrapsichica e quindi la psicoterapia era lo strumento di elezione per la loro individuazione e risoluzione.

In 31 casi (27F e 4U) l'indicazione è stata di terapia di coppia. In essi erano infatti prevalenti conflitti interpersonali con il partner, soprattutto di natura comunicativa.

Considerazioni conclusive

Alcune brevi considerazioni derivanti dal presente lavoro.

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

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

I dati in nostro possesso attestano che, una volta superate le varie barriere pregiudiziali, l'intervento farmacologico ha altissime probabilità di successo: in circa l'80% dei casi è infatti efficace sulla sintomatologia clinica.

L'intervento con i farmaci va comunque considerato un intervento da effettuare nella fase acuta del disturbo, per un periodo limitato di tempo.

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

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

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

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

"Depressione, ansia e DAP: ombre e luci" è il terzo opuscolo pubblicato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 2000 (formato 17x12, 32 pagine) e distribuito gratuitamente tramite veicolazione con quotidiani e settimanali, tramite le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Il contenuto consiste nell'elaborazione delle risposte a un questionario, somministrato a un campione di 401 soggetti, composto da 16 domande a risposta multipla.

Alcune vertono sulle definizioni di depressione, ansia e attacco di panico

Altre mirano a rilevare la prevalenza dei disturbi in esame nella famiglia e tra gli amici/conoscenti.

Altre ancora hanno l'obiettivo di rilevare il tipo di cura delle persone colpite dai suddetti disturbi.

Depressione, ansia e DAP: luci e ombre (2000)

Presentazione

Depressione, ansia, attacchi di panico: un labirinto dove è facile smarrirsi, un mondo sospeso tra malattia fisica, malattia psichica, problema morale e dramma esistenziale.

Presso i primitivi quelli che oggi possono essere definiti disturbi psicofisici venivano connotati come "perdita dell'anima" ad opera degli spiriti. L'intervento terapeutico era affidato agli sciamani che, ingaggiando una lotta con gli spiriti maligni, si rimpossessavano dell'anima rapita e la restituivano al legittimo proprietario. In epoca contemporanea, con l'avvento degli psicofarmaci, questi disturbi rischiano di venire ridotti a disfunzioni della biochimica cerebrale.

Da sempre, quindi, l'atteggiamento nei confronti di questi disturbi oscilla tra il considerarli ora malattie del corpo/cervello, ora malattie dello spirito/anima.

Oggi le cose non sembrano essere mutate di molto: questa è la percezione che noi, operatori del Centro, abbiamo in base al contatto quotidiano con i pazienti colpiti da questo tipo di disturbi: spesso giungono al Centro dopo lunghi pellegrinaggi tra figure professionali di vario tipo (...si spazia dal neurologo al mago!).

L'impressione è che coloro che hanno la sfortuna di ritrovarsi depressi, ansiosi o sofferenti di attacchi di panico non siano in possesso di sufficienti informazioni sui disturbi di cui soffrono, non riescano a definirli e non sappiano a chi rivolgersi.

Allo scopo di quantificare le precedenti affermazioni, presentiamo il terzo opuscolo (dopo "Il male curabile" e "La depressione oggi") consistente nell'elaborazione delle risposte a un questionario che abbiamo somministrato a un campione di 401 soggetti.

E' da sottolineare che il campione è statisticamente significativo nel senso che vi è una diretta proporzionalità con la popolazione cittadina torinese.

Il questionario è composto da 16 domande a risposta multipla. Le prime tre vertono sulle definizioni di depressione, ansia e attacco di panico. Un secondo gruppo di domande mira a rilevare la prevalenza dei disturbi in esame nella famiglia e tra gli amici/conoscenti delle persone alle quali il questionario è stato somministrato.

Un terzo gruppo di domande ha l'obiettivo di verificare i percorsi terapeutici delle persone colpite dai suddetti disturbi. I restanti quesiti cercano di evidenziare quale è l'atteggiamento mentale nei confronti dell'uso degli psicofarmaci, quali comportamenti vengono messi in atto nei confronti delle persone malate e quali sono i consigli che vengono loro dati.

Definizione di Depressione

La prima domanda del questionario chiede di fornire una definizione della depressione.

La depressione risulta essere per il 33% del campione "una malattia sia fisica che psichica"; per il 24% "una malattia solo psichica" e per l' 11% "una mancanza di volontà".

Meno di un terzo del campione (28%) riconosce nel "disturbo del tono dell'umore" la peculiarità clinica della depressione.

Il disturbo, infatti, è caratterizzato dall'abbassamento del tono dell'umore, senso di dolorosa tristezza, difficoltà del pensare e rallentamento psicomotorio. È uno stato patologico di sofferenza e di colpevolezza psichiche coscienti, accompagnate da una notevole riduzione del senso di autovalutazione e da una diminuzione dell'attività mentale e psicomotoria.

Il dato importante che emerge dalle risposte del campione consiste nel fatto che circa il 57% degli intervistati considera la depressione come uno stato di malattia (solo psichica o sia psichica che fisica).

Il dato è significativo perché segnala una tendenza culturale estremamente importante: il disturbo depressivo comincia ad abbandonare il terreno del mistero, del magico e della vergogna e si avvicina a quello della scienza medica e quindi della cura.

Intendere il disturbo depressivo come malattia è infatti la premessa necessaria e indispensabile per il consulto del medico. Ciò rende quindi possibile l'approccio corretto a una terapia specifica e ottenere, con i moderni rimedi farmacologici, una remissione della fase depressiva acuta nel giro di 4-6 settimane.

Sempre dal punto di vista terapeutico sembra essere, invece, problematico quell'11% del campione che definisce la depressione come "mancanza di volontà". Il disturbo depressivo assume, in questo senso, una dimensione che sembra fare del depresso una "persona senza spina dorsale", accentuando così l'elemento auto svalutante e colpevolizzante già presente nel quadro sintomatologico del disturbo stesso.

Occorre specificare che in psichiatria la volontà è intesa come "la quantità di energia psichica di cui l'individuo dispone". Caratteristica dell'episodio depressivo è proprio una marcata riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto: risulta quindi evidente come non si possa puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

Il ritenere che mediante la volontà sia possibile vincere la depressione è uno dei pregiudizi più diffusi, di riscontro molto frequente nella pratica clinica giornaliera e non ci stancheremo mai di ripetere che ciò non solo

è falso, ma è anche dannoso per chi è già sofferente.

Definizione di Ansia

L'ansia può essere descritta come un affetto che differisce da tutti gli altri per specifiche caratteristiche sgradevoli. Essa presenta un versante somatico (attività cardiaca accelerata, disturbi vasomotori, disturbi respiratori, disturbi della muscolatura striata, ecc.) ed un versante psichico.

Quest'ultimo comprende un atteggiamento interno, conscio, specifico e uno stato emotivo caratterizzati da una sensazione fisica e mentale di impotenza personale, un presentimento di pericolo imminente e quindi inevitabile, uno stato di allarme fisicamente logorante come se si stesse per affrontare un'emergenza, un ripiegamento assorto e preoccupato su se stesso che impedisce la soluzione efficace e vantaggiosa dei problemi reali, un dubbio irrisolvibile sulla natura della minaccia.

Si nota che in una percentuale del 54% il campione ha correttamente definito l'ansia come "uno stato di tensione emotiva accompagnata da sintomi fisici". Non sfugge all'attenzione la componente emotiva del disturbo che ne fa una situazione soprattutto psichica non definibile, quindi, come malattia fisica.

Va segnalato il fatto che il 28% del campione sottolinea l'aspetto di "eccessive preoccupazioni" dello stato ansioso. Tale definizione, mettendo l'accento solo sull'aspetto di preoccupazione, sembra descrivere l'ansioso come una persona incapace di far fronte alle situazioni quotidiane e alle difficoltà della vita perché emotivamente fragile.

"Basterebbe preoccuparsi meno": questa sembra essere la terapia consigliata da chi ha scelto questa risposta. Anche in questo caso, come già per la depressione, il rischio è quello di sminuire il vissuto profondo di e di sofferenza e di impotenza di cui è preda chi subisce la crisi d'ansia.

Relativamente alla variabile sesso si rileva anche che sono soprattutto le donne a ritenere che l'ansia sia un particolare stato di tensione emotiva (65% delle donne contro il 35% degli uomini).

Il dato in questione, viene confermato da diversi studi che mettono in evidenza il fatto che i disturbi d'ansia e quelli depressivi colpiscono le donne in rapporto 2:1 rispetto agli uomini.

Le donne forse sono più capaci di riconoscere la dimensione emotiva del sintomo che, per contro, viene vissuta come maggiormente stigmatizzante dagli uomini.

Definizione di Attacchi di Panico

Gli elementi costitutivi di un attacco di panico sono riconducibili all'improvvisa comparsa dei sintomi psichici e neurovegetativi (apprensione, paura, terrore, senso di morte imminente, timore di perdita di controllo sulle proprie idee o azioni; difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo), alla brevità della crisi, all'inspiegabilità della sua insorgenza, all'ansia anticipatoria (timore che la crisi possa ripetersi) e all'evitamento dei luoghi associati al manifestarsi della crisi.

Le risposte del campione si rifanno per un buon 65% alla definizione corretta dell'attacco di panico come "un episodio acuto di ansia, improvviso, breve e ricorrente".

Il 10% ritiene invece che esso consista in "una mancanza di coraggio", non tenendo conto del fatto che l'insorgere di un attacco di panico non è per nulla gestibile in quanto esso si comporta come una reazione "tutto o nulla" che sfugge ad ogni controllo di tipo razionale.

Anche in questo caso, come in precedenza per la depressione e per l'ansia, è presente l'erronea tendenza a ritenere che il disturbo possa essere

superato mediante uno sforzo volontaristico.

Epidemiologia

(domande 4 e 5 del questionario)

L'epidemiologia è lo studio della distribuzione, dell'incidenza, della prevalenza e della durata di una malattia. In psichiatria l'epidemiologia mira alla comprensione delle cause, del trattamento e della prevenzione dei disturbi della psiche.

La maggior parte degli studi epidemiologici evidenzia che circa un terzo della popolazione ha avuto o avrà nel corso della vita un disturbo psichico e tra questi i più diffusi sono i disturbi d'ansia e quelli depressivi.

L'epidemiologia permette di correlare i dati clinici psichiatrici con variabili sociografiche quali, per esempio, età, sesso, condizione professionale, ecc.

Tra le acquisizioni più recenti della disciplina, per fare un esempio, è stato evidenziato il fatto che i disturbi psichici colpiscono maggiormente chi ha meno di 45 anni e, nel caso dei disturbi d'ansia e di quelli depressivi, maggiormente le donne.

Briscoe (1982) in uno studio ha rilevato che le donne sono in grado di riconoscere i propri sintomi meglio degli uomini e che li esprimono più facilmente.

Uno studio NIMH Epidemiologic Catchment Area del 1984 ha cercato di individuare prevalenza e incidenza dei disturbi mentali nella popolazione americana.

Presentiamo alcuni risultati dello studio menzionato sulle categorie diagnostiche di cui ci stiamo occupando: i disturbi depressivi colpiscono

il 17,4% della popolazione americana nell'arco della vita; se a questi si aggiungono i disturbi d'ansia, comprese fobie e panico, si raggiunge addirittura il 31,2%.

Da uno studio effettuato in Italia a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato nel 1994, emerge che il 15-20% della popolazione italiana soffre di disturbi di tipo depressivo e che tale percentuale sale al 40% quando si considera la sintomatologia depressiva associata a quella dei disturbi d'ansia.

Nel nostro questionario è stato chiesto ai nostri intervistati di indicare se tra amici e conoscenti degli intervistati vi fossero persone che hanno sofferto o soffrono di tali disturbi. Le risposte date sembrano confermare l'ipotesi che tali disturbi siano molto diffusi tra la popolazione.

Il 32% (130 persone) del campione ha indicato di avere o di aver avuto in famiglia una, due o tre persone sofferenti di un disturbo depressivo.

Il 5% (21 persone) di avere o aver avuto in famiglia una o due persone che hanno sofferto di attacchi di panico.

Il 25% (102 persone) ha indicato di avere o aver avuto in famiglia una, due, tre o anche quattro congiunti sofferenti di disturbi d'ansia.

Nella cerchia di amici e conoscenti il 41% del campione (166 persone) ha dichiarato di aver avuto contatti con almeno una persona (spesso più di una) che ha sofferto o soffre di depressione.

Il 30% (120 persone) ha conosciuto da 1 a 5 persone che soffrono di disturbi d'ansia.

Terapia della Depressione, dei Disturbi d'Ansia

La domanda nº 6 del questionario chiedeva di descrivere come fossero stati affrontati i casi di depressione o di ansia da familiari, amici o co-

noscenti di chi compilava il questionario.

Le risposte alla domanda indicano, quindi, il comportamento messo in atto nelle situazioni in cui si dovevano gestire le suddette patologie. Il campione riferisce che, dovendo affrontare la terapia di uno dei disturbi psichici considerati, i pazienti si sono rivolti prevalentemente al medico di base (23%); a seguire, nell'ordine, si sono rivolti al neurologo (19%); allo psicologo (16%); a una terapia combinata psicologica e farmacologica (14%); a una struttura ospedaliera o casa di cura (6%).

In circa 1/4 dei casi è, quindi, il medico di base la figura cui il paziente chiede aiuto in prima battuta. Possiamo ritenere che ciò sia dovuto al rapporto di fiducia esistente tra medico e paziente.

Il tipo di intervento ovviamente dipende dalla preparazione e dalla conoscenza che il medico ha nell'ambito dei disturbi depressivi, ansiosi. Purtroppo capita a volte, anche se raramente, che il medico stesso sia preda dei più comuni pregiudizi che interessano questi disturbi e che quindi la sua risposta alla richiesta di aiuto sia generica o inadeguata, del tipo "basta che ci metta un po' di buona volontà" o "si rimbocchi le maniche" o "si dia da fare" ecc...

Nella maggior parte dei casi i pazienti sono più fortunati, hanno un medico di base informato e in grado di impostare in prima battuta un intervento farmacologico corretto, accompagnato da utili consigli pratici e, in seconda battuta, di fornire le indicazioni per rivolgersi allo specialista che cura tali disturbi.

Considerando la figura del neurologo, psicologo e psichiatra (le cui qualifiche e competenze sono specificate di seguito), vediamo che il neurologo occupa il primo posto nelle preferenze delle consultazioni (19%), lo psicologo il secondo (16%) mentre lo psichiatra è buon ultimo (11%).

Cerchiamo di commentare questi dati, dopo avere sottolineato il fatto che, in realtà, è proprio lo psichiatra lo specialista cui compete la cura dei disturbi di cui stiamo trattando.

Fino a non molto tempo addietro, il termine comunemente usato per descrivere i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia era "esaurimento nervoso".

Nell'immaginario collettivo "esaurimento nervoso" evocava l'immagine di un "esaurimento dei nervi", che finiva per essere ritenuto l'essenza di questi disturbi ed è per questo che il neurologo era ritenuto (e lo è ancora adesso) lo specialista cui compete la terapia dei suddetti disturbi.

Il risultato pratico è quello di costringere il neurologo a svolgere la maggior parte della propria attività lavorativa facendo lo psichiatra e a dedicare invece uno spazio ridotto alla cura di quei disturbi organici (neuropatie, epilessie, cefalee ecc...) a cui il corso di specializzazione di neurologia lo aveva preparato.

La seconda figura professionale consultata, dopo il neurologo, è nel 16% quella dello psicologo.

Possiamo ritenere che ciò sia dovuto al fatto che, anche grazie all'aumento delle informazioni e delle conoscenze, si stia diffondendo la consapevolezza che i disturbi depressivi e ansiosi non siano la risultante di mere alterazioni biochimiche cerebrali, ma che la loro origine possa essere determinata dalla presenza di problematiche psicologiche intrapersonali e/o interpersonali.

La cura allora consiste nella presa di coscienza di tali problematiche e nella correzione di aspettative e/o di atteggiamenti nei confronti di se stessi e degli altri: allo psicologo spetta il compito di aiutare i pazienti a raggiungere tali scopi.

Buon ultimo è lo psichiatra, consultato solo nell'11% dei casi.

Questa figura professionale è ancora oggi gravata da una serie di pregiudizi che la rendono inquietante.

Nell'immaginario collettivo è il "medico dei matti", per cui rivolgersi allo psichiatra equivale a rientrare nel numero dei "matti". Lo psichiatra evoca l'immagine terrifica della follia ed è anche quello che dà gli psicofarmaci, quei prodotti che "intontiscono, fanno perdere la padronanza di sè" (altro pregiudizio).

Con tutto questo carico pregiudiziale, non c'è da stupirsi del fatto che lo psichiatra fatichi a conquistare il ruolo di un medico specialista dei disturbi emotivi, quello cui è opportuno rivolgersi in prima battuta quando tali disturbi cominciano a presentarsi.

Un' ultima osservazione su quell'11% connotato genericamente come "altri tipi di intervento". Si tratta di fasce di pazienti che, totalmente privi di conoscenze e di informazioni adeguate, sono preda di una visione magico-misteriosa dei disturbi emotivi e che, appunto per questo, finiscono per rivolgersi in ambiti magici (cartomanti, maghi ecc...) per la loro cura, il più delle volte con risultati tragici.

Per maggior chiarezza, vengono di seguito indicate le competenze delle diverse professioni dell'area "psi".

Neurologo: Medico specialista in neurologia: si occupa dello studio e della cura del sistema nervoso, (nei suoi aspetti anatomici, fisiologici e patologici), con esclusione dei disturbi nevrotici e psicotici. Utilizza farmaci.

Psichiatra: Medico specialista in psichiatria: si occupa dello studio, della prevenzione e della cura dei disturbi psichici. Utilizza farmaci.

Psicologo: Dottore in psicologia abilitato all'esercizio della professio-

ne. Si occupa degli aspetti teorici ed applicativi della psicologia in diversi ambiti (età evolutiva, clinica, lavoro, sperimentale). Nella clinica si occupa di diagnosi e prevenzione del disagio. Non utilizza farmaci.

Psicoterapeuta: Medico o psicologo specializzato in psicoterapia, che è una forma di cura dei disturbi psichici basata su determinati principi e tecniche (diversi a seconda dell'orientamento teorico di riferimento). Mira al miglioramento della conoscenza di sé da parte del paziente e al superamento dei disturbi attraverso la presa di coscienza dei meccanismi psicologici che li determinano. Non utilizza farmaci.

Psicoanalista: Medico o psicologo che, dopo anni di addestramento specifico, utilizza la psicoanalisi. Si tratta di una tecnica psicologica e psicoterapeutica basata sulla relazione e finalizzata alla conoscenza del mondo interno del paziente e dei meccanismi psicologici inconsci che ne determinano il comportamento. Non utilizza farmaci.

Abbiamo visto che le risposte alla domanda D6 si riferivano a esperienze passate dirette o indirette (parenti, amici o conoscenti) relative al comportamento realmente tenuto.

Vediamo adesso le risposte alla domanda D7 relative al presunto comportamento da tenere nel caso di presenza di disturbi depressivi e ansiosi.

Alle domande che chiedevano di indicare a chi ci si dovrebbe rivolgere, il campione ha risposto nei seguenti termini.

Il dato maggiormente evidente riguarda l'alta percentuale di soggetti che si rivolgerebbero alla figura dello psicologo, decisamente maggiore rispetto alla percentuale espressa dalla D6 riferita a comportamenti passati.

Ciò conferma il fatto che all'aumento delle conoscenze e delle infor-

mazioni corrisponde una maggiore consapevolezza e accettazione del fatto che originano da problematiche di tipo psicologico individuale e interpersonale.

Dal confronto delle diverse patologie, risulta che la depressione viene percepita meno delle altre come malattia da curare: difatti, nel caso di depressioni, ci si dovrebbe rivolgere a nessuno o al massimo ad amici, nel 18% dei casi.

Riteniamo che ciò sia conseguente al pregiudizio che la depressione dipenda da una "debolezza di carattere" o da una "volontà insufficiente" e che quindi non sia una questione di competenza medica.

La percentuale di coloro che non si rivolgerebbe a nessuno, o al massimo a amici, scende nel caso dei disturbi d'ansia (14%). Riteniamo che ciò sia dovuto al carattere acuto mediante il quale tali disturbi spesso si manifestano, tanto da richiedere l'intervento medico d'urgenza (frequenti sono i ricoveri in Pronto Soccorso).

Cercando di verificare se esistono differenze statisticamente significative nel comportamento riguardo le variabili indagate, si possono individuare alcuni dati interessanti.

Per quanto riguarda le attività svolte, si rivolgerebbe al medico di base il 38% dei pensionati mentre ad esso si rivolgerebbe solo il 14% dei commercianti.

Al neurologo si rivolgerebbe il 44% degli insegnanti, contro il 6% degli studenti. Il 50% degli insegnanti pensa che, in caso di depressione, ci si dovrebbe rivolgere ad un amico, mentre il 7% dei liberi professionisti avrebbe questo comportamento.

Relativamente alla variabile sesso, risulta che le donne si rivolgerebbero allo psicologo più frequentemente degli uomini (20% contro il 10%)

e all'incirca la stessa percentuale viene mantenuta per quel che riguarda coloro che si rivolgerebbero a una terapia combinata psicologica e psicofarmacologica.

Possiamo avanzare alcune possibili spiegazioni di tale fenomeno.

Innanzitutto è da sottolineare il dato epidemiologico: l'incidenza dei disturbi depressivi e di quelli ansiosi è nelle donne doppia rispetto agli uomini.

E' inoltre possibile una spiegazione in chiave culturale: l'uomo è meno incline a riconoscere in se stesso parti deboli e sofferenti e tende ad aderire a modelli eroici, all'insegna del "mi spezzo ma non mi piego".

In altri termini esisterebbe una ulteriore resistenza nella popolazione maschile a considerare la dimensione psicologica del disturbo depressivo-ansioso.

Se dovesse accadere di soffrirne, meglio tendere a una sua concretizzazione, facendone risalire la causa a una presunta origine organica, oppure negarne le motivazioni psicologiche inconsapevoli, riducendola a una pura questione di volontà.

Un'altra possibile spiegazione può consistere nel fatto che le donne sono più esposte a informazioni sulle questioni psicologiche rispetto agli uomini. E' noto che nella maggior parte delle riviste con target femminile è presente una rubrica fissa del tipo "Lo psicologo risponde".

Relativamente alla variabile "stato civile", esistono differenze statisticamente significative nel comportamento del nostro campione.

Il primo dato che emerge è che i single e i separati vanno meno dal medico di base rispetto agli altri (coniugati o vedovi): rispettivamente il 13% dei single e l'11% dei separati, contro il 29% dei coniugati e il 31% dei vedovi.

Single e separati si rivolgono maggiormente all'alternativo (risposta "in altri modi"): i single per il 19% e i separati per il 22% contro il 7% dei coniugati e il 6% dei vedovi. Il dato in questione si può forse comprendere facendo ricorso alle teorie del comportamento che vedono i single e i separati scegliere modelli esistenziali alternativi rispetto a quelli tradizionali evidentemente anche nel trattamento dei disturbi psichici.

I vedovi, dal canto loro, si recano più volentieri dallo psichiatra: vi si rivolge il 31% di loro contro il 9% dei coniugati. I separati prevalgono tra coloro che usufruiscono della terapia bimodale (psicologica e farmacologica): ben il 44% contro il 10% dei single.

Se dovessero soffrire di depressione i single ricorrerebbero maggiormente ad un amico: questo vale per il 29% del campione contro l'11% dei separati.

I separati, sempre in caso di depressione, non andrebbero troppo volentieri dallo psicologo: solo il 22% ne farebbe ricorso. Il perché sembra scontato: ritengono più opportuno che vi si rechi l'altro/a.

In base alla variabile età, se si ricercano differenze statisticamente significative nel comportamento del campione si rileva che, invecchiando, si fa maggiormente ricorso al medico di base, mentre il contrario avviene per i giovani: lo hanno consultato il 5% dei 18-25enni contro il 46% degli ultra 65enni.

Il discorso contrario vale per l'atteggiamento nei confronti delle pratiche alternative: solo il 3% degli ultra 65enni vi fa ricorso contro il 25% dei giovanissimi.

Nessun giovane tra i 18-25 anni sembra essersi rivolto ad un neurologo e, se depressi, consulterebbero per il 34% (in misura significativamente inferiore, rispetto alle altre classi di età) lo psicologo.

I giovanissimi tenderebbero a far da soli nel caso di disturbo da attacco di panico nella misura del 23% o, in caso di depressione, a rivolgersi ad un amico nel 36% dei casi. All'amico invece farebbe ricorso solo 1'11% degli ultra 65enni depressi.

Conoscenze sulle figure professionali

Se l'obiettivo delle domande 7,8,9 era quello di illustrare a quali figure professionali rivolgersi, con la domanda successiva (D10) si è cercato di analizzare il grado di conoscenza rispetto alle figure professionali prese in considerazione: quanti, cioè, ritengono di sapere che differenza vi sia tra le professioni di neurologo, psichiatra e psicologo.

Le percentuali di risposta a questa domanda si dividono nel seguente modo: quasi i tre quarti della popolazione (73%) ritiene di conoscere questa differenza, mentre il 21% confessa la propria ignoranza in materia. Il restante 6% non risponde, il che potrebbe essere interpretato come un "non so...ma non lo dico!".

Dall'analisi dei dati relativi alle variabili prese in esame risulta che su chi ha risposto in modo affermativo alla domanda, ha inciso in modo statisticamente significativo soltanto l'età.

Si rileva infatti che il 73% della popolazione che ha così risposto, è composto soprattutto da persone di un'età compresa tra i 25 e i 44 anni, fascia di età in cui si situa ben il 51% delle risposte affermative; mentre solo il 6% dei "si" è collocato nella fascia di età di chi supera i 65 anni.

Questo dato potrebbe far supporre che le generazioni situate nella classe d'età 25-44 anni (piuttosto giovane) hanno avuto molte più opportunità di ricevere informazioni sull'argomento. Sembra, quindi, importante, cioè, il fattore culturale, nel senso che le ultime generazioni hanno potuto usufruire di un clima culturale sufficientemente libero dai preconcetti che possono ruotare intorno ai temi della psicologia e della psichiatria.

Confrontando le risposte a questa domanda con quelle alle domande 7,8,9, si rileva, però, una forte contraddittorietà: il fatto che circa un quarto degli intervistati dichiari di conoscere le figure professionali di neurologo, psicologo, psichiatra e quindi le loro aree specifiche di intervento, non si traduce in un utilizzo adeguato di tali professionalità.

Ricordiamo, infatti, che solo percentuali basse del campione, in caso di disturbi psichici, si sarebbero rivolte allo psichiatra, come descritto in precedenza.

Per quanto riguarda le risposte negative, molte di esse si sono concentrate nella fascia di età che si potrebbe definire tardo-adolescenziale (18-24 anni): di coloro cioè che, potenzialmente, dovrebbero aver avuto maggiore possibilità di ricevere (tramite la scuola per esempio) notizie su questi profili professionali.

Quindi, pur essendo per questa generazione più facile incontrarle la parola "psicologo", ciò non vuol dire che se ne conosca l'effettivo significato "professionale". Il livello d'informazione e conoscenza dell'area definita dal prefisso "psi" sembra essere piuttosto lacunoso anche per le classi di età giovanile.

Gli psicofarmaci

Questa parte della ricerca, per certi versi consequenziale a quella precedente, riguarda il livello di conoscenza e il rapporto della popolazione con gli psicofarmaci. Alla domanda 11, che indagava a tale riguardo, le risposte percentuali si sono così suddivise: il 23% ritiene che gli psicofarmaci siano dannosi; il 24% ritiene che comunque creino dipendenza perchè assimilabili alle sostanze stupefacenti; il 49% li ritiene utili solo nella fase acuta della crisi; solo un 4% ritiene che se ne possa interrompere l'uso con facilità.

Quasi la metà delle persone interpellate è convinta dell'inutilità degli

psicofarmaci, il cui uso dovrebbe comunque essere limitato al momento acuto della crisi.

Anche in questo caso è da sottolineare la contraddizione tra queste affermazioni e il comportamento. Sarebbe infatti logico attendersi, nel caso di crisi acuta, il consulto dello specialista e l'assunzione degli psicofarmaci nel 50% dei casi, mentre invece i dati precedenti rivelano il consulto in una percentuale molto più bassa (11%).

Se il dato, ad una prima lettura, sembra descrivere una ponderata fiducia nell'uso controllato degli psicofarmaci, occorre però prestare attenzione al fatto che sommando le percentuali di chi li ritiene dannosi in assoluto e di chi li assimila alle sostanze stupefacenti, si osserva come il 47% del campione ne dia una connotazione sostanzialmente negativa, dato percentuale che pareggia quello di chi invece ne sostiene l'utilità.

Relativamente al vissuto nei confronti degli psicofarmaci, il campione risulta cioè praticamente diviso in due.

Il 4% che ritiene possibile interrompere facilmente l'uso degli psicofarmaci potrebbe essere spiegato supponendo che per queste persone il loro uso avvenga in regime di "auto cura". Probabilmente vi è dietro un pensiero del tipo: "quando ritengo di averne bisogno lo prendo, quando sto un po' meglio lo smetto".

Continuando a indagare il rapporto della popolazione con il tema della psicofarmacologia si nota che, quasi a smentire quanto sopra esposto, (cioè che gli psicofarmaci siano utili soltanto per circa la metà del campione), quando si chiede (domanda 12) se è giusto che gli psicofarmaci siano a totale carico del paziente (fascia C del prontuario farmaceutico) ben l'86% del campione risponde di no perché i disturbi di cui ci si occupa sono disturbi diffusi e che quindi il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe in qualche modo farsene un maggior carico.

Tale indicazione, pur essendo contraddittoria rispetto al difficile rapporto con gli psicofarmaci evidenziato in precedenza, può lasciare trasparire un ampio bisogno di considerazione del disagio causato dalla depressione e dall'ansia attraverso l'affermazione che, in ogni caso, si tratta di disturbi diffusi.

La volontà

Troppo spesso nella nostra pratica giornaliera abbiamo constatato come il senso comune ritenga esistere una stretta correlazione tra la volontà del paziente e il superamento di un disturbo depressivo e di un disturbo d'ansia.

Per questo motivo abbiamo chiesto ai soggetti intervistati quanto, secondo loro, incida la volontà nel superamento dei disturbi depressivi e ansiosi.

I risultati ottenuti confermano ulteriormente questo errore di valutazione; infatti circa il 42% della popolazione pensa che la volontà sia molto importante per il superamento dei disturbi, e soprattutto per il superamento della depressione (49%); al contrario, soltanto un 7% della popolazione intervistata valuta correttamente l'assoluta impossibilità della volontà di avere un ruolo nel processo di guarigione.

Come sottolineato in precedenza, questo errore di giudizio nasce dal fatto che non è nota la natura del disturbo depressivo che, ricordiamo ancora, comporta una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto. Ricordiamo ancora che la volontà è proprio la quantità di energia psichica di cui un soggetto dispone e che quindi puntare sulla volontà per superare una crisi depressiva è un controsenso.

Quali consigli suggerire

I disturbi di depressione e quelli d'ansia sono fonte di sofferenza non

solo per il paziente, ma anche per le persone che gli sono vicine. Spesso non si sa cosa fare per la persona malata; generalmente si assume un atteggiamento di comprensione e affetto, ma sia il senso di impotenza, sia la scarsa conoscenza rispetto a questo tipo di patologie porta parenti e amici a dare consigli non adeguati che possono portare a un aumento del senso di colpa e dei vissuti di incomprensione e solitudine da parte del paziente stesso.

Abbiamo chiesto quali consigli darebbero a una persona depressa o che soffre d'ansia.

Quasi l'80% dei soggetti intervistati ritiene correttamente che la depressione sia una malattia curabile e che necessiti dell'aiuto di un esperto.

In particolare hanno risposto che è necessario rivolgersi a uno specialista il 57% dei liberi professionisti, il 49% dei pensionati, il 47% delle casalinghe ed il 45% dei commercianti intervistati.

Infine è degno di nota che mediamente il 60% delle persone che ritengono che per un disturbo di tipo depressivo sia necessario chiedere aiuto o che consigliano il ricorso a cure adeguate sono donne.

Il 20% della popolazione intervistata, per il superamento di un disturbo di tipo depressivo, darebbe consigli del tipo: "cerca di tirarti su, rimboccati le maniche, è una questione di buona volontà". Questa risposta è stata data in maggioranza (circa il 70%) da uomini, prevalentemente impiegati e operai.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia il 54% dei soggetti intervistati ritiene che si possa migliorare con cure adeguate. Notiamo come ben il 70% degli impiegati ed il 69% delle casalinghe intervistate abbiano risposto in questo modo contro il 36% degli operai.

Anche in questo caso il sesso si dimostra essere variabile significativa,

sebbene con un'incidenza minore rispetto al punto precedente: il 63% delle donne contro il 43% degli uomini ha risposto in questo modo.

Il 25% del campione ritiene che le crisi acute d'ansia, ad esempio una crisi da attacco di panico, siano solo una fissazione e una forte percentuale è rappresentata da persone di sesso maschile: infatti il 19% degli uomini intervistati consiglierebbe di non avere paura, consiglio dato soltanto dal 6% delle donne.

Il 26% delle persone intervistate ritiene che un disturbo di tipo ansioso sia facilmente superabile con un po' di tranquillità. È presente, in questo caso, una distribuzione delle risposte abbastanza omogenea per quanto riguarda la variabile sesso.

Solo il 6% dei soggetti intervistati consiglierebbe ad una persona che soffre di ansia di lavorare meno e riposare di più. Anche in questo caso sono più gli uomini (73% delle risposte date).

È importante notare come circa il 63% (di cui pochi giovani) del campione ritenga che l'ansia sia una situazione superabile con cure adeguate (soprattutto donne), ma di questo 63% solo un 10% si rivolgerebbe subito allo specialista giusto, cioè allo psichiatra.

Note conclusive

Cercheremo ora di sintetizzare i dati più salienti emersi da questa ricerca.

Conoscenza dei disturbi

Facendo riferimento a studi epidemiologici degli anni ottanta, possiamo sicuramente affermare che sono in via di progressivo aumento le conoscenze relative alla depressione e ciò in conseguenza alle maggiori informazioni fornite dai mass-media. Pur essendo solo il 28% della popolazione che ne segnala la peculiarità clinica (disturbo del tono dell'umore), il 57% ne sottolinea le caratteristiche di malattia (fisica e psichica o solo psichica) e ciò è estremamente importante perchè è la premessa necessaria ad attivare il consulto medico e quindi la terapia specifica.

Possiamo, quindi, affermare che da un punto di vista culturale il disturbo depressivo, relegato fino a pochi anni addietro in un ambito di mistero, magia e vergogna, cominci ad essere annesso ai territori della scienza medica e della cura.

Va comunque sottolineato che è ancora presente un atteggiamento negativo e svalutante dello stato depressivo da parte di chi (11%) definisce la depressione come una "mancanza di volontà".

Anche le conoscenze relative al disturbo ansioso sono decisamente in aumento: abbiamo visto che il 54% della popolazione lo definisce correttamente come uno stato di tensione emotiva accompagnato da sintomi fisici.

Il 28% sottolinea l'aspetto di "eccessiva preoccupazione" dello stato ansioso e ciò va verso la direzione di una valutazione della persona ansiosa come emotivamente fragile e incapace di far fronte alle difficoltà quotidiane.

Anche in questo caso, come già in quello depressivo, c'è il rischio di sminuire il vissuto di sofferenza e di impotenza della persona che subisce le crisi d'ansia.

Diffusione dei disturbi

La lettura dei dati relativi alla conoscenza da parte degli intervistati di parenti, amici e conoscenti affetti dai disturbi di cui trattiamo evidenzia la enorme diffusione del disturbo depressivo e dell'ansia: circa il 60%

conosce una o più persone che ne hanno sofferto o che ne soffrono.

E' probabile che l'aumento delle conoscenze e delle informazioni e la riduzione della vergogna rendano più facile per i pazienti parlarne con parenti/amici/conoscenti e, per questi ultimi, individuarli e riconoscerli.

Comportamento tenuto in passato

Questa parte dell'indagine ha evidenziato il fatto che le conoscenze acquisite non si traducono tout-court in comportamenti adeguati.

Se da un lato è vero che è presente la tendenza culturale a riconoscere alla depressione e all'ansia la dignità di malattie (disturbi cioè che devono essere curati), è altrettanto vero che sono ancora presenti interferenze pregiudiziali tali da rendere difficoltoso seguire i percorsi terapeutici corretti.

Lo specialista cui compete la cura è lo psichiatra, ma questi è stato consultato solo nell'11% dei casi. Giocano un ruolo importante di ostacolo al consulto il fatto che, nell'immaginario collettivo, egli evoca la dimensione della follia: è il medico dei "matti" e rivolgersi a lui equivale a rientrare nel numero dei matti.

Più consultato è il neurologo (19%). Si può presumere che tale figura professionale faccia meno paura dello psichiatra: è il medico dei "nervi" e in caso di "esaurimento nervoso" il neurologo viene vissuto come lo specialista adeguato.

Lo psicologo è stato consultato nel 16% dei casi. Questo dato attesta che, almeno in parte, viene riconosciuta una matrice emotiva e conflittuale ai disturbi presi in considerazione in questa ricerca.

In circa 1/4 dei casi (23%) è stato il medico di base a essere consultato in prima battuta e ciò conseguentemente al rapporto di fiducia tra medico e paziente, elemento la cui presenza è sempre necessaria per

qualunque tipo di trattamento terapeutico ma che, in questi casi, è assolutamente indispensabile.

Una su tre (31%) delle persone colpite da un disturbo depressivo e/o ansioso non si è invece rivolta a nessuna figura professionale, con prezzi facilmente immaginabili in termini di sofferenza e/o cronicizzazione.

Comportamento da tenere

L'indagine, assieme alle esperienze passate dirette o indirette, ha anche cercato d'individuare quale comportamento gli intervistati avrebbero tenuto in futuro, in caso di presenza dei disturbi trattati.

Il dato più evidente riguarda l'alta percentuale di soggetti che si rivolgerebbero allo psicologo (circa il 40% contro il 16% del passato). Ciò conferma che un aumento delle conoscenze e delle informazioni determina una maggiore consapevolezza del fatto che i disturbi originano da problematiche di tipo psicologico.

La depressione viene percepita meno delle altre come malattia da curare: nel caso di depressione il 18% degli intervistati si rivolgerebbe a nessuno o al massimo ad amici.

Ciò riteniamo sia conseguente al pregiudizio che la depressione sia dovuta a una "volontà insufficiente" o a una "debolezza di carattere" e quindi che non sia di competenza medica.

La percentuale di coloro che non si rivolgerebbero a nessuno scende nel caso dei disturbi d'ansia (14%) e ciò perchè le frequenti manifestazioni acute ne sottolineano la necessità dell'intervento medico.

Relativamente alla variabile sesso, le donne si rivolgerebbero allo psicologo in misura doppia rispetto agli uomini (20% contro il 10%). Possiamo utilizzare chiavi di lettura diverse di questo dato: una di tipo epidemiologico, in base alla quale l'incidenza dei disturbi depressivi e

ansiosi è nelle donne doppia rispetto all'uomo.

E' anche possibile utilizzare una chiave di lettura culturale: l'uomo tende a identificarsi con modelli eroici e a disconoscere le proprie parti deboli e sofferenti. Ne consegue la tendenza a negare le motivazioni psicologiche inconsce della propria sofferenza, quando questa si manifesta.

Conoscenza delle figure professionali

Il dato più rilevante di questo settore dell'indagine è il seguente: quasi i tre quarti degli intervistati (73%) ritiene di conoscere la differenza tra le professioni di neurologo, psichiatra e psicologo e le loro specifiche aree di intervento. Ciò entra in forte contraddizione con quanto emerso invece nel comportamento da tenere quando i disturbi si manifestano: solo l'11%, ad esempio, si rivolgerebbe allo psichiatra.

Se da un lato è quindi vero che le conoscenze in merito a questi disturbi siano in aumento, è altrettanto vero che non sono ancora penetrate nel tessuto pregiudiziale che li avvolge e non sono ancora tali da determinare comportamenti più adeguati.

Gli psicofarmaci

E' questo il settore in cui le interferenze pregiudiziali sono più evidenti: il 23% degli intervistati ritiene che gli psicofarmaci siano dannosi e il 24% che creino dipendenza in quanto assimilabili a sostanze stupefacenti.

Il 49% li ritiene invece utili nella fase acuta: ancora una volta è però da sottolineare la contraddizione tra questo dato e quello che segnala che, in fase di crisi acuta, è solo l'11% che consulta lo psichiatra, medico cui compete la loro prescrizione.

Altra chiave di lettura della notevole discrepanza dei dati è l'uso fre-

quentemente autogestito, soprattutto degli ansiolitici, non prescritti dallo specialista.

La volontà

Anche in questo caso abbiamo avuto la conferma dell'enorme diffusione del pregiudizio che, mediante un atto di volontà, sarebbe possibile superare depressione e ansia: la pensa così il 42% degli intervistati e la percentuale sale al 49% quando si fa riferimento alla depressione.

Consigli

L'ultimo settore della nostra indagine si riferisce a quali consigli dare a una persona che soffre di depressione e ansia.

Emerge chiaramente che l'atteggiamento di fondo culturale ed emotivo determina il tipo di consigli da suggerire, consigli influenzati dai pregiudizi nei confronti dei disturbi stessi, dello psichiatra, degli psicofarmaci e del ruolo della volontà.

Ciò conferma che i pregiudizi, ancora diffusi, determinano comportamenti inadeguati e che spesso le informazioni e le conoscenze non sono sufficienti per il loro superamento.

"Depressione, ansia e panico: mali curabili" è il quarto opuscolo pubblicato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 2003 (formato 17x12, 32 pagine).

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

Anche questa pubblicazione, come quelle precedenti, è stata distribuita gratuitamente tramite veicolazione con quotidiani e settimanali, tramite le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

Diffusione della depressione e dell'ansia

I più recenti studi epidemiologici attestano che sono circa 8 milioni le persone che soffrono, in Italia, di disturbi depressivi e 4 milioni di disturbi d'ansia. Considerando che, per ogni paziente, sono almeno due/ tre i parenti coinvolti, si può avere un'idea di come questo disturbo abbia la valenza di malattia sociale. Del resto il costo sociale, inteso come ore lavorative annue perse a causa del suddetto disturbo, è in Italia di circa 400 milioni di € l'anno.

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

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

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

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

In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno

dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.

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

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

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

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

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

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

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

Il Disturbo Depressivo Maggiore

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

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

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

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

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

L'umore depresso

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, di cui l'abbassamento del tono umorale è la condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali, lo stato depressivo può essere vissuto come incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva. Nelle fasi acute, il disturbo dell'umore è evidente e si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione, sgomento, associati alla perdita dello slancio vitale e all'incapacità di provare gioia e piacere. I pazienti avvertono un senso di noia continuo, non riescono a provare interesse per le normali attività, provano sentimenti di distacco e inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale.

Tutto appare irrisolvibile, insormontabile, quello che prima era semplice diventa difficile, tutto è grigio, non è possibile partecipare alla vita sociale, nulla riesce a stimolare il minimo interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire più a piangere.

Il rallentamento psicomotorio è da considerarsi il sintomo più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo.

Il linguaggio non è più fluido, 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 e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

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

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

Depressione e volontà

Vorrei inserire a questo punto alcune considerazioni che riguardano gli stimoli che familiari e amici tendono a dare alla persona depressa e che puntano sulla spinta all'azione attraverso l'impiego della "volontà". E' comune per chi soffre di una crisi depressiva sentirsi dire che, se ci mettesse più volontà, sarebbe in grado di superare il momento difficile che sta attraversando e uscire così dalla sua condizione di abulia e astenia. Siccome tale messaggio giunge al depresso da più fonti, egli stesso finisce per convincersene.

Va sottolineato che il suddetto messaggio, pur se animato da buone intenzioni e finalizzato a fornire un aiuto al paziente, non tiene conto della natura stessa del disturbo depressivo e finisce per essere controproducente.

Come accennato nelle pagine precedenti, la volontà è, infatti, la quantità di energia psichica di cui il soggetto può disporre e utilizzare per la realizzazione dei suoi scopi, ma una delle caratteristiche dell'episodio depressivo acuto consiste proprio nel fatto che vi è una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto.

La riduzione quindi della possibilità di utilizzare lo strumento della volontà è parte integrante della sintomatologia depressiva e non è possibile puntare su di essa per il superamento della crisi.

Le stimolazioni esterne in questo senso sono fondate sulla scarsa conoscenza dei meccanismi psichici che stanno alla base del disturbo depressivo e finiscono per avere un effetto controproducente, determinando nel depresso l'aumento dei sensi di colpa, peraltro già presenti, e il peggioramento del quadro depressivo.

Depressione, tempo e autostima

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

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

La compromissione delle prestazioni intellettuali, la consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso all'autosvalutazione, al disprezzo di sé, alla convinzione della propria inadeguatezza, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri errori e su colpe lontane.

Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, valutato come pieno di errori commessi; il paziente prova sentimenti di colpa e fa previsioni di rovina e miseria.

Talora ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: convinto di poter "star meglio facendo uno sforzo", si giudica indegno per la propria condotta, per la propria pigrizia, per il proprio egoismo.

Il rischio suicidiario

L'ideazione suicida è presente nei 2/3 dei pazienti. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e non valga perciò la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale.

Nei casi più gravi le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. La convin-

zione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe.

In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto "suicidio allargato": il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell'esistenza. Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

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

Altri sintomi della depressione

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

Nella depressione sono frequenti la riduzione dell'appetito ed i sintomi gastrointestinali: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale.

Le difficoltà digestive e la stitichezza possono essere dovute, oltre che ai trattamenti antidepressivi, all'ipotonia intestinale spesso associata al quadro clinico. Modificazioni della condotta alimentare, nel senso di una riduzione dell'assunzione di cibo, possono avere gravi conseguenze con un marcato dimagrimento, stati di malnutrizione e squilibri elettrolitici, tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

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

I disturbi del sonno sono molto frequenti e l'insonnia, una delle principali manifestazioni della depressione, si caratterizza per i numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Il depresso riferisce di svegliarsi dopo poche ore di sonno, di non riuscire più a addormentarsi e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale; durante i periodi di veglia notturna pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato.

Nonostante l'insonnia possa essere lieve, il depresso lamenta di non sentirsi riposato. In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un aumento delle ore di sonno con ipersonnia, fino a una vera e propria letargia.

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

Come riconoscere una depressione

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

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

- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (si fa riferimento non solo alla presenza di sentimenti soggettivi, ma anche al fatto che siano osservabile dagli altri);
- affaticabilità o mancanza d'energia quasi ogni giorno (astenia);
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- ridotta capacità di pensare, di concentrarsi o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);
- pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidiaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

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

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

Nelle pagine che seguono descriveremo le due forme più diffuse di ansia patologica; il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) e il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP).

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

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

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

Il Disturbo d'Ansia comprende sintomi di tipo psichico, somatico e comportamentale.

Per quanto riguarda il quadro clinico, i pazienti che soffrono di questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi e apprensivi e sempre preoccupati per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi e realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico.

Esemplificativa a tale proposito è la figura della madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o a ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trovi in quel momento in una situazione di pericolo reale.

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

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

meteorismo, dispepsie, nausea e diarrea.

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

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

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

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

Generalmente tali sintomi motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di base, e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sia sul piano sociale sia dei costi sanitari.

Tuttavia, più che la convinzione di un male incurabile, il paziente con ansia generalizzata sosterrà di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia a elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile).

Come riconoscere un GAD

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

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

sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

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

E' caratterizzato dal ripetersi di episodi acuti d'ansia a insorgenza improvvisa e di breve durata, notevolmente diversi tra loro per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate.

Nella maggior parte dei pazienti che giungono all'osservazione clinica, gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e di condotte di evitamento di tipo agorafobico.

L'agorafobia è la paura di luoghi o situazioni nei quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come conseguenza i pazienti evitano di uscire da soli, di recarsi in posti affollati, di viaggiare in macchina o sui mezzi pubblici.

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

- la comparsa dei sintomi è improvvisa, drammatica, spesso "a ciel sereno";
- la durata della crisi è breve e può variare da pochi secondi a un massimo di mezz'ora, un'ora;
- l'esperienza ansiosa è vissuta dal paziente come non derivabile da eventi esterni e si accompagna a un penoso senso di impotenza, di mancanza di controllo, di paura, di minaccia per la propria integrità fisica

e psichica;

- è spesso presente una fase post critica consistente in un periodo anche prolungato, fino a molte ore, in cui è presente marcata astenia, sensazione di "testa confusa", difficoltà nella deambulazione, sensazione di sbandamento, vertigini.

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

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

Le manifestazioni comportamentali della crisi sono rare e spesso l'attacco di panico passa inosservato ai presenti. Lontano dall'esprimere clamorosamente la sua sofferenza, il soggetto cerca di nascondere ai vicini le sensazioni provate durante la crisi d'ansia. Talora, però, il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana inspiegabilmente, cercando di raggiungere in fretta un luogo familiare.

Non sempre queste manifestazioni sintomatologiche si manifestano in maniera completa ed esistono episodi critici che si esprimono attraverso uno o due sintomi.

Si tratta di "attacchi minori" che si distinguono da quelli maggiori sopra descritti, oltre che per il numero ridotto dei sintomi, anche per una ridotta intensità dell'esperienza ansiosa. Tra i sintomi caratteristici degli attacchi minori sono da ricordare le vertigini, spesso isolate, le palpitazioni, i sentimenti di irrealtà, le vampate di caldo e i brividi di freddo.

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

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

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

Nella fase iniziale della malattia gli attacchi, anche isolati, vengono ben presto accompagnati dal persistere di uno stato di paura e di ansietà, associati a sintomi neurovegetativi.

Un crescente timore che la crisi possa ripetersi comincia, infatti, a pervadere l'intera esistenza del paziente che diviene, in tal modo, ansioso, teso, timoroso e vive in uno stato di continua apprensione, ipervigilanza e di allerta persistente.

Questo particolare tipo di ansia, definita *ansia anticipatoria*, è diverso dagli attacchi di panico: dura più a lungo, anche ore, cresce lentamente e può raggiungere un'intensità tale da provocare sintomi fisici simili a quelli dell'attacco.

Chi ha provato le due esperienze, solitamente, è in grado di distinguerle; mentre, infatti, è possibile in qualche modo ridurre e controllare l'ansia anticipatoria, allontanandosi dalla situazione temuta o cercando rassicurazioni in una persona di fiducia, quando l'attacco di panico comincia non può essere bloccato.

L'attacco di panico si comporta come una reazione "tutto o nulla" che sfugge a ogni controllo quando è innescato il meccanismo. Se l'ansia anticipatoria raggiunge elevati livelli di intensità, può risultare invalidante e generare un disagio maggiore degli stessi episodi critici.

In questi casi gli attacchi di panico possono passare in secondo piano, quasi oscurati dall'ansia anticipatoria e la loro presenza deve essere indagata accuratamente, in quanto il paziente può trascurarne la descrizione. Invariabilmente, in questa fase, compare la ricerca di rassicurazione, associata talora a modalità scaramantiche e compulsive.

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

I timori sono rafforzati dal fatto che non s'individua una causa e non si pone una diagnosi per una sintomatologia che, nonostante l'intensità dei sintomi soggettivi, è in genere minimizzata dai medici per la scarsa rilevanza dei referti obiettivi.

Il gran numero e la variabilità dei sintomi presenti portano a varie formulazioni diagnostiche, condizionate dalla formazione specialistica del singolo medico e quindi, di volta in volta, si parla di nevrosi cardiaca, sindrome da iperventilazione, labirintite, ipocondria, isteria, depressione ansiosa, sindrome del colon spastico. I pazienti passano da un medico all'altro e sono spesso accompagnati nei servizi di pronto soccorso, dove vengono di solito etichettati come nevrotici, isterici, patofobici,

eccetera.

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

Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dal disturbo interferiscono con attività importanti per la vita di tutti i giorni. Oltre i due terzi dei pazienti che soffrono di attacchi di panico presentano condotte di evitamento di tipo agorafobico.

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

Come riconoscere un DAP

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

- 1. palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia;
- 2. sudorazione;
- 3. tremori fini o a grandi scosse;
- 4. dispnea o sensazione di soffocamento;
- 5. sensazione di asfissia;

- 6. dolore o fastidio al petto;
- 7. nausea o disturbi addominali;
- 8. sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
- 9. derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
- 10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
- 11. paura di morire;
- 12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
- 13. brividi o vampate di calore.

Le indicazioni terapeutiche

L'intervento clinico non deve mai ridursi alla componente farmacologica, anche se quest'ultima è ineliminabile e deve saper sfruttare tutte le risorse e i progressi raggiunti dalla moderna farmacologia clinica.

La prima regola è che tutte le informazioni che si possono mettere a disposizione del paziente devono essere fornite in modo comprensibile ed adeguato al suo livello culturale e, qualsiasi linea terapeutica sia scelta, è fondamentale che sia da lui condivisa.

Ne consegue che tutto ciò che viene detto a un soggetto che soffre di un DAP, nel corso di un intervento clinico, deve poter essere argomentato e armonizzato nel contesto della terapia.

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

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

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

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

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

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

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

E' inoltre opportuno fornire un programma di ripresa comportamentale graduale e proporzionato alle sue risorse reali: questo deve partire da un

effetto positivo indotto dall'esterno (terapia) e deve essere proporzionale al miglioramento avvertito dal paziente stesso.

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

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

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

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

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

Lo scopo da raggiungere gradualmente è quello di generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo, la malattia, condiziona l'attuale modo di pensare. Di fronte a una grave ideazione di suicidio, di colpa e di improvvisa insensibilità affettiva, per molti pazienti può essere utile inserire progressivamente l'idea che non sono loro, secondo la loro natura e la loro libertà, a generare simili contenuti, ma che è la malattia che li spinge a pensare e sentire 'provvisoriamente' in questo modo.

Per quanto riguarda il problema delle 'cause' che hanno determinato la crisi, si possono verificare due diverse situazioni: il paziente ha già trovato da sé o con i familiari una spiegazione basata su argomentazioni dialettiche o relazionali (dispiaceri, separazioni, perdite o anche sovraffaticamento, cioè tutte le cause concomitanti/scatenanti l'episodio), oppure pone più direttamente la domanda al medico per avere un'informazione autorevole, attendendosi una risposta per lui adeguata e tale da dare indicazioni sul cosa fare per uscire dalla depressione.

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

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

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

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

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

Ciò è conseguente alla complessità del nostro encefalo, che è costituito

da circa 100 miliardi di cellule nervose, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotra-smettitori cerebrali.

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

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

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

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

Spesso informazioni parziali o errate determinano fantasie di effetti collaterali clamorosi, fino all'ottundimento della coscienza e conseguente impossibilità a svolgere le più elementari attività giornaliere. Il paziente va rassicurato al riguardo: sono i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia a causare l'ottundimento della coscienza, mentre gli antidepressivi non provocano questo tipo di fenomeni collaterali e anzi aiutano a recuperare un buon livello della coscienza.

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

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

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

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

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

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

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

Mentre nella fase acuta del disturbo l'intervento è necessariamente di tipo farmacologico, finalizzato alla risoluzione dei sintomi ed è indipendente dalle cause, nella fase successiva si aprono variabili terapeutiche la cui natura è invece strettamente legata alle valutazioni di tipo causale.

A volte l'elemento causale è facilmente individuabile, come ad esempio un disadattamento lavorativo o problematiche legate alla vita di coppia o uno stile complessivo di vita non soddisfacente. Sono tutte situazioni già in qualche modo presenti nella coscienza del soggetto e, in questi casi, è opportuno avviare una forma di trattamento finalizzato a inserire le variabili necessarie per modificare quelle determinate situazioni frustranti (terapia di coppia, terapia familiare, ecc.).

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

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

Questo tipo d'intervento può essere definito come un lavoro di ricerca che si effettua in due, il paziente e lo psicoterapeuta, finalizzato a individuare le cause inconsce che sono alla base dello stato di malessere di fondo su cui si è sviluppata la crisi.

L'importanza di ciò risiede sia, come si è già detto, nel prevenire le ricadute sia, più in generale, nel miglioramento della qualità della propria esistenza.

Note conclusive

Di fatto il disturbo depressivo e i disturbi d'ansia sono malattie curabili,

specialmente con gli strumenti efficaci di cui disponiamo. E' necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi vengono collocati e ricondurre il problema in ambito medico.

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

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

La risoluzione della sintomatologia acuta non va intesa come la risoluzione definitiva del problema.

E' invece importante un'attenta e accurata valutazione della personalità globale, e non solo dei sintomi del paziente, in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta e a seconda delle necessità individuali, indicazioni sotto forma di semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, oppure indicazioni di tipo psicoterapeutico, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi di intervento, che sono tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.

"Depressione, ansia e panico: domande e risposte" è il quinto opuscolo pubblicato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 2005 (formato 17x12, 32 pagine) ed è inserito all'interno della "Campagna informativa su depressione e ansia" promossa dalla Associazione e patrocinata dal Ministero dell'Istruzione, della Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.

Il contenuto dell'opuscolo consiste nella presentazione delle domande più frequenti, con relative risposte, che i pazienti e i loro parenti si pongono sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'ansia

Anche questa pubblicazione, come quelle precedenti, è stata distribuita gratuitamente tramite veicolazione con quotidiani e settimanali, tramite le Farmacie di Torino e Provincia e presso la sede dell'Associazione.

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

Cos'è la depressione

La depressione è una malattia che in Italia interessa circa 8 milioni di persone, ha ormai assunto valenza di malattia sociale e consiste nel disturbo di una precisa funzione psichica: il Tono dell'Umore, importante nell'adattamento al nostro mondo interno e a quello esterno. Ha il carattere della flessibilità, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative e spiacevoli.

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

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

Come riconoscere la depressione

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

- Tono dell'umore depresso, con marcata riduzione d'interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività, senso di vuoto interiore, profonda tristezza, dolore morale, sentimenti d'inadeguatezza, tendenza ad isolarsi;
- Alterazioni dell'appetito, che più spesso si manifestano con un netto calo che comporta una significativa perdita di peso (riduzione del 5% del peso corporeo in poche settimane); meno frequentemente è presente un netto aumento dell'appetito con conseguente aumento del peso corporeo;

- Disturbi del sonno, che si manifestano più spesso con insonnia. Caratteristico è il risveglio precoce, tre/quattro ore prima del solito. A volte è invece presente ipersonnia: il soggetto dorme anche 16/18 ore il giorno;
- Alterazioni psicomotorie, che più spesso si manifestano con un rallentamento psicomotorio, ma che possono anche consistere in uno stato di continua irrequietezza;
- Sensazione di spossatezza e mancanza d'energia, non giustificata da fatiche o sforzi fisici, che rende difficile intraprendere qualsiasi azione;
- Presenza di sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- Riduzione della capacità di attenzione, concentrazione e memoria, con conseguente riduzione delle prestazioni intellettive;
- Presenza di pensieri di morte, sotto forma di morte accidentale o di ricorrente ideazione suicidiaria, senza però un piano specifico per metterla in atto. Nei casi più gravi può essere presente un vero e proprio progetto specifico per porre fine alla propria esistenza.

Secondo il DSM-V, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri del mondo, quando sono contemporaneamente presenti, da almeno due settimane, cinque (o più) dei sintomi descritti si può fare diagnosi di depressione in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista.

Cos'è l'ansia

Si tratta di un disturbo che interessa il 7% della popolazione italiana, circa quattro milioni di persone.

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

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

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

Come riconoscere l'ansia

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

- Ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);
- Difficoltà nel controllare la preoccupazione;
- L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano uno stato di disagio significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree relazionali importanti;
- L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per esempio ipertiroidismo);
- L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):

- irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
- facile affaticabilità;
- difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
- irritabilità;
- tensione muscolare;
- alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Cos'è un attacco di panico

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

E' caratterizzato dalla ricorrente presenza di episodi acuti d'ansia che si manifestano in modo improvviso, hanno breve durata e presentano molte variabili per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate.

Nella maggior parte dei pazienti gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e di condotte di evitamento di tipo agorafobico.

L'agorafobia è la paura di luoghi o situazioni dai quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come conseguenza i pazienti evitano di uscire da soli, di recarsi in posti affollati, di viaggiare in macchina o sui mezzi pubblici.

Come riconoscere un attacco di panico

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

- palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia;
- sudorazione;
- tremori fini o a grandi scosse;
- dispnea o sensazione di soffocamento;
- sensazione di asfissia;
- dolore o fastidio al petto;
- nausea o disturbi addominali;
- sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
- derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
- paura di perdere il controllo o di impazzire;
- paura di morire;
- parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
- brividi o vampate di calore.

Note di terapia

Depressione, Ansia e Attacchi di Panico sono malattie curabili, a condizione che siano riconosciuti come disturbi e che siano, quindi, affidate alla cura di un medico.

La fase acuta del disturbo deve essere trattata con un intervento farmacologico che, se adeguato e conseguente a una corretta diagnosi, è in grado di far scomparire i disturbi nell'80-90% dei casi.

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

La risoluzione della sintomatologia acuta è importante, ma non risolutiva. E' invece necessaria un'attenta valutazione della personalità complessiva del paziente e un'accurata indagine sulle cause che hanno determinato la comparsa dei sintomi in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta, indicazioni personalizzate.

Queste possono consistere in semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, oppure in indicazioni di trattamento psicologico oppure di terapia sistemica o anche di terapia cognitivo-comportamentale, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi d'intervento, tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.

Domande dei pazienti

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

La depressione è una malattia ereditaria?

L'ereditarietà gioca un ruolo determinante solo in una percentuale molto limitata, nel 2-3% dei casi, come ad esempio nelle forme depressive

presenti nel disturbo bipolare del tono dell'umore.

All'origine dei disturbi depressivi vi può essere una predisposizione biologica che favorisce lo sviluppo della malattia. Va però precisato che la predisposizione non equivale alla malattia, nel senso che, per lo sviluppo del disturbo depressivo, è necessaria la presenza di componenti negative "esogene", legate cioè all'ambiente esterno.

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

"Esaurimento nervoso" è un'espressione molto usata nel linguaggio comune, ma non ha alcuna base scientifica. Con tale termine si fa erroneamente riferimento a una sorta di esaurimento, da parte delle cellule nervose, della loro carica energetica a causa di eccessive richieste esterne.

Inoltre nel linguaggio comune il termine "esaurimento nervoso" è usato per fare riferimento a qualunque tipo di disturbo psichiatrico di qualsi-asi genere. Da qualche anno a questa parte è stato sostituito, sempre nel linguaggio comune, con il termine "depressione", anche in questo caso indicando qualunque stato di sofferenza psichiatrica.

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

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

Le variazioni dell'ambiente esterno, come ad esempio l'alternanza lucebuio o inverno-estate, regolano i nostri ritmi biologici interni. Un'alterazione di questi ritmi comporta la variazione della secrezione di alcuni ormoni o neurotrasmettitori e può causare la depressione stagionale.

Alcune persone che soffrono di depressione sono particolarmente sensibili al cambiamento di stagione o anche solo alle variazioni meteorologiche. Vi sono pazienti che, con una precisa ricorrenza, presentano

disturbi depressivi solo nelle stagioni autunno-inverno, godendo di benessere per il resto dell'anno; altri che, viceversa, stanno male solo durante la primavera-estate e altri ancora che si ammalano di depressione indipendentemente dalla stagione in corso.

Quali fasce di età sono più colpite dalla depressione?

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

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

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

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

Perché le donne sono più colpite degli uomini?

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

- motivi di ordine culturale, in quanto la donna ha una maggiore facilità a denunciare il proprio malessere;

- motivi di ordine sociale, legati alle frustrazioni e alle ancora elevate difficoltà che molte donne incontrano nella loro realizzazione in ambito lavorativo;
- motivi di ordine biologico, legati alle tempeste ormonali cui l'organismo femminile viene sottoposto (cicli mestruali, gravidanze, menopausa) e che possono favorire lo sviluppo di crisi depressive.

La depressione può essere combattuta con la "forza di volontà"?

Assolutamente no! Non è possibile superare una crisi depressiva con la volontà. Durante una crisi depressiva, proprio a causa della malattia, il soggetto ha a disposizione una scarsissima quantità di energia psichica, a volte appena sufficiente per "andare avanti".

Dobbiamo tenere presente che, per definizione, la volontà è la quantità di energia psichica di cui un soggetto dispone: risulta quindi evidente che un paziente depresso, già con poca energia psichica, non possa far leva su di essa per superare lo stato depressivo.

Che differenza c'è tra tristezza e depressione?

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

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

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

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

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

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

Le "cure dimagranti" possono essere causa di depressione?

Le cure dimagranti, soprattutto nelle donne, possono costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo e ciò dipende anche dal modo in cui è condotta la cura. Se il metodo comporta l'assunzione di farmaci che agiscono sull'encefalo riducendo lo stimolo della fame, vi possono essere degli effetti negativi sulle emozioni e sul comportamento.

Alcune di queste sostanze, oltre a ridurre l'appetito, inducono anche un senso di euforia che lascia generalmente il posto a una più o meno grave depressione nel momento in cui non sono più assunte. Vi sono poi dei farmaci usati nelle diete che possono favorire la comparsa di malumore, stanchezza e sedazione.

E' importante sottolineare che, proprio per questi motivi, è assolutamente controindicata l'assunzione contemporanea di questi farmaci con

quelli che agiscono sul sistema nervoso, come ad esempio gli antidepressivi.

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

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

Ansia e depressione possono essere contemporaneamente presenti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nella Depressione Maggiore è usuale che il paziente si senta particolarmente angosciato il mattino. Questo stato d'animo migliora con il trascorrere delle ore, nel pomeriggio o verso sera, con aumento dell'iniziativa e dell'energia.

Quando la depressione è particolarmente grave, il paziente sta male indifferentemente per tutta la giornata. Con la terapia i primi segni di miglioramento si verificano nelle ore serali.

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

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

contraria.

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

Il paziente con depressione può avere una riduzione della memoria?

Spesso capita che il paziente riferisca di non riuscire a ricordare eventi del giorno precedente e, in generale, di avere disturbi della memoria che gli recano difficoltà nel lavoro e nello studio. Inoltre riferisce di avere spesso difficoltà di attenzione e concentrazione e di avere difficoltà nel tenere il "filo del discorso".

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

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

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

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

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

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

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

- se l'episodio è guarito completamente, l'assunzione dei farmaci verrà protratta per qualche mese e sarà gradualmente sospesa secondo protocolli precisi;
- se gli episodi depressivi si ripetono a breve distanza l'uno dall'altro, i farmaci verranno assunti per un periodo di tempo maggiore.

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

Esistono periodi critici in cui è più probabile che chi ha già sofferto in passato di episodi depressivi, possa avere una ricaduta.

Ciò si può verificare nelle fasi del climaterio maschile e femminile, nelle separazioni affettive o quando avviene l'allontanamento dei figli dall'ambiente familiare.

Quanto tempo bisogna aspettare perché una terapia antidepressiva faccia effetto?

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

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

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

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

Per quanto tempo vanno presi gli antidepressivi?

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

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

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

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

Si può diventare dipendenti dagli antidepressivi?

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

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

Gli antidepressivi possono "cambiare la personalità"?

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

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

Gli antidepressivi possono "togliere la lucidità"?

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

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

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

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

L'uso degli ansiolitici è consigliabile solo all'inizio di una cura antide-

pressiva, specialmente quando i sintomi ansiosi sono molto accentuati. Va in ogni modo limitato ad un breve periodo di tempo in quanto, contrariamente agli antidepressivi, gli ansiolitici assunti per molti mesi e a dosi elevate danno luogo ad una dipendenza fisica.

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

Serve la psicoterapia nella cura della depressione?

Una cura della depressione che si limiti al solo impiego di farmaci è parziale. Gli antidepressivi agiscono infatti solo sui sintomi del disturbo depressivo e non svolgono invece alcuna azione sulle cause che lo hanno determinato.

Una metafora che chiarisce il precedente concetto è quella del mal di denti: gli antidolorifici curano solo il dolore, ma non la carie che lo determina. L'utilizzo dello strumento psicoterapeutico è quindi utile per ricercare le cause che hanno indotto la depressione e per rimuoverle, avendo quindi un'azione efficace nella prevenzione di successive crisi.

Servono i "ricostituenti" nella depressione?

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

Lo stato astenico è, infatti, l'espressione fisica della scarsa quantità di energia psichica che caratterizza la depressione. Sarà compito della te-

rapia antidepressiva, mediante la sua azione sul tono dell'umore, a determinare il miglioramento dell'astenia.

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

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

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

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

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

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

Si può curare una persona depressa anche se molto anziana?

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

In ogni caso una terapia condotta con attenzione e scrupolo, che tenga conto di questi fattori, ottiene la medesima percentuale di successi raggiungibili in altre età della vita. L'invecchiamento del cervello e la depressione sono, infatti, due eventi separati e ben distinti: è quindi un pregiudizio che non trova riscontri clinici ritenere che la depressione nell'anziano sia una conseguenza diretta dell'invecchiamento organico del cervello.

Domande dei familiari

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

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

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

Cosa dire

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

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

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

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

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

Cosa non dire

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

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

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

"Sei tu che non vuoi fare, non vuoi provare, non vuoi collaborare"

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

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

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

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

chiamiamo volontà).

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

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

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

Riportiamo le più frequenti e le relative risposte.

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

La tendenza all'eccesso di sonno, che passa con il miglioramento della depressione, è spesso spiegata dai pazienti con la necessità di "non pensare" o di "evitare l'angoscia quotidiana" o di "annullarsi il più possibile".

Considerando che, realisticamente, l'aumento delle ore passate a dormire riduce il tempo che il malato passa nella sua sofferenza depressiva, di norma è bene non interferire con questo ritmo adattativo e difensivo e lasciare che il depresso dorma per tutto il tempo che il suo organismo ritiene necessario.

In alcune situazioni, quando ad esempio l'eccesso di sonno si accompagna ad insonnia notturna, è opportuno intervenire con alcuni semplici accorgimenti, quali fornire una serie di stimoli durante la giornata che mantengano elevato il suo livello di vigilanza, scoraggiare l'eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano, favorire l'assunzione controllata di una certa quantità di caffè.

L'altra faccia della medaglia è l'insonnia, disturbo che si riscontra spesso nella depressione. Tipicamente il paziente depresso si addormenta abbastanza facilmente, ma si sveglia dopo poche ore senza riuscire a riaddormentarsi.

E' importante ricordare che l'insonnia non è una malattia, ma un sintomo della depressione che si deduce dal confronto con la durata abituale del sonno del paziente prima della comparsa del disturbo depressivo.

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

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

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

Il problema si pone quando la depressione non è grave, oppure è in fase di miglioramento. E' necessario valutare, inn tali casi, se svolgere un'attività abituale possa essere utile al depresso oppure, al contrario, possa far peggiorare la sua condizione.

L'attività lavorativa è un'intensa fonte di stimolazione anche quando sembra essere condotta in modo ripetitivo, sulla base di una routine quotidiana. Nel paziente depresso, che tende a ridurre sempre più gli stimoli esterni, il proseguimento (o la ripresa) della sua attività abituale può contribuire a rendere più sopportabile la condizione depressiva.

Può guidare l'auto mentre assume la terapia?

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

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

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

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

Può fumare, prendere caffè o bere alcolici?

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

Per quanto riguarda il tabacco, va rilevato che la nicotina ha un modesto effetto "stimolante". Il paziente può aumentare il consumo di sigarette sia per la ricerca di questo effetto che per compensare, attraverso gesti ripetuti associati al fumo, l'ansia e l'irrequietezza che spesso accompa-

gnano la condizione depressiva. Proibire il fumo può quindi risultare inutile e talvolta controproducente.

Per quanto riguarda il caffè, che ha notoriamente un'azione psicostimolante, il problema è quello della quantità consumata nel corso della giornata. E' bene ricordare che, nella maggioranza dei depressi, il momento più "brutto" della giornata è il mattino ed in particolare il risveglio.

L'assunzione quindi del caffè al mattino ed eventualmente dopo il pasto di mezzogiorno, secondo le proprie abitudini, va considerata normale e addirittura utile. Va evitata l'assunzione di caffè nelle ore serali.

Per quanto riguarda le bevande alcoliche, il loro uso va sistematicamente evitato per due ragioni. La prima è che l'azione "disinibente" dell'alcol tende a far peggiorare lo stato emotivo del paziente. La seconda ragione è che interferisce in modo netto con le terapie antidepressive.

Gli alcolici tendono a peggiorare tutti gli effetti secondari e fastidiosi dei farmaci come, ad esempio, la debolezza, la sonnolenza, l'abbassamento della pressione arteriosa o i disturbi fisici di vario genere, rendendo più imprevedibile ed incostante l'efficacia delle terapie antidepressive.

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

Tutti i depressi riducono il loro livello di attività abituale. Capita che alcuni, soprattutto gli anziani, passino la loro giornata completamente inattivi, in parte sdraiati sul letto, in parte seduti su una sedia o su una poltrona senza fare nulla o dormendo. Ciò è una conseguenza del profondo senso di stanchezza fisica e mentale: il depresso, inoltre, ha perso ogni forma d'interesse per qualunque attività.

L'insistenza dei familiari a "fare uno sforzo di volontà" può a volte peggiorare la situazione, aumentando l'irritabilità del paziente e peg-

giorando la sua condizione d'isolamento.

Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti, il primo dei quali è rappresentato dalla conservazione della routine della vita quotidiana.

Il paziente tende a trascurare i piccoli gesti abituali relativi alla propria cura personale, i ritmi dei pasti quotidiani, l'ordine e la pulizia della propria stanza e della propria casa, le piccole spese di ogni giorno e così via. Può essere un aiuto importante sollecitare, ed eventualmente aiutare, il paziente a mantenere il più possibile questi piccoli "riti" abituali.

Un secondo accorgimento è rappresentato dal mantenimento della cura e dell'igiene della propria persona, dall'attenzione al proprio abbigliamento e, più in generale, al proprio aspetto fisico.

Queste normali cure e attenzioni hanno di solito lo scopo di dare ad ogni persona una soddisfacente "immagine di sè", di cui il depresso ha, invece, un'immagine negativa e tende a trascurare tutti gli atti della vita quotidiana che potrebbero migliorarla.

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

Infine, è sempre utile il tentativo di coinvolgere il depresso in situazioni di rapporto personale che hanno per lui un significato e un'importanza affettiva.

Ad esempio l'incontro con persone care non viste da qualche tempo, oppure un maggior tempo passato accanto ad una persona amata.

Può essere pericoloso per gli altri?

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

Altre volte ancora si legge o si sente affermare che una persona che "soffriva di depressione da molto tempo" ha danneggiato persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile.

E' bene chiarire subito che un paziente depresso non può essere considerato una fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili.

Le notizie dei media prima accennate sono in realtà la conseguenza del fatto che, nel linguaggio comune, il termine "depressione" è usato per fare riferimento a ogni tipo di disturbo psichico di qualunque genere, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici.

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

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

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

Le situazioni a basso rischio sono quelle in cui la gravità della depres-

sione non è elevata, sono presenti il desiderio e la speranza di guarire e il paziente collabora alla sua terapia.

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

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

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

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

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

Di solito, soprattutto se la depressione è abbastanza grave, il paziente non prende iniziative spontaneamente e, se sollecitato, mostra fastidio o indifferenza. Questo comportamento può generare frustrazione e talvolta irritazione nei familiari, che non riescono a comprendere che la trascuratezza fisica è una manifestazione del suo disinteresse per tutto. In realtà, la cura della propria persona o il mantenere un aspetto fisico soddisfacente possono aiutare a migliorare l'immagine negativa di sé tipica della depressione.

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

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

Talvolta il depresso, soprattutto se anziano, tende a interpretare sintomi quali debolezza, insonnia o inappetenza non come conseguenza della depressione, ma come i segni di una possibile grave malattia somatica, favorito, in questo, dal suo stato d'animo di tristezza e di preoccupazione costanti e di visione pessimistica del mondo e di se stesso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la depressione è una malattia che, come ogni altra malattia, può colpire chiunque;
- nella depressione si verifica una riduzione dei neurotrasmettitori a

livello delle cellule dell'encefalo e le funzioni alterate, in particolare il tono dell'umore, sono quelle che dipendono direttamente da questo organo;

- capire lo stato d'animo del depresso aiuta a ridurre eventuali sentimenti d'irritazione o d'impazienza che possono nascere nei suoi confronti.

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

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

Certamente agli inizi di un disturbo depressivo. I primi segni di una depressione possono essere rappresentati dall'insonnia, da un'inspiegabile riduzione del desiderio sessuale, da un insolito e facile affaticamento, da una riduzione o da un aumento dell'appetito, da una diminuzione dell'interesse e del piacere per una serie di attività abituali.

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

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

Lo specialista psichiatra è il medico cui è affidata la cura della depressione. E' suo compito una diagnosi precisa (tipo di depressione) e la decisione di quale tipo d'intervento effettuare (farmacologico e/o psi-

coterapeutico), in funzione della diagnosi e delle eventuali cause della depressione.

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

E' da sottolineare che rivolgersi al neurologo è certamente meno "pauroso" che consultare lo psichiatra poiché quest'ultimo, nell'immaginario collettivo, è "il medico dei matti" e rivolgersi a lui vuol dire o "essere matto" o essere considerato tale. "Riconoscere e curare l'ansia e il panico" è il sesto opuscolo pubblicato dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nel 2008 (formato 17x12, 32 pagine) ed è inserito all'interno della "Campagna informativa su Ansia e Panico" patrocinata dal Ministero dell'Istruzione, della Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino e dall'Ordine Provinciale dei Medici di Torino.

Il contenuto dell'opuscolo consiste nella descrizione dei Disturbi d'Ansia, in particolare il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) e il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), e della loro cura con la terapia farmacologica e quella psicologica.

Anche quest'ultimo opuscolo, come i precedenti, è stato distribuito gratuitamente attraverso veicolazione con quotidiani, attraverso le farmacie di Torino e Provincia e presso la sede della Associazione.

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

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Il Disturbo da Attacchi di Panico colpisce prevalentemente l'età giovanile e molti studi epidemiologici evidenziano che ne è colpito il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni, nel senso che un giovane su tre di questa fascia manifesta almeno una volta uno dei multiformi aspetti di questo tipo di disturbo d'ansia.

I sintomi del DAP

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato dal ripetersi di stati d'ansia acuti a insorgenza improvvisa e di breve durata. Gli episodi acuti sono accompagnati da sintomi neurovegetativi, psicosensoriali e comportamentali di frequenza e intensità variabili per cui si presentano quadri clinici tra loro molto differenti. E' in ogni modo possibile individuare alcuni aspetti fondamentali comuni a tutti gli attacchi di panico:

- i sintomi compaiono in maniera improvvisa e drammatica;
- la crisi è vissuta con un senso penoso d'impotenza, di paura, di mancanza di controllo;
- la durata della crisi è breve: in genere pochi minuti;
- alla crisi acuta segue un periodo prolungato, anche di molte ore, in cui sono presenti sensazioni di "testa confusa", marcato stato di spossatezza, sensazioni di sbandamento, vertigini.

Gli attacchi spesso si manifestano "a ciel sereno", nel senso che, al momento dell'attacco, non è presente una situazione in grado di costituire motivo d'ansia per il paziente e anzi, spesso, si tratta di situazioni routinarie: passeggiando per strada, guidando l'auto, al cinema, facendo acquisti al supermercato. Talora, invece, il primo episodio si

manifesta in situazioni drammatiche della vita del paziente, come gravi incidenti o morti improvvise di persone care. Può anche manifestarsi in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, amfetamine. Inoltre, nel 50% dei casi, sia la prima crisi sia quelle successive compaiono durante il sonno, determinando un risveglio angosciato.

I sintomi psichici dell'attacco sono tipicamente rappresentati da paura, terrore, *sensazione di morte imminente*, timore di perdere il controllo delle proprie idee (impazzire) o delle proprie azioni.

A ciò si associano sintomi neurovegetativi quali palpitazioni, dolore toracico, dispnea, sensazione di soffocamento, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori e sudorazione profusa.

In circa un terzo dei casi si manifestano anche *fenomeni psicosensoriali* quali depersonalizzazione (il soggetto si sente come fuori dal suo corpo e distaccato da esso) e derealizzazione (il soggetto ha come la sensazione di non essere reale, né lui né ciò che lo circonda e ha l'impressione che intorno a sé il senso della realtà sia alterato).

Spesso la crisi passa inosservata ai presenti poiché il soggetto cerca di nascondere le sensazioni provate. Talora, però, interrompe l'attività in corso e si allontana, cercando di raggiungere in fretta un luogo sicuro.

E' presente fin dalle fasi iniziali della malattia uno stato di paura e ansietà, l'*ansia anticipatoria*, causata dal timore che gli attacchi di panico possano ripetersi. Tale ansia può determinare una marcata sofferenza soggettiva e una notevole compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Mentre l'attacco di panico ha insorgenza improvvisa e dura pochi minuti, l'ansia anticipatoria cresce lentamente e ha una durata anche di molte ore. Inoltre è possibile ridurla o controllarla allontanandosi dalla

situazione ansiogena o cercando rassicurazioni da una persona di fiducia. L'attacco di panico, invece, quando comincia non può più essere bloccato: si comporta, quindi, come una reazione del tipo "tutto o nulla" e sfugge ad ogni controllo quando il meccanismo è innescato.

Nel 20% dei casi si manifesta una elaborazione ipocondriaca: i pazienti temono o sono convinti di soffrire di una malattia fisica, chiedono ripetutamente l'intervento del medico internista o di altri specialisti e frequenti sono le richieste di intervento al Pronto Soccorso.

Le preoccupazioni ipocondriache riguardano in genere il timore di una grave malattia cardiaca, come l'infarto o la paura di una morte improvvisa per ictus cerebrale.

Nei 2/3 dei casi si vengono a strutturare le *condotte d'evitamento*, conseguenti al fatto che i pazienti associano gli attacchi di panico a situazioni o luoghi specifici. Evitando di restare soli, di allontanarsi da casa, di recarsi in luoghi affollati o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni. I pazienti agorafobici evitano piazze, luoghi affollati, ponti, tunnel, ascensori, autostrade, treni, autobus e molte altre situazioni nelle quali può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa.

Alcuni diventano completamente incapaci di uscire da soli o possono farlo solo in compagnia di una persona rassicurante nella quale ripongono particolare fiducia.

Le condotte agorafobiche sono determinate sia dall'evitamento di situazioni specifiche nelle quali il paziente teme di avere un attacco di panico, sia dalla ricerca di elementi rassicuranti. I modi più frequenti mediante i quali è ricercata la rassicurazione sono: avere la possibilità di tornare velocemente a casa, essere con una persona di fiducia, sedersi vicino alle uscite, parlare tra sé.

I pazienti agorafobici possono continuare ad avere attacchi di panico per anni, anche se la loro frequenza di solito si riduce con il progredire delle condotte d'evitamento. Tipicamente l'agorafobia assume un andamento cronico, provoca notevoli limitazioni dell'autonomia personale ed è vissuta come una condizione inabilitante e fastidiosa dalla quale sembra impossibile liberarsi.

Le possibili evoluzioni del DAP

Il decorso del DAP è molto variabile. In alcuni casi gli attacchi di panico si presentano in forma sporadica nella giovinezza o nell'adolescenza e scompaiono nell'età adulta, non compromettendo in maniera rilevante l'adattamento sociale. Raramente richiedono l'intervento del medico.

Nel 30% dei casi assumono un andamento fasico, con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione. Negli intervalli il quadro è spesso asintomatico. Nelle fasi, invece, di riacutizzazione sono presenti l'ansia anticipatoria e la ricerca di rassicurazioni.

L'evoluzione più comune del DAP (70%) è rappresentata dall'instaurarsi di condotte di evitamento agorafobiche, con lo sviluppo dei tipici comportamenti descritti nel paragrafo precedente. Alcuni pazienti presentano una storia di attacchi di panico sporadici, seguiti da agorafobia grave e invalidante che si protrae per molti anni, in assenza di crisi acute.

In un terzo dei pazienti si ha la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva caratterizzata da umore depresso, disinteresse per le normali attività giornaliere, sentimenti d'inadeguatezza ed inutilità.

A differenza dei pazienti con disturbi primari del tono dell'umore, gli

agorafobici non presentano disturbi del sonno né della sfera alimentare e sessuale e, all'interno del loro ambiente, mantengono molteplici interessi e conducono attività dalle quali possono trarre piacere.

I vissuti soggettivi del DAP

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti.

Vissuto del primo attacco

Il soggetto è spesso in grado di citare ora, giorno, mese e anno del primo attacco, ricordato con precisione e raccontato in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto a esso associato è descritto come il passaggio a un'altra dimensione e le frasi che sottolineano questa situazione sono del tipo: "Da quel momento la mia vita è cambiata", "Dopo quella crisi non sono più stato lo stesso".

Il vissuto è, quindi, di un radicale cambiamento della propria esistenza, che ora presenta limiti imposti dalle condotte d'evitamento, peraltro intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi.

E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se, ad esempio, si è verificato in un locale pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequentazione; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce loro il ripetersi delle crisi anche dopo la loro completa sospensione.

Vissuto di incomprensibilità

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile. Ciò determina un vissuto d'incomprensibilità e le crisi appaiono inspiegabili, con conseguente vissuto di disorientamento. La maggior parte dei soggetti ha alle spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo, oltre che di svariate diagnosi formulate per i loro disturbi dai vari medici a cui si sono rivolti.

Gli specialisti più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un presunto disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici.

A causa dei fallimenti terapeutici dei vari consulti specialistici si rinforza inoltre nei pazienti un sentimento di sfiducia nella possibilità di guarigione.

Vissuto di vergogna

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) ed il controllo delle proprie azioni (di compiere cioè gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri). Da ciò deriva il timore di essere considerati "anormali" o "matti".

Vissuto di rabbia/rassegnazione

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che appare inafferrabile sia dal punto di vista diagnostico sia da quello terapeutico.

In altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento a uno stile di vita condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive.

Nella maggior parte dei casi rimane comunque attivo un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a trovare un modo per curarlo. Frequente è la ricerca di informazioni a carattere scientifico, con la richiesta di indicazioni di testi specifici sull'argomento del DAP.

L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti

L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e compartecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e con il susseguirsi degli esami diagnostici negativi e degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconforto e sfiducia. In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante.

L'ambito familiare è comunque quello in cui avviene primariamente la ricerca di supporto e solo raramente i pazienti ne parlano con amici o compagni di università o di lavoro.

Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui soffrono, già misterioso per loro stessi e per i vari medici consultati, non possa essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe d'alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".

Le ipotesi interpretative delle cause

Una delle caratteristiche degli Attacchi di Panico è la loro apparente inderivabilità, nel senso che non è possibile individuare una spiegazione comprensibile che motivi in maniera chiara la loro origine.

La via della logica e della razionalità si mostrano poco percorribili per l'interpretazione delle crisi ed è invece necessario seguire la via psicologica. Quando un conflitto o un nodo problematico è collocato nell'inconscio ed è quindi escluso dalla coscienza, esprime la sua presenza dando origine a sintomi, che sono l'espressione del fatto che la persona è portatrice di un disagio psicologico e di uno stato di malessere.

E' in questa prospettiva che va collocata la lettura dell'origine degli

Attacchi di Panico. Essi vanno quindi interpretati come l'espressione di uno stato di malessere psicologico, di cui il soggetto non è consapevole, ma che è presente e che si esprime producendo sintomi.

Il DAP e il disagio giovanile

Gli Attacchi di Panico interessano, come già evidenziato, il 33% della popolazione tra i 18 e i 25 anni e ciò ne sottolinea la rilevanza sociale. Essi s'inseriscono nel contesto del disagio giovanile in quanto sintomisegnali dello stato di disorientamento dei giovani e di vuoto lasciato dalla crisi dei valori.

Solitudine, incomunicabilità, situazioni familiari critiche, difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, possono esprimersi con il ricorso ad alcolici o stupefacenti, con atteggiamenti a volte violenti ed aggressivi, ma anche attraverso l'insorgenza degli Attacchi di Panico che diventano allora l'espressione psichica del malessere e del disagio.

E' quindi importante riconoscere e curare i sintomi del disturbo e abbattere i pregiudizi che gravitano attorno a esso. Come già evidenziato in precedenza, ciò è possibile utilizzando gli strumenti farmacologici di cui oggi disponiamo e che sono in grado di operare un controllo sui sintomi.

E' però altrettanto importante non fermarsi ai farmaci che, per quanto efficaci nella cura dei sintomi, sono invece inefficaci sul disagio psichico da cui originano.

Chi soffre di Attacchi di Panico è portatore di un malessere psichico e diventa fondamentale decodificare, attraverso un lavoro psicologico, il senso del disturbo, coglierne il significato, attivando un percorso che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

La diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale deve essere posta rispetto ad altri Disturbi d'Ansia, in particolare la Fobia Sociale, le Fobie Semplici, il GAD, l'Ipocondria, il Disturbo di Somatizzazione e la Depressione.

Fobia Sociale: i pazienti con Fobia Sociale temono ed evitano tutte quelle situazioni quali il parlare, il mangiare o il mostrarsi in pubblico o comunque l'esporsi al rischio di essere umiliati, imbarazzati e giudicati dagli altri: in tali occasioni questi pazienti presentano manifestazioni ansiose acute ampiamente sovrapponibili a quelle di un attacco di panico.

Talora, pazienti con DAP possono temere situazioni sociali analoghe per il timore degli effetti imbarazzanti di una crisi in pubblico. In questi casi si parla di Fobia Sociale "secondaria".

Nella Fobia Sociale primaria non sono presenti episodi critici spontanei, la paura non è correlata al timore di avere un attacco di panico, inoltre sono meno frequenti sintomi quali sentimenti di irrealtà, vertigini, paura di svenire, di morire o di perdere il controllo.

Inoltre nella Fobia Sociale primaria non è presente la marcata sensibilità alla rassicurazione tipica del DAP e la vicinanza di un accompagnatore non esclude le condotte di evitamento.

Fobie Semplici: la crisi di ansia acuta della fobia semplice si manifesta sempre e solo durante l'esposizione all'oggetto fobico, non sono presenti attacchi di panico spontanei e le situazioni evitate sono molto poche. Nell'agorafobia del DAP l'esposizione agli stimoli fobici aumenta soltanto la probabilità di avere un attacco di panico e non è inevitabilmente associata con esso, mentre nelle Fobie Semplici l'esposizione all'oggetto fobico scatena sempre la crisi acuta.

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD): la distinzione tra DAP e GAD è per alcuni autori controversa, anche se sempre più consistenti appaiono i dati a favore dell'autonomia del GAD sul piano psicopatologico e clinico.

L'età d'insorgenza del GAD si distribuisce uniformemente dall'infanzia fino ai 40 anni e la durata di malattia risulta molto più prolungata. Anche se l'ansia generalizzata ha caratteristiche sovrapponibili a quella anticipatoria, si distingue da essa per il tipo di apprensione e di preoccupazioni che non sono riferite a qualcosa di ben definito, bensì a molti e diversi possibili eventi e situazioni della vita di tutti i giorni.

Inoltre, mentre nel DAP è presente una marcata sensibilità alla rassicurazione e la sintomatologia ansiosa si riduce o scompare in ambienti rassicuranti e in compagnia di persone familiari, il paziente con GAD è quasi incapace di percepire gli elementi rassicuranti dall'ambiente.

Disturbo di Somatizzazione: le manifestazioni di questo disturbo consistono in lamentele somatiche multiple e ricorrenti, della durata di parecchi anni, per le quali viene a più riprese richiesta l'attenzione dei medici. I sintomi possono essere osteoarticolari, gastrointestinali, cardio-polmonari o pseudo-neurologici. Nel DAP vi sono sintomi cardio-respiratori che si presentano però solo nel contesto degli attacchi.

Depressione: la distinzione tra DAP e Depressione risulta piuttosto semplice per le notevoli differenze tra i due disturbi sul piano dei sintomi. Tuttavia nel DAP sono spesso presenti sintomi depressivi ed in questi casi possono comparire problemi di diagnosi differenziale.

In alcuni pazienti la depressione ha i caratteri di una demoralizzazione secondaria con umore depresso e, talvolta, sentimenti di colpa e ridotta autostima; permane una certa reattività agli stimoli ambientali e non sono presenti sintomi neurovegetativi nè rallentamento psicomotorio.

Anche le fasi successive alle crisi acute del DAP, spesso prolungate e accompagnate da senso di spossatezza, profonda prostrazione, ipersonnia o sonnolenza, possono essere distinte con difficoltà dalla depressione.

Come riconoscere un DAP

Facendo riferimento al Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Psichici (DSM V), il DAP si riconosce in quanto caratterizzato da una crisi acuta d'intensa paura, durante la quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

- palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
- sudorazione;
- tremori fini o a grandi scosse;
- dispnea o sensazione di soffocamento;
- sensazione di asfissia;
- dolore o fastidio al petto;
- nausea o disturbi addominali;
- sensazioni di sbandamento, d'instabilità, di testa leggera o di svenimento;
- derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (sentirsi distaccati da se stessi);
- paura di perdere il controllo delle azioni o delle idee (di impazzire);
- paura di morire;

- parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
- brividi o vampate di calore.

La terapia farmacologica del DAP

Il primo momento terapeutico consiste nel sottolineare al paziente che i sintomi da lui presentati sono ben identificabili e riferibili a un'entità clinica nota, per la quale esistono terapie efficaci. E' quindi primariamente importante che il paziente riceva informazioni sul proprio disturbo e che gli venga comunicata esplicitamente la diagnosi, la sua natura ed il suo decorso. Ciò ha lo scopo di favorire l'accettazione del farmaco e di ridurre l'ansia anticipatoria che si attenua nel momento in cui si sente curato da un medico competente.

Dal punto di vista farmacologico, il DAP risponde bene alla terapia con antidepressivi del gruppo SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina), in particolare la paroxetina e citalopram, in associazione con un ansiolitico a emivita breve, come l'alprazolam.

Di solito le crisi acute si riducono nettamente come intensità e frequenza nel giro di 4/6 settimane. Nei due-tre mesi successivi si riducono, a volte fino a scomparire del tutto, l'ansia anticipatoria e le condotte d'evitamento agorafobiche.

La terapia farmacologica è quindi in grado di controllare la sintomatologia clinica. Va però sottolineato il fatto che essa agisce solo ed esclusivamente sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati.

Dal punto di vista psicologico il DAP è da interpretare come l'espressione, attraverso i sintomi, di problematiche di cui il soggetto non è consapevole e che si manifestano attraverso le crisi. Su tali problematiche psicologiche i farmaci non hanno alcun effetto: esse devono invece essere indagate e portate alla coscienza utilizzando lo strumento psico-

logico, attraverso un lavoro di ricerca psicoterapeutica.

Il trattamento del DAP deve, quindi, essere effettuato attraverso una terapia di tipo combinato: farmacologica per la cura dei sintomi e psicologica (psicoterapia) per la cura delle cause, al fine di evitare che i sintomi ricompaiano quando viene interrotta la terapia farmacologica.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

Diffusione del GAD

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

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

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

I sintomi del GAD

I pazienti che soffrono di questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche, motivazioni riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico.

Esemplificativa a tale proposito è la figura della madre che teme per

il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o a ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trova in quel momento in una situazione di pericolo reale.

E', quindi, presente un continuo stato di allarme e ipervigilanza dovuto alla convinzione che certi eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi. La componente somatica associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione (particolarmente al palmo della mano), secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo.

Frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica: meteorismo, disturbi digestivi, nausea e diarrea. I sintomi legati a una spiccata tensione muscolare, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale.

Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori. Lo stato di apprensione causa infine sintomi della sfera cognitiva, quali ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria e della vigilanza.

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

I sintomi di ansia somatizzata motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di famiglia e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sul piano sociale e su quello dei costi sanitari.

Il paziente con ansia generalizzata ha la convinzione di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile).

Le frasi che caratterizzano i soggetti ansiosi sin dal primo colloquio con il medico, quali ad esempio "sono nervoso da sempre", "mi preoccupo di tutto", sottolineano l'incapacità di fornire una collocazione precisa all'esordio del disturbo.

Non sono pochi i pazienti che fanno risalire all'infanzia le prime manifestazioni di questo tipo, sostenendo di "essere nati ansiosi". Di solito l'età d'insorgenza del GAD è da collocarsi in quella giovanile, intorno ai 16-20 anni: tuttavia le modalità di esordio della fenomenica ansiosa, a differenza di ciò che avviene per gli attacchi di panico, appaiono sfumate e poco definite, scarsamente condizionanti la qualità della vita.

Solo se stimolato ad un preciso ricordo il paziente identificherà come primi segnali del GAD le notti insonni trascorse col batticuore alla vigilia di un esame scolastico o di una competizione agonistica, peraltro affrontati con adeguata preparazione.

Egli tenderà inoltre a collegare l'inizio dei suoi malesseri a eventi psicosociali lontani nel tempo (matrimonio, attività lavorativa, nascita dei figli) o a esperienze vissute come persistenti fonti di stress.

Queste ultime osservazioni fanno pensare all'ansia generalizzata come a una condizione di particolare vulnerabilità biologica le cui manifestazioni si presentano quando l'individuo si trova ad affrontare situazioni di maggiore responsabilità e coinvolgimento emotivo. Tale predisposizione sarebbe aggravata dalla presenza di esperienze negative, lutti o perdite di persone care, in età formativa.

Il decorso e le complicanze del GAD

Il GAD mostra un decorso protratto nel tempo, con andamento oscillante e fasi alterne di riacutizzazione. È stata calcolata per il disturbo una durata media pari al 55% dell'arco della vita, con maggiore esposizione alla possibilità di complicanze.

L'autoterapia con alcool, ansiolitici, antalgici o stimolanti il sistema nervoso centrale è di frequente riscontro e costituisce fondato rischio di dipendenza e/o abuso.

Alterazioni della condotta alimentare di tipo iperfagico possono trovare nel GAD un terreno predisponente. La depressione maggiore può sovrapporsi al GAD modificandone i sintomi e mascherandone talora la caratteristica principale, rappresentata dall'attesa apprensiva.

Con l'approfondirsi del quadro depressivo l'inibizione ed il distacco affettivo sembrano talora prevalere sulla componente ansiosa. Si osservano così pazienti il cui ripiegamento melanconico induce a riferire frasi come "Sto troppo male: prima mi preoccupavo di tutto, ora non mi interessa più niente, capiti quel che capiti". Più frequentemente il GAD appare associato alle forme depressive a decorso cronico corrispondenti al Disturbo Distimico.

La presenza di queste complicanze e di altre di ordine somatico (ipertensione, ulcera peptica, malattie cardiache) rende necessario l'intervento specialistico che tende a collocarsi pertanto in una fase più avanzata del disturbo. D'altra parte la tendenza osservata in questi pazienti a procrastinare tale tipo di consulenza appare giustificata dalla moderata gravità dei sintomi e dall'accettabile livello di capacità prestazionali e interpersonali mantenute dagli stessi.

Come riconoscere un GAD

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

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

sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

Il GAD e il DAP

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si distingue dal Disturbo da Attacchi di Panico per la presenza di sintomi ansiosi persistenti che non hanno la criticità e drammaticità degli attacchi di panico e che non determinano lo sviluppo di condotte di evitamento fobico. Dal confronto dei due disturbi emerge che il GAD ha una durata più lunga, una maggiore incidenza di depressione secondaria ed un più frequente ricorso a terapie di tipo farmacologico.

Una differenza importante è che la sensibilità alla rassicurazione è più sviluppata nel paziente con attacchi di panico mentre è minore per i pazienti con ansia generalizzata. Altra differenza importante è che l'ansia anticipatoria del DAP e l'ansia generalizzata del GAD, pur sovrapponibili per quanto riguarda alcuni aspetti (sintomi somatici e neurovegetativi, risposta alle benzodiazepine), differiscono essenzialmente per l'oggetto dell'apprensione che è selettivo (e pertanto prevedibile) nel disturbo da attacchi di panico, mentre invece è mutevole e mal definito nel GAD. Per quanto riguarda i sintomi, nel GAD, rispetto al disturbo da attacchi di panico, vi è la prevalenza di sintomi somatici a carico della sfera muscolare e gastroenterica, l'assenza di derealizzazione e depersonalizzazione e una ridotta componente fobica.

Il disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Depressivo

Il GAD si differenzia dal Disturbo Depressivo per l'assenza di rallentamento psicomotorio, ideazione autolesiva, tematiche di colpa, alternanza diurna e la prevalenza di sintomi di scarsa specificità, quali astenia, faticabilità, insonnia.

Maggiori difficoltà si pongono nella diagnosi differenziale con la distimia (depressione cronica), alla quale può talora essere associato e con

cui ha in comune l'esordio precoce, il decorso cronico fluttuante con fasi acute, la tendenza alla autoterapia con rischio di abuso di sostanze.

Ad entrambi i disturbi sono comuni tratti ossessivi e dipendenti di personalità, con tendenza all'introversione ed alla scarsa autostima, questi ultimi più spiccati nella distimia.

Ciò che invece li differenzia è l'adattamento sociale: nel GAD, infatti, viene mantenuta un'adeguata capacità prestazionali e relazionali, rappresentata dalla continuità e dall'efficienza dell'impegno lavorativo, scolastico o agonistico, pur in presenza di manifestazioni ansiose.

Nella distimia, invece, la difficoltà nel mantenere un idoneo e costante rendimento in ambito professionale, associato talora a situazioni di frizione interpersonale, è spesso presente e può rappresentare una delle modalità di esordio della malattia.

Sotto il profilo cognitivo nel GAD, come negli altri disturbi d'ansia, prevalgono tematiche legate al timore dell'incerto e del nuovo, mentre nelle forme depressive si collocano in primo piano i sentimenti di perdita, d'inadeguatezza e di autosvalutazione legati a una ridotta efficienza psicofisica e prestazionale.

La terapia del GAD

L'approccio al paziente con ansia generalizzata può essere improntato principalmente ad un sostegno psicoterapeutico, anche senza l'associazione di terapie psicofarmacologiche. In generale il lavoro psicoterapeutico è finalizzato al riconoscimento delle cause scatenanti, alla rassicurazione, alla risoluzione dei conflitti, contribuendo alla messa in atto di strategie di adattamento da parte del paziente. Tecniche di rilassamento sono state utilizzate nell'ambito di programmi di terapia comportamentale e di ipnosi.

Sotto il profilo farmacologico, le benzodiazepine (BDZ), fin dalla loro comparsa, risalente al 1950, hanno mostrato di possedere effetti ansiolitici, ipnotici e miorilassanti, associati a rapidità di azione e sicurezza d'impiego.

Tali caratteristiche hanno reso questi composti di facile uso da parte del medico e del paziente per cui risultano oggi tra i farmaci più commercializzati nel mondo.

Attualmente sono disponibili varie classi di BDZ che differiscono, sotto il profilo farmacologico, per quanto riguarda le caratteristiche di assorbimento, emivita e liberazione di metaboliti attivi.

Accanto ai primi composti sintetizzati quali il clordiazepossido e successivamente il diazepam, entrambi a lunga emivita, si sono via via aggiunte molecole ad emivita breve quali l'oxazepam ed il lorazepam.

Recentemente l'alprazolam, una delle ultime BDZ introdotte sul mercato, differisce dalle altre per una più limitata azione sedativa e un'emivita molto breve (5-6 ore).

Le BDZ sono quindi le molecole maggiormente utilizzate nel disturbo, in quanto svolgono il loro effetto con rapidità (20-30 minuti dopo l'assunzione), con scarsi effetti collaterali e buona tollerabilità.

Bisogna comunque tenere presente che la terapia con BZD non deve essere protratta per periodi molto lunghi (non più di tre-quattro mesi) per la presenza del rischio di dipendenza nei trattamenti a lungo termine e di fenomeni di astinenza successivi a sospensioni brusche.

Diversi studi hanno confermato l'efficacia dell'associazione tra BDZ e antidepressivi (SSRI e SNRI) a dosaggi simili a quelli richiesti nel DAP e nei disturbi depressivi.

Ciò è dovuto al fatto che anche nel GAD l'aumento della disponibilità

della serotonina nelle cellule nervose (negli spazi intersinaptici) determina la riduzione/scomparsa dei sintomi ansiosi.

La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia

E' stato già sottolineato che i farmaci curano solo i sintomi, ma non le cause che li hanno determinati. L'individuazione delle cause è però fondamentale per evitare che le crisi ansiose si ripetano e lo strumento per raggiungere tale scopo è la psicoterapia.

Cos'è la psicoterapia?

La psicoterapia consiste nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. E' un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta, e che fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza.

Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in rapporto con la realtà e con gli altri, ma si tratta solo di uno degli aspetti del contatto con il mondo esterno.

E' un'illusione pensare di relazionarsi ad esso solo razionalmente e i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, sensazioni e intuizioni. Una parte della vita psichica sfugge quindi al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso.

La psicoterapia mira a alleviare i problemi emotivi che si manifestano attraverso i sintomi e cerca di conseguire tale fine producendo cambiamenti strutturali nel paziente, vale a dire cercando di determinare la scomparsa del sintomo attraverso il rafforzamento e la maturazione della personalità e la modificazione dei meccanismi patologici.

Il fine della psicoterapia è quindi di aiutare il paziente a mettere in moto un processo di maturazione, attivando processi che hanno lo scopo di portare a nuovi modi di porsi in relazione con se stessi e con gli altri e promuovendo la risoluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

Quando è necessaria una psicoterapia?

E' necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere di cui una persona soffre si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

La sofferenza costituisce, allora, stimolo e occasione per intraprendere un lavoro psicologico di ricerca che diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione.

Il percorso psicoterapeutico è quindi necessario per attivare un lavoro di elaborazione e ricerca interiore, mettere in moto un processo di trasformazione personale e modificare il proprio rapporto con il mondo esterno.

La psicoterapia può essere assimilata ad un "viaggio" all'interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale si configura come il "compagno di viaggio" che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e l'autorizza ad esercitare l'attività di psicoterapeuta.

La parte più importante del suo percorso formativo non è comunque costituita dagli esami sostenuti o dai testi studiati, ma dall'essersi lui stesso sottoposto per anni ad un lavoro di analisi personale e didattica e a supervisioni di casi clinici da parte di psicoterapeuti più esperti.

Durante la sua formazione impara quindi a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa la capacità di essere egli stesso il primo "strumento" del lavoro psicoterapeutico.

Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva.

In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell'altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sè.

Il modello teorico

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: freudiano, junghiano, adleriano, solo per citare i più noti. Vale quindi la pena fare qualche riflessione in proposito.

E' da sottolineare il fatto che gli studi mirati a individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato prevalenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia.

L'efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende, quindi, dalla validità del modello teorico di riferimento, ma l'elemento trasformativo

della psicoterapia va ricercato nella relazione che si instaura tra paziente e terapeuta.

Ogni singola teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola per potersi orientare nella vastità e complessità della psiche che fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo ad essere scelto come interlocutore preferenziale, come "bussola" di riferimento.

Sarebbe però un grave errore sposare questo modello, identificarsi con esso e ritenerlo come "l'unico modello possibile". In questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello "spontaneismo": si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche "naturali", con il rischio di abbandonarsi all'improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme è rappresentato dalla capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza cedere né a opzioni di fede nei confronti di una o dell'altra teoria nè all'atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi conoscenza.

La sofferenza come spinta al cambiamento

Dal punto di vista della medicina la sofferenza fisica viene considerata

come l'interruzione di uno stato di benessere e il medico interviene su di essa al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato.

Lo stato di malessere ha quindi esclusivamente connotazioni negative e deve semplicemente essere eliminato. Se però ciò è vero per la sofferenza fisica, quella psichica deve essere considerata anche da un altro punto di vista: va curata, ma è anche importante coglierne il significato.

Nei paragrafi precedenti si è più volte sottolineato che il malessere psichico è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità di cui il soggetto non è consapevole e che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi.

Questo costituisce il suo potenziale positivo e trasformativo: la sofferenza può costituire la spinta per attivare la ricerca psicologica su di sé, al fine di modificare il rapporto con se stessi e con gli altri.

Agire sul malessere psichico unicamente con un intervento farmacologico volto alla sua soppressione, senza interrogarsi sul significato del disturbo e senza tentare di comprenderne il senso, vuol dire non cogliere la sua spinta trasformativa e, in definitiva, perdere un'occasione forse irripetibile di cambiamento.

"Depressione, ansia e panico: la terapia psicologica" è il settimo opuscolo pubblicato nel 2012 dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione e distribuito gratuitamente, come i precedenti.

Tratta della cura psicologica del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia e in particolare sono descritte le principali caratteristiche della psicoterapia individuale a orientamento psicodinamico.

Per rendere più chiaro e usufruibile il contenuto dell'opuscolo, oltre alle parti teoriche sono anche presenti alcuni racconti di storie di pazienti in trattamento psicoterapeutico.

Depressione, ansia e panico: la terapia psicologica (2012)

Nella fase acuta della crisi depressiva l'assunzione di farmaci è finalizzata alla risoluzione dei sintomi, allo scopo di ridurne l'interferenza nella vita sociale, lavorativa ed affettiva.

Nella fase successiva, quando cioè i sintomi non sono più presenti, si devono utilizzare strumenti terapeutici mirati alla cura delle cause del disturbo depressivo.

A volte esse sono facilmente individuabili, ad esempio in problemi legati alla vita di coppia o alla presenza di conflitti all'interno della famiglia.

Generalmente si tratta di temi di cui il soggetto è consapevole e che vanno affrontati con un trattamento finalizzato a modificare quelle situazioni, quali una terapia di coppia o una terapia familiare.

Ma capita spesso che il soggetto non riesca a individuare la causa della sua crisi in quanto i conflitti non sono presenti nella coscienza, ma risiedono nell'inconscio. Essi costituiscono una sorta di spina irritativa, di elemento perturbatore interno che è bene individuare, al fine di evitare che faccia nuovamente sentire la sua presenza causando altre successive crisi.

In tali casi è opportuno che il paziente inizi una psicoterapia individuale di cui, nei paragrafi successivi, verranno descritte le principali caratteristiche.

Cos'è la psicoterapia?

La psicoterapia individuale consiste nell'indagine e nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. E' un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta, e fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del

malessere e della sofferenza.

Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in contatto con la realtà e con gli altri, ma è illusorio pensare di relazionarsi al mondo esterno solo tramite la ragionr e i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, sensazioni e intuizioni.

Una parte della vita psichica sfugge, quindi, al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso.

La psicoterapia mira a produrre cambiamenti strutturali nel paziente attraverso il rafforzamento e la maturazione dell'Io e la modificazione dei meccanismi patologici.

Il fine della psicoterapia è, quindi, di portare a nuovi e più maturi modi di porsi in relazione con gli altri e di promuovere la soluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

Gli strumenti della psicoterapia

Facciamo un breve descrizione dei principali strumenti della psicoterapia.

Il colloquio: è usato dal paziente per raccontare la sua storia, le sue esperienze passate e presenti, le emozioni connesse. Il terapeuta utilizza la parola per fornire interpretazioni, chiarimenti e indicare le relazioni tra i diversi contenuti psichici che emergono durante il lavoro terapeutico.

L'interpretazione: mette in relazione i contenuti del passato con quelli del presente, fornendo a questi ultimi lo sfondo storico delle loro origini e aumentando i livelli di consapevolezza.

La relazione: il rapporto che s'instaura tra paziente e terapeuta, il campo emotivo della loro relazione, il rapporto di stima e fiducia reciproca sono strumenti molto importanti della psicoterapia e costituiscono il veicolo del processo di trasformazione attivato nel paziente.

Il transfert: durante la psicoterapia sono proiettati sul terapeuta alcuni contenuti significativi della vita interiore del paziente, quali sentimenti antichi familiari, relazioni col mondo esterno, rapporti emotivi con personaggi della realtà attuale.

Tali contenuti sono "trasferiti" sul terapeuta consentendo al paziente di viverli nel "qui ed ora" della relazione terapeutica. Ciò permette di elaborarli in una situazione di attualità ed evita che il lavoro terapeutico diventi distante e astratto.

Il setting: è un termine di origine teatrale che indica ciò che è presente in scena in modo fisso ed entro cui si svolge l'azione rappresentata. La ripetitività della situazione in cui avvengono gli incontri, la certezza degli orari, la stabilità dell'ambiente ed il legame emotivo con il terapeuta forniscono al paziente la cornice del lavoro terapeutico.

All'interno di tale cornice potrà fare emergere, in condizioni di relativa sicurezza, anche i propri contenuti emotivi più nascosti e vergognosi, rendendone possibile l'elaborazione e la modificazione.

Quando è necessaria una psicoterapia?

E' necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

Il lavoro psicologico diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'o-

rigine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione.

Il percorso psicoterapeutico, quindi, attiva un lavoro di elaborazione e ricerca interiore e mette in moto un processo di trasformazione personale.

La storia seguente esemplifica quanto finora detto.

Claudio chiede un consulto per problemi relativi al sonno. Da qualche settimana il suo risveglio, oltre a essere molto precoce, tre/quattro ore prima del solito, è anche accompagnato da pensieri negativi sulla giornata che dovrà affrontare e spesso anche da ansia e tachicardia.

Durante il giorno accusa molta stanchezza e difficoltà di attenzione e concentrazione che cominciano a interferire con lo svolgimento dell'attività lavorativa. E' preoccupato non tanto dalla gravità attuale dei sintomi che, per quanto fastidiosi, descrive come ancora sopportabili, quanto dal timore che venga di nuovo a svilupparsi una vera e propria crisi depressiva di cui aveva sofferto l'anno precedente.

Anche allora inizialmente i sintomi erano simili a quelli attuali. Si erano però progressivamente aggravati tanto da determinare un periodo d'interruzione del lavoro. All'epoca, dopo alcuni tentativi di terapia da parte del suo medico di base, si era rivolto a uno psichiatra, aveva iniziato una terapia con antidepressivi ed i sintomi erano regrediti nel giro di poche settimane. Aveva continuato ad assumere la terapia ancora per circa otto mesi e poi l'aveva sospesa.

Nel periodo successivo non aveva assunto alcun farmaco e non si erano più manifestati sintomi della serie depressiva fino a poche settimane prima.

Claudio ha da poco compiuto 38 anni ed è un ingegnere elettronico.

Figlio unico, vive solo con la madre. Il padre è mancato quando Claudio aveva 18 anni. Descrive il rapporto con la madre come positivo. A volte vi sono contrasti a causa dell'atteggiamento d'eccessiva preoccupazione di lei, ma complessivamente sta molto bene a casa sua.

Dotato di intelligenza superiore alla media, si è sempre distinto per gli ottimi risultati scolastici e ha concluso il corso universitario con il massimo dei voti. Subito dopo la laurea si è facilmente inserito nel mondo del lavoro, dove ha iniziato una brillante carriera che l'ha portato a posizioni di vertice nell'azienda in cui lavora.

Le cose sono invece andate meno bene sul versante sentimentale. Si descrive come timido e riservato e non ha avuto storie importanti fino all'età di 30 anni. Non riusciva ad impegnarsi seriamente con nessuna, la durata delle relazioni era molto breve e il suo impegno prevalente era rivolto all'attività lavorativa. La sera, molto stanco, spesso preferiva stare a casa a guardare la televisione, piuttosto che uscire con gli amici o con le ragazze.

All'età di 30 anni inizia una relazione con una coetanea e, contrariamente a tutte le altre, resta emotivamente coinvolto. La relazione dura ancora adesso. I primi anni sono stati molto belli e coinvolgenti, ma poi la ragazza propone il matrimonio.

Claudio risponde di non sentirsi ancora pronto. Segue un periodo di forte tensione che determina una crisi nella coppia e l'interruzione della relazione.

Riprendono a frequentarsi, ma una nuova crisi si verifica circa due anni dopo, quando la ragazza manifesta di nuovo il desiderio di sposarsi. Claudio non si sente ancora pronto. Di nuovo un'interruzione, di nuovo la ripresa del rapporto dopo qualche mese.

Da allora la ragazza non ha più parlato di progetti matrimoniali e tanto

meno l'ha fatto Claudio. Continuano a stare insieme, ad avere interessi comuni e a fare le vacanze insieme, vivendo però ognuno a casa propria.

Il quadro psicologico che si delinea è il seguente: Claudio ha una personalità disarmonica, in cui vi è stato un forte sviluppo della parte razionale, ma un'inibizione dello sviluppo della vita affettiva, che vive come paurosa e pericolosa.

Vi è un forte sbilanciamento tra "personalità sociale" e "personalità privata", quest'ultima legata al mondo della madre, dal quale non riesce a svincolarsi. Tanto è grande nel mondo del lavoro, tanto è piccolo nel mondo materno, dove si fa accudire e coccolare.

Resta nel posto sicuro, dal quale riceve calore e protezione. Il prezzo è l'inibizione dei progetti di una vita affettiva autonoma e di una parte importante della propria personalità: quella affettiva e del sentimento. Resta piccolo e dipendente, nel rapporto antico e sicuro, per non correre il rischio di soffrire e restare deluso in un rapporto adulto.

Ha sperimentato, nell'ambito professionale, di avere ottime capacità di autoaffermazione e in quest'ambito ha trovato il proprio "posto al sole". L'altra parte di lui, quella affettiva, rimane all'ombra della madre. Non sa prendersi la responsabilità di una separazione da lei, a casa si sente protetto e al sicuro, non riconosce la spinta verso l'autonomia e il distacco dal mondo materno.

Claudio però non sa tutto questo, non è consapevole del sacrificio della propria autonomia affettiva, si dà spiegazioni del tipo: "Non mi sento ancora pronto" che è un modo per rimandare in maniera indefinita la responsabilità della scelta e per mantenere invariata la situazione attuale.

Tutto ciò ha un prezzo: la parte della personalità repressa e relegata nell'inconscio entra in conflitto con quella cosciente e da ciò prendono origine i sintomi. Le crisi depressive, quella dell'anno prima e quella attuale di cui sono presenti i primi segnali, sono l'espressione di un conflitto interno, dell'inibizione di una parte che preme per essere riconosciuta, ma che, relegata nell'inconscio, può esprimersi solo producendo sintomi.

Occuparsi solo della loro cura con farmaci, com'è avvenuto nella prima crisi depressiva, lascia il conflitto immutato e pronto a manifestarsi nuovamente.

E', invece, necessario che Claudio faccia una psicoterapia in modo da acquisire la consapevolezza del suo problema interno. Potrà quindi prendersi cura di quella parte della sua personalità relegata nell'inconscio, assumersi la responsabilità di una scelta adulta e sanare la frattura tra la sua parte razionale e quella affettiva, riequilibrando la personalità globale.

La figura dello psicoterapeuta

La psicoterapia può essere assimilata ad un "viaggio" all'interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale è il "compagno di viaggio" che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione grazie alla quale è iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e può esercitare l'attività di psicoterapeuta. La parte più importante del suo percorso formativo è l'essersi lui stesso sottoposto ad un lavoro di analisi personale e didattica con psicoterapeuti più esperti.

Durante la sua formazione impara a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa quella sensibilità empatica che gli consentirà di essere egli stesso il pri-

mo "strumento" del lavoro psicoterapeutico.

Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva. Da tale continuo confronto nasce per il paziente la possibilità di cogliere, realizzare e agire le potenzialità del cambiamento.

In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell'altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sè.

Grazie al clima di fiducia e di empatia che si crea nella relazione, il paziente può "correre il rischio" di esprimere quelle parti che, pur essendo presenti, non hanno avuto diritto di parola e di espressione. Diritto negato dalla necessità di adattamento alle convenzioni sociali o dall'aver ricevuto un'educazione troppo rigida o troppo elastica, dalla necessità di salvaguardare relazioni significative ma problematiche, dalla necessità di apparire sempre all'altezza del ruolo che si è scelto o che gli è stato attribuito.

Il modello teorico

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: vale quindi la pena di fare qualche riflessione in proposito. E' da sottolineare il fatto che gli studi mirati a individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato differenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia.

L'efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende, quindi, dal-

la validità del modello teorico di riferimento, ma dalla relazione che si instaura tra paziente e terapeuta. Ogni teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola che, per orientarsi nella vastità e complessità della psiche, fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo a essere scelto come interlocutore preferenziale, come "bussola" di riferimento.

Sarebbe però un grave errore sposare tale modello, identificarsi con esso e ritenerlo come "l'unico modello possibile". In questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello "spontaneismo": si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche "naturali", con il rischio di abbandonarsi all'improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme consiste nella capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza precipitarsi in opzioni di fede e senza cedere all'atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi sistema teorico di riferimento.

Lo psichiatra e lo psicoterapeuta

La psichiatria è quella specializzazione della medicina, per conseguire la quale necessitano quattro anni di specializzazione successivi alla laurea, che si occupa della cura dei disturbi psichici, nella più vasta accezione del termine (psicosi, nevrosi, disturbi caratteriali, ecc.).

Lo strumento principale, anche se non l'unico, dello psichiatra è costituito dagli psicofarmaci. Il suo obiettivo consiste nella cura dei disturbi psichici e al ripristino della situazione precedente, turbata dalla manifestazione del sintomo.

Anche lo psicoterapeuta si occupa della cura della psiche, ma solo ed esclusivamente mediante le parole: cura cioè attraverso lo strumento psicologico, allo scopo di dare un senso alla sofferenza del paziente.

L'azione dello psichiatra è mirata alla risoluzione del sintomo, quella dello psicoterapeuta invece ha lo scopo di comprenderlo.

Come più volte sottolineato, i due tipi di interventi, farmacologico e psicoterapeutico, stanno tra di loro in rapporto di complementarietà.

Quando è presente una sintomatologia invalidante è necessario ottenere, nel giro di poche settimane, la regressione della fase acuta del disturbo e ciò è possibile mediante i farmaci. In tale tipo d'intervento il paziente è passivo e si deve solo limitare al rispetto della prescrizione medica.

Più volte è stato sottolineato che i farmaci non hanno alcun effetto sulle cause dei sintomi e che, per agire su di esse, è necessario l'utilizzo dello strumento psicologico, cioè della psicoterapia.

In tale caso è necessario un atteggiamento attivo del paziente e una sua collaborazione con lo psicoterapeuta nel lavoro psicologico. Proprio per questo è consigliabile che il lavoro psicoterapeutico di ricerca venga iniziato quando il paziente è in grado di fornire la sua collaborazione e quindi non durante la fase acuta del disturbo, in cui la psicoterapia può solo avere funzione di supporto.

Per meglio comprendere la differenza tra l'intervento con i farmaci e quello con la psicoterapia, possiamo utilizzare l'esempio di ciò che avviene nel nostro organismo quando abbiamo la febbre. Essa è il segnale che il corpo si sta difendendo da un qualche attacco esterno, batterico o virale. Se la febbre è alta è necessario utilizzare gli antipiretici, tenendo però presente che il sintomo febbre è solo un segnale e che bisogna indagare sul tipo di attacco che il nostro organismo sta subendo per una cura più mirata.

Allo stesso modo, quando sono presenti sintomi psichici invalidanti, è utile l'uso dei farmaci, tenendo presente che i sintomi sono il segnale della presenza di conflitto interno che deve esser curato utilizzando lo strumento psicoterapeutico.

Quanto dura una psicoterapia?

La durata della psicoterapia è spesso motivo di preoccupazione da parte di chi decide di iniziarla ed è frequente la richiesta di informazioni al terapeuta sull'argomento. La risposta è di solito poco soddisfacente perché ci si aspetta un tempo preciso in termini di settimane o di mesi.

Il fatto è che il terapeuta è in grado di fornire solo risposte orientative perchè, nel determinare la durata di un trattamento, entrano in gioco fattori che sono solo in parte prevedibili. Può ad esempio verificarsi che una richiesta di consulenza mirata su un tema specifico, ad esempio una crisi coniugale, della durata di un numero limitato di sedute, si trasformi in un lavoro di ricerca personale che dura molto di più di quanto preventivato. Così come può succedere che il paziente inizi con lo scopo dichiarato di fare una psicoterapia del profondo, della durata prevedibile di molti mesi, ma che ad un certo punto la presenza di resistenze difficilmente superabili determini la stagnazione e quindi l'interruzione del lavoro.

In generale si può dire che una psicoterapia è un lavoro di ricerca impegnativo, dispendioso in termini di tempo, energia e denaro, che non accetta superficialità o mediocrità e quindi non può essere veloce.

Del resto il suo obiettivo è ambizioso: si tratta di penetrare in meccanismi psichici complessi e in sistemi difensivi di solito molto strutturati, allo scopo di mettere in moto un processo di trasformazione e maturazione della personalità globale.

E' comunque ragionevole mettere in conto, per una psicoterapia, un periodo di tempo di uno/due anni, con incontri a frequenza monosettimanale. Sono necessari decenni per dare forma a una struttura psichica e non è possibile apportare a essa modifiche nel giro di poche settimane.

Età e psicoterapia

Come più volte sottolineato, la psicoterapia è un viaggio all'interno di sé che ha lo scopo di aumentare il livello di conoscenza dei propri meccanismi interni. Non esistono quindi limiti di età per tale processo che può essere iniziato in qualsiasi fase della vita.

Naturalmente è probabile che siano diverse le problematiche che emergono durante la psicoterapia di un paziente giovane rispetto a quelle di un paziente in età avanzata. Nel primo caso saranno affrontati in prevalenza problemi relativi al rapporto con le figure genitoriali, al binomio dipendenza/autonomia e alla sua ambivalenza, all'inserimento nel mondo del lavoro e alla costituzione di un proprio nucleo familiare.

Nel secondo invece, avendo ormai realizzato gli scopi biologici della vita, risulteranno in primo piano aspetti "spirituali", legati alla ricerca del senso dell'esistenza.

L'autoanalisi

La psicoterapia è un viaggio da effettuare in due, paziente e psicoterapeuta, e non è possibile fare il cammino da soli. E' infatti necessario superare ostacoli insormontabili, rappresentati dai meccanismi inconsci che non possono essere affrontati utilizzando gli strumenti a disposizione della coscienza.

Ricordo il caso di Giacomo, un giovane studente universitario di Filosofia che aveva chiesto un consulto per la presenza di un disturbo di tipo claustrofobico: non riusciva a prendere l'ascensore né a stare in luoghi chiusi.

Era molto arrabbiato con se stesso perché aveva fatto uno studio approfondito sui meccanismi che governano la nostra psiche. Aveva letto tutte le opere di Freud, ne aveva sintetizzato i concetti principali, riempiendo cinque grossi quaderni di appunti, sapeva tutto, ma il disturbo non accennava a diminuire.

Il problema è che la conoscenza razionale dei meccanismi psichici può essere un punto di partenza per il lavoro psicologico, ma le componenti emotive e la collocazione nella storia personale soggettiva risiedono nella parte inconscia della personalità e non sono quindi accessibili utilizzando gli strumenti della razionalità.

Nel caso di Giacomo era attivo un problema di dipendenza dalla figura materna che, peraltro, determinava in lui seri problemi con le ragazze, liquidati come semplicemente conseguenti alla sua timidezza.

A livello cosciente non avvertiva la presenza di tale problema, ma il legame con la madre limitava la sua libertà d'azione e di relazione ed esprimeva la sua presenza producendo sintomi claustrofobici. Giacomo però non poteva giungere a tale consapevolezza da solo, attraverso le letture, perché la strada d'accesso alle sue dinamiche inconsce era sbarrata da meccanismi psichici inconsci quali la rimozione, la negazione e le resistenze. L'aiuto del "compagno di viaggio", che conosce i meccanismi e le loro dinamiche, si rende quindi necessario per poter avere accesso alla propria vita interiore.

Le paure dell'inizio

L'inizio della psicoterapia è spesso accompagnato da alcune paure variabili d'intensità e dipendenti dalle informazioni in possesso del paziente. Accenniamo alle più frequenti.

Paura della durata. Se ne è già parlato in un precedente paragrafo. Aggiungiamo che spesso tale paura è legata a una forma di resistenza e che, con il progredire del lavoro terapeutico, tende a scomparire e a lasciare il campo alla scoperta delle proprie risorse interiori.

Paura della dipendenza. E' spesso presente il timore del legame di dipendenza dallo psicoterapeuta e/o dalla psicoterapia tale da rendere difficile il distacco. Tale paura è basata sulla convinzione che lavoro di ricerca su se stessi sia esclusivamente legato alla figura del terapeuta o all'ambito in cui la terapia si svolge.

E' opportuno tenere presente che uno degli scopi della psicoterapia è la conquista dell'autonomia personale e quindi il superamento di legami di tipo dipendente. Durante la psicoterapia è fisiologica la presenza di una fase in cui il rapporto con il terapeuta assuma carattere di dipendenza, ma si tratta di un passaggio tanto obbligato quanto transitorio nel cammino verso l'autonomia.

Bisogna inoltre tenere presente che il dialogo con il proprio inconscio non si esaurisce nel corso della psicoterapia. Terminata la fase in cui è necessaria la mediazione del terapeuta, il paziente avrà acquisito la conoscenza dei propri meccanismi interiori e degli strumenti che gli consentiranno di continuare a lavorare su se stesso anche dopo la fine della relazione con il terapeuta.

Paura del cambiamento. Per alcuni versi, tale paura è paradossale in quanto il cambiamento è ciò che il paziente ricerca attraverso la psicoterapia. La metafora delle stampelle può essere utile per spiegare tale contraddizione. Chi ha camminato utilizzando per molti anni le stampelle da un lato ha il desiderio di liberarsene, ma dall'altro teme di non

poterne fare a meno.

Fuori metafora, chi si è adattato al mondo esterno e interno utilizzando meccanismi di tipo nevrotico, da un lato ne avverte il peso, ma dall'altro essi rappresentano il "noto" e il "certo". Un tipo di adattamento diverso, senza quei meccanismi, appartiene al mondo del "non noto" e all'"incerto" e, quindi, oggetto di desiderio, ma anche di paura.

Paura della scoperta dei "mostri". Questa paura è figlia di una concezione riduttiva dell'inconscio in base alla quale esso è solo contenitore degli aspetti della nostra personalità rimossi per la loro connotazione negativa.

Si tratta di una visione parziale che non tiene conto delle potenzialità positive e inespresse presenti nell'inconscio e alle quali sarà possibile accedere attraverso il lavoro psicoterapeutico. Inoltre, quando ci si avvicina con un atteggiamento di paura a ciò che non si conosce, questo tende a essere vissuto come mostro terrifico. Solo attraverso la conoscenza i vari aspetti della personalità possono acquisire le loro reali dimensioni e caratteristiche.

Paura di non essere all'altezza. A volte è presente, in pazienti con problemi di autostima, la paura di non essere in grado di svolgere il lavoro psicoterapeutico a causa della presunta scarsa intelligenza o del basso livello culturale. Anche tale paura è però fuori luogo perché la buona riuscita del lavoro non dipende né dal livello intellettivo né da quello culturale, ma dalla sensibilità personale e dalla capacità d'introspezione.

Paura della distruzione. Nasce dall'idea che il lavoro psicoterapeutico consista prima nella demolizione della struttura della personalità esistente e successivamente nella ricostruzione sulle sue macerie. Da tale paura possono derivare timori per la stabilità del proprio rapporto affettivo o per la propria fede religiosa o per decisioni importanti già prese che si teme di scoprire inautentiche. In realtà la psicoterapia non ha lo

scopo di distruggere quanto esiste, ma d'individuare e correggere le distorsioni presenti nel rapporto con se stessi e con gli altri, allo scopo di raggiungere una maggiore completezza ed autenticità.

Claudia è un donna di 30 anni che chiede un consulto perché sta attraversando un periodo di profonda crisi. Dice di trovarsi in una situazione che non avrebbe mai pensato di vivere e che le genera uno stato d'intenso malessere.

E' sposata da cinque anni, ha due figli, di quattro e due anni. Lavora come impiegata e, da qualche mese, ha una relazione con un collega di lavoro. Dice che la cosa è iniziata quasi senza rendersene conto e l'ha comunque coinvolta. Vive nel terrore di essere scoperta ed è divorata dai sensi di colpa nei confronti del marito e soprattutto dei figli.

E' giunta al limite della sopportazione e per questo chiede aiuto. E' molto presente in lei la paura che il lavoro psicoterapeutico e le scoperte che comporterà possano portare alla distruzione del suo matrimonio. Del resto è anche vero che la relazione extraconiugale testimonia la presenza di qualche problema nel rapporto con il marito.

E' probabile che lei abbia cercato la soluzione all'esterno della coppia, ma è proprio tale spostamento ad essere distruttivo per la sua vita matrimoniale. Attraverso il lavoro psicoterapeutico Claudia potrà essere aiutata ad individuare i nuclei problematici del suo matrimonio, le sue insoddisfazioni all'interno di esso, le responsabilità del marito, ma anche le proprie e potrà fare uso di tali conoscenze per attivare all'interno della coppia quel dialogo, da tempo interrotto, che porterà alla ricerca di soluzioni all'interno di essa.

Il "vis a vis"

Durante il lavoro psicoterapeutico il paziente siede di fronte al terapeuta, "vis a vis" e la posizione del paziente sdraiato sul divano, con il terapeuta seduto alle sue spalle, viene utilizzata solo saltuariamente o in particolari fasi della terapia e concordata con il paziente. La posizione sdraiata comporta una più libera espressione del materiale inconscio e può essere un vantaggio per affrontare argomenti che risulterebbero più "imbarazzanti" guardando in faccia il terapeuta.

Presenta però anche svantaggi, ad esempio rischia di determinare episodi regressivi indesiderabili o lo sviluppo di forti sensi di sottomissione, dipendenza e vulnerabilità.

La posizione vis a vis è sicuramente più paritaria ed aiuta il paziente a ricostruire la sua capacità di relazioni e altre funzioni dell'Io, quali l'esame di realtà e il contatto con essa. Lascia al tempo stesso possibilità all'emersione e all'analisi di materiale regressivo con un maggiore rispetto dei tempi di maturazione dell'Io.

Sandra è una giovane di 28 anni che inizia una psicoterapia per la presenza di sintomi di tipo depressivo e crisi d'ansia. E' inoltre molto disturbata da un problema relativo alla sua vita coniugale: è sposata da cinque anni e, da circa un anno, ha iniziato a manifestare un'intensa gelosia nei confronti del marito.

Da qualche mese è ossessionata dal pensiero che lui frequenti altre donne e a nulla valgono rassicurazioni o verifiche, con esito negativo, fatte per controllarne la fedeltà. La gelosia si presenta con forza violenta che non riesce a controllare e il marito è al limite della sopportazione, tanto da minacciare la fine del matrimonio.

Sandra ha già fatto una psicoterapia tre anni prima per la presenza di sintomi analoghi, anche se meno violenti, ma l'ha interrotta dopo circa tre mesi. All'inizio la posizione era "faccia a faccia", ma dopo poco il lavoro aveva subito un rallentamento per la presenza di resistenze.

Per favorirne il superamento, il terapeuta le aveva proposto di assume-

re la posizione distesa sul lettino. Sandra, però, non aveva tollerato la nuova collocazione in quanto si erano presentate fantasie nei confronti del terapeuta, collocato alle sue spalle.

Immaginava di essere aggredita o, al contrario, aveva fantasie aggressive nei confronti del terapeuta stesso. Si era molto spaventata per la loro violenza, per il fatto di non riuscire ad operare alcun tipo di controllo su di esse e aveva quindi interrotto la terapia.

Dal racconto delle sue vicende familiari emerge un rapporto molto problematico con il padre. Nei ricordi dell'infanzia e dell'adolescenza sono presenti frequenti litigi tra i genitori, legati al fatto che il padre era poco presente a casa e spesso trascorreva fuori le notti, adducendo motivi di lavoro.

Era invece certa che intrattenesse altre relazioni e in seguito si è scoperto che da una di queste era nato un bambino. Tali ricordi ancora adesso sono molto carichi di sofferenza e da essi si è sviluppata una forte carica aggressiva che non ha preso la via della coscienza, ma ha comunque causato molte interferenze nel rapporto con gli uomini.

E' molto probabile che sia questa l'origine del suo malessere e dei problemi con il marito. Sandra deve quindi elaborare l'aggressività presente dentro di lei e renderla più accessibile alla coscienza in modo che non si manifesti in forma di sintomi.

Data però l'intensità dell'aggressività, è necessario un avvicinamento lento e progressivo a essa, rinforzando nel contempo le strutture dell'Io in modo da poterne tollerare l'urto. E' probabile che nel corso della prima psicoterapia la posizione sul divano, che favorisce la regressione e quindi la più facile emersione di materiale inconscio, abbia determinato una velocità eccessiva del processo. Sono, quindi, emerse quote troppo intense di aggressività, l'Io non era ancora sufficientemente forte da poterle contenere e da qui l'interruzione del lavoro terapeutico.

Decisioni importanti durante la psicoterapia

Spesso l'inizio della psicoterapia avviene in una fase in cui il paziente è in stato di estrema confusione per situazioni contingenti e il più delle volte si tratta di problemi di natura sentimentale che hanno raggiunto un livello d'intollerabilità.

La sofferenza che ne deriva può spingere a compiere un "agito", cioè a prendere una decisione, una qualunque, pur di porre termine al malessere. Sarebbe però un errore cedere, almeno all'inizio del lavoro terapeutico, a tale tipo di tentazione.

E' opportuno, infatti, non prendere decisioni, specie quando rivestono una grande importanza per la vita attuale o futura della persona, almeno fino a quando non siano più chiare le motivazioni, coscienti ed inconsce, del conflitto in atto.

E', quindi, necessario tollerare la sofferenza ed utilizzarla come spinta propulsiva al lavoro di ricerca, resistendo alla tentazione di decidere qualunque cosa, "purché finisca". Una tale decisione, anche se inizialmente può alleviare il malessere, corre il rischio di essere pagata, in futuro, ad un prezzo ancora maggiore.

Giovanni è un uomo di 35 anni, imprenditore edile, che vive con i genitori. Decide di iniziare una psicoterapia perché sta vivendo una fase difficile della sua esistenza.

Da circa due anni frequenta una sua coetanea, hanno deciso di sposarsi, hanno anche acquistato ed arredato la loro futura casa e fissato la data delle nozze a distanza di tre mesi. Da quando però è stata presa tale decisione ha iniziato a sviluppare un disturbo depressivo all'inizio non grave, ma che si sta progressivamente intensificando.

Comincia quindi ad avere dubbi sui sentimenti provati nei confronti

della futura moglie, sull'opportunità di portare avanti il progetto matrimoniale, ma si rende anche conto che si tratta della ripetizione di quanto già verificatosi circa cinque anni prima.

Anche allora era arrivato sul punto di sposarsi e anche allora la decisione gli aveva provocato un'intensa reazione emotiva e la comparsa di sintomi depressivi.

All'epoca aveva interrotto la relazione e rinunciato ai progetti matrimoniali. Adesso la tentazione è analoga: il suo malessere è molto intenso, lo attribuisce alla scelta matrimoniale e quindi ritiene che sospendere il tutto lo farà stare meglio. I dubbi, in realtà, non riguardano il sentimento nei confronti della ragazza, ma sono relativi ad un conflitto interno di cui non è consapevole e che produce il malessere.

Giustamente decide di intraprendere una psicoterapia, ma deve resistere alla tentazione d'interrompere la relazione, come avvenuto la prima volta. La decisione saggia è, quindi, di rimandare la decisione, reggere la tensione che ciò comporta, rendere partecipe la fidanzata del suo stato di confusione emotiva personale, rinviare di un certo periodo la data delle nozze e darsi il tempo d'individuare all'interno di sé i nuclei problematici da cui tutto ha origine.

In generale è sconsigliabile prendere decisioni importanti durante la psicoterapia, perlomeno nelle sue fasi iniziali, perché le scelte sono influenzate da conflitti ancora attivi.

E' più opportuno aspettare che i nodi interni comincino a sciogliersi e che a decidere sia l'Io cosciente, volontario, razionale, non diretto da false motivazioni.

L'obiettivo finale

Il presupposto di partenza è che nell'uomo la parte cosciente è impor-

tante quanto quella inconscia. La coscienza è la parte con la quale entriamo in rapporto con noi stessi e con il mondo in maniera consapevole e alcune funzioni proprie, tra cui quelle razionali.

L'inconscio, quella parte dell'uomo di cui non si è consapevoli, ha un'importanza per lo meno pari alla parte cosciente e, anche se non è visibile, fa sentire la sua influenza determinando stati emotivi e comportamenti su cui la coscienza e le sue funzioni non hanno alcun potere. Ad esempio non si può decidere di chi e quando innamorarsi, così come non si può decidere se una persona deve esserci simpatica o antipatica.

Per vivere in una condizione di benessere psichico è necessario che le componenti coscienti e quelle inconsce siano in comunicazione, mentre il loro contrasto può dare origine alla nevrosi e al suo carico di sofferenza.

La psicoterapia ha lo scopo di agire sulla dissociazione tra la coscienza e l'inconscio e di mettere in relazione i loro contenuti, determinando l'ampliamento della consapevolezza e, di conseguenza, il rafforzamento e la maturazione della personalità.

"Depressione, ansia e panico: la cura con i farmaci" (2012) è l'ottavo opuscolo pubblicato dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione e, come i precedenti, è stato distribuito gratuitamente.

Tratta della cura del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia con antidepressivi e ansiolitici, dei loro meccanismi di azione, dei principali problemi dei pazienti prima, durante e dopo la cura.

Vengono, inoltre, descritti i vantaggi e i limiti della cura con i farmaci e, per rendere più chiaro e usufruibile il contenuto dell'opuscolo, sono presenti alcuni racconti di pazienti che li stanno assumendo.

La cura con i farmaci (2012)

Quando è necessario utilizzare i farmaci

Nel corso della prima visita psichiatrica capita spesso che il paziente dichiari di essere da sempre contrario ad assumere psicofarmaci perché gli fanno paura e teme di restarne dipendente.

Di solito rispondo che anch'io sono contrario all'uso di farmaci quando non è necessario: preciso, però, che la decisione se intraprendere o meno una terapia farmacologica non deve fondarsi su basi pregiudiziali, ma cliniche.

In altre parole, quando i sintomi depressivi o ansiosi sono di entità modesta e non provocano gravi interferenze nella vita personale, è possibile scegliere di non assumerli.

Nel caso in cui, invece, il malessere depressivo e/o ansioso determini forti limitazioni, a volte fino alla paralisi della vita sociale, lavorativa e affettiva, l'utilizzo dei farmaci costituisce un aiuto necessario, anche se transitorio.

Un'altra obiezione dei pazienti è la seguente: "Tanto i farmaci non possono modificare la situazione in cui mi trovo e quindi non servono a nulla".

Ricordo il caso di Giovanna, 48 anni, sposata, con due figli di 26 e 24 anni. Il marito, 54enne, svolge in proprio un'attività artigianale che, negli ultimi tre anni, ha subito il peso della crisi, ha gravi problemi economici, vanta crediti che non riesce a incassare e ha difficoltà a far fronte ai debiti con i fornitori e le banche.

Giovanna ha vissuto "in presa diretta" tutte le vicende della ditta in quanto, al suo interno, ha il compito di tenere i contatti con clienti, fornitori e banche. L'insieme di questi problemi ha fatto maturare la decisione di chiudere la attività tramite una procedura fallimentare.

Le difficoltà lavorative coinvolgono il figlio maggiore che lavora nell'officina del padre dall'età di 18 anni e che dovrà cercare un'altra collocazione lavorativa. La figlia minore, inoltre, dopo il conseguimento della laurea in lettere antiche, non ha un lavoro fisso e deve accontentarsi di saltuarie supplenze che non le garantiscono l'autonomia economica.

La crisi depressiva è subentrata quando, circa tre mesi addietro, le è stato diagnosticato l'aggravamento del diabete mellito di cui soffre da dieci anni e che rende necessario il passaggio dagli antidiabetici orali all'insulina per via iniettoria.

Giovanna presenta i sintomi di una depressione in fase acuta: tono dell'umore basso, frequenti crisi di pianto, forte senso di stanchezza, stato subconfusionale, disinteresse per le attività giornaliere e molta fatica nel portarle a compimento, riduzione delle ore di sonno con risveglio mattutino precoce, ansia presente durante tutto l'arco della giornata, in particolare al risveglio.

L'attuale malessere depressivo è da mettere in relazione con le vicissitudini subite negli ultimi anni: il problema di salute è solo l'ultimo in ordine cronologico che, trovandola in una condizione di estrema debolezza, ha scatenato la crisi.

Durante il nostro incontro dice di essersi rivolta a me su consiglio della sorella, mia ex paziente, ma di pensare che io possa fare ben poco perché le situazioni esterne, di cui subirà le conseguenze anche nel prossimo futuro, sono immodificabili.

Le rispondo che effettivamente la terapia con i farmaci non agirà su di esse, ma sulla sua depressione, cosa necessaria perché adesso è "scarica" e ha pochissima energia psichica per fronteggiare i problemi presenti sul versante lavorativo, economico, familiare e di salute.

Grazie ai farmaci potrà ottenere quella "ricarica energetica" di cui ha estremo bisogno per uscire dalla paralisi emotiva in cui si trova e affrontare al meglio i problemi della sua vita.

L'energia psichica

L'energia psichica è una vera e propria energia vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri. Ognuno di noi ne possiede, fin dalla nascita, una quantità che varia da individuo a individuo: vi sono cioè persone che hanno una dotazione energetica maggiore rispetto ad altre. Utilizzando la metafora di un conto corrente bancario, alcuni nascono più ricchi di altri.

E' certo, comunque, che nessuno ne ha una quantità illimitata per cui è importante tenere conto del bilancio tra le uscite (quantità di energia spesa per far fronte alle richieste esterne) e le entrate (aspetti piacevoli della vita, la cui presenza ha effetto di ricarica).

Se una persona è esposta, per tempi eccessivamente lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica (come, nel caso di Giovanna, gravi problemi di natura economica, lavorativa, familiare e di salute) e se tali "uscite" eccessive non sono compensate da "entrate" tali da bilanciarle, può verificarsi un deficit energetico e, tornando alla metafora prima citata, il "conto corrente" va in rosso. Quando ciò si verifica, compaiono i sintomi tipici dei Disturbi Depressivi o dei Disturbi d'Ansia.

Energia psichica, neurotrasmettitori e farmaci

Il nostro encefalo è un organo molto complesso, costituito da circa cento miliardi di cellule nervose che si scambiano informazioni mediante sostanze chimiche, i neurotrasmettitori cerebrali. Alcuni di essi sono implicati nella regolazione del tono dell'umore e dei meccanismi d'ansia: ricordiamo la serotonina, che è la più nota, ma anche la noradrenalina e la dopamina.

Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che un soggetto ha poca energia psichica equivale a dire che ha una bassa quantità di neurotrasmettitori, con conseguente manifestazione di sintomi del Disturbo Depressivo e/o dei Disturbi d'Ansia.

Quindi la presenza del malessere depressivo o ansioso può essere descritto dal punto di vista clinico (presenza dei sintomi), dal punto di vista energetico (possesso di poca energia psichica) o dal punto di vista biochimico (bassa quantità di neurotrasmettitori cerebrali).

I farmaci intervengono a livello biochimico, determinando l'aumento della disponibilità dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico cui corrisponde l'aumento della quantità di energia psichica e, di conseguenza, la riduzione dei sintomi.

Nel caso di Giovanna lo scopo della terapia farmacologica è quello di aumentare la disponibilità di serotonina nelle sue cellule nervose, aumentando, quindi, la quantità di energia psichica a sua disposizione, di ridurre i sintomi depressivi e ansiosi e di metterla in condizione di "combattere" le sue battaglie.

Le metafore per la comprensione

Con i pazienti faccio frequentemente ricorso all'uso di metafore al fine di rendere più comprensibili informazioni scientifiche e concetti complessi a chi non ha una preparazione specifica in ambito medico o psicologico.

In un precedente paragrafo, ad esempio, ho utilizzato la metafora del conto corrente per chiarire il concetto della disponibilità di energia psichica: se prevalgono le "uscite" rispetto alle "entrate" il conto corrente "psichico" va in rosso, il soggetto rimane con poca energia psichica e si manifestano, come nel caso di Giovanna, i sintomi depressivi.

La prima cosa da fare è, proseguendo nell'utilizzo della metafora, fare versamenti sul conto, aumentare le sue quote energetiche attraverso l'aumento dell'equivalente biochimico dell'energia psichica, cioè della serotonina.

Un'altra metafora che spesso utilizzo è quella del cellulare. Quando una persona vive per troppo tempo in condizioni molto "costose" dal punto di vista energetico è come se usasse per troppo a lungo il suo cellulare fino a scaricare la batteria. Una persona con poca energia è come un cellulare con la batteria scarica: è necessario rimetterlo in carica.

I neurotrasmettitori

Come accennato in precedenza, il nostro cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni, che comunicano tra loro attraverso impulsi elettrici e messaggi chimici. Questi sono trasmessi mediante il rilascio di particolari sostanze, i neurotrasmettitori, grazie ai quali le cellule nervose "parlano" tra loro.

Considerando due neuroni, uno che trasmette e l'altro che riceve, la trasmissione delle informazioni inizia con il "rilascio", da parte del neurone "trasmettitore", dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni).

Il passaggio dell'informazione avviene quando tali neurotrasmettitori si "legano" ai recettori del neurone "ricevente", determinando la trasmissione dell'impulso. Successivamente i neurotrasmettitori si "slegano" dai legami con i recettori del neurone ricevente, tornano liberi nello spazio sinaptico dove in parte sono "distrutti" da un enzima, la monoaminossidasi, e in parte sono ricatturati (ricaptati) dal neurone "trasmettitore" che li aveva rilasciati.

In caso di Disturbi Depressivi o Disturbi d'Ansia, nello spazio sinaptico la quantità dei neurotrasmettitori che regolano il tono dell'umore e i sintomi dell'ansia è minore del normale e compito degli antidepressivi è determinarne l'aumento, cui corrisponde il miglioramento dei suddetti disturbi.

Neurotrasmettitori e SSRI

A partire dagli anni '80 gli antidepressivi Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) sono di gran lunga i più utilizzati nella cura dei Disturbi Depressivi e dei Disturbi d'Ansia.

Hanno spiccata selettività d'azione per la serotonina ed agiscono mediante l'inibizione della sua "ricaptazione" determinandone, come accennato nel paragrafo precedente, la maggiore concentrazione negli spazi sinaptici.

Da sottolineare che, nonostante la loro diversità clinica, Disturbi Depressivi e Disturbi d'Ansia sono entrambi curati con gli SSRI perché la serotonina è coinvolta nella regolazione sia del tono dell'umore sia dei meccanismi dell'ansia.

Gli antidepressivi di ultima generazione comprendono, oltre a prodotti che agiscono solo sulla serotonina, anche quelli che agiscono solo sulla noradrenalina o su entrambi.

Il periodo di latenza

Qualunque sia l'antidepressivo utilizzato, è importante tenere presente il cosiddetto "periodo di latenza": tra l'inizio della terapia e il momento in cui il paziente avverte la riduzione dei sintomi depressivi intercorre un periodo di tre-quattro settimane (contrariamente a quanto avviene con gli ansiolitici, i cui benefici si avvertono dopo 20-30 minuti dall'assunzione).

Ciò è conseguente alla enorme complessità del nostro encefalo: circa cento miliardi di cellule, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotrasmettitori cerebrali.

Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci costituisce il motivo del "periodo di latenza", assieme anche all'inizio molto lento e graduale dell'assunzione della terapia (questo punto verrà ripreso in seguito).

E' importante conoscere questo aspetto iniziale della cura per evitare il rischio della interruzione precoce Mi viene in mente Roberto, un ragazzo di 25 anni, sofferente da circa due di un Disturbo da Attacchi di Panico. Durante il nostro primo incontro dice che la sua vita è completamente cambiata dalle 22,30 del 23 Aprile di due anni prima (ricorda perfettamente ora, giorno e luogo del suo primo attacco di panico). Da allora ne sono seguiti molti altri e in tre occasioni si è recato al Pronto Soccorso per il timore di avere un infarto.

L'ansia anticipatoria e i meccanismi di evitamento, cioè la paura del ripetersi dell'attacco e il fatto di evitare situazioni e luoghi ritenuti per tale motivo "pericolosi", hanno inoltre causato la progressiva limitazione della sua autonomia personale: negli ultimi mesi si sente "al sicuro" solo a casa, meglio se nella sua stanza, non frequenta l'università né gli amici, non guida più l'auto, esce raramente e malvolentieri, mai da solo ma con madre o fidanzata.

Il persistere di tali limitazioni ha anche determinato un abbassamento del tono dell'umore e una sorta di rassegnazione mista a rabbia. E' venuto in visita da me cedendo alle pressioni della ragazza, che ha raccolto informazioni tramite il nostro sito internet.

Dopo la descrizione dei sintomi, dice di non credere nell'efficacia di una cura con i farmaci: negli ultimi sei mesi ne ha già provati due, su indicazione del suo medico di famiglia, che non solo non hanno dato alcun risultato, ma anzi lo hanno lasciato ancora più deluso e depresso.

Dalla raccolta di informazioni più precise sui due precedenti tentativi di terapia emerge che la prima, con la Paroxetina, è stata sospesa dopo dieci giorni e la seconda, con il Citalopram, dopo due settimane.

In entrambi i casi Roberto si è rifiutato di proseguire la cura a causa della loro evidente (a suo avviso) inefficacia: non solo non avvertiva alcun miglioramento, ma anzi aveva l'impressione di stare peggio.

Il caso di Roberto evidenzia che senza l'informazione relativa al "periodo di latenza" è presente il rischio di avere aspettative irrealistiche sui tempi di risposta, di restare delusi dalla cura e di attribuire ai farmaci il peggioramento dei sintomi, dovuto in realtà al disturbo che segue il suo corso.

Il ciclo della terapia: la prima visita

Nella prima visita psichiatrica il paziente racconta la propria storia personale e descrive i sintomi di cui soffre, la loro evoluzione della prima comparsa, le limitazioni che determinano nella sua vita lavorativa e relazionale. Lo psichiatra formula la diagnosi e prescrive la cura, inizialmente a dosaggio terapeutico minimo: ad esempio, ipotizzando di utilizzare la paroxetina, la cui dose terapeutica va da 20 a 40 mg al giorno, al fine di un avvicinamento graduale tra l'organismo ed il prodotto, si inizia con la dose non ancora terapeutica di mezza compressa (10 mg) per i primi sei giorni, passando alla dose terapeutica minima di una compressa (20 mg) dal settimo giorno.

L'osservazione clinica dimostra che la terapia farmacologica è spesso influenzata da molti pregiudizi ed è, quindi, importante fornire le informazioni necessarie per il loro superamento.

Innanzitutto è opportuno specificare che si tratta di una malattia e fare una diagnosi chiara e precisa: ciò è utile per arginare i sentimenti di colpa e per generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo condiziona l'attuale stile di vita.

E' anche importante sottolineare che il disturbo non è superabile mediante la volontà, ma è necessario un aiuto. Questa informazione serve per contrastare uno dei più diffusi pregiudizi riguardanti la depressione secondo il quale, se solo il paziente lo volesse, potrebbe superare la crisi. Ciò non solo è falso, ma anche controproducente in quanto accentua i sensi di colpa già presenti a causa del disturbo depressivo.

Altro aspetto che va chiarito è quello relativo al periodo di assunzione della terapia. Spesso il paziente ha nei confronti dei farmaci il timore di restarne dipendente. In realtà la terapia antidepressiva ha, di solito, una durata di 8-10 mesi: si tratta, cioè, di una terapia "a tempo", nel senso che deve essere assunta per un periodo limitato e va sospesa dopo la scomparsa dei sintomi. Questa informazione riduce il timore della dipendenza e aumenta la collaborazione del paziente per la corretta assunzione della cura.

E' inoltre opportuno parlare dei fenomeni collaterali: gli antidepressivi oggi più usati, in particolare gli SSRI, hanno il vantaggio di causarne pochi (di solito inappetenza, nausea, modesta sonnolenza) e limitati ai primi 8-10 giorni di terapia. L'argomento verrà ripreso in un successivo paragrafo.

Durante la prima visita psichiatrica è importante segnalare la presenza del "periodo di latenza" di cui si è trattato nel paragrafo precedente, allo scopo di evitare lo scoraggiamento conseguente al fatto di non vedere 'risultati' immediati. I primi miglioramenti cominciano a manifestarsi entro le prime 6-8 settimane e, rispetto al periodo precedente l'inizio della terapia, mediamente sono del 20-25 %.

Si tratta, quindi, di un miglioramento avvertibile a livello soggettivo e il paziente ne trarrà giovamento non solo per la riduzione dei sintomi, ma anche per l'aumento della fiducia nell'efficacia della cura.

E' importante, infine, fornire la disponibilità telefonica nel caso in cui insorgessero problemi: questo dà sicurezza nelle fasi iniziali della terapia, che sono quelle emotivamente più impegnative. Si dà infine appuntamento a distanza di circa due mesi.

Il primo controllo

Il primo controllo serve per valutare il miglioramento ottenuto. E' da tenere presente che in psichiatria non esistono strumenti di controllo oggettivo, quali ad esempio le radiografie in campo ortopedico: le valutazioni riguardano la riduzione dei sintomi e della loro interferenza nella vita sociale, affettiva e lavorativa e si basano sull'osservazione del medico, sul vissuto soggettivo del paziente e su quanto riferito da chi vive con lui.

Bisogna considerare che la percentuale del miglioramento dei primi due mesi di cura in alcuni pazienti sarà del 10%, mentre in altri può arrivare anche al 40%. Da tale valutazione dipende la variazione della posologia dell'antidepressivo: dalla dose minima iniziale di 20 mg si sale al dosaggio di 30 mg o anche di 40 mg se il miglioramento del primo periodo è stato modesto.

Il controllo successivo è fissato a distanza di due mesi.

Il secondo controllo

Il secondo controllo, dopo circa quattro mesi dall'inizio della cura, ha lo scopo di verificare la scomparsa dei sintomi. Dopo avere verificato il raggiungimento di tale obiettivo, si comincia a ridurre la dose dei farmaci, ad esempio se la dose terapeutica di paroxetina è stata fissata a 30 mg, si scende a 20, fornendo rassicurazioni sul fatto che ciò non determinerà la ripresa dei sintomi.

Si tratta di un timore costantemente presente quando si inizia a ridurre la terapia, che va però superato perché non corrisponde al vero. La riduzione è graduale e controllata e, nei rari casi di ricomparsa di qualche sintomo, si riporta la dose al livello precedente.

In ogni caso i farmaci, dopo avere svolto il compito di determinare la scomparsa dei sintomi, vanno progressivamente sospesi. Si fissa un successivo controllo a distanza di due mesi.

Il terzo controllo

Scopo del terzo controllo, dopo circa sei mesi dall'inizio della terapia, è di verificare che i miglioramenti ottenuti siano stabili e che la prima riduzione della dose non abbia causato alcuna conseguenza negativa.

Verificato ciò, si dà indicazione di un'ulteriore riduzione, passando di solito a un dosaggio non più terapeutico, ma di mantenimento: da 20 a 10 mg al giorno. Si fissa quindi un ultimo controllo a distanza ancora di due mesi.

L'ultimo controllo

Dopo avere valutato la completa regressione dei sintomi e il pieno recupero del benessere psichico, si forniscono al paziente indicazioni di progressiva riduzione della terapia, fino a completa sospensione.

L'ultimo controllo completa quindi le tappe della consulenza psichiatrica e della terapia con i farmaci.

Le paure più frequenti

L'inizio della cura con antidepressivi e ansiolitici è spesso accompa-

gnato da paure: di seguito descriviamo le più frequenti.

La paura dell'alterazione della coscienza

Il paziente teme l'alterazione del proprio stato di coscienza a seguito dell'uso degli antidepressivi. Va sottolineato che si tratta di una paura non rispondente alla realtà e che, nei pazienti, lo stato di coscienza risulta spesso alterato prima dell'inizio della cura come conseguenza dei sintomi depressivi e ansiosi.

Un Disturbo Depressivo o d'Ansia in fase acuta, non ancora in terapia farmacologica, determina sempre calo dei livelli di attenzione, concentrazione e memoria, netta riduzione delle prestazioni intellettive e stato subconfusionale. A determinare l'alterazione della coscienza è, quindi, la malattia e non la sua cura che anzi, eliminando i sintomi, migliora il livello di lucidità.

La paura della dipendenza

Questa paura, come quella precedente, è conseguente alla pregiudiziale assimilazione tra antidepressivi e sostanze stupefacenti, diffusa a livello dell'immaginario collettivo. Da ciò deriva l'attribuzione ai farmaci delle stesse caratteristiche degli stupefacenti e della stessa capacità di determinare, oltre all'ottundimento della coscienza, anche la condizione di dipendenza.

In altre parole il paziente teme, una volta iniziata l'assunzione del farmaco, di non riuscire più a farne a meno e di restarne per sempre dipendente.

Vale la pena sottolineare di nuovo quanto affermato in precedenza: la cura con i farmaci è "a tempo", si sa prima del suo inizio che avrà un termine e, quindi, la paura di restarne dipendenti è infondata.

A volte questo tipo di paura determina situazioni paradossali: ricordo,

ad esempio. il caso di Andrea, un ragazzo di 22 anni venuto in visita accompagnato dai genitori perché negli ultimi due anni aveva abusato di sostanze alcoliche (anche due litri di birra al giorno) e di marijuana (cinque-sei "canne" al giorno) e da qualche settimana aveva iniziato a presentare sintomi depressivi.

A seguito della mia prescrizione di antidepressivi, ricordo ancora adesso il volto preoccupato di padre e madre che mi chiedevano rassicurazioni sul fatto che Andrea non ne sarebbe diventato dipendente, totalmente dimentichi della birra e della marijuana!

La paura della sospensione

Una paura di segno opposto è quella relativa alla sospensione della cura, dopo la scomparsa dei sintomi. In tali occasioni scatta una sorta di ragionamento di questo tipo: "Prima di prenderli stavo male, adesso sto bene: se li sospendo ho paura di stare di nuovo male". Il paziente va rassicurato sul fatto che non esiste una relazione causa effetto tra sospensione e riaccensione dei sintomi e va sottolineato che, se tale paura avesse il sopravvento, la cura non avrebbe mai temine.

Nella pratica clinica i farmaci vanno ridotti molto gradualmente: ciò permette di verificare che la riduzione non comporta alcuna conseguenza e consente di giungere, attraverso una serie progressiva di riduzioni, alla sospensione totale.

Alcuni problemi

Il problema delle informazioni

Molti dei problemi riscontrati nella cura farmacologica sono conseguenti al possesso di informazioni errate, acquisite da fonti di dubbio valore scientifico, quali forum o chat su internet o da esperienze indirette di persone con disturbi che il paziente ritiene simili ai suoi.

Talvolta, inoltre, può capitare che il paziente depresso assimili il suo disturbo a quello di un parente o conoscente che invece soffre di un disturbo psicotico, totalmente diverso, con prognosi molto peggiore e che deve essere curato con farmaci più "pesanti".

Il problema del senso di sconfitta

Spesso la resistenza alla terapia con antidepressivi è determinata dalla presenza del senso di sconfitta per non essere stati in grado di farcela da soli. Ciò si basa su una visione eroica e poco realistica di se stessi e sulla scarsa considerazione dei propri limiti.

Riprendendo la metafora del conto corrente fatta a proposito dell'energia psichica, è come se la persona ritenesse di avere un conto corrente di valore illimitato, in grado di far fronte a qualunque tipo di spesa. Si tratta di una visione poco rispondente alla realtà umana: i limiti fanno parte di noi per cui, se le circostanze della vita determinano un eccesso di "uscite" e il conto corrente psichico va in rosso, non è "vergognoso" ricorrere a un aiuto esterno per recuperare le risorse energetiche venute meno.

Il problema dell'autogestione

Uno dei problemi più frequenti è la tendenza del paziente all'autogestione.

A volte consiste nell'assunzione di una dose di farmaco inferiore a quella prescritta e si basa sul seguente presupposto: "Ho paura che il farmaco mi faccia male: se ne prendo meno, mi farà meno male". Risulta evidente che si tratta di un ragionamento non fondato su basi razionali, ma su quelle emotive della paura. E' chiaro che la cura o si fa alle dosi necessarie per svolgere la sua azione terapeutica oppure è meglio non farla.

Altre volte, come accennato prima, per il timore della ripresa dei sintomi, il paziente continua autonomamente la cura, anche per anni, evita la visita dal medico perché teme la riduzione/sospensione, ritenendo che la prosecuzione della terapia lo protegga da ricadute.

Questo, però, è falso: è come se un paziente con un forte mal di denti continuasse ad assumere l'antidolorifico anche dopo la scomparsa del dolore, nella convinzione che così il male non tornerà più. In realtà tale tipo di atteggiamento determina soltanto l'assunzione di farmaci per tempi eccessivamente lunghi.

Altro problema di frequente riscontro è l'improvvisa sospensione dei farmaci. Di solito ciò si verifica intorno al terzo-quarto mese di cura, quando i sintomi iniziali sono scomparsi e il paziente, avendo di nuovo acquisito il proprio benessere psicofisico, decide di fare a meno della cura e la sospende.

Ricordo, tra i molti casi, quello di Anna, una donna di 35 anni che aveva iniziato una terapia con un antidepressivo del gruppo degli SSRI per un Disturbo Depressivo post partum Come sempre, dopo la prescrizione della terapia, dico alla paziente che sarà necessario rivedersi dopo due mesi per verificare l'andamento dei sintomi e gli eventuali aggiustamenti farmacologici.

Mi telefona il marito circa quattro mesi dopo dicendomi che la moglie sta "di nuovo" male: dopo circa due mesi di cura i sintomi erano completamente regrediti, ha continuato la cura ancora per un mese circa e poi, visto che continuava a stare bene, ha deciso di sospenderla dall'oggi al domani.

La conseguenza è stato il noto"effetto rebound", consistente nella ripresa massiccia dei sintomi a seguito dell'improvvisa sospensione della cura. Da sottolineare che è l'errata modalità di sospensione a determinare tale effetto, totalmente assente quando i farmaci vengono ridotti in modo lento e graduale, come descritto nel paragrafo "Il ciclo della terapia".

Il problema della suggestione

Altro problema in cui ci s'imbatte di frequente è quello della suggestione che spesso influenza la risposta alla terapia in senso sia positivo sia negativo.

E' noto l'"effetto placebo", cioè la risposta a una medicina che non contiene principi attivi, quindi priva di efficacia, ma che determina un'azione terapeutica. Si tratta di una risposta su base suggestiva. Studi recenti hanno dimostrato che l'aspettativa dell'evento benefico mette in moto una serie di reazioni neurochimiche che portano alla liberazione di mediatori in grado di influenzare profondamente, spesso in senso terapeutico, importanti attività fisiologiche.

Nei molti anni di lavoro presso una clinica psichiatrica ho spesso somministrato, specie in soggetti anziani con organismi più fragili, "gocce amare" chimicamente inerti per problemi di insonnia, sfruttando proprio l'effetto placebo e ottenendo ottimi risultati ipnoinducenti.

Ricordo il caso di un paziente da me seguito ambulatorialmente per un Disturbo Depressivo a cui, dopo circa un anno di terapia, avevo dato indicazioni di progressiva riduzione dei farmaci fino alla totale sospensione. Nel nostro ultimo incontro viene accompagnato dalla moglie e dice di essere riuscito a sospendere tutto tranne l'ipnotico, che proprio non si sente di abbandonare perché spaventato dall'insonnia di cui ha sofferto per molti anni.

A un certo punto interviene la moglie e dice che in realtà da alcuni mesi sostituisce le gocce del flacone dell'ipnotico con un prodotto a base di camomilla acquistato in erboristeria e la cosa non ha determinato alcun effetto negativo sul sonno del marito.

Dopo un attimo di imbarazzo, lui commenta che in effetti aveva avvertito "un certo cambio di gusto nella medicina" ed io gli dico che, adesso che sa come stanno le cose, può anche continuare a prendere le gocce... visto che funzionano... Sono stato in seguito avvertito telefonicamente dalla moglie della decisione di sospendere le gocce, senza alcuna conseguenza per le ore di sonno.

Suggestione e inizio della cura

Un periodo in cui la suggestione può creare problemi è quello della fase iniziale della terapia in quanto il timore degli effetti collaterali dei farmaci può determinare la comparsa di reazioni chimicamente non giustificabili. Le contromisure da adottare consistono nell'iniziare la cura con una dose molto bassa, "omeopatica", aumentandola in modo lento e graduale. Ad esempio, nel caso del Citalopram, uno degli SSRI più utilizzati nella cura dei Disturbi d'Ansia, è opportuno utilizzare la confezione in gocce ed iniziare solo con due (equivalenti ad un decimo di compressa), aumentando di una goccia per sera fino alla dose terapeutica, che di solito è di quindici.

Ciò consente di distinguere effetti collaterali di natura suggestiva (quelli denunciati con due/tre gocce) da quelli realmente dovuti al farmaco.

Altro aspetto di questo problema è la tendenza ad attribuire al farmaco fenomeni collaterali che con il farmaco non hanno nulla a che vedere. Ricordo il caso di una signora che mi telefona dopo circa una settimana dall'inizio della cura lamentando astenia, riduzione di attenzione e di concentrazione, sub confusione e, attribuendo tali sintomi al farmaco assunto, mi chiede se sia il caso di continuare la cura o di sospenderla.

Le dico che può continuare perché i sintomi di cui parla sono esattamente quelli da lei descritti la settimana prima, durante la visita, quando non aveva ancora iniziato la cura, e che quindi sono dovuti alla presenza del disturbo depressivo.

Nella pratica giornaliera sono frequenti i problemi dovuti alla suggestione e il rapporto di fiducia con il medico è spesso determinante per il loro superamento.

Il problema dei "bugiardini"

In una ricerca svolta dall'Associazione tramite un questionario proposto a 532 medici di famiglia, una delle domande era di descrivere il tipo di reazione dei loro pazienti alla lettura dei foglietti illustrativi, i cosiddetti "bugiardini", contenuti nelle confezioni degli ansiolitici e degli antidepressivi: 457 medici su 532 hanno risposto che tale lettura determina l'aumento delle preoccupazioni relative all'assunzione dei farmaci e a volte la decisione di non intraprendere il trattamento.

Lo scopo dei foglietti illustrativi è esattamente l'opposto: dovrebbero aumentare la conoscenza del prodotto prescritto, del suo funzionamento, del dosaggio e dei fenomeni collaterali. Purtroppo è proprio questo il punto debole: il foglietto illustrativo deve contenere, per disposizioni ministeriali, tutti i fenomeni collaterali che si sono presentati dal momento della sua commercializzazione.

Di solito il risultato è la presenza di un elenco molto lungo, nel quale vengono usati termini medici troppo tecnici, non sono presenti percentuali chiare sulla frequenza e sono riportati effetti collaterali che si verificano in un numero di casi statisticamente irrilevanti.

Il tutto determina confusione e aumento delle preoccupazioni, spesso alimenta le paure dei pazienti e può rappresentare una ulteriore resistenza all'inizio della terapia.

Personalmente consiglio ai pazienti di rimandare la loro lettura di qualche settimana dall'inizio della terapia, il tempo, cioè, di verificarne la tollerabilità senza alcun tipo di condizionamento.

Gli effetti collaterali dei farmaci

Facciamo riferimento agli antidepressivi del gruppo degli SSRI, i più utilizzati nella cura del Disturbo Depressivo e nei Disturbi d'Ansia. I fenomeni collaterali più frequenti sono i seguenti:

Apparato gastrointestinale: in circa il 20-30 % dei casi compaiono sintomi quali nausea, gastralgia, diarrea, che normalmente scompaiono dopo 8-10 giorni.

Sintomi psichici: i sintomi d'ansia e irritabilità sono riferiti da circa il 20% dei pazienti. Raramente la loro attivazione è violenta e sono facilmente controllabili con l'associazione di ansiolitici a basso dosaggio.

Sfera sessuale: il disturbo più frequente consiste nella difficoltà orgasmica. Di solito tale disturbo si riduce con la riduzione del farmaco e, comunque, scompare con la sua sospensione.

Sintomi somatici: cefalea, insonnia e ipersonnia sono meno frequenti rispetto ai disturbi precedentemente descritti e tendono a ridursi entro la seconda settimana di cura.

In generale si tratta di fenomeni collaterali non particolarmente fastidiosi, la cui incidenza può essere ridotta iniziando la terapia con quantità minime di farmaco e giungendo alle dosi terapeutiche in maniera lenta e graduale.

Gli effetti collaterali dei sintomi

Quando i pazienti mostrano un'eccessiva preoccupazione per gli effetti collaterali dei farmaci, sottolineo spesso gli "effetti collaterali dei sintomi", intendendo con ciò l'interferenza e le limitazioni da essi determinate nella vita di chi ne soffre. Basti pensare alla loro influenza negativa sulle prestazioni lavorative, sull'adattamento sociale o sulla vita affettiva.

Come già accennato, la loro presenza determina, inoltre, alterazione dello stato di coscienza, calo del livello di attenzione e di concentrazione, con conseguente riduzione della memoria, senso di stanchezza molto marcato, riduzione della libido.

Da sottolineare il fatto che quelli che abbiamo chiamato "effetti collaterali dei sintomi" sono gli stessi temuti dai pazienti come conseguenza dell'uso dei farmaci e sono spesso confusi con essi, come nel caso descritto nel paragrafo "Il problema della suggestione".

Vantaggi e limiti dell'uso dei farmaci

La terapia con i farmaci, come più volte sottolineato, è "a tempo", dura cioè un periodo limitato. Nella fase acuta gli antidepressivi hanno lo scopo di migliorare i sintomi ed agiscono a prescindere dalle cause che li hanno determinati. Nella fase successiva, quando i sintomi non sono più presenti, è invece importante occuparsi delle loro cause.

Se la crisi è stata determinata da fattori ambientali esterni quali, ad esempio, problemi in ambito lavorativo o di natura economica, può essere sufficiente qualche buon consiglio, il più delle volte fondato sul buon senso, su come modificare il proprio comportamento oppure che suggerisca l'opportunità o la necessità di "prendersi una pausa", "staccare, per ricaricare le batterie".

A volte le cause sono, invece, da ricercare in problemi relazionali, quali ad esempio quelli presenti nella vita di coppia o nel gruppo familiare. Sono situazioni di cui il soggetto è consapevole ed è opportuno avviare un trattamento finalizzato a analizzarle e modificarle, ad esempio una terapia di coppia o una terapia familiare.

Può, invece, capitare che le cause della crisi non siano note al soggetto in quanto i conflitti risiedono nell'inconscio, costituendo una sorta di "spina irritativa" che è bene individuare, per evitare altre crisi succes-

sive.

In tali casi è necessario utilizzare uno strumento psicologico di ricerca e di cura, la psicoterapia individuale, le cui caratteristiche principali sono descritte nell'opuscolo "La terapia psicologica".

A titolo di esempio cito Luca, 40enne dirigente di un'azienda multinazionale. Viene a chiedere aiuto perché da qualche mese accusa sintomi depressivi che hanno raggiunto, nelle ultime settimane, una gravità tale da ridurre le sue prestazioni lavorative e fargli commettere alcuni gravi errori.

I sintomi sono tipici di una crisi depressiva in fase acuta, vengono curati con un SSRI, la paroxetina, e regrediscono entro i primi tre mesi di trattamento.

Il vero problema, però, è affrontare la causa che ha determinato la crisi per evitare che, in futuro, possa ripresentarsi. Luca ha investito gran parte della propria energia psichica nel lavoro, cui dedica anche 14-15 ore al giorno, a discapito degli aspetti affettivi e ludici della sua vita.

La spinta propulsiva a tale investimento nasce, però, da un'inconsapevole senso di inferiorità e da una profonda insicurezza personale, derivanti dalla sua percezione negativa delle modeste origini dei genitori, entrambi operai, e dalla presenza di una sorta di spinta al "riscatto" sociale, da raggiungere attraverso il successo lavorativo.

L'investimento in tale ambito, però, è stato eccessivo e ha determinato una sorta di scissione tra la parte razionale della personalità e quella emotiva: la prima è stata ipervalorizzata mentre la seconda è stata trascurata fino alla rottura del precario equilibrio interno e alla crisi depressiva.

E' importante che Luca curi i suoi sintomi, ma non è sufficiente: deve,

infatti, prendere coscienza delle componenti disturbate della sua personalità, del senso d'inferiorità e dell'insicurezza personale, ed è necessario che li integri con gli altri aspetti di sé, facendo perdere la loro spinta propulsiva nel determinare i comportamenti che hanno causato lo squilibrio della sua personalità e che, nel tempo, lo hanno danneggiato.

Per raggiungere tale scopo i farmaci non sono di alcuna utilità, ma è necessaria una psicoterapia, grazie alla quale si può intraprendere "il viaggio dentro di sé", acquisire consapevolezza e mettere in moto un processo di trasformazione e maturazione della personalità.

"I familiari dei pazienti depressi" (2015) è il nono opuscolo pubblicato dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione e, come i precedenti, distribuito gratuitamente.

Quando un componente di una famiglia si ammala di depressione, gli altri membri del nucleo familiare ne rimangono coinvolti ed entrano in relazione con il paziente in funzione della presenza di componenti pregiudiziali nei confronti dei disturbi e delle conoscenze in loro possesso.

Questo opuscolo è dedicato ai familiari allo scopo di fornire, attraverso l'informazione, un aiuto per relazionarsi al paziente in modo corretto e costruttivo ed essere per loro di reale aiuto.

I familiari dei pazienti (2015)

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 sofferente.

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 singolo 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 a 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.

"E' 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 a 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. E', 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 di 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 di 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 vis-

suti di esclusione da parte dello psicoterapeuta cui il malato è affidato: a 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.

Altre volte è, invece, necessario sottolineare il fatto che tali disturbi determinano l'alterazione 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.

E' necessario rassicurare sulla legittimità dei vissuti di 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 con il 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 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 una 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"

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

Cosa non dire

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

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

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

"Sei tu che non vuoi fare, non vuoi provare, non vuoi collaborare"

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

"Non c'è bisogno 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 nè aumentare il suo carico d'inadeguatezza 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 e a volte anche 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 accompagnar-lo 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'am-

biente 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.

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 e un ambiente protetto dalle regole del setting e dal segreto professionale.

Al telefono:

"Dott./Dott.ssa Z"?

"Si, 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... si, insomma, come sta...?"

La richiesta della mamma di Dario è comprensibile ma, se il paziente è maggiorenne, 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. E' 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..."

E' 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 a uno svago: è un investimento impegnativo e faticoso, a livello emotivo ed economico, scelto per ritrovare il proprio benessere. E' 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... si,

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. E' 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 parlarmi 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 valoriali. 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 avvicini... 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"

E' bene chiarire che il terapeuta, negli esempi citati, non ha detto nessuna delle parole riportate ai familiari. E' 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 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.

Terapia farmacologica dei Disturbi d'Ansia è il decimo opuscolo pubblicato dalla Associazione in cui vengono descritti i vantaggi e i limiti del trattamento farmacologico dei Disturbi d'Ansia con i serotoninergici e gli ansiolitici.

I vantaggi consistono nel fatto che hanno una azione rapida ed efficace sui sintomi ansiosi.

Gli svantaggi sono che agiscono solo ed esclusivamente sui sintomi, ma non hanno alcun effetto sulle cause che hanno determinato il malessere, per individuare le quali è necessario utilizzare lo strumento psicologico.

La terapia farmacologica dei Disturbi d'Ansia (2017)

Quando è necessario utilizzare i farmaci

Nel corso della prima visita psichiatrica capita spesso che il paziente dichiari di essere da sempre contrario ad assumere psicofarmaci perché gli fanno paura e teme di restarne dipendente.

Di solito rispondo che anch'io sono contrario all'uso di farmaci quando non è necessario: preciso, però, che la decisione di intraprendere o meno una terapia farmacologica non deve fondarsi su basi pregiudiziali, ma cliniche.

In altre parole, quando i sintomi depressivi o ansiosi sono di entità modesta e non provocano gravi interferenze nella vita personale, è possibile scegliere di non assumere farmaci e seguire solo una terapia di tipo psicologico.

Nel caso in cui, invece, il malessere depressivo e/o ansioso determini forti limitazioni, a volte fino alla paralisi della vita sociale, lavorativa e affettiva, l'utilizzo dei farmaci costituisce un aiuto necessario, anche se transitorio, associato alla psicoterapia.

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 a 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 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.

Il temperamento ansioso

In chi sviluppa un Disturbo d'Ansia è molto frequente la presenza di un temperamento ansioso che può essere descritto come segue. Si tratta, come accennato prima, di caratteristiche costituzionali, quindi non derivanti dall'esperienza, già riscontrabili in tenera età.

I bambini con tale tipo di temperamento appaiono timidi, introversi, mostrano una certa diffidenza quando incontrano sconosciuti e presentano eccessiva apprensione, cioè un'inquietudine causata dalla percezione di pericolo, quando si trovano in ambienti non familiari.

Da adolescenti saranno timidi, impacciati, ipersensibili e tali caratteristiche accompagneranno anche la giovinezza e l'età adulta, sempre associate alla presenza di una quantità più o meno elevata di preoccupazione, cioè di uno stato d'animo caratterizzato da timore, ansia, trepidazione.

Da adulti la loro caratteristica principale è la presenza di un continuo ed eccessivo atteggiamento di preoccupazione in tutti gli ambiti della sua vita, affettiva, lavorativa e sociale, per il timore del verificarsi di eventi negativi, in assenza di motivazioni realistiche.

Preoccupazione

Da sottolineare che la presenza di un temperamento ansioso non impli-

ca quella di un Disturbo d'Ansia in quanto il temperamento non interferisce con la vita sociale, affettiva e prestazionale. Potremmo anzi dire che chi ha un temperamento ansioso ha alcune caratteristiche positive: proprio per il fatto di "preoccuparsi", tenderà a fare le cose al meglio, sarà il più preciso e ordinato possibile, sarà un soggetto certamente affidabile. La preoccupazione, quindi, può favorire l'adattamento sociale e lavorativo.

Lo scenario, invece, si modifica quando vi è un eccesso di preoccupazione, in assenza di motivi validi e realistici, che raggiunge una intensità tale da interferire con la vita sociale, lavorativa e affettivi: è in tali casi che si parla di Disturbi d'Ansia.

Stress e Disturbi d'Ansia

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni del mondo esterno che richiede l'impiego di quote di energia psichica.

L'energia psichica è una vera e propria energia vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri. Ognuno di noi ne possiede, fin dalla nascita, una quantità che varia da individuo a individuo: vi sono cioè persone che hanno una dotazione energetica maggiore rispetto ad altre.

E' certo, comunque, che nessuno ne ha una quantità illimitata per cui è importante tenere conto del bilancio tra le uscite (quantità di energia spesa per far fronte alle richieste esterne) e le entrate (aspetti piacevoli della vita, la cui presenza ha effetto di ricarica).

Se una persona è esposta, per tempi eccessivamente lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica (come, ad esempio, per far fronte a gravi problemi di natura economica, lavorativa, familiare e di salute) e se tali "uscite" eccessive non sono compensate da "entrate" tali da bilanciarle, può verificarsi un deficit energetico e, tornando

alla metafora prima citata, il "conto corrente" va in rosso. Quando ciò si verifica, compaiono i sintomi tipici dei Disturbi d'Ansia.

Terapia farmacologica dei Disturbi d'Ansia

Nella terapia dei Disturbi d'Ansia il solo impiego di farmaci ad azione direttamente ansiolitica, come le benzodiazepine (BZD), si è dimostrato insufficiente sul controllo dei quadri clinici ed è sempre più diffuso l'impiego di farmaci appartenenti alla classe degli antidepressivi.

Le benzodiazepine posseggono un effetto ansiolitico diretto ed immediato: riducono l'ansia nel giro di 20-30 minuti dall'assunzione per effetto della loro azione sul neurotrasmettitore GABA: tale rapidità di azione ha reso e rende tali prodotto molto "ben accetti" dai pazienti perché risulta subito evidente la relazione causa-effetto tra l'assunzione e la riduzione del malessere.

L'effetto è rapido e marcato nei confronti della sintomatologia ansiosa acuta, ma nel trattamento a lungo termine è certamente molto meno incisivo e spesso inefficace in senso preventivo.

Ciò è conseguente al fatto che nei Disturbi d'Ansia sono coinvolti, a livello di neurotrasmettitori cerebrali, non solo il GABA, ma anche altri neurotrasmettitori (per comodità descrittiva faremo riferimento alla sola serotonina) ed è per tale motivo che i "serotoninergici", i farmaci, cioè, che agiscono sulla serotonina, risultano efficaci nella cura a lungo termine dell'ansia.

Da sottolineare il fatto che, nelle prime settimane di cura con gli SSRI, è necessaria l'assunzione anche di una benzodiazepina per far fronte alla "Sindrome da attivazione", consistente nell'aumento dell'ansia indotto dall'inizio dell'assunzione del serotoninergico.

Dopo quattro-sei settimane dall'inizio della terapia con SSRI, la ben-

zodiazepina può essere ridotta o anche sospesa perché l'aumento della serotonina determina lei stessa la riduzione dell'ansia, rendendo possibile la risuzione degli ansiolitici.

Gli SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina)

I Disturbi d'Ansia possono essere descritti dal punto di vista clinico (presenza dei sintomi), dal punto di vista energetico (possesso di poca energia psichica) o dal punto di vista biochimico (bassa quantità di serotonina cerebrale).

I farmaci intervengono a livello biochimico determinando l'aumento della disponibilità della serotonina, a ciò corrisponde l'aumento della quantità di energia psichica e, di conseguenza, la riduzione dei sintomi.

La biblioteca della Associazione

I libri pubblicati a cura della Associazione

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

Salvatore Di Salvo *Eva e Doc. Storia di una psicoterapia*Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2014

Gli opuscoli pubblicati a cura della Associazione

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)

La terapia psicologica (2012)

La cura con i farmaci (2012)

I familiari del paziente depresso (2015)

La cura farnacologica dell'Ansia (2017)

Collana di Psichiatria Divulgativa

Salvatore Di Salvo *La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?* Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Salvatore Di Salvo Il paziente depresso e i suoi familiari Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2012

Salvatore Di Salvo *Riconoscere e curare l'ansia e il panico* Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2013

Salvatore Di Salvo *La depressione nelle diverse fasi della vita* Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2014

Salvatore Di Salvo *Racconti di storie cliniche* Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2015

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