



*ASSOCIAZIONE PIEMONTESE  
PER LA RICERCA SULLA DEPRESSIONE*



# **IL MALE CURABILE**

SALVATORE DI SALVO

ASSOCIAZIONE  
PER LA RICERCA  
SULLA DEPRESSIONE



**Corso Guglielmo Marconi 2 – Torino Tel. 011.6699584**

Sito internet [www.depressione-ansia.it](http://www.depressione-ansia.it)

“*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 celofanatura, 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**

*di Salvatore Di Salvo*

### ***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 3 milioni di soggetti) è affetta da disturbi di tipo depressivo.
2. Tale percentuale sale al 40 - 50 % (circa 7 milioni e mezzo di soggetti) 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 i suddetti disturbi non vengono diagnosticati correttamente.
4. Delle persone affette da depressione o da sintomatologie associate ad ansia o attacchi di panico, è solo una minoranza (circa il 18%, cioè meno di 1 milione su 7,5 milioni) che 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 antipsicofarmaco è molto diffuso.
7. Depressione ansia e attacchi di panico sono molto diffusi sottodiagnosticati e malcurati.
8. Eppure nell' 80 - 90 % dei casi questi disturbi , correttamente diagnosticati e curati , sono risolvibili, nelle loro fasi acute, nel giro di 4 - 6 settimane.

### ***La 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 dell'insorgenza di 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 :* comprende il significato 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 :* comprende eventi fortemente stressanti indotti e rinforzati da atteggiamenti, pensieri e risposte emotive non funzionali;
4. *Ipotesi socioculturali :* comprende 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, sia di tipo costituzionale che psicodinamico, 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'abbassamento 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 ed inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Tutto appare irrisolvibile,

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

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

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

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori può essere così marcato da provocare *disturbi 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 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. 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 finendo per determinare un peggioramento del quadro depressivo.

#### *Depressione, tempo e autostima*

*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 indeguatezza*, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri sbagli e su colpe lontane. Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, 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: da prima 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 della 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 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 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 dovere essere stimolati per 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 della 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 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 *ipersomnia*, fino a una vera e propria letargia.

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



## ***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 e la cui conseguenza principale è rappresentata da un'alterazione delle normali capacità individuali.

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

Per quanto riguarda *il quadro clinico*, i pazienti affetti da questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo, 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 ad instaurare *un continuo stato di allarme ed ipervigilanza* che trova la propria convinzione nella ragionata consapevolezza 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 sostiene infine *sintomi della sfera cognitiva* (ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria), e della *vigilanza* (irrequietezza, irritabilità, nervosismo, facilità a sussultare, stato di allarme).

I disturbi del sonno 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 complicità dell'uso indiscriminato di ipnotici o ansiolitici in genere.

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

Generalmente tali sintomi motivano la richiesta dell'intervento medico, che sarà 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 che 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 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 ad insorgenza improvvisa e di breve durata, notevolmente difformi per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate. Nella maggior parte dei pazienti che giungono all'osservazione clinica, gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e *di condotte di evitamento di tipo agorafobico*. L'Agorafobia è la paura di luoghi o situazioni nei quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come 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 postcritica consistente in un periodo anche prolungato, fino a molte ore, con marcata astenia, sensazione di “testa confusa”, difficoltà nella deambulazione e sensazione di sbandamento, vertigini.

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

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

Le manifestazioni comportamentali della crisi sono rare e spesso l'attacco di panico passa inosservato ai presenti. 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. In genere, questo tipo di *attacchi minori*, si distingue da quelli maggiori sopra descritti oltre che per il numero ridotto dei sintomi anche per una ridotta intensità dell'esperienza ansiosa; questo tuttavia non costituisce una regola. 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, postpartum, 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. Il primo episodio critico costituisce 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 avuto un ictus, un attacco di cuore o un infarto, anche se i primi accertamenti fisici e strumentali come l'elettrocardiogramma, risultando negativi, spesso riescono a rassicurarlo. Il primo attacco si associa, in genere, alla 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.

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 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 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 sono spesso accompagnati nei servizi di pronto soccorso nei quali 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, di usare mezzi pubblici, ecc., gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di agorafobia quando le limitazioni imposte dal disturbo interferiscono con attività importanti per la vita di tutti i giorni. Oltre i due terzi dei pazienti con DAP che giungono 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 di competenza, 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 anche solo di 10-15 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, psicomotivo 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, e non solo dei sintomi, del paziente in modo da poter fornire, una volta risolto

lo stato di sofferenza acuta, indicazioni sotto forma di semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, di tipo psicoterapeutico, di tipo analitico (freudiano, adleriano o junghiano), di terapia sistemica, di terapia comportamentista, di altro genere ancora, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi di intervento, che sono tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.

Così come non è corretto demonizzare lo psicofarmaco come qualcosa di pericoloso che deve essere assolutamente evitato , allo stesso modo non è giusto assegnargli il ruolo di unico risolutore dei problemi di una esistenza.



## *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 psicofarmaco e sostanze stupefacenti.

### *Gli psicofarmaci danno dipendenza*

Anche questo preconcetto deriva dalla 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 3-4 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 il 18% dei pazienti affetti dai 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 sia al superamento dei preconcetti di cui sopra sia di altri ancora, su cui non mi dilungo, al fine di fornire a molte persone in stato di intensa sofferenza l'aiuto di cui hanno bisogno e che siamo in grado di fornire.