

Salvatore Di Salvo

Atti del Convegno 2011
La cura della depressione



*Associazione
per la Ricerca
sulla Depressione*

Atti del Convegno. “La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?”

Il Convegno si è svolto presso il Circolo dei Lettori di Torino nell'Ottobre 2011 ed è stato centrato sulla cura del Disturbo Depressivo con l'uso di antidepressivi e della psicoterapia.

Presentazione

dott. Salvatore Di Salvo

Iniziativa “Un libro gratis”

In occasione del 15esimo compleanno della nostra Associazione abbiamo dato vita, a partire dall'Aprile 2011, ad un'iniziativa che abbiamo chiamato “*Un libro gratis*” e che consiste in questo: a chiunque lo richieda inviamo il libro: *Depressione, ansia e Attacchi di Panico*”: L'invio avviene via mail, in formato PDF, è a titolo assolutamente gratuito e le dimensioni sono di 102 pagine in formato A4.

L'idea nasce dal fatto che i dati internazionali concordano nel rilevare che, dei pazienti sofferenti di disturbi depressivi e ansiosi, solo uno su quattro si rivolge allo specialista cui compete la cura di questi disturbi, che è lo psichiatra, e quindi solo uno su quattro ottiene una corretta diagnosi ed una adeguata terapia, ciò a causa dei molti pregiudizi che si interpongono tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura.

Tale tema verrà ripreso più volte durante le relazioni.

L'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare tali pregiudizi e quindi fornire strumenti di informazione (nel nostro caso il libro) equivale a fare un'azione di prevenzione e questo è valido non solo per i pazienti, ma anche per i loro parenti, inevitabilmente coinvolti dal disturbo, ma che spesso non sanno quale comportamento tenere a causa della scarsità delle informazioni in loro possesso.

Per fare conoscere l'iniziativa, abbiamo inviato una mail di presentazione dell'iniziativa “*Un libro gratis*” alle amministrazioni comunali di tutto il territorio nazionale (abbiamo già completato gli invii in Italia del Nord e de Cento e nei prossimi giorni completeremo l'Italia del Sud). Abbiamo fatto gli invii in particolare ai Sindaci, agli Assessori delle Politiche Sociali, della Salute e della Cultura e alle Biblioteche Comunali chiedendo, in caso di una loro valutazione positiva, di poterla a conoscenza della cittadinanza utilizzando i loro strumenti mediatici.

Alcuni comuni hanno pubblicizzato l'iniziativa o sul loro sito o sui loro giornali online (Torino, Pisa, Padova, Faenza, Novara, Brescia, Sanremo, Savona).

In molti casi è stata stampata ed esposta la locandina sia nelle sedi comunali, ma soprattutto nelle biblioteche comunali: in questo modo i cittadini interessati potranno fare richiesta a noi, via mail, del libro e riceverne il pdf, sempre via mail.

Altro veicolo molto importante è e sarà, credo, il passaparola che ha già attivato e penso che attiverà ancora di più in futuro un sorta di “Catena di Sant’Antonio”.

L’iniziativa è partita da poche settimane e abbiamo già superato, proprio oggi, le 3000 spedizioni: numeri all’inizio assolutamente impensabili.

Ciò che non sappiamo e che non sapremo mai, è il valore del moltiplicatore, nel senso che noi inviamo il pdf del libro “libero”, cioè non vincolato da codici o da altro, per cui chi lo riceve può farne ciò che vuole, anche girarlo direttamente a amici, parenti o conoscenti, che ricevono così il libro senza passare più da noi. Il questo parlavo di “moltiplicatore” che potrà essere solo presunto, ma mai noto.

Una considerazione che possiamo fare è la seguente: se le persone vengono messe nella condizione di acquisire informazioni su temi di importanza sociale, lo fanno, si attivano e le ricercano: si tratta quindi di metter a loro disposizione le informazioni e ciò può essere fatto anche con costi molto contenuti, facendo comunque un buon lavoro di informazione e quindi di prevenzione.

Collana di Psichiatria Divulgativa

L’Associazione per la Ricerca sulla Depressione, con il *patrocinio dell’Ordine Provinciale dei Medici di Torino*, presenta un’iniziativa consistente nella pubblicazione di una *Collana di Psichiatria Divulgativa*. Durante il Convegno viene presentato il primo libro dal titolo: “*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia*”, di circa 140 pagine f.to 15x21. La versione pdf (circa 90 pagine f.to A4) del libro sarà inviata *a titolo totalmente gratuito* a chiunque ne farà richiesta alla email dell’Associazione e la stessa cosa avverrà per i prossimi libri della Collana.

I temi dell'attuale Convegno sono gli stessi trattati nei capitoli del libro.

Gli argomenti trattati sono quelli della cosiddetta “piccola psichiatria”, cioè quei Disturbi Depressivi e Disturbi d’Ansia che, tranne nei periodi acuti, non interferiscono nella vita relazionale,

lavorativa e sociale. Si tratta di disturbi che hanno le caratteristiche di *malattia sociale* in quanto interessano *direttamente* circa 10 milioni di persone (tale è il numero di soggetti che almeno una volta, nel corso della loro vita, hanno sofferto di fasi acute di Disturbi Depressivi o di Disturbi d’Ansia), mentre il numero delle persone *indirettamente* coinvolte (i parenti stretti dei pazienti) è di

due-tre volte maggiore.

Sono, quindi, disturbi molto diffusi, ma oggetto di molti pregiudizi a causa dei quali solo un paziente su quattro si rivolge al medico e riceve una corretta diagnosi ed una adeguata terapia. L'obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle suddette barriere pregiudiziali

mediante l'informazione che, per essere efficace, deve essere *divulgativa*.

L'informazione è divulgativa quando, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti". L'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi *fare informazione equivale a fare prevenzione*.

L'iniziativa sarà presentata, via email, a *tutti i Comuni (Sindaci, Assessori, Strutture Comunali) del territorio nazionale*, con richiesta di portare a conoscenza dei cittadini, utilizzando i loro canali d'informazione, la possibilità di richiedere ed ottenere gratuitamente i pdf dei libri.

I libri della Collana saranno pubblicati a cadenza annuale e sono previste cinque pubblicazioni di cui riportiamo di seguito i titoli.

Autunno 2011 → La cura della depressione: farmaci o psicoterapia

Autunno 2012 → Il paziente depresso e i suoi familiari

Autunno 2013 → Riconoscere e curare l'ansia e il panico

Autunno 2014 → La depressione nelle diverse fasi della vita

Autunno 2015 → Racconti di storie cliniche

I servizi dell'Associazione

dott.ssa Monica Giuliacci

Il servizio di Ascolto

E' un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00. Il numero di telefono è 011.6699584. Il servizio si caratterizza per il fatto di essere svolto da Psicologi ed ha lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desiderava aprirsi, parlare di sé, esporre i suoi problemi a persone competenti. E' anche un primo momento di supporto psicologico, integrato dalle informazioni sugli specialisti cui rivolgersi, sulle possibili terapie che si possono intraprendere e da risposte a quesiti sulla sintomatologia depressiva, ansiosa o dei disturbi da attacchi di panico.

I colloqui di accoglienza

L'Associazione offre questo tipo di servizio, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Si tratta di un colloquio, svolto da psicologi, della durata di circa 45 minuti durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.

Gli incontri con i familiari

Gli psicologi dell'Associazione si rendono disponibili ad incontri gratuiti con familiari, amici e conoscenti di chi soffre di depressione, ansia e attacchi di panico, durante i quali vengono date indicazioni sul comportamento da adottare per essere loro di aiuto.

Il sito internet

Collegandosi al sito internet dell'Associazione è possibile scaricare gratuitamente materiale informativo sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia in forma di libri, opuscoli, articoli di approfondimento, video.

Audiovisivi

L'Associazione ha realizzato tre audiovisivi, ognuno dei quali è suddiviso in paragrafi (60 in tutto). La durata complessiva è di circa 120 minuti. La tecnica utilizzata è quella delle diapositive PowerPoint, i cui contenuti vengono descritti e commentati. Nei primi due, intitolati "I Disturbi Depressivi" e "I Disturbi d'Ansia", sono trattati gli aspetti descrittivi, diagnostici e terapeutici dei disturbi depressivi e ansiosi e le loro diverse forme cliniche. Nel terzo, dal titolo "La Consulenza Psichiatrica", viene descritta la prima visita psichiatrica dal punto di vista del paziente e dello specialista e le successive visite di controllo. Gli audiovisivi sono pubblicati nella *Sezione Audiovisivi* del sito dell'Associazione.

Campagne informative

Periodicamente l'Associazione organizza Campagne informative sui temi della depressione, ansia e attacchi di panico allo scopo di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di questi disturbi. Le Campagne finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.

I Convegni

Annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentate le ricerche svolte.

Attività editoriale

Fin dalla sua costituzione l'Associazione ha pubblicato e distribuito gratuitamente materiale informativo sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia in forma di libri, opuscoli e articoli di approfondimento. L'ultima iniziativa editoriale consiste nella pubblicazione, a partire dal 2011 e a cadenza annuale, dei cinque volumi della “Collana di Psichiatria Divulgativa”.

Tutto il materiale (libri, opuscoli, articoli, volumi della Collana) è presente nel sito nei formati pdf e epub ed è scaricabile a titolo gratuito.

Ricerca svolta dall'Associazione

Dott. Alberto Favole

Buongiorno a tutti. Vi presenterò l'ultima ricerca svolta dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione. Tratta di un tema su cui frequentemente ci vengono chiesti dei chiarimenti e che potremmo sintetizzare con il titolo: “Le modalità di cura della depressione: farmaci o psicoterapia?”

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso il colloquio informativo gratuito che l'Associazione offre a chiunque ne faccia richiesta. Durante i colloqui l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, sarebbe più opportuno seguire.

Ogni colloquio si svolge con uno psicologo, ha durata di 45 minuti e si conclude con la compilazione, da parte dell'operatore, in forma anonima, di una scheda riassuntiva su quanto emerso durante l'incontro.

Oltre ai principali dati socio-demografici relativi ai partecipanti, nelle schede sono registrate alcune informazioni sui seguenti temi:

- presenza/assenza di pregressi o attuali interventi terapeutici;
- aspettative nei confronti dei differenti percorsi di cura;
- pregiudizi relativi alle varie strategie terapeutiche.

Il numero complessivo di persone è di 1121 soggetti che ha effettuato un colloquio orientativo a partire da gennaio 2005.

Da questo totale è stato estratto e incluso nella ricerca di cui vi parlo un campione di 374 soggetti, selezionati per la contemporanea presenza di due caratteristiche.

Due infatti sono i criteri (che dovevano necessariamente essere entrambi presenti) attraverso cui abbiamo individuato le persone da includere nel campione. Sono i seguenti:

- presenza di precedenti contatti con una o più figure professionali di tipo sanitario per lo stesso problema di natura emotiva riferito durante il colloquio orientativo;

- presenza di sintomatologia depressiva rilevata dall'operatore e valutata, in termini di intensità, attraverso la compilazione della scala Hamilton per la Depressione.

Perché abbiamo scelto questi due criteri?

Il primo perché, volendo approfondire il tema della cura, ci è sembrato importante valorizzare le informazioni ottenute da quanti avevano esperienze di contatto con una o più figure terapeutiche: medici di medicina generale, psichiatri, neurologi, psicologi.

Il secondo perché, volendo circoscrivere il tema della cura ai disturbi depressivi, ci è sembrato importante soffermarci sulle aspettative e sui pregiudizi, proprio nei confronti dei diversi percorsi terapeutici, espressi da coloro che sono stati riconosciuti clinicamente depressi dall'operatore che li ha incontrati.

Veniamo quindi alle caratteristiche del campione.

Come dicevo, per ogni persona è stata compilata la *Scala Hamilton della Depressione*. Si tratta di uno strumento molto utilizzato per valutare la gravità dei sintomi depressivi presenti durante i 3-7 giorni precedenti il colloquio.

Come visibile in questa tabella, tutti i 374 soggetti inclusi nel campione sono stati riconosciuti depressi con presenza di sintomatologia in forma lieve (36%), moderata (circa 48%) o grave (16%). Abbiamo unito l'osservazione clinica e la valutazione attraverso un apposito strumento per non affidare sulla sola autodiagnosi, in quanto esposta a distorsioni e fraintendimenti.

Brevemente, nelle tabelle che farò scorrere sono riportate le principali caratteristiche socio-demografiche delle persone incluse nella ricerca.

Sono più le donne, quasi il 67% sul totale, degli uomini (33%). Considerando che tutti i soggetti sono stati valutati clinicamente depressi, il dato è in linea con numerosi altri studi che mettono in evidenza come i disturbi depressivi, soprattutto nella fascia d'età tra i 40 e i 50 anni, colpiscano le donne in misura doppia rispetto agli uomini. A proposito della variabile età, il 65% del campione si colloca fra i 31 e i 60 anni. Quasi il 20% rientra invece nella fascia 18-30, come noto caratterizzata dal verificarsi di profondi cambiamenti a vari livelli: affettivo, sociale e lavorativo. Infine, le persone con più di 60 anni sono risultate il 15,3% sul totale. Sappiamo che anche questo è un periodo a rischio per lo sviluppo di una sofferenza depressiva, poiché si è portati a fare un bilancio della propria vita e ci si trova ad affrontare situazioni nuove con ruoli diversi.

A proposito dello stato civile, la categoria più rappresentata è quella delle persone coniugate con il 42,5%, seguita dal 35% di nubili/celibati. Poi, in ordine decrescente, le persone separate o divorziate e i vedovi/e.

In merito alla situazione lavorativa, i soggetti professionalmente attivi, quindi i lavoratori dipendenti insieme ai libero professionisti, costituiscono circa il 65% del totale. Per la restante parte, sempre in ordine decrescente, abbiamo le seguenti categorie: pensionati con il 15%, casalinghe, studenti e disoccupati.

Come ho già precisato, le persone incluse nel campione sono state selezionate per aver contattato, in precedenza, altre figure professionali di tipo sanitario a causa dello stesso problema evidenziato in sede di colloquio orientativo.

A partire da questa premessa, abbiamo loro posto alcune domande:

- I precedenti contatti sono avvenuti in strutture pubbliche o in contesti di cura privati?
- Quali figure professionali ha consultato (medico di medicina generale, psichiatra, neurologo, psicologo, altro)?
- Ha intrapreso, in passato, delle terapie per lo stesso problema? Se sì, quali?
- Sta seguendo, attualmente, delle terapie per lo stesso problema? Se sì, quali?

Nelle slide successive vi descriverò le percentuali di risposta ottenute per ognuna di queste domande.

Più di metà del campione ha riferito precedenti contatti con professionalità sanitarie all'interno di strutture pubbliche. Circa un quarto ha dichiarato di essersi rivolto a contesti di cura privati. Quasi un quinto ha detto di essersi recato da professionisti in contesti sia pubblici sia privati, spesso indicando il bisogno di ottenere più di un parere o raccontando storie di cura fatte di terapie iniziate e interrotte a più riprese. Detto per inciso: quest'ultima parte del campione è quella che, con maggior frequenza, ha ottenuto una valutazione della sintomatologia di intensità moderata o grave attraverso la scala Hamilton per la Depressione.

In questa tabella è descritto, in dettaglio, *“con chi sono avvenuti e in quale ordine di tempo”* i contatti precedenti al colloquio presso la nostra Associazione. Sulla colonna a sinistra trovate in elenco le varie figure professionali: medico di medicina generale, psichiatra, neurologo, psicologo. Sulla riga in alto la sequenza temporale con cui i vari professionisti sono stati interpellati, quindi *“come primo contatto”, “secondo”, “terzo”* e così via.

Solo una precisazione: la numerosità complessiva dei contatti è di 584, superiore ai 374 soggetti che compongono il campione. Questo perché diverse persone hanno dichiarato di aver consultato più di un professionista.

Della tabella commenterò solo alcuni dati.

Il 33,9% delle richieste di aiuto è stata portata all'attenzione del proprio medico di medicina generale e ciò è accaduto sempre prima, in ordine di tempo, rispetto ai contatti con altri professionisti. Risulta dunque chiaro come spesso sia il medico di base, generalmente

interpellato dal depresso o dai suoi familiari grazie all'esistenza di un rapporto fiducia il più delle volte pluriennale, la figura sanitaria che esprime le valutazioni iniziali sui sintomi e sulle possibilità di intervento.

Il 18,5% dei contatti è avvenuto con uno psicologo. Nel complesso si tratta di una percentuale circoscritta, anche inferiore a quella relativa allo psichiatra (24%). Se però consideriamo unicamente le richieste di primo intervento, mentre il 12% dei contatti è avvenuto con uno psicologo come opzione iniziale, ciò è accaduto per gli psichiatri solo nel 9,7% dei casi. Potremmo allora dire che dallo psichiatra si giunge in seconda o terza battuta, quindi su indicazione di altri professionisti, più di quanto accada per le altre figure sanitarie contemplate nella ricerca. Riscontro verosimilmente legato ai pregiudizi che condizionano in modo negativo la percezione sociale dello psichiatra, visto come "il medico dei matti".

Ai soggetti che abbiamo incontrato sono state chieste informazioni su eventuali terapie, intraprese in passato e poi concluse, legate allo stesso problema di carattere emotivo segnalato durante il colloquio. Quasi il 34% ha riferito di non essere ricorso ad alcuna terapia. Circa il 55% ha descritto terapie esclusivamente farmacologiche, nella maggior parte dei casi con assunzione combinata di ansiolitici e antidepressivi. Molto pochi, 4%, gli interventi psicologici. Nessuno caso di terapie integrate, quindi di tipo farmacologico e psicologico insieme.

Abbiamo poi chiesto informazioni su eventuali terapie attualmente in corso, sempre legate al problema messo in evidenza durante il colloquio. Il 44% ha specificato di non stare seguendo, nel presente, alcuna terapia. La maggioranza ha descritto terapie unicamente farmacologiche, spesso con assunzione di soli ansiolitici. 0,3%, gli interventi psicologici. Nuovamente nessuno caso di terapia integrata.

In forma di considerazioni libere, perciò non in risposta a precise domande, le persone appartenenti al campione hanno poi espresso alcuni pregiudizi in merito: alla natura dei disturbi depressivi, alle figure professionali cui rivolgersi e alle alternative terapeutiche. Noi abbiamo raggruppato questi pensieri nelle categorie che compaiono in tabella.

Procedendo con ordine, nel 27% circa delle persone incontrate si sono registrati pregiudizi specifici legati agli psicofarmaci, interpretati a volte come pillole miracolose, le cosiddette "pillole della felicità", altre volte, più spesso, assimilati alle sostanze stupefacenti e quindi ritenuti certamente dannosi. In altre parole, da alcuni gli psicofarmaci sono considerati la soluzione definitiva di qualunque problema riguardante la sfera psichica, da altri rifiutati in modo categorico per il timore che possano generare fenomeni di dipendenza psico-fisica, riduzione del livello di coscienza o alterazione della personalità. Entrambi gli atteggiamenti

interferiscono con una visione realistica. Ricordiamo che quando i sintomi depressivi esercitano una forte azione inibente sulla vita sociale, lavorativa e affettiva è opportuno utilizzare gli antidepressivi allo scopo di ridurre la fase acuta del disturbo. Ottenuta la scomparsa dei sintomi non vi è però alcun motivo di continuare ad assumere i farmaci, per cui vanno gradualmente sospesi. Utilizzando la metafora del mal di denti, quando l'antidolorifico ne determina la scomparsa è errato proseguire l'assunzione per il timore che il mal di denti possa tornare. Sempre in merito all'uso dei farmaci, è da segnalare che sono numerosi gli errori derivanti da una scorretta o incompleta adesione alle indicazioni dello specialista che li ha prescritti. Nel nostro campione, tra le persone che hanno dichiarato precedenti o attuali esperienze di terapia farmacologica, abbiamo riscontrato i seguenti errori legati al fenomeno dell'autogestione: utilizzo di *dosi non-terapeutiche*, *assunzione saltuaria*, *sospensione precoce*, *prosecuzione eccessiva*. Di questi aspetti ci parlerà più approfonditamente il Dott. Di Salvo.

Un secondo pregiudizio, come testimonia il 23,9% del nostro campione, riguarda la figura dello psichiatra e può essere esemplificato con il seguente ragionamento: "Lo psichiatra cura i matti: quindi se mi rivolgo ad uno psichiatra sono anch'io matto o sono considerato tale". È da dire che l'equazione tra la figura professionale dello psichiatra e l'idea della "follia" rappresenta un ostacolo non facilmente superabile, che genera forti inibizioni anche rispetto alla semplice acquisizione di informazioni. Di fatto la depressione è una malattia curabile. È però necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui viene spesso collocata e ricondurre il problema in ambito medico, al cui interno lo specialista di competenza è appunto lo psichiatra perché si occupa della terapia dei disturbi della sfera emotiva, di cui la depressione fa parte.

Il terzo pregiudizio, anch'esso molto diffuso, come testimonia quasi il 21% del campione, è quello della volontà, in base al quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo. Tale falsa credenza prescinde dal livello sociale, dal tipo di cultura e dal livello intellettuale. È importante sottolineare la falsità perché provoca danni significativi, in quanto alimenta i già presenti sensi di colpa tipicamente connaturati alla sofferenza depressiva.

L'infondatezza di questo pregiudizio risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- 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.

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

Come per i pregiudizi, anche in merito alle aspettative riguardanti il tema della cura abbiamo raccolto le considerazioni liberamente espresse dai soggetti del campione. Le riflessioni emerse sono state raggruppate nelle due categorie che compaiono in tabella: “aspettative legate ai farmaci”, più del 52%, e “aspettative legate alla psicologia”, 40%.

In merito alle prime, non tutti hanno fatto esplicito riferimento ai farmaci, tutti però hanno comunicato delle attese, in relazione alla propria salute, che tradotte in obiettivi e tempi di realizzazione risultano perseguibili attraverso la via farmacologica. Ci riferiamo a quanti hanno manifestato pensieri e desideri del tipo: *“da una cura mi aspetto di stare meglio il prima possibile”, “quello che cerco è la scomparsa dei sintomi in tempi brevi”, “vorrei superare la crisi perché non ce la faccio più”*.

La restante parte del campione ha formulato aspettative di cura più legate all’area degli interventi psicologici. Ci riferiamo a quanti hanno formulato considerazioni del tipo: *“ho bisogno di essere ascoltato e di imparare ad ascoltarmi”, “credo sia fondamentale chiarire le cause che mi fanno stare male”, “vorrei riordinare la mia vita e ritrovare un dialogo con me stesso”, “da una cura mi aspetto di conoscermi meglio e di vivere con più soddisfazione le mie relazioni”*. Solo una breve precisazione: parlare di cura dei disturbi emotivi attraverso l’utilizzo di strumenti psicologici significa fare preciso riferimento alla psicoterapia. Se curarsi con il farmaco ed eliminare i sintomi fa sicuramente stare meglio e aiuta a ritrovare il benessere, il limite del farmaco sta nel non rispondere al “perché” della sofferenza. La psicoterapia può aiutare chi vuole intraprendere tale percorso di ricerca personale. Ce ne parlerà dopo la Dott.ssa Gasparini.

Di fronte a una crisi depressiva, in ultima analisi, è più corretto parlare di “strategie terapeutiche” piuttosto che di semplice terapia. Ciò perché, in linea generale, è necessario mettere in atto una serie di misure terapeutiche tali da risolvere la fase acuta ma anche da fare in modo che la crisi non si ripresenti in un tempo successivo.

Come già detto, i farmaci mirano al ripristino della situazione precedente agendo sul piano chimico, senza alcun effetto sulle cause che hanno generato i sintomi. La psicoterapia, invece, si occupa della cura della psiche esclusivamente mediante la parola e la relazione, con lo scopo di ricostruire la storia della sofferenza del paziente, coglierne l’origine e comprenderne il senso. Si può quindi dire che i due tipi di intervento, farmacologico e psicoterapico, stiano tra di loro in rapporto di complementarietà, poiché rivolti al conseguimento di finalità

differenti e integrabili. Per questo, alla formula “*farmaci o psicoterapia*” è preferibile sostituire la soluzione combinata “*farmaci e psicoterapia*”.

La terapia psicologica della depressione: la psicoterapia individuale

Dott.ssa Eleonora Gasparini

Buongiorno a tutti e grazie per essere intervenuti. il mio compito oggi è quello di illustrarvi le modalità attraverso le quali è possibile trattare il disagio, nello specifico della discussione, la depressione, da un punto di vista psicologico.

Parleremo quindi di psicoterapia.

Innanzitutto ci sembra importante fornire una definizione, il più fruibile possibile, di che cosa sia la psicoterapia.

La psicoterapia è l'indagine e la cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici.

Abbiamo parlato di strumenti, vediamo nello specifico quali sono.

Quando parliamo di strumenti in psicoterapia ci riferiamo alla parola e, di conseguenza, al colloquio, alla riflessione e alla relazione.

Vediamo insieme anche quali sono gli obiettivi di una psicoterapia

Comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza.

Rafforzamento e maturazione della consapevolezza.

Modificazione dei meccanismi patologici.

Quindi, come si evince da questa premessa la psicoterapia è un lavoro psicologico che avviene all'interno di una relazione tra paziente e terapeuta e che attraverso l'utilizzo della parola cerca di comprendere e modificare quei meccanismi psicologici che si sono rivelati disfunzionali, non costruttivi, patologici nella vita di una persona tanto da provocare malessere e sofferenza.

Abbiamo sottolineato che uno degli strumenti della psicoterapia e possiamo dire quello più importante, quello imprescindibile è la relazione terapeutica... analizziamola nel dettaglio.

La relazione terapeutica è quel campo emotivo che si crea tra paziente e terapeuta

è un luogo fisico e mentale protetto, accogliente non giudicante che consente la creazione graduale e delicata di un rapporto esclusivo e fiduciario.

Solo all'interno di un campo emotivo così caratterizzato è infatti possibile affrontare i nodi cruciali delle proprie problematiche e comprendere i meccanismi che sottostanno ad esse e quindi, in ultima battuta, elaborare le proprie dinamiche interne, ampliare il proprio livello di

consapevolezza, accettare gli aspetti più fragili di se stessi o dare avvio ad un processo di trasformazione.

Abbiamo parlato di relazione come di un luogo fisico e mentale, vediamo da cosa è caratterizzato questo luogo che in psicoterapia viene definito setting.

Il setting è tutto ciò che fa da cornice alla relazione terapeutica, è l'insieme delle regole esplicite ed implicite alla relazione stessa; nominiamone alcune alcune per maggior facilità di comprensione: fanno parte del setting regole come il giorno della seduta, orario, il tempo a disposizione; l'onorario del terapeuta ma anche aspetti meno evidenti e "pratici" come il modello teorico del terapeuta, la sua formazione, le modalità attraverso le quali si svolge la seduta, le modalità di incontro tra paziente e terapeuta e, di conseguenza, l'impossibilità o meglio il divieto di incontro o di relazione fuori dall'ambito della seduta.

Tutto questo insieme di regole ha una funzione specifica ed imprescindibile perchè contribuisce a creare le condizioni affinché un lavoro psicoterapico sia costruttivo ed utile. Quali sono, quindi, i vantaggi del setting? A cosa servono tutte queste regole nella relazione tra paziente e terapeuta?

Questo apparato normativo aiuta a creare un ambiente asettico di elaborazione dove per asettico non intendiamo freddo e distaccato quanto piuttosto non giudicante che protegge dall'agito e cioè dalla messa in opera di azioni non elaborate ma frutto di emozioni dirompenti e offre la possibilità di vivere nel qui ed ora della relazione terapeutica situazioni emotive del passato.

Cerchiamo ora di definire il tempo della psicoterapia che è immediato comprendere sia un tempo piuttosto lungo che prevede almeno 2 anni di lavoro motivati dal fatto che lunga è la strada verso la comprensione e, di conseguenza, la trasformazione.

Da ciò è intuibile come per intraprendere una psicoterapia sia necessaria sia una significativa motivazione, sia un significativo investimento sul fronte emotivo ed anche economico.

Sempre parlando di tempo, crediamo sia utile indicare quando è necessario intraprendere una psicoterapia e cioè quando il malessere si fonda su problemi/conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, eventi di vita difficili da tollerare emotivamente, non accettazione di se' o del proprio ambiente.

in sintesi potremmo affermare che è utile intraprendere una psicoterapia quando la sofferenza diventa motore per osservare/riflettere con l'aiuto di un esperto sulla propria vita, per individuare origine del malessere conoscerne il senso, cercarvi una soluzione.

Vediamo anche in quali circostanze una psicoterapia rischia di non funzionare.

Quando non vengono rispettate le regole del setting.

Quando si sosta troppo a lungo nel luogo protetto della relazione terapeutica con il rischio di sviluppare una dipendenza da essa.

Proprio perchè la psicoterapia così come l'abbiamo descritta si configura come un rapporto estremamente delicato tra due persone, perchè è caratterizzata da regole implicite ed esplicite e richiede un grande investimento è possibile che prima di iniziare un percorso emergano da parte del paziente dei pregiudizi, delle resistenze che impediscono di iniziare un lavoro psicologico su di sé o di costruirlo in modo costruttivo.

Vediamo come possiamo declinare questi pregiudizi/resistenze:

- Sono solo parole: il terapeuta non mi fornisce nessuna indicazione pratica, non mi dà nessun consiglio...

Ciò è assolutamente vero ma l'atteggiamento del terapeuta ha uno scopo ben preciso: un suo intervento, ma anche un suo semplice consiglio si configurerebbe come un'azione del terapeuta sulla vita del paziente mentre obiettivo di una psicoterapia è che sia il paziente stesso ad apportare, qualora ce ne fosse la necessità, modifiche al proprio modo di vivere le relazioni.

- Troppo tempo e troppo denaro.

Anche questa puntualizzazione ha un fondamento di realtà, come abbiamo già precedentemente sottolineato, ma ribadiamo che la psicoterapia è un investimento di tempo e denaro per se stessi, è uno spazio dedicato completamente a sé.

- Paura della dipendenza dal terapeuta

Può insorgere quando non si conoscono ancora al meglio i meccanismi e gli obiettivi di una psicoterapia. Il lavoro psicologico non tende ad instaurare una dipendenza quanto piuttosto a consentire al paziente di conquistare l'autonomia, a superare legami di tipo dipendente. Inizialmente il terapeuta è una sorta di tramite tra il paziente e il suo mondo interno, ma successivamente il paziente acquisisce tutti quegli strumenti per continuare a lavorare su di sé.

-Paura del cambiamento.

Esiste cioè il timore che la psicoterapia possa modificare radicalmente il carattere e la personalità, mentre obiettivo del lavoro è piuttosto l'individuazione e la correzione dei meccanismi disfunzionanti nel rapporto con se stessi e con gli altri al fine di promuovere una integrazione di tutte le parti emotive per creare coesione, completezza ed autenticità'.

Inserirei tra le paure/pregiudizi anche quelli riguardanti la figura del terapeuta.

Chi è il terapeuta?

All'inizio sembra proprio uno sconosciuto con cui parlo... ed allora perchè non rivolgersi a qualcuno di noto? Un amico, un parente, un prete?

In realtà è vero che il terapeuta è uno sconosciuto di cui non si hanno informazioni rispetto alla sua vita, al modo di condurre le sue relazioni, agli ideali che ha ai suoi modi intimi e personali di pensare, ma per l'utilità di un lavoro psicoterapeutico fondamentale è ribadire che il terapeuta è un esperto con una specifica formazione che gli consente di aver appreso e sperimentato su di sé gli strumenti per svolgere una professione di ascolto e cura. Nello specifico, è un professionista laureato in psicologia o medicina che ha affrontato dopo la laurea uno specifico tirocinio ed un ulteriore percorso di formazione alla psicoterapia della durata di 4 anni; ha inoltre fatto esperienza personale di una psicoterapia e continua a rivolgersi a colleghi con maggior esperienza professionale per percorsi di supervisione.

La terapia farmacologica della depressione

dott. Salvatore Di Salvo

La terapia con i farmaci

Il cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni, che comunicano tra loro attraverso impulsi elettrici e messaggi chimici. Questi ultimi sono trasmessi mediante il rilascio di particolari sostanze, i *neurotrasmettitori* o *mediatori* chimici, grazie ai quali le cellule nervose “si parlano” tra di loro.

Il passaggio delle informazioni tra due neuroni inizia con il “rilascio” dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni) da parte del neurone “trasmettitore”. Il passaggio dell’informazione avviene quando i mediatori sono captati (cioè catturati) dai recettori del neurone “ricevente”.

Successivamente i mediatori sono liberati dai legami con i recettori del neurone ricevente e in parte sono “distrutti” da un enzima, la monoaminoossidasi, in parte sono ricaptati (cioè ricatturati) dal neurone “trasmettitore” che li aveva rilasciati.

Nel cervello sono presenti molti neurotrasmettitori e alcuni di essi, in particolare la *dopamina*, la *noradrenalina* e la *serotonina*, regolano il tono dell'umore.

Nel caso di malattia depressiva è presente uno squilibrio tra rilascio e ricaptazione di queste sostanze che determina la carenza dei mediatori nello spazio sinaptico.

Neurotrasmettitori e comportamento

Sul ruolo che i neurotrasmettitori hanno sul comportamento si può dire, a grandi linee, che la serotonina controlla l’impulsività, l’ideazione suicidiaria, l’umore, l’appetito, il sonno, le funzioni cognitive e la sessualità. L’alterazione, quindi, dei livelli di serotonina determina disturbi dell'umore, del sonno, dell'alimentazione e dell'interesse sessuale.

La noradrenalina e la dopamina controllano principalmente la concentrazione, l'attenzione, l'euforia, l'attività psicomotoria, l'energia, le motivazioni, le funzioni cognitive. La carenza di tali neurotrasmettitori determina quindi riduzione dell'attività psicomotoria e dell'energia psichica, perdita d'interessi, riduzione della capacità lavorativa.

Non è, comunque, possibile attribuire un'azione specifica e selettiva ad ogni singolo neurotrasmettitore e il ruolo svolto nell'organismo è la risultante della loro interazione.

Alterazioni temporanee dei mediatori chimici possono essere dovute a fattori costituzionali, ambientali o alla prolungata esposizione a situazioni stressanti.

La serotonina (5-idrossitriptamina, 5-HT) è un neurotrasmettitore monoaminico che, nel Sistema Nervoso Centrale, è sintetizzato nei neuroni serotoninergici e, a livello periferico, nelle cellule enterocromaffini dell'apparato gastrointestinale.

La noradrenalina è una catecolamina sintetizzata dai neuroni noradrenergici e coinvolge parti del cervello umano dove risiedono i controlli dell'attenzione e delle reazioni.

Insieme all'epinefrina, provoca la risposta di “attacco o fuga” (*fight or flight*), attivando il Sistema Nervoso Simpatico per aumentare il battito cardiaco, rilasciare energia sotto forma di glucosio dal glicogeno e aumentare il tono muscolare.

La dopamina è una amina biogena. Nel Sistema Nervoso Simpatico la sua messa in circolo determina l'accelerazione del battito cardiaco e l'innalzamento della pressione sanguigna.

Neurotrasmettitori e antidepressivi

I primi antidepressivi utilizzati all'inizio degli anni cinquanta sono stati gli IMAO, inibitori della monoaminossidasi, enzima che, dopo la trasmissione del messaggio nervoso, “distrugge” serotonina, noradrenalina e dopamina nello spazio sinaptico. Con tale meccanismo gli IMAO aumentano la concentrazione e la disponibilità dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico, svolgendo in tal modo la loro azione antidepressiva. Attualmente sono in disuso per la loro elevata tossicità, soprattutto epatica, e per l'incompatibilità con altri farmaci.

Intorno alla fine degli anni cinquanta si è cominciato ad utilizzare gli antidepressivi triciclici (TAC), così chiamati per la loro struttura chimica. La loro azione antidepressiva è dovuta all'aumento della concentrazione dei neurotrasmettitori cerebrali nello spazio sinaptico, cui corrisponde il miglioramento dei sintomi depressivi.

L'azione dei TAC, però, avviene non solo a livello dell'encefalo, ma anche di altri organi (ghiandole salivari, intestino, occhi, prostata, cuore) per cui determinano svariati fenomeni collaterali (secchezza delle fauci, stipsi, aumento ponderale, ecc.) e sono controindicati nei casi di glaucoma, ipertrofia prostatica e gravi cardiopatie.

A partire dagli anni ottanta sono entrati nell'uso clinico gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) che hanno spiccata selettività d'azione sulla serotonina e sono efficaci nei disturbi depressivi, nei disturbi d'ansia, nella distimia e anche nei disturbi del comportamento alimentare.

Rispetto ai TAC hanno migliore risposta terapeutica e maggiore tollerabilità

I più recenti sviluppi della ricerca farmacologica hanno introdotto nuovi prodotti da utilizzare nella terapia della depressione.

Ad esempio gli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NARI), ad azione speculare rispetto agli SSRI.

Da citare anche gli inibitori selettivi della ricaptazione sia della serotonina sia della noradrenalina (NSRI), ad azione simile ai triciclici, ma più efficaci e molto meglio tollerati grazie alla loro azione mirata sulle cellule nervose (come del resto accade per gli SSRI e i NARI).

Neurotrasmettitori e energia psichica

L'energia psichica è una vera e propria energia che si esprime sotto forma di slancio vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri.

Ognuno di noi ne possiede, fin dalla nascita, una quantità definita che varia da individuo a individuo: vi sono cioè persone che hanno una dotazione energetica maggiore rispetto ad altri. Utilizzando la metafora di un conto corrente bancario, alcuni nascono più ricchi e altri meno. 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 (gravi problemi di natura relazionale, emotiva, economica o lavorativa) e se tali "uscite" eccessive non sono compensate da "entrate" tali da controbilanciarle, può verificarsi un deficit di energia psichica 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.

Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che c'è poca energia psichica equivale a dire che c'è una bassa quantità di neurotrasmettitori e che sono presenti i sintomi.

Quindi la presenza del malessere depressivo o ansioso può essere espresso dal punto di vista energetico (c'è poca energia), dal punto di vista clinico (sono presenti i sintomi) o dal punto di vista biochimico (modesta quantità di neurotrasmettitori).

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 disponibile e la riduzione dei sintomi.

La gestione della terapia della depressione

La varietà di farmaci antidepressivi oggi disponibili è vantaggiosa in quanto pazienti che non rispondono ad una determinata terapia possono essere trattati con antidepressivi a differente meccanismo d'azione. Inoltre, nel caso in cui siano presenti effetti collaterali molto fastidiosi, è possibile ricercare l'aumento della tollerabilità cambiando farmaco. E' da tenere presente che non c'è alcuna ragione teorica per preferire una classe di antidepressivi come farmaci di prima scelta. Nel singolo paziente è la combinazione delle considerazioni cliniche e dei meccanismi d'azione dei farmaci ad orientare verso l'antidepressivo da utilizzare.

Conduzione del trattamento nei disturbi dell'umore

Per la scelta dell'antidepressivo è necessario tenere presenti la previsione del tempo di risposta, la valutazione della gravità dei sintomi, il riconoscimento e gli effetti collaterali di ogni classe di farmaci, la ricerca delle dosi più efficaci e tollerate.

La scelta del farmaco antidepressivo

La scelta ha almeno tre elementi principali di riferimento:

- meccanismo d'azione del farmaco;
- risposte a precedenti trattamenti antidepressivi;
- classificazione clinica dell'episodio depressivo.

La scelta dipende dai sintomi prevalenti della depressione da curare. Ad esempio, se prevalgono malinconia e inibizione sono più indicati farmaci che agiscono sui sistemi di trasmissione noradrenergica (NARI), mentre, se prevalgono ansia e ossessività, sono da preferire farmaci che agiscono sul sistema serotoninergico (SSRI).

Indipendentemente dal tipo di disturbo dell'umore, nella gestione del trattamento della depressione è necessario tenere presente quanto segue.

Con differenze minime e difficilmente prevedibili, tutti i trattamenti antidepressivi iniziano a manifestare l'effetto terapeutico dopo un *periodo di latenza* oscillante tra le due e le quattro settimane. Tale periodo costituisce una fase delicata per i possibili ulteriori aggravamenti dell'umore, per la demoralizzazione del paziente a causa dell'apparente inefficacia della terapia e per la possibile presenza di effetti collaterali.

Nelle prime settimane di terapia può, inoltre, manifestarsi la “*Sindrome da attivazione*”, che consiste nell’aumento della vigilanza, dell’attivazione motoria ed emotiva ed a volte anche dei sintomi della serie ansiosa. Tale sindrome è conseguente all’aumento, nelle cellule nervose, della quantità di serotonina e noradrenalina dopo le prime assunzioni di farmaci; tende ad attenuazione spontaneamente nel corso del trattamento e risponde positivamente all’associazione di ansiolitici.

Gli effetti collaterali sono molto diversi in rapporto alla classe farmacologica di appartenenza ed al profilo generale di azione a livello recettoriale.

In linea generale, come accennato in precedenza, i fenomeni collaterali di triciclici ed IMAO sono superiori rispetto agli antidepressivi più recenti, quali ad esempio gli SSRI.

E’ importante prevedere la comparsa ed il decorso degli effetti collaterali. Alcuni, quali ad esempio l’ipotensione e la sedazione da triciclici o i disturbi gastrointestinali e la sindrome da attivazione da SSRI o SNRI, sono ad insorgenza rapida e tendono ad attenuarsi nel corso del trattamento.

Altri, come la stipsi o la secchezza delle fauci da triciclici od i disturbi della funzione sessuale da SSRI, tendono a presentarsi in modo più graduale ed a recedere più lentamente.

I primi (ipotensione, sedazione e disturbi gastrointestinali) hanno spesso effetto molto negativo sulla collaborazione del paziente alla terapia (*compliance*) non tanto in rapporto alla loro gravità, quanto a causa dell’insorgenza nella fase di latenza della risposta, apparendo quindi come l’unica modificazione indotta dal trattamento.

I secondi (stipsi, secchezza delle fauci e disfunzioni sessuali) sono, nella maggior parte dei casi, tollerati in modo migliore, in quanto si manifestano quando sono già presenti i primi segni di miglioramento.

La valutazione delle modificazioni indotte dal trattamento antidepressivo costituisce una delle fasi più delicate della conduzione della terapia.

Si possono distinguere:

- *fase del periodo di latenza*: ha la durata di circa un mese, durante il quale la posologia del trattamento è gradualmente incrementata, fino a raggiungere livelli ritenuti efficaci e/o tollerabili;
- *fase della risposta terapeutica*: dura in media 1-2 mesi, durante i quali il quadro clinico depressivo inizia a migliorare fino a essere giudicato clinicamente superato;
- *fase del consolidamento dell’effetto terapeutico*, della durata media di 2-3 mesi, in cui il paziente è più o meno asintomatico rispetto alla precedente condizione depressiva, ma necessita ancora di trattamento farmacologico a pieno dosaggio;

- *fase di mantenimento e sospensione*, di durata variabile in rapporto a frequenza, gravità e resistenza alla risposta alla terapia. In tale fase viene effettuata la riduzione graduale della posologia fino alla sospensione.

La corretta valutazione della risposta terapeutica è il parametro che orienta le modificazioni della posologia. In linea generale, la riduzione prematura o la sospensione in un paziente in corso di miglioramento, ma non ancora libero dai sintomi, può determinare la riacutizzazione del quadro clinico (*effetto rebound*).

E' importante considerare che non tutti i sintomi hanno lo stesso andamento cronologico nella risposta della terapia.

Angoscia, tendenza al pianto, disturbi del sonno rispondono precocemente, a volte durante il periodo di latenza, dando l'impressione fuorviante di un rapido superamento dello stato depressivo.

Altri sintomi, invece, come ad esempio l'ideazione delirante, si modificano di norma in un tempo intermedio, mentre i sintomi più strutturali della depressione, quali melanconia e anedonia (incapacità di provare piacere), richiedono un periodo più lungo per la remissione e svolgono quindi il ruolo di reali indicatori della fase della risposta terapeutica.

Strategie terapeutiche nel paziente resistente

Deve essere considerata come resistenza al trattamento antidepressivo la persistenza di "sintomi strutturali" (quali melanconia e anedonia) dopo un periodo di trattamento teoricamente corrispondente a quello della risposta terapeutica, cioè dopo almeno 2-3 mesi di terapia. In tali casi le strategie possibili sono le seguenti:

- *incremento della posologia*: compatibilmente con la tollerabilità individuale, la dose dell'antidepressivo deve essere portata fino ai livelli massimi consentiti;
- *associazione di altri antidepressivi*: ha lo scopo di potenziare i sistemi di neurotrasmissione non sufficientemente stimolati dal primo trattamento;
- *cambio di farmaco antidepressivo*: è da valutare nei casi di reale inefficacia del trattamento o d'intollerabilità degli effetti collaterali. Il nuovo farmaco deve essere introdotto utilizzando una metodica di sostituzione crociata, cioè con dosaggi rapidamente crescenti associati a dosaggi più lentamente decrescenti del farmaco da sostituire, sospendendo quest'ultimo solo dopo avere raggiunto dosi terapeutiche del secondo.

Fase di mantenimento

Il passaggio alla fase di mantenimento del trattamento può avvenire dopo un periodo di stabilizzazione della remissione clinica di almeno 2-4 mesi. La riduzione della dose deve

essere graduale, con monitoraggio attento delle possibili modificazioni cliniche e valutazione dell'eventuale necessità di ritornare, anche temporaneamente, alle dosi precedenti.

La sospensione del trattamento antidepressivo

La sospensione della terapia con antidepressivi deve essere un obiettivo potenziale nella cura di tutti i pazienti depressi.

In linea generale deve essere effettuata più precocemente nel paziente con disturbo bipolare, esposto al rischio di viraggio verso episodi critici di opposta polarità. La sospensione deve essere programmata solo dopo un adeguato periodo di mantenimento e stabilizzazione della remissione dei sintomi. E' importante che le dosi siano ridotte in modo molto graduale.

Antidepressivi e comportamento alimentare

Il controllo fisiologico dell'appetito è gestito da un sistema integrato, una volta definito semplicemente "centro della fame", oggi invece riconosciuto come circuito complesso dove agiscono sostanze ad azione stimolante o inibente.

La conoscenza dei meccanismi farmacologici che inducono l'aumento o la riduzione del peso corporeo è fondamentale nella scelta del trattamento.

Mentre l'antagonismo dopaminergico stimola l'assunzione di cibo, l'inibizione della ricaptazione della serotonina determina un senso di sazietà ed è, quindi, utilizzata nel trattamento della bulimia nervosa.

Tra i farmaci antidepressivi, l'amitriptilina può indurre incrementi ponderali di almeno 6 Kg in più del 30% dei casi.

Gli SSRI inducono, invece, riduzione del peso corporeo o aumento di entità lieve nel trattamento a lungo termine.

L'utilizzo preferenziale degli SSRI nel trattamento di pazienti sovrappeso od obesi è giustificato dal calo ponderale dell'ordine di 4-5 Kg già nelle prime settimane di terapia. Tale azione, indipendente dall'effetto antidepressivo, si mantiene per un periodo di circa 5-6 mesi.

Antidepressivi e sessualità

Gli antidepressivi triciclici determinano molti effetti collaterali di tipo sessuale. Tra questi assumono particolare rilievo la riduzione della libido, l'impotenza, l'eiaculazione dolorosa, l'eiaculazione retrograda e l'anorgasmia.

Gli SSRI agiscono su tutte le fasi della risposta sessuale, quindi sulla riduzione della libido e dei livelli d'eccitazione; possono causare impotenza e soprattutto indurre disturbi di tipo orgasmico ed eiaculatorio (soprattutto ritardi eiaculatori o ritardi orgasmici).

Diverse opzioni possono essere considerate nella gestione degli effetti collaterali riguardanti la vita sessuale:

- riduzione del dosaggio;
- *attesa*: nei primi mesi del trattamento, alcuni effetti collaterali tendono a ridursi;
- *variazione della terapia*: soprattutto nel caso in cui gli effetti collaterali siano particolarmente rilevanti.

Terapia farmacologia e psicoterapia

La terapia antidepressiva è “a tempo”, deve cioè durare un periodo limitato. Nella fase acuta l’assunzione di farmaci è finalizzata alla risoluzione dei sintomi, indipendentemente dalle cause che li hanno determinati.

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 sono facilmente individuabili, come ad esempio un disadattamento lavorativo o problematiche legate alla vita di coppia. Sono situazioni di cui il soggetto è consapevole ed è opportuno avviare un trattamento finalizzato a modificare quelle situazioni, ad esempio una terapia di coppia o una terapia familiare.

Capita però 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. Si deve supporre che tali conflitti siano comunque rilevanti, tali cioè da determinare l’insorgenza di un disturbo 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 tali casi è opportuno che il paziente inizi una psicoterapia individuale.