



ASSOCIAZIONE
PER LA RICERCA SULLA DEPRESSIONE



DEPRESSIONE ANSIA E DAP: OMBRE E LUCI

ELABORAZIONE DI DATI FORNITI
DAL CENTRO DEPRESSIONE ANSIA
E ATTACCHI DI PANICO
DI TORINO

SALVATORE DI SALVO

ASSOCIAZIONE
PER LA RICERCA
SULLA DEPRESSIONE



Corso Guglielmo Marconi 2 – Torino Tel. 011.6699584
Sito internet www.depressione-ansia.it

“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 ad un questionario, somministrato ad 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

di Salvatore Di Salvo

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 in noi, operatori del Centro, è derivata dal 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 circa i 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 ad 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 torinese¹.

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

¹ Abbiamo fatto riferimento al Volume dell'ISTAT "Popolazioni e abitazioni Fascicoli provinciali Torino" a cura del Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica, 13° Censimento Generale delle popolazioni e delle abitazioni.

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 qual 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 chiedeva 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" quella che è la peculiarità clinica della depressione.

La depressione consiste infatti in un disturbo caratterizzato da 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 i territori del mistero, del magico e della vergogna e si avvicina a quelli 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 ad una terapia specifica ed 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 autosvalutante e colpevolizzante già di per sé presente nel quadro sintomatologico del disturbo stesso. Occorre specificare che in psichiatria la volontà è intesa come "la quantità di energia psichica che l'individuo ha a disposizione". Caratteristica dell'episodio depressivo è proprio una netta 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 e 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 dolorosa 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 una soluzione efficace e vantaggiosa dei problemi reali, un dubbio irrisolvibile concernente la natura della minaccia, la probabilità del suo effettivo attuarsi, i mezzi migliori per ridurre o eliminare il male, la propria capacità soggettiva di fare un uso efficace di tali mezzi se e quando l'emergenza si presentasse.

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 di profonda sofferenza ed impotenza di cui è preda chi subisce la crisi d'ansia.

Si può affermare inoltre che l'attività lavorativa ha influenza sul definire in modo corretto l'ansia: insegnanti e studenti sono le categorie maggiormente informate.

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 34% 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 colpiscano 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

L'attacco di panico è definibile come un episodio acuto di ansia ad insorgenza improvvisa e di breve durata che tende a ripetersi nel tempo.

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 di quei 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" sottovalutando quindi il fatto che l'insorgere di un attacco di panico non è 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, mediante uno sforzo volontaristico e coraggioso, il disturbo possa essere superato.

Epidemiologia

(domanda 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 sua vita un disturbo psichico, e tra questi, i più diffusi sono i disturbi d'ansia e quelli di tipo depressivo (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

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, tanto per fare un esempio, si annovera 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 evidenziato che le donne identificano i propri sintomi meglio degli uomini e li esprimono meglio.

Lo studio NIMH Epidemiologic Catchment Area che citiamo (essendo probabilmente il più importante) ha cercato di identificare precisamente prevalenza e incidenza dei disturbi mentali nella popolazione americana.

Presentiamo alcuni risultati dello studio menzionato per quel che riguarda le 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% sempre nell'arco della vita.

Da uno studio epidemiologico effettuato in Italia a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicato nel 1994 emerge che il 15-20% della popolazione italiana è affetta da disturbi di tipo depressivo e che tale percentuale sale al 40-50% quando si considera la sintomatologia depressiva associata a quella ansiosa e ai disturbi di attacco di panico.

Nel nostro questionario è stato chiesto di indicare se tra i propri familiari, amici e conoscenti 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 affette da sindrome depressiva.

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) hanno indicato di avere o aver avuto in famiglia una, due, tre o anche quattro componenti sofferenti di disturbi d'ansia.

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

Il 13% (54 persone) ha dichiarato di conoscere da 1 a 3 persone sofferenti di disturbo da attacco di panico. Infine il 30% (120 persone) ha conosciuto da 1 a 5 persone che soffrono di ansia.

Terapia della Depressione, dell'Ansia e degli Attacchi di Panico

La domanda n° 6 del questionario chiedeva di descrivere come fossero stati affrontati i casi di depressione, ansia e attacco di panico da familiari, amici o conoscenti di chi compilava il questionario.

Le risposte alla domanda indicano, dunque, 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%); ad altra forma terapeutica non precisata (11 %).

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 è ovviamente dipendente dalla preparazione e dalla conoscenza che il medico ha nell'ambito dei disturbi depressivi, ansiosi e di DAP. Purtroppo capita a volte, anche se raramente, che il medico stesso sia preda dei più comuni pregiudizi che avvolgono questi disturbi nell'immaginario collettivo 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 di tali disturbi. Considerando la figura del neurologo, psicologo e psichiatra (le cui qualifiche e le 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 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, ansiosi o DAP 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 consequenziale a ciò il fatto 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 di dedicare invece uno spazio ridotto alla cura di quei disturbi organici (neuropatie, epilessie, cefalee ecc...) che il corso di specializzazione di neurologia lo ha preparato a curare.

La seconda scelta di preferenza, dopo il neurologo, è nel 16% dei casi lo psicologo.

Possiamo ritenere che ciò sia dovuto al fatto che, anche grazie all'aumento delle informazioni e delle conoscenze, continui a diffondersi la consapevolezza che i disturbi depressivi, ansiosi o DAP non siano la risultante di mere alterazioni biochimiche cerebrali ma che la loro origine può essere determinata dalla presenza di problematiche psicologiche intrapersonali e/o interpersonali. La cura allora consiste in una presa di coscienza di tali problematiche e nella correzione di aspettative e/o atteggiamenti nei confronti di se stessi e degli altri: lo psicologo è un valido aiuto per potere 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 elementi pregiudiziali che la rendono inquietante.

Nell'immaginario collettivo è il "medico dei matti", per cui rivolgersi allo psichiatra equivale a rientrare nel numero di "matti". Lo psichiatra evoca l'immagine terrificata della follia ed è anche quello che dà gli psicofarmaci, quei prodotti cioè che "intontiscono, fanno perdere la padronanza di sé" (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 questi 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 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 professione. 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 D6 si riferiva a esperienze passate dirette o indirette (parenti, amici o conoscenti) relative al comportamento realmente tenuto.

Vediamo adesso le tabelle relative alle domande D7 - D8 e D9 inerenti al presunto comportamento da tenere nel caso di presenza di un disturbo depressivo, ansioso o DAP.

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

Tabella: % di risposte alla domanda D7

Secondo lei, la persona depressa dovrebbe rivolgersi:	%
a nessuno, contando solo sulle proprie forze	5
a un amico/a	14
al medico di base	14
a una casa di cura specializzata	4
a uno psicologo	38
a un neurologo	13
a uno psichiatra	12

Tabella: % di risposte alla domanda D8

Secondo lei, la persona che soffre di attacchi di panico dovrebbe rivolgersi:	%
a nessuno, contando solo sulle proprie forze	5
a un amico/a	8
al medico di base	18
a una casa di cura specializzata	6
a uno psicologo	40
a un neurologo	10
a uno psichiatra	13

Tabella: % di risposte alla domanda D9

Secondo lei, la persona che soffre di ansia dovrebbe rivolgersi:	%
a nessuno, contando solo sulle proprie forze	7
a un amico/a	7
al medico di base	21
a una casa di cura specializzata	3
a uno psicologo	42
a un neurologo	10

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 ad un aumento delle conoscenze e delle informazioni corrisponde una maggiore consapevolezza e accettazione del fatto che esse originano da problematiche di tipo psicologico individuale e interpersonale.

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

Ciò riteniamo sia conseguente al pregiudizio che la depressione sia dovuta a una "debolezza di carattere" o a 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 degli amici, scende nel caso degli ansiosi (14%) e ancora di più nei DAP (13%). Riteniamo che ciò sia dovuto al carattere acuto, soprattutto nei DAP, mediante il quale i disturbi 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. Gli stessi farebbero ricorso, in caso di depressione allo psichiatra, solo nel 7% dei casi, contro il 36% degli studenti.

In caso di DAP, poi, nessun libero professionista farebbe ricorso allo psichiatra.

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, ansiosi e DAP è nelle donne doppia rispetto agli uomini. E' inoltre possibile una spiegazione in chiave culturale: l'uomo è meno incline a riconoscersi parti deboli e sofferenti e tende ad aderire a modelli eroici, all'insegna del "mi spezzo ma non mi piego". In altri termini esisterebbe ancora una resistenza nella popolazione maschile a considerare la dimensione psicologica del disturbo depressivo-ansioso.

Se mai 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 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: essi ritengono che sia 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, man mano che si invecchia si fa maggiormente ricorso al medico di base. Anzi, forse è meglio dire che col passare del tempo sempre meno giovani vi si rivolgono: 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 18-25enni 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 l'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 ci si rivolge nel momento in cui il disagio psichico assume connotazioni di tipo patologico, 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 tra 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 in questione. Sembra importante cioè, il fattore culturale inteso non tanto nel senso di erudizione, ma nel senso che le ultime generazioni hanno potuto usufruire di un clima culturale sufficientemente libero dai preconcetti che possono ruotare intorno a nomi come psicologia o psichiatria.

Se si rapportano i dati delle risposte affermative a questa domanda a quanto è emerso nelle risposte alle domande 7,8,9, si rileva però una forte contraddittorietà: il fatto che il 73% degli intervistati dichiara di conoscere le figure professionali di neurologo, psicologo, psichiatra e quindi le loro aree specifiche di intervento, non si traduce poi in un utilizzo adeguato di queste professionalità. Soltanto 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 "pratico". Il livello di informazione e conoscenza dell'area definita dal prefisso "psi" sembra quindi essere piuttosto lacunoso per le classi di età giovanile.

Gli psicofarmaci

Quest'area d'indagine, per certi versi consequenziale alla 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; in ultimo solo un 4% ritiene che se ne possa interrompere l'uso con facilità.

Quasi la metà delle persone interpellate riferisce quindi di una utilità 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 l'uso di questo tipo di farmaci possa essere assoggettato ad un regime di "autocura", qualcosa di analogo ai prodotti farmaceutici da autosomministrazione. Probabilmente vi è dietro un pensiero del tipo: "quando ritengo di averne bisogno lo prendo, quando sto un po' meglio lo smetto".

Continuando ad indagare il rapporto della popolazione con il tema della psicofarmacologia si nota che, quasi a disconferma di 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 perchè 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. Questa 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 da depressione, ansia e attacchi di panico, attraverso l'affermazione che, in ogni caso, si tratta di disturbi diffusi.

La volontà

Troppo spesso nella nostra esperienza abbiamo constatato come il senso comune ritenga che ci sia una stretta correlazione tra il superamento di un disturbo di depressione, ansia e attacco di panico e la volontà del paziente. Per questo motivo abbiamo chiesto ai soggetti intervistati quanto, secondo loro, incida la volontà nel superamento di un disturbo depressivo, di ansia e di attacco di panico.

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 di questi tre disturbi, e soprattutto per il superamento della depressione (49%); al contrario, soltanto un 7% della popolazione intervistata valuta correttamente l'assoluta mancanza di incidenza della volontà rispetto al superamento dei tre disturbi di cui sopra.

Già come sottolineato in precedenza, questo errore di giudizio nasce dal fatto che non viene presa in considerazione la natura del disturbo depressivo che, ricordiamo ancora, comporta *una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto, là dove la volontà è proprio la quantità di energia psichica di cui un soggetto dispone.*

Puntare quindi sulla volontà per superare una crisi depressiva è un controsenso.

Quali consigli suggerire

I disturbi di depressione, ansia e attacco di panico 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 ad un aumento del senso di colpa e dei vissuti di incomprensione e solitudine da parte del paziente stesso.

Abbiamo chiesto quali consigli darebbe ad una persona depressa, ad una persona che soffre di attacchi di panico o ad una persona che soffre d'ansia.

La domanda sui consigli da dare ad una persona depressa è quella in cui si notano le maggiori correlazioni tra alcune delle variabili considerate e le risposte date.

Quasi l'80% dei soggetti intervistati ritiene correttamente che la depressione sia una malattia curabile, avvalendosi del contributo di uno specialista.

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

Soltanto il 17% degli operai, per contro, dà questo tipo di risposta.

È inoltre significativo notare come il 53% dei soggetti di età compresa fra i 55 ed i 64 anni hanno risposto in questo modo.

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 consiglierebbe invece, per il superamento di un disturbo di tipo depressivo: "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).

Anche in questa domanda la partizione operata dalla variabile sesso è particolarmente significativa per quanto riguarda gli atteggiamenti nei confronti del disturbo di tipo depressivo, confermando quanto già detto in precedenza.

Per quanto riguarda il disturbo di attacco di panico il 54% dei soggetti intervistati ritiene che sia una situazione transitoria che può 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. I giovanissimi sono la fascia di età che dà meno questo tipo di risposta.

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 il disturbo di attacco di panico sia solo una fissazione. Anche in questo caso 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. A questo livello di opinione risulta essere significativa la differenza di atteggiamento in relazione all'attività svolta: per esempio, tra operai e commercianti, il 27% dei primi contro il 2% dei secondi; l'età, a sua volta, contribuisce a differenziare le risposte in senso statisticamente significativo: chi ha meno di 45 anni tende a rispondere maggiormente in questo modo.

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. Il 50% delle risposte sono state date da uomini ed il 49% da donne; hanno risposto in questo modo il 32,9% degli uomini intervistati ed il 22% delle donne. Abbastanza significativa risulta essere la variabile età: il 48% delle risposte sono state date da soggetti di età compresa fra i 18 ed i 35 anni.

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 da 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 sempre 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 necessaria premessa per 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 quindi 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 impotenza della persona che subisce le crisi d'ansia.

Per quanto riguarda i DAP le conoscenze sono buone: ben il 65% ne dà, infatti, la definizione corretta di episodio acuto di ansia, improvvisa breve e ricorrente.

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

depressione, ansia e DAP: circa il 60% conosce una o più persone che ne hanno sofferto.

E' probabile che l'aumento delle conoscenze e delle informazioni e la riduzione della vergogna rendono 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 a depressione, ansia e DAP la dignità di malattia (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 tipo inibitorio 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, ansioso o DAP non si è invece rivolta a nessuna figura professionale, con i prezzi in termini di sofferenza e/o cronicizzazione facilmente immaginabili.

Comportamento da tenere

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

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.

Dal confronto delle tre patologie, risulta che 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 degli ansiosi (14%) e ancora di più nel caso di DAP (13%) e ciò riteniamo sia conseguente al fatto che le manifestazioni a crisi acute di questi disturbi ne sottolineino di più 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 di DAP è nelle donne doppia rispetto all'uomo.

E' anche possibile utilizzare una chiave di lettura culturale: l'uomo tende culturalmente a identificarsi con modelli eroici e a disconoscere le proprie parti deboli e sofferenti. Ne consegue che tende a negare le motivazioni psicologiche inconsapevoli 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 sia in via di 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 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 frequentemente 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, ansia e DAP: 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, ansia e DAP.

Emerge chiaramente che l'atteggiamento di fondo culturale ed emotivo che gli intervistati hanno nei confronti di tali disturbi, determina il tipo di consigli da suggerire e che tali consigli sono 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.