

## *Self Help*

Manuali per capire ed affrontare consapevolmente i problemi più o meno gravi della vita quotidiana.

Scritti in modo chiaro, forniscono le basi indispensabili per comprendere il problema in tutti i suoi risvolti, per poterlo controllare e quindi risolvere.

Una collana di libri seri, aggiornati, scritti dai maggiori esperti italiani e stranieri.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati  
possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)  
e iscriversi nella home page  
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Claudio Mencacci  
Paola Scaccabarozzi

# VIAGGIO NELLA DEPRESSIONE

Esplorarne i confini  
per riconoscerla e affrontarla

**FrancoAngeli/*Self-help***

Si ringrazia



Per avere reso possibile la realizzazione del volume.

Si ringraziano Federica Rossi per il coordinamento editoriale, Elisabetta Vercesi per la sintesi delle indagini, Ludovica Rossi per la ricerca dei centri di depressione post partum e Valentina Anedda per la revisione dei testi.



*Grafica di copertina: Alessandro Petrini*

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota o in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali ([www.clearedi.org](http://www.clearedi.org); e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org)).

Stampa: Digital Print Service srl – sede legale: via dell'Annunciata 27, 20121 Milano;  
sede operativa: via Torricelli 9, 20090 Segrate (Mi)

---

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Francesca Merzagora</i>	pag.	7
<b>Premessa</b> , di <i>Gaetana Muserra</i>	»	9
<b>Introduzione</b>	»	11
<b>1. Inquadramento generale</b>	»	13
<b>2. L'impatto della depressione</b>	»	19
1. Riflessi sul piano cognitivo	»	19
2. Riflessi sul piano relazionale	»	20
3. Riflessi sul piano lavorativo ed economico	»	23
4. Quando l'impatto sull'esistenza è tale che si arriva al suicidio	»	25
<b>3. La depressione nelle diverse stagioni della vita</b>	»	30
1. L'infanzia e l'adolescenza	»	30
2. La terapia del disturbo depressivo durante l'adolescenza	»	34
3. La depressione negli anziani	»	36
<b>4. La depressione e il genere</b>	»	40
1. La depressione nelle donne	»	40
2. La depressione nelle stagioni della vita della donna	»	42
3. La sindrome premestruale	»	43

4. La depressione in gravidanza	pag.	44
5. La depressione nel post partum	»	46
6. La depressione nel climaterio	»	49
7. La depressione nell'uomo e nell'adulto maturo	»	52
<b>5. La depressione e le patologie correlate</b>	»	58
1. Depressione e infiammazione	»	58
2. Depressione e patologie correlate	»	59
3. Depressione e intestino: il microbioma	»	62
<b>6. Prevenzione e diagnosi della depressione</b>	»	66
1. La prevenzione	»	66
2. I momenti a rischio	»	67
3. La diagnosi	»	68
<b>7. La cura della depressione</b>	»	75
1. I farmaci in base al tipo di depressione	»	78
2. Farmacoterapia	»	79
3. Quali regole è importante conoscere per l'assunzione dei farmaci e la gestione degli effetti collaterali	»	85
4. La nutraceutica	»	91
5. Tecniche di auto-aiuto	»	93
6. La dieta	»	94
7. Cosa si può consigliare per aiutare una persona depressa a prendersi cura di sé	»	94
<b>8. Testimonianze</b>	»	96
<b>Allegati</b>	»	109
1. Mozione depressione	»	109
2. Centri di riferimento per la depressione post partum	»	112
3. Associazioni per il supporto della depressione post partum in Italia	»	118
4. Le indagini svolte da Onda	»	119
<b>Cenni bibliografici essenziali</b>	»	127

---

# Prefazione

La depressione è una malattia che condiziona pesantemente la vita di chi ne soffre. Riguarda prevalentemente le donne in tutti i cicli vitali e quando si manifesta può ridurre drasticamente i margini di benessere e compromettere quindi la qualità di vita di chi ne è affetto.

Il disturbo depressivo maggiore, come emerge dalle numerose indagini svolte da Onda, è una condizione debilitante anche per i suoi riflessi sulla sfera cognitiva riducendo il funzionamento della persona in ambito lavorativo, scolastico e sociale. Quando poi la depressione riguarda persone anziane, la presenza di alterazioni cognitive rende talora complesso per il clinico la sua diagnosi.

Spesso la depressione si accompagna ad altre patologie: una recente indagine svolta dal nostro Osservatorio ha messo in luce che colpisce 1 persona su 4 con malattie reumatiche, 1 malato di tumore su 6 e il 2% di coloro che hanno il diabete. L'aspetto rilevante emerso è che la depressione in questi casi è sottovalutata sia da chi ne soffre sia dai medici che la considerano una semplice conseguenza della malattia principale.

Quando la depressione si presenta nel periodo perinatale assume contorni ancora più complessi e misconosciuti: riguarda circa il 19% delle mamme, è sottovalutata anche perché c'è una difficoltà oggettiva a manifestare uno stato di disagio in un periodo che viene considerato come felice in assoluto. Onda ha fatto una mappatura dei centri considerati un'eccellenza nella

presa in carico e gestione delle mamme con depressione perinatale creando un sito e un blog di condivisione.

Il peso della depressione ricade anche sulla famiglia: un altro studio Onda ha fatto emergere il “burden” che ricade sul caregiver: si vive in solitudine per non affrontare apertamente il problema e la solitudine a sua volta aumenta lo stato depressivo di chi ne è affetto.

Il tema più rilevante e su cui dobbiamo lavorare è superare lo stigma e la diffidenza che circonda la depressione: curarsi non deve essere un tabù e al giorno d’oggi nuove molecole consentono di avvicinarsi alle terapie con serenità, senza necessariamente sviluppare dipendenza e con un controllo degli effetti collaterali.

Come Onda stiamo conducendo, al fianco della Società Italiana di Psichiatria, un grande sforzo di comunicazione per far sì che le donne affrontino senza timori o vergogna questa problematica di salute: lo stiamo facendo coinvolgendo le Istituzioni (da ricordare il progetto “Un sorriso per le mamme” presentato a Palazzo Chigi nel 2010), con gli Ospedali con i Bollini Rosa, con le associazioni di pazienti, e utilizzando vari strumenti, inclusi i social.

Questo volume scritto da Claudio Mencacci e Paola Scaccabarozzi e pubblicato in una collana divulgativa di FrancoAngeli, è una prova concreta di questo impegno e mi auguro che, anche attraverso le testimonianze riportate, possa consentire a tante persone affette da depressione di vivere più serenamente questo stato, con un approccio positivo: ci si può curare, si può guarire o quanto meno si può convivere con questo nemico senza abbandonare la speranza di batterlo.

*Francesca Merzagora*  
Presidente Onda

---

# Premessa

Il mio interesse da farmacista ospedaliera verso le patologie psichiatriche è cresciuto negli ultimi anni grazie alla collaborazione con Claudio Mencacci, che mi ha portato a coordinare l'Area di psichiatria della SIFO (Società Italiana Farmacisti Ospedalieri). Insieme abbiamo creato un gruppo multidisciplinare composto da medici, infermieri, psicologi, farmacisti ed educatori, con l'obiettivo comune di sensibilizzare tutti i professionisti sui temi della psichiatria e in particolare sulla depressione. Una maggiore integrazione delle conoscenze dei diversi operatori sanitari è necessaria, infatti, per aumentare l'appropriatezza delle cure offerte ai pazienti. E questo vale in special modo per un disturbo come la depressione, per il quale i margini di miglioramento delle terapie sono ancora molto ampi: dall'ultimo Rapporto Nazionale sull'uso dei farmaci è emerso che appena il 20% dei soggetti che assumono antidepressivi lo fanno in modo continuativo e appropriato, mentre oltre 70% dei pazienti sospende il trattamento anticipatamente. Questo comporta una ridotta efficacia del trattamento farmacologico con conseguente aumento di complicanze, che pesano poi sull'economia del Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, solo il 29% dei pazienti con diagnosi di depressione è in cura con una terapia farmacologica, mentre il restante 71% non ha ricevuto alcun trattamento.

La difficoltà da parte dei pazienti a riconoscere la depressione come una vera e propria malattia è il più grande ostacolo

che si incontra nell'offrire un corretto trattamento farmacologico. Chi soffre di ipertensione o diabete difficilmente sospenderebbe la terapia prescritta dal medico, cosa che invece accade troppo spesso nei pazienti depressi, che quando "si sentono meglio" tendono a interrompere le cure in autonomia, aumentando così il rischio di ricaduta. Per questo è necessario innanzitutto informare la popolazione sulla valenza clinica della depressione, con progetti come questo libro, che descrive con chiarezza gli aspetti oggettivi della patologia per poterla identificare e curare in modo adeguato.

Appropriatezza e aderenza, cioè la continuità della terapia, costituiscono elementi di fondamentale importanza nella cura della depressione e la farmacia clinica (con la regolare presenza del farmacista in reparto) si sta concentrando nel migliorare questi aspetti. È compito del farmacista verificare la continuità terapeutica del paziente, coinvolgere e formare il medico di medicina generale. Tutto questo deve correlarsi a un costante e crescente impegno nella formazione del farmacista, da cui deriva la concreta possibilità di affiancare l'attività dello specialista, inserendosi in specifici percorsi operativi all'interno dell'ospedale. Una formazione che deve avvenire "sul campo" e che è sostanziale per una migliore gestione farmacologica di una malattia cronica quale la depressione maggiore.

La terapia farmacologica, se somministrata in dosi corrette e per la durata necessaria, è efficace nel 70% dei pazienti e risulta a oggi il trattamento principale per curare la depressione.

L'auspicio è che terapie farmacologiche mirate, insieme a un adeguato supporto del medico specialista e a una corretta informazione possano ottenere risultati positivi per curare quello che una volta era considerato "il male oscuro".

*Gaetana Muserra*

Direttore di Farmacia ASST Fatebenefratelli Sacco

---

# Introduzione

Sono una morta che vive e ogni giorno per me è una grande sofferenza. Prima stavo bene solo di notte perché almeno riuscivo a dormire. Adesso neanche più questo. Ma che vita è se sto male sia di giorno sia di notte? Sono disperata...

È l'incipit di una lettera di una paziente. Una delle tante. Ognuna diversa e personalissima, ma con un comune denominatore: la fatica immensa di vivere... “perché chi soffre di depressione”, testimonia una paziente, “non si sente inserito nel mondo. La percezione è quella di uno spettatore. Mentre tutti si muovono, agiscono, io a mia volta compio delle azioni, ma non provo emozioni. Sono avulsa dalla realtà. È come se fossi un automa”.

La sensazione di estraneità è terribile. La depressione ti annienta. È devastante e, al tempo stesso, è qualcosa di immateriale: non è una piaga da toccare, non è una malattia fisica tangibile, non è un dolore del corpo. A volte è un “tentativo di vivere”, anzi, di “tirare a campare” che rimane a lungo senza un nome e una connotazione precisa.

È questo destabilizza terribilmente. Non è, insomma, una patologia come tutte le altre. È una malattia della mente e dell'anima che, a cascata, innesca sentimenti di colpa, di inadeguatezza, di incapacità a reagire agli stimoli esterni.

È un'apatia logorante. Chi soffre di depressione vede la vita a tinte fosche. Il mondo è grigio e, a volte, nero pece.

Il più grande desiderio della persona depressa è quello di sfuggire al mondo, agli sguardi altrui, spesso percepiti come inquisitori e di rintanarsi nel proprio guscio.

Ma uscire dalla depressione è possibile. La luce in fondo al tunnel esiste. Le cure ci sono e la possibilità di riprendere il timone della propria esistenza non è affatto un'utopia. La scienza ha fatto grandi progressi. Se la diagnosi resta fondamentale, gli strumenti a disposizione, da questo punto di vista, sono profondamente mutati nel corso del tempo. Esistono diverse strategie terapeutiche, spesso complementari tra di loro.

L'impatto della depressione sulla qualità di vita è stato studiato e attentamente osservato, e questo è di enorme aiuto per intervenire nel migliore dei modi e soprattutto per definire in maniera precisa la terapia in base alle esigenze e alle caratteristiche del singolo paziente. Gli studi e la clinica mettono in rilievo le caratteristiche della depressione nelle diverse fasi dell'esistenza, tenendo conto anche dei mutamenti fisici e fisiologici, oltre che di quelli psicologici. Sono state eseguite ricerche circa l'impatto dell'attività fisica, dell'alimentazione e, più in generale, dello stile di vita. Si tiene conto di come l'ambiente possa modificare la predisposizione genetica. È questa l'epigenetica di cui tanto si parla. È stato indagato il ruolo del microbiota e della risposta infiammatoria del nostro organismo, entrambe legate a doppio filo alle malattie psichiche.

Le cure devono essere così cucite su misura, come un abito di alta sartoria, realizzato con dedizione per permettere a chi soffre di depressione di avere finalmente il desiderio di affrontare di nuovo la propria vita con la gioia di un vestito nuovo. Con uno sguardo di stupore perso da tempo.

# Inquadramento generale

Il presupposto di partenza è che i disturbi mentali sono ampiamente diffusi nel mondo. Più di quanto si creda. Nei Paesi dell'Unione Europea, in particolare, si stima che ne sia affetto il 38,2% della popolazione. Ciò significa concretamente che più di 164 milioni di persone devono fare i conti con patologie psicologiche e/o psichiatriche. In particolare, in vetta alla classifica dei disturbi più frequenti, compaiono i disturbi d'ansia (14,0%), l'insonnia (7,0%) e la depressione maggiore (6,9%).

La depressione maggiore è dunque un disturbo psichiatrico ampiamente diffuso nella popolazione e in continua e costante crescita. Colpisce almeno una volta nella vita, da una persona su cinque a una su tre. In sostanza, il rischio di un individuo di sviluppare un episodio depressivo durante la propria esistenza è di circa il 15% e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha valutato la depressione maggiore come la quarta causa di disabilità tra tutte le condizioni patologiche, prevedendo che possa diventare, entro il 2030, la malattia cronica più diffusa.

La depressione rappresenta per questo uno dei principali problemi nell'ambito della salute pubblica. Costituisce, inoltre, uno dei principali motivi di invalidità temporanea e permanente in tutte le popolazioni mondiali con un impatto significativo dal punto di vista umano ed economico.

E le cause? Sono molteplici. Entrano in gioco fattori molto vari: da quelli genetici a quelli ambientali, da quelli biologici a quelli caratteriali. Anche situazioni di stress, malattie orga-

niche e farmaci possono concorrere allo sviluppo di una depressione.

L'esordio della malattia può avvenire a qualunque età, anche se è più frequente tra i venti e i trent'anni. Il picco di incidenza si verifica, invece, nella decade successiva, ossia nel periodo più florido e produttivo della vita con ovvie e gravi ripercussioni sul piano affettivo-familiare, su quello socio-relazionale e nell'ambito professionale. Anche se la vulnerabilità delle giovani generazioni sembrerebbe aumentata e ciò potrebbe determinare alla lunga un anticipo temporale del picco di incidenza.

Ciò è dovuto a diversi fattori, come il diffondersi di stili di vita scorretti (abuso di alcol, uso di sostanze stupefacenti, regimi alimentari sbilanciati, scarsa igiene del sonno), i cambiamenti nella struttura familiare e sociale e la percezione di un futuro incerto e instabile.

Un altro aspetto tipico della depressione è il suo andamento ricorrente che è la regola per questa patologia. Dopo un primo episodio la probabilità di andare incontro a una recidiva è di circa il 50% e, dopo due episodi, la probabilità di un terzo sale addirittura al 90%. Inoltre con l'andare del tempo, se non diagnosticata e curata in maniera adeguata, la depressione tende a manifestarsi con sintomi sempre più acuti e duraturi. Ogni episodio si ripresenterà, infatti, più precocemente e più bruscamente rispetto a quelli precedenti. Spesso compariranno più sintomi e di maggiore gravità. Quindi un tempestivo e adeguato trattamento è estremamente importante, non solo per guarire l'episodio in corso, ma anche per prevenire l'insorgenza dei successivi.

Il suicidio costituisce, come si può facilmente immaginare, la complicazione più temuta di una patologia depressiva. Il rischio di morire per suicidio in coloro che soffrono di depressione è stato stimato nell'ordine del 10-15%, mentre il rischio di commettere tentato suicidio è di quarantuno volte superiore rispetto a quello della popolazione generale.

È importante però anche fare chiarezza su ciò che la depressione non è. Non è, per esempio, la tristezza, non è un momento in cui ci si sente un po' apatici e privi di forze. Temporanei momenti di demoralizzazione, sconforto, tristezza, sono comuni a tutti gli individui, ma sono occasionali e di breve dura-

ta. Costituiscono una condizione del tutto normale, in momenti particolari della vita, così come l'ansia, l'allegria e la paura. Rientrano dunque nella complessa coloritura del nostro mondo ricco di affetti, emozioni e sentimenti.

Viceversa, se una condizione di demoralizzazione, di tristezza tende ad accrescersi d'intensità e a perdurare nel tempo causando limitazioni al funzionamento sociale, relazionale, affettivo, cognitivo e lavorativo, questa può sconfinare in un vero e proprio disturbo psichico.

Esistono poi diversi livelli di depressione e una precisa classificazione della depressione, ossia criteri specifici per effettuare la diagnosi e per "classificarla".

Secondo il DSM-5, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association, la depressione maggiore è suddivisa in lieve, moderata e grave. Per le forme depressive minori viene utilizzato il termine "sottosoglia". Si parla di depressione sottosoglia (o non clinica o minore) quando sono presenti pochi sintomi di minor intensità e con un impatto circoscritto sul funzionamento relazionale e sociale.

Per una diagnosi di depressione maggiore è, invece, necessario che siano presenti almeno cinque di questi sintomi continuativamente per due settimane (tra cui almeno uno dei primi due):

- Umore depresso per la maggior parte della giornata.
- Marcata diminuzione di interesse per la maggior parte delle attività quotidiane.
- Perdita o aumento di peso; perdita o aumento di appetito.
- Insonnia e ipersonnia.
- Agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio.
- Senso di fatica e perdita di energia.
- Sensazione di mancanza di valore o senso di colpa eccessivo e inappropriato.
- Ridotta capacità di pensare e concentrarsi. Indecisione.
- Ricorrenti pensieri di morte.

Altri due aspetti fondamentali sono che questi sintomi devono causare un disturbo nelle attività sociali e lavorative e non dipendere da droghe o altre malattie.

Vi sono comunque diversi tipi di depressione che si differenziano sulla base del decorso, della sintomatologia, del rapporto con gli eventi esterni. Sebbene le forme cliniche siano molteplici, le più frequenti sono di tre tipi:

1. *Episodio depressivo maggiore*: si manifesta con episodi caratterizzati da sintomi depressivi di una certa gravità che durano almeno due settimane tutti i giorni per buona parte del giorno. Viene coinvolta l'intera vita della persona: dagli affetti, al lavoro, alla vita quotidiana, ai sentimenti. Gli episodi possono ripresentarsi nel corso della vita (depressione ricorrente) e questi episodi successivi sono scarsamente influenzati da eventi esterni sia positivi che negativi, non è rintracciabile quindi un'apparente causa esterna.
2. *Disturbo bipolare*: il decorso è caratterizzato da episodi sia depressivi che di eccitamento maniaco durante il quale le persone possono diventare estremamente attive, irritabili, euforiche, iperattive, logorroiche, spendere soldi in modo irresponsabile (episodio maniaco).
3. *Distimia*: presenta sintomi analoghi alla depressione, ma meno gravi come intensità, più episodi persistenti nel tempo (con una durata minima di due anni). In questo tipo di sindrome depressiva non vi è differenza tra i due sessi, che sono colpiti in modo eguale. Coloro che soffrono di distimia sono persone che non hanno entusiasmo per la vita, conducono una esistenza faticosa e senza gioia; spesso il loro modo di interagire e di affrontare il mondo sembra espressione di una forma di personalità ("sono così di carattere", "è il mio modo di essere"), con un progressivo peggioramento della qualità della vita e ritardo nel trattamento.

Bisogna tenere presente inoltre un aspetto fondamentale: come accade anche per altre malattie, come per esempio l'ipertensione e il diabete, il confine tra la maggior parte dei disturbi mentali e il range della normalità non esiste in natura, ma va fissato sulla base dell'utilità clinica e in base al livello di disagio o di disabilità nella vita sociale, nel lavoro o in altre importanti attività.

Un parametro di gravità (numero, intensità e durata dei sintomi) tarato sull'utilità clinica permette, inoltre, di stadiare depressione e ansia, con tutte le sfumature del caso, in sottosoglia, lieve, moderata, grave.

- *Depressione sottosoglia*: siamo davanti a un continuum che va dalla tristezza in risposta a eventi vitali (emozione primaria) in un crescendo di intensità e durata nel tempo della deflessione del tono dell'umore e degli altri sintomi verso una depressione lieve – depressione moderata – depressione grave. Tra tristezza normale e depressione lieve troviamo la forma definita come depressione subclinica (pochissimi sintomi 2-4 lievi prevalentemente di tipo somatico e cognitivo). Si passa poi alla depressione lieve, caratterizzata da sintomi che causano disagio ma che risultano comunque gestibili e comportano solo una lieve compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.
- Nella *depressione moderata* il numero dei sintomi, l'intensità dei sintomi e/o la compromissione funzionale sono tra "lieve" e "grave".
- Nella *depressione grave* il numero dei sintomi è sostanzialmente in eccesso rispetto a quello richiesto per porre la diagnosi; l'intensità dei sintomi è causa di grave disagio e non gestibile; i sintomi interferiscono in modo marcato con il funzionamento sociale e lavorativo.

### **Ansia e depressione, due termini spesso abusati**

Si osserva con grande frequenza nei pazienti la contemporanea presenza di sintomi legati all'ansia e della sfera depressiva. Questo tipo di legame si manifesta però con modalità e decorso clinico differenti. A volte persone con patologie organiche manifestano sintomi di ansia che solo successivamente si associano a una deflessione dell'umore e quindi a vere e proprie forme depressive.

In altri casi invece, sindromi depressive parzialmente trattate sfociano in una cronica sintomatologia ansiosa. Più

frequentemente però il medico si occupa di persone che manifestano entrambi i sintomi contemporaneamente. La misurazione (stadiazione) dell'intensità e della gravità dei disturbi depressivi e di ansia ha occupato i clinici per molti anni perché da questo dipendeva l'indicazione di quali interventi fossero maggiormente indicati, la loro successione o combinazione e il coinvolgimento delle diverse figure professionali.

Resta comunque il fatto che i due termini vengono spesso confusi nel linguaggio comune o utilizzati in maniera del tutto impropria perché ansia e depressione non sono la stessa cosa e l'impatto sulla vita quotidiana e sulle relazioni sono molto diversi:

#### *L'ansioso*

Sa di essere malato, va spesso dal medico e tende ad abusare di farmaci.

Vuole essere capito e impiega parecchio tempo per descrivere in maniera dettagliata il suo stato.

Usa molte parole, immagini, gesti per spiegare ciò che vive.

Combatte la propria angoscia con un eccesso di attività.

Ha paura della morte e vuole evitarla a tutti i costi.

#### *Il depresso*

Spesso ignora il suo problema, esita a consultare il medico e non crede alle terapie.

Ha rinunciato a comunicare e si scusa con il medico per il tempo che pensa di rubargli.

La sua espressività è poca, bisogna strappargli di bocca le risposte.

Non prova neppure a lottare.

Se il suo stato è grave prova un continuo desiderio di morte.

# L'impatto della depressione

## 1. Riflessi sul piano cognitivo

Prendere una decisione per lui era diventata un'impresa veramente ardua. E poi faticava a concentrarsi, non riusciva a seguire un discorso intero, perdeva in continuazione il filo della conversazione...

Così una moglie descrive alcuni atteggiamenti del marito a cui in seguito è stata diagnosticata una depressione.

Ciò è estremamente esemplificativo dell'impatto che la depressione ha sulle funzioni cognitive. I sintomi da deficit cognitivo vengono, non a caso, sempre ritenuti fondamentali per effettuare la diagnosi. Importante è per questo valutarne l'entità e la frequenza. Tra i principali deficit cognitivi vi sono appunto scarsa concentrazione e difficoltà a prendere decisioni. Numerosi sono, a questo riguardo, gli studi che hanno sottolineato quanto il disturbo depressivo maggiore sia una condizione clinica debilitante anche per la frequente presenza di alterazioni delle funzioni cognitive. Secondo alcuni autori, la depressione maggiore potrebbe persino essere considerata come un vero e proprio disturbo della sfera cognitiva. I sintomi cognitivi in corso di episodio depressivo maggiore interessano una percentuale molto elevata di pazienti. Uno studio del 2011 ha rilevato come i disturbi dell'area cognitiva siano presenti, in forma più o meno marcata, addirittura nel 94% dei pazienti. Molti pazien-

ti depressi presentano infatti gravi compromissioni della fluenza verbale, delle abilità visuo-spaziali, dell'apprendimento verbale e delle funzioni esecutive.

Per alcuni ricercatori il deficit delle funzioni cognitive potrebbe essere presente già prima dell'insorgenza dei sintomi depressivi, rappresentando, al tempo stesso, un campanello d'allarme e fattore di rischio per l'insorgenza della depressione stessa.

I domini cognitivi relativi alla memoria episodica e la velocità di elaborazione delle informazioni sono associati alla gravità dei sintomi depressivi e tendono a essere presenti anche nelle fasi di benessere.

E le ripercussioni che tutto ciò comporta in ambito lavorativo, scolastico e sociale sono facilmente immaginabili e, in genere, molto significative. Ma non solo. La riduzione delle abilità cognitive ha un impatto anche sugli interventi psicoterapici e psicofarmacologici utili a curare la depressione che diventano così meno efficaci.

In aggiunta, in più del 40% dei pazienti, i sintomi cognitivi persistono anche al termine dell'episodio depressivo maggiore e sono, talvolta, destinati a perdurare nel tempo.

Un altro aspetto importante è quello legato alla diagnosi nei pazienti anziani: benché i sintomi da deficit cognitivo interessino i pazienti con depressione in tutte le fasce di età, la prevalenza di sintomi cognitivi nel caso di soggetti di età avanzata, può rappresentare per il clinico un difficile problema di diagnosi differenziale con i disturbi neurocognitivi dovuti a demenza.

## **2. Riflessi sul piano relazionale**

Vivere accanto a una persona depressa è una fatica immane. Lei magari non si rende conto di ciò che le sta accadendo. Tu sì, eccome. L'esistenza per te si è totalmente trasformata. Uno tsunami ti ha sconvolto le giornate. La vita quotidiana, con tutte le sue azioni che un tempo ti sembravano così banali e scontate, non è più la stessa. E non riesci proprio a farci nulla. Ti scervelli in continuazione, ma non ne vieni a capo. Per questo ti senti impotente, frustrato... Vivere accanto a una

persona depressa è qualcosa di inimmaginabile per chi non ha mai sperimentato un'esperienza del genere. Quando lo racconto agli amici sembrano increduli. È così difficile immedesimarsi in questa situazione...

La depressione trasforma una famiglia, modifica in maniera sostanziale la vita di coppia e i suoi equilibri. Il suo impatto è drammatico. Chi vive accanto a una persona depressa fa un'enorme fatica a comprendere ciò che sta accadendo. Non ne conosce le ragioni, non riesce a capire come una malattia "immateriale", che non si può toccare, possa risultare così devastante. Spesso si tende a cercare delle cause che non si trovano e quindi, in molti casi, si colpevolizza chi soffre di depressione.

Vedi, non reagisci, non ti dai da fare sul serio! Continui a piangerti addosso! Non tieni sufficientemente a me e ai nostri figli se continui a deprimermi in questo modo!

Queste frasi sono estremamente ricorrenti in una coppia in cui un lui o una lei sono depressi. In questi casi il compagno o la compagna ritengono che chi soffre di depressione non sia abbastanza motivato per reagire, quindi "si punta il dito" e la situazione inevitabilmente peggiora. Chi sta male starà peggio e gli equilibri, già duramente messi alla prova dalla malattia, vacilleranno ancora di più. Spesso la rabbia è talmente forte da rendere i rapporti così conflittuali da portarli a rotture insanabili che possono sfociare in separazioni e divorzi.

Talvolta invece, per fortuna, il partner è di grande supporto e aiuto. Si dedica all'altro con pazienza, dedizione ed empatia. Accade a chi è riuscito a comprendere la vulnerabilità a cui, come esseri umani, siamo costantemente sottoposti.

Così il compagno o la compagna si mettono al servizio di chi sta male, partecipando in maniera costruttiva e attiva.

La relazione, pur nella fatica, si rafforza e se ne esce vincenti. Il rapporto diventa più saldo e un buon grimaldello utile al buon funzionamento delle cure e della psicoterapia.

C'è poi una terza possibilità, ossia quella di costruirsi una vita parallela. C'è chi non riesce a mantenere un legame con una

persona depressa e ha la necessità di coltivare un'amicizia affettuosa o di vivere una storia parallela.

Poi ci sono i figli che, in relazione all'età e alle loro caratteristiche individuali, vivranno la depressione di uno dei genitori in maniera diversa. Quando la madre è depressa e il figlio è molto piccolo accade che si verifichino spesso veri e propri disturbi dell'attaccamento con varie possibili declinazioni: dall'insicurezza all'ansia, da difficoltà di carattere emotivo a quelle sul piano cognitivo. Un figlio più grande invece tenderà frequentemente a vedere l'enorme distanza tra il sogno di una madre ideale e la madre depressa con cui deve fare costantemente i conti. Questa enorme discrepanza tra utopia e realtà porta a grandi lacerazioni interiori, soprattutto se i figli sono adolescenti. In molti casi scatta in bambini e ragazzi con genitori depressi un grande senso di responsabilità. I figli desiderano essere di supporto, vogliono dare una mano e, talvolta, mettono da parte le proprie ambizioni pur di essere utili e non creare ai genitori, già molto provati, ulteriori motivi di ansia e preoccupazione.

Ci sono poi figli che percepiscono, come sentimento prevalente, quello di non essere amati e sufficientemente desiderati. Saranno bambini e ragazzi che tenderanno a svalutarsi, a coltivare una costante disistima che, se non opportunamente sanata, potrà avere significative ripercussioni nella vita adulta.

Anche sentimenti di rabbia, astio, risentimento e rivendicazione sono spesso avvertiti come prevalenti dai figli di un genitore depresso. "Perché non ho quello che hanno gli altri bambini? Perché le madri dei miei amici sono diverse?". "Perché mio padre non si alza da quel maledetto letto?", si domandano spesso questi ragazzi.

I figli poi possono anche essere terrorizzati da un possibile processo di identificazione: "Sarò mai come lei? Diventerò anch'io un depresso da adulto? Non lo voglio nella maniera più assoluta!".

La depressione di un genitore si trasforma così in un fantasma che ti perseguita. È un incubo che ti rimane appiccicato addosso. Una minaccia costante dalla quale fuggire, una ferita aperta.

La depressione per i figli e per una famiglia nel suo complesso è uno spettro di tante emozioni che si alternano e si intersecano. A tutto ciò si aggiunge uno stigma sociale che si basa su un'ondata di stereotipi e luoghi comuni molto difficili da sradicare. La società ha una sorta di blocco culturale verso la malattia mentale, associandola automaticamente a pregiudizi come pericolosità e inguaribilità, nella maggior parte dei casi infondati. La malattia mentale, depressione compresa, fa paura a chi la vive in prima persona e a chi sta intorno, portando alla solitudine e all'isolamento. E questo è sicuramente uno dei maggiori ostacoli a un accesso precoce e tempestivo alle cure.

### **3. Riflessi sul piano lavorativo ed economico**

Ho perso totalmente la motivazione, l'energia, la forza di andare avanti. Al lavoro mi sento fuori luogo, inadeguato e insicuro. Non vedo l'ora che la mia giornata lavorativa finisca. Il mio desiderio è solo quello di tornarmene a casa e di chiudermi in casa. La poltrona del salotto rappresenta la mia sicurezza e il letto, la mia tana. Ma devo starmene al lavoro per buona parte della giornata e il tempo mi sembra infinito. È come se l'orologio si fosse fermato. Le ore non scorrono e anche i minuti mi sembrano eterni, interminabili... La fatica di alzarsi, lavarsi e vestirsi. Il peso immane di andare a lavorare, di stare coi colleghi e di portare a termine compiti che appaiono insormontabili...

La depressione ha un impatto molto forte dal punto di vista lavorativo e costituisce, non a caso, la più alta disabilità sul lavoro. Il lavoro comporta per la persona depressa una grandissima tensione emotiva che ha un impatto sia sulla produttività, sia su come si vive nell'ambiente di lavoro. Il soggetto depresso è presente al lavoro, ma spesso totalmente avulso da quello che sta facendo. Terrorizzato dal timore di non riuscire a portare a termine i compiti richiesti, si paralizza. È sempre timoroso di compiere errori irreparabili. Si percepisce più lento, incapace ed è in ansia costante per la paura che gli altri, i colleghi e i su-

periori, percepiscono la sua fragilità e le sue difficoltà. Spesso la persona depressa tende a isolarsi. Appena può sfugge al confronto con gli altri, si mette da parte e prova vergogna per ciò che pensa di essere: inadeguato e incapace. Ossessionato dal fatto che tutti gli altri lo osservino, puntino il dito contro di lui e lo giudichino con una severità inaudita, il soggetto depresso, nei casi più gravi, arriva persino a una vera e propria paranoia. Non solo si sente giudicato, ma addirittura oggetto di scherno e pensa che gli altri abbiano come obiettivo principale quello di danneggiarlo e fargli del male.

Inoltre la persona depressa, anche al lavoro, tende alla “ruminazione mentale” e ai continui ripensamenti che riguardano sia lo specifico ambito lavorativo sia, più in generale, il rapporto con se stesso, con gli altri e la propria visione dell’esistenza. La sensazione costante e ricorrente è quella di non avere alcuna possibilità di recupero e nessuna via d’uscita.

Dal punto di vista economico, inoltre, la depressione rappresenta una delle patologie a più elevato impatto, anche a causa degli effetti che genera in termini di perdita di produttività. Negli Stati Uniti essa rappresenta la principale causa di disabilità per gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni, generando circa 400 giorni persi per disabilità. L’impatto sul piano lavorativo è maggiore rispetto a quello di ogni altra patologia fisica o mentale. Il peso complessivo dei costi (incluso, oltre alla depressione, il disturbo bipolare e la distimia) negli USA ammontava nel 2000 a 83,1 miliardi di dollari, di cui 26,1 miliardi di costi sanitari diretti, 5,4 miliardi attribuibili alla mortalità per suicidi e ben 51,5 miliardi di perdite di produttività legate o allo scarso rendimento lavorativo o all’assenza dal lavoro. Tra i costi sanitari la voce più rilevante era ed è quella relativa ai farmaci e alle visite ambulatoriali.

Per quanto concerne l’Europa, invece, uno studio del 2006 ha quantificato i costi della depressione in 118 miliardi di euro, corrispondenti a 253 euro l’anno per abitante.

I costi diretti della patologia si riferiscono alle visite ambulatoriali (22 miliardi di euro), ai costi dell’ospedalizzazione (10 miliardi di euro) e dei farmaci (9 miliardi di euro). Il costo in-

diretto ammontava invece a 76 miliardi di euro. E il costo totale della depressione corrispondeva circa all'1% del Prodotto Interno Lordo europeo.

Per quanto riguarda l'Italia manca, invece, una stima complessiva dell'impatto economico della depressione. I pochi studi in materia risalgono al 2000 e si basano unicamente sui costi diretti della patologia o su realtà locali e regionali, rendendo così i dati scarsamente generalizzabili e attendibili per avere un quadro globale corretto.

#### **4. Quando l'impatto sull'esistenza è tale che si arriva al suicidio**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno nel mondo circa 880mila persone muoiano di suicidio.

In Italia i morti per suicidio sono oltre 4mila ogni anno. I tentativi di suicidio sono da dieci a venti volte superiori al numero dei suicidi portati a termine. È facilmente intuibile quindi che quello del suicidio sia un fenomeno largamente diffuso, al punto da essere considerato la seconda causa di morte in un'età compresa tra i 14 e i 29 anni. Resta anche una tra le principali cause di morte per la popolazione di età compresa tra i 18 e i 44 anni di entrambi i sessi.

La depressione è a questo riguardo un fattore contribuyente, ma non determinante per il rischio di suicidio. Anche se è indubbio che la depressione giochi un ruolo fondamentale nello sviluppo del dolore mentale che può portare al desiderio di porre fine alla propria esistenza. E infatti, è proprio il dolore mentale ciò che sta alla base della scelta suicida, come ha teorizzato per primo Edwin Shneidman, lo psicologo clinico statunitense padre della suicidologia.

Secondo la sua visione, l'individuo in crisi vede il suicidio come unico possibile metodo per risolvere un dolore mentale diventato talmente insopportabile da non lasciare, per questo, altra via possibile di soluzione se non la morte.

Il suicidio diventa così il risultato di un complicatissimo e sofferto dialogo interiore. La mente passa continuamente in ras-

segna tutte le opzioni possibili che possano placare il dolore. Ma la risposta resta una sola, l'unica: il suicidio che, a questo punto, viene pianificato.

Il suicidio non è quindi assimilabile al desiderio di morte, ma si identifica con la cessazione del flusso di idee, ovvero la completa cessazione del proprio stato di coscienza e, dunque, la risoluzione a un dolore psicologico insopportabile.

Parlare di suicidio ai pazienti resta un momento importante e, al tempo stesso, estremamente delicato e complicato. Lo psichiatra deve affrontare la tematica con attenzione, cautela e dedizione e solo qualora lo ritenga utile e funzionale allo stato di salute di chi ha di fronte.

Le domande da porre devono essere mirate a comprendere i sentimenti che la persona depressa sta provando e il perché si arrivi al punto di pensare che non valga più la pena vivere.

Fondamentale è anche indagare sulla pianificazione del suicidio e sul metodo deciso per attuarlo.

Bisogna comunque tenere presente che il suicidio è sostanzialmente un atto imprevedibile, nonostante apparenti pianificazioni.

Resta però valido il fatto che i sintomi della depressione si differenziano in maniera sostanziale da quelli della crisi suicidaria.

I sintomi della depressione sono tristezza, apatia, insonnia o ipersonnia, perdita o aumento dell'appetito, sensazione di rallentamento fisico, fatica e mancanza di energia, difficoltà a concentrarsi, sentimenti di svalutazione e sentimenti di colpa. Quelli di una crisi suicidaria invece fanno riferimento a un forte dolore psicologico che risulta insopportabile; fanno vedere al paziente la fine come unica soluzione possibile. Chi è in preda a una crisi di questa entità non valuta altre possibilità a parte la morte. Tutto ciò può sovrapporsi ai sintomi della depressione.

Dunque che fare in presenza di una crisi suicidaria nota?

La comparsa di alcuni segni e sintomi dovrebbe modificare l'utilizzo (o determinarne la sospensione e sostituzione) del farmaco antidepressivo prescritto.

Si tratta delle situazioni in cui sopraggiungono agitazione, ansia, insonnia, stati disforico-irritabili, rabbia e comparsa di nuovi sintomi non precedentemente accertati.

Il medico deve quindi valutare una terapia alternativa fino alla sospensione della cura in corso.

La terapia con l'antidepressivo potrà poi essere iniziata in una fase successiva di maggiore stabilità.

Un discorso a parte merita invece il litio. La sua comprovata azione antisuicidaria lo rende il farmaco di primo utilizzo anche nella depressione maggiore con rischio di suicidio.

## **Il suicidio e i fattori di rischio**

Pur essendo sostanzialmente imprevedibile esistono fattori di rischio, sono tanti e vari e toccano varie sfere.

### *Fattori biologici:*

- il sesso maschile;
- l'aumentare dell'età;
- l'ereditarietà familiare;
- particolari assetti dei neurotrasmettitori.

### *Fattori sociali:*

- uso diffuso di alcolici;
- problemi economici;
- disponibilità di armi;
- utilizzo di combustibili tossici da uso quotidiano;
- scarsa o assente regolamentazione della distribuzione di farmaci e/o sostanze;
- isolamento sociale.

### *Fattori di rischio caratteriale:*

- impulsività;
- aggressività;
- sensibilità alle "ferite narcisistiche";
- la sensazione di essere solo.

### *Fattori legati all'esperienza:*

- provenire da una famiglia priva di supporto e/o molto autoritaria;
- aver vissuto eventi fortemente traumatizzanti;
- storia personale di ripetuti tentativi autosoppressivi;
- presenza di problemi sul lavoro (mobbing...).

*Fattori di rischio individuale:*

- fattori socio-ambientali personali come stato di indigenza, disoccupazione, isolamento sociale, immigrazione;
- familiarità per suicidi o psicopatologia;
- fattori clinici come l'uso di alcol o di altre sostanze, presenza di disturbi psichiatrici come depressione, disturbi bipolari e schizofrenie.

*Fattori di rischio temporale:*

- dimissione ospedaliera;
- switch maniacale;
- abuso di alcolici.

*Fattori neurobiologici:*

- alterazioni del sistema serotonergico sono associate a una predisposizione ad atti impulsivi e aggressivi;
- gli effetti sul sistema serotonergico sono maggiormente evidenti nel sesso maschile.

## **Il tentativo di suicidio**

Capita e non raramente che un suicidio, per varie ragioni, non venga portato a termine. Si parla in questi casi di tentato suicidio che costituisce, a sua volta, il primo fattore di rischio per suicidio. Frequente è, infatti, la sua ripetizione, fino al 40% in due anni. Il tentativo di suicidio è fortemente associato a patologie psichiche e il rischio di incappare in questa situazione aumenta dopo più tentativi e tende a crescere nel corso del tempo. Ciò non accade invece in presenza di un solo tentativo di suicidio.

Un dato importante da tenere presente è che la maggior parte delle reiterazioni di tentato suicidio avviene tra persone giudicate a rischio basso o moderato. Proprio per questa ragione un approccio preventivo e di trattamento limitato alle persone ritenute ad alto rischio non è affatto utile. Se ci si limitasse a offrire un intervento alle sole persone giudicate ad alto rischio di ripetizione, verrebbe evitato meno di un quinto degli episodi di ripetizione del tentativo.

## La depressione, gli artisti e “i suicidi illustri”

Il 29 luglio 1890 Vincent van Gogh, da poco uscito dal manicomio, andò in campagna a dipingere e si sparò un colpo al petto.

Il 28 marzo 1941 la scrittrice inglese Virginia Woolf, afflitta da tempo da depressione e allucinazioni, si riempì le tasche di sassi e si lasciò annegare nel fiume Ouse.

E sono solo alcuni dei tantissimi esempi di artisti che hanno sofferto di depressione e alcuni di loro sono arrivati persino a togliersi la vita.

Si va da Baudelaire a Victor Hugo, da Michelangelo a Gauguin, da Andersen a Ibsen, da William Blake a Edgar Allan Poe. Sembrerebbe quasi che l'essere musicisti, pittori o letterati aumenti la possibilità di essere affetti dalla patologia depressiva. A tal punto che già Aristotele si interrogò sul perché tutti gli uomini che eccellono nelle arti e nella poesia fossero melanconici.

Non esiste una risposta precisa, ma si tratta probabilmente di un insieme di fattori. Non dobbiamo dimenticare infatti che la depressione è una malattia multifattoriale.

Si va quindi da una sensibilità spiccata a una predisposizione genetica e da uno stile di vita spesso ai margini della società a un estro creativo che talvolta coincide con scelte di esistenza estreme.

# La depressione nelle diverse stagioni della vita

## 1. L'infanzia e l'adolescenza

La depressione è una malattia che può colpire a tutte le età. Anche da bambini si può soffrire di depressione. Effettuare una diagnosi corretta è però estremamente complicato per i più piccoli. Per i genitori è spesso molto difficile cogliere i segnali di una potenziale depressione, orientarsi di conseguenza e chiedere quindi aiuto. I sintomi talvolta sono sfumati e di comprensione molto complessa per i non addetti ai lavori.

Dai tre ai cinque anni d'età comunque i segnali sono generalmente: un disturbo significativo dell'appetito (non il bambino che non mangia una sera o fa i capricci), insonnia protratta (non una notte in cui si è fatto un brutto sogno e si corre nel lettone da mamma e papà), affaticabilità (non la stanchezza momentanea), riduzione del gioco spontaneo, irritabilità fino a vere e proprie manifestazioni di disperazione. Anche il pianto molto frequente e, apparentemente immotivato, potrebbe essere il segnale di una depressione in età infantile.

Dai sei anni in su, ossia in età scolare, è in genere più facile rendersi conto di una depressione perché i sintomi sono più manifesti e il bambino è in grado di esprimere meglio il proprio disagio.

Spesso sono gli insegnanti che segnalano ai genitori comportamenti anomali o situazioni che devono essere valutate con attenzione e solerzia dallo specialista. Il bambino appare spesso

annoiato, triste, irritabile, tende a isolarsi. A scuola il suo rendimento è scarso. E la sensazione è quella di avere a che fare con un bambino che, progressivamente, tende a chiudersi in se stesso.

In questi casi è utile il ricorso a uno psichiatra per effettuare la diagnosi.

Discorso a parte merita invece l'adolescenza.

Si tratta di un periodo estremamente complesso e peculiare che si caratterizza per una profonda riorganizzazione strutturale e funzionale del cervello. Tutto ciò si associa a profonde mutazioni della mente dell'adolescente e, quindi di riflesso, del suo comportamento.

Gli adolescenti, per esempio, manifestano frequentemente sintomi di ansia o para-depressivi, che in sé non sono patologici. Si tratta, infatti, di manifestazioni legate a normali insicurezze relative alle proprie competenze e capacità, ma anche al proprio corpo che si sta modificando.

Da sempre il connotato dell'adolescenza è stato quello di un periodo "tempestoso", caratterizzato da sentimenti altalenanti e contrastanti.

Non a caso lo scrittore Joseph Conrad nel suo *La linea d'ombra*, riferendosi a questa fase della vita, ha usato questi termini: "momenti di noia, ecco, di stanchezza, di insoddisfazione. Momenti precipitosi".

Ma come distinguere allora ciò che è normale e fisiologico da ciò che potrebbe essere patologico e, in quanto tale, deve destare una solerte attenzione?

Quando l'impulsività di un adolescente diventa un fattore che merita attenzione clinica?

Quando un adulto deve preoccuparsi di fronte alle oscillazioni di umore adolescenziale che prevedono anche ansia e pensieri di morte?

Il rischio potrebbe essere da una parte quello di rendere patologico ciò che non lo è; dall'altra quello di non riconoscere forme cliniche che meriterebbero interventi repentini.

Elementi che devono allarmare il genitore e spingerlo a rivolgersi al medico e/o allo psichiatra sono l'isolamento dal gruppo dei pari, la chiusura in se stessi, la fatica a mantenere relazioni emotive con coetanei, la tendenza a diminuire sempre più

il confronto con i genitori e gli adulti in genere. Anche il tentativo di trovare una possibile soluzione nell'abuso di alcol o sostanze sono campanelli d'allarme di un disagio profondo da parte dell'adolescente. Si tratta di numerosi segnali volti a celare, da una parte la propria sofferenza e, dall'altra, rivelano la paura di affrontare le proprie problematiche. L'adolescente si sente così allo sbando, percepisce di non avere gli strumenti per far fronte al proprio disagio profondo che lo tormenta senza tregua. L'agitazione quotidiana e l'insorgenza di disturbi del sonno sono, non a caso, altri sintomi di questo costante malessere. E se periodi di noia, scarso interesse nei confronti del mondo e bassa autostima sono situazioni tipiche di questa fase della vita, si tratta nella normalità solo di momenti che si alternano a periodi di piacere, gioia e passione. Se invece la durata e l'intensità dei momenti bui sono elevati, il genitore dovrebbe osservare con attenzione ciò che sta accadendo e provare a parlare con il figlio adolescente. E se ciò non fosse sufficiente, rivolgersi allo specialista.

La difficoltà a condividere con gli adulti della famiglia i propri stati emotivi, condizione piuttosto frequente durante l'adolescenza, costituisce infatti un'ulteriore aggravante (in genere e ancora di più in presenza di una depressione) e non fa altro che alimentare la depressione adolescenziale. Il genitore appare così agli occhi del ragazzo che sta male, cieco e insensibile e non curante o totalmente indifferente alla propria sofferenza.

La patologia depressiva durante l'adolescenza è diffusa soprattutto al femminile, con un rapporto femmine/maschi di 2:1.

Qui restano cruciali, più che mai, il ruolo e la competenza dello psichiatra che deve effettuare la diagnosi.

### **L'insonnia come campanello d'allarme di un disturbo psichico**

Accorgersi di un disturbo del sonno è importante perché l'insonnia espone a un rischio più elevato di sviluppare un malessere psichico. Inoltre la depressione è a sua volta carat-

terizzata, tra i vari sintomi, anche dall'insonnia che colpisce il 75% dei ragazzi depressi. Mentre, nel 25% dei casi, si verifica l'ipersonnia che è comunque, anche questo, un disturbo del sonno.

Le alterazioni del sonno riscontrate negli adolescenti che soffrono di depressione sono sovrapponibili a quelle presenti negli adulti depressi. In tutti i casi, inoltre, i disturbi del sonno innescano una sorta di circolo vizioso che tende ad auto-alimentarsi. E se è normale per un adolescente avere qualche difficoltà ad addormentarsi a causa delle preoccupazioni, delle ansie e delle paure tipiche di quest'età, quando la situazione sfugge di mano con ripercussioni significative anche sull'andamento della giornata successiva, allora siamo in presenza di un disturbo patologico che può generare ansia e peggiorare a causa del deleterio stress derivato dall'insonnia stessa. L'ansia si associa non solo a difficoltà ad addormentarsi, ma anche a risvegli frequenti durante la notte, incubi e sensazione di stanchezza cronica.

Allora come agire concretamente?

In prima battuta si parte dall'igiene del sonno che comporta uno sforzo da parte della famiglia e dell'adolescente di stabilizzare i ritmi di addormentamento e risveglio, andando cioè a letto e svegliandosi preferibilmente sempre alla stessa ora. In quest'ottica vanno anche evitati i sonnellini quotidiani. Bandite anche le attività che possono risultare stressanti o eccitanti come lo sport a tarda ora, il consumo di sostanze eccitanti e l'utilizzo di smartphone e tablet prima della fase di addormentamento.

Utili anche le tecniche di rilassamento come yoga o mindfulness e la psicoterapia.

In alcuni casi poi è necessario ricorrere a diverse categorie di farmaci. Deve essere effettuata però una corretta valutazione del quadro clinico e psicologico generale che prevede anche un'attenta valutazione della natura del disturbo del sonno, ossia se primaria o se, invece, conseguenza di un disturbo psichico associato.

## **Il suicidio giovanile**

Il fenomeno del tentato suicidio in età giovanile è assolutamente misconosciuto. Non esistono dati certi, anche se si stima che, per esempio in provincia di Milano, si verifichino all'incirca cinquecento tentati suicidi annui tra ragazzi e ragazze di età compresa tra i 14 e i 24 anni. Da interviste svolte in ambito scolastico è emerso che il 5,6% dei ragazzi e l'11,4% delle ragazze intervistati abbiano tentato almeno una volta di togliersi la vita. Una percentuale elevatissima (tra l'80 e il 95%) di suicidi in adolescenza è, però, legata alla presenza di disturbi psichici. Ragazzi e giovani con disturbi psichici hanno infatti un rischio suicidario esponenzialmente più alto rispetto ai coetanei "sani" e tra le dodici e le trentacinque volte superiore a quello della popolazione generale.

Tra il 50% e l'80% dei casi, inoltre, è presente una comorbidità psichiatrica tra più disturbi. Fattore di rischio è, in particolare, l'impulsività patologica dovuta a: abuso e dipendenza da alcol, abuso e dipendenza da sostanze, disturbi della condotta, disturbo bipolare, disturbi di personalità borderline narcisistico, ADHD.

## **2. La terapia del disturbo depressivo durante l'adolescenza**

Visto il grande impatto che una depressione può avere sulla vita dell'adolescente, sia in ambito scolastico sia dal punto di vista relazionale in genere, è fondamentale riconoscere e trattare nel più breve tempo possibile questa condizione di patologia.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, la letteratura scientifica fornisce indicazioni molto ampie e precise.

Oltre a una serie di interventi volti a migliorare la qualità del sonno quando risulti alterata (e ciò accade spesso) o a eliminare, qualora presenti, l'utilizzo di sostanze d'abuso o alcolici e diminuire l'intensità di fattori di stress scolastico e socio rela-

zionale, esistono specifici interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici.

Per quanto riguarda i primi, possono essere rivolti o solo all'adolescente o all'intero nucleo familiare e sono indirizzati a fornire un percorso che aiuti il ragazzo o la ragazza a sviluppare una maggior consapevolezza delle proprie difficoltà, ma anche delle proprie potenzialità. In questo modo l'adolescente e la famiglia saranno più facilmente in grado di far fronte ai momenti di difficoltà e alle emozioni negative che fisiologicamente fanno parte di questa fase della vita.

Per quanto concerne invece l'utilizzo degli antidepressivi, oggi solo alcuni di essi sono indicati per il trattamento della depressione nei bambini e negli adolescenti. Bisogna partire dal presupposto che la condizione depressiva, qualora sia moderata o grave, è connessa a un aumento di rischio di suicidio. Il trattamento con antidepressivi, curando la fase depressiva, diminuisce il rischio di andare incontro a questa infausta decisione. Solo nella fase iniziale di assunzione degli antidepressivi aumentano i pensieri di morte in termini di intensità e di frequenza. Ed è proprio questo effetto transitorio che ha spinto le agenzie regolatrici a indicare l'utilizzo degli antidepressivi in adolescenza solo in associazione a un attento monitoraggio del rischio. In sostanza, quando necessari questi trattamenti vanno utilizzati per permettere all'adolescente di guarire, ma la somministrazione va effettuata solo su indicazione personale di un medico esperto e con un monitoraggio iniziale rispetto al rischio suicidio.

### **Quando la depressione dell'adolescente è in realtà un disturbo bipolare**

Quando il genitore osserva un cambiamento comportamentale significativo del proprio figlio caratterizzato da irritabilità alternata a euforia e a tratti megalomaniaci, probabilmente siamo in presenza di un disturbo bipolare.

In questi casi sono presenti anche atteggiamenti aggressivi, sia dal punto di vista verbale, sia dal punto di vista fi-

sico. In alcune situazioni ci sono addirittura manifestazioni di ostilità nei confronti di chi contraddice l'adolescente. E questo atteggiamento può manifestarsi con i genitori, ma anche con i coetanei senza distinzione alcuna. Possono essere presenti anche condotte a rischio sia per quanto riguarda il consumo di alcolici e sostanze, sia per quanto concerne la sessualità. Transitoriamente possono verificarsi anche sintomi psicotici come pensieri deliranti o fenomeni allucinatori.

### **3. La depressione negli anziani**

La depressione è il disturbo mentale più comune nella vecchiaia ed è assai frequente nella terza età, anche se non è affatto facile effettuare la diagnosi. L'interpretazione dei sintomi è infatti complicata dal fatto che alcune manifestazioni come l'astenia, l'affaticamento, i disturbi del sonno, il dimagrimento accompagnano spesso il fisiologico processo dell'invecchiamento oppure sono sintomi di altre patologie tipiche di questa fase della vita. Anche il criterio generalmente utilizzato per la diagnosi della depressione, che consiste nell'analisi dell'impatto dei sintomi sulla vita quotidiana, è difficilmente applicabile a un soggetto anziano. La frequente presenza di malattie somatiche rende infatti più incerta l'attribuzione dei limiti nello svolgimento delle attività di tutti i giorni alla depressione.

Inoltre, solo raramente l'anziano tende a riferire al medico i sintomi legati alla depressione perché generalmente si focalizza su quelli inerenti alle sue patologie fisiche, spesso numerose e croniche. È nata così la necessità di indicare una nuova specifica entità diagnostica per identificare la depressione nella persona anziana, ossia la cosiddetta "depressione senza tristezza".

Dal punto di vista della pratica clinica ciò si traduce nella necessità di ricercare attentamente negli anziani un altro sintomo cardine della depressione, diverso dalla deflessione dell'u-

more, vale a dire l'anedonia, cioè la perdita o la diminuzione di interesse e/o piacere in tutte, o quasi, le attività giornaliere.

Per quanto riguarda le cure, la decisione di trattare con antidepressivi un paziente anziano dipende dalla gravità delle manifestazioni cliniche. Sulla necessità di trattare i quadri clinici più acuti e gravi vi è unanime consenso. Minori certezze esistono, invece, per quanto riguarda i disturbi depressivi lievi per i quali viene generalmente attentamente valutato l'uso quotidiano e continuativo di antidepressivi. In particolare, nelle forme sottosoglia e nelle depressioni "minori" di recente insorgenza viene consigliato un atteggiamento di "attesa vigile".

Non vi è infatti in questi casi una documentazione significativa sull'efficacia dell'utilizzo routinario degli antidepressivi. Utili sono invece gli interventi di supporto psicologico. Se poi, dopo quattro-sei settimane non vi sono segni di miglioramento e i sintomi, anzi, tendono a peggiorare, è buona pratica prendere in considerazione l'inizio di un trattamento antidepressivo.

Fondamentale per gli anziani è anche, e soprattutto, lo stile di vita. Per questo gli anziani, e coloro che soffrono di depressione in particolare, dovrebbero essere incoraggiati ad aumentare la loro attività fisica, compatibilmente con le loro possibilità e lo stato di salute generale.

In una metanalisi di sette studi clinici randomizzati-controllati, esercizi clinici di intensità moderata hanno dimostrato di ridurre l'intensità dei sintomi depressivi.

Altre raccomandazioni includono poi il miglioramento dell'alimentazione, l'aumento delle interazioni sociali e delle attività ludiche.

È vero però che la depressione stessa aumenta la difficoltà ad adottare uno stile di vita più attivo e queste raccomandazioni risultano, quindi, insufficienti in mancanza di altri interventi come la psicoterapia, la farmacoterapia o entrambi associati.

Al tempo stesso resta un dato di fatto, avallato da numerose ricerche, cioè che una modificazione dello stile di vita può avere un impatto significativo sulla prevenzione di altri episodi depressivi. E, al contrario, l'inattività fisica, con un alterato ritmo

sonno-veglia, rappresentano fattori di rischio per la depressione e, al tempo stesso, sono situazioni piuttosto ricorrenti in una fascia avanzata d'età. Un'attività fisica regolare e una buona igiene del sonno hanno invece un effetto molto significativo sul tono dell'umore e sull'impatto dello stress nella quotidianità. Il discorso vale anche per l'alimentazione che svolge un ruolo cruciale per la salute generale dell'anziano e quindi, a cascata, anche per il benessere psicologico. L'obiettivo è quello di abbassare il rischio di diabete, malattie metaboliche, patologie cardiovascolari, ma anche ipovitaminosi. La mancanza di vitamina B e bassi livelli di acido folico possono contribuire sia alla comparsa della depressione, sia alla farmacoresistenza agli antidepressivi.

### **Il suicidio nell'anziano**

Un dato che dovrebbe far riflettere è il seguente: circa il 75% degli anziani suicidi si rivolge a un medico nel mese prima di morire. Un altro aspetto significativo riguarda la coesistenza di più patologie in contemporanea, situazione non affatto rara per la persona anziana. Il rischio di suicidio nell'anziano è, infatti, direttamente proporzionale al numero di patologie organiche che lo affliggono. Tra le cause maggiori di depressione nell'anziano che portano al suicidio vi sono dal punto di vista psicologico: solitudine, perdita del partner e consumo smodato di alcol.

### **L'Alzheimer è un'altra cosa**

Nella pratica clinica è fondamentale distinguere tra depressione nell'anziano e demenza senile, Alzheimer in primis. Per farlo si utilizzano semplici criteri differenziali:

- la diagnosi di depressione è facilitata dall'identificazione di segni e sintomi depressivi che precedono temporalmente i sintomi cognitivi (disturbi delle funzioni percettive, del senso di orientamento, delle funzioni visuali e spazia-

li e di calcolo, ...) tipici della demenza. Il criterio però non è universalmente ritenuto valido perché c'è chi vede nella depressione un aspetto prodromico della demenza stessa e non distinguibile da quest'ultima sia a livello clinico, sia a livello neuropatologico;

- il paziente anziano che soffre di depressione non è collaborativo all'esame clinico e durante i test. Inoltre, la sua capacità cognitiva è fluttuante in funzione della motivazione, mentre il paziente con malattia di Alzheimer è normalmente cooperativo, ma non è in grado di ottenere performance adeguate nonostante faccia il possibile per ottenere il miglior risultato.
- nella depressione mancano i disturbi fisici tipici della progressione della malattia di Alzheimer;
- il paziente con depressione è tipicamente aneddotico, mentre il paziente con Alzheimer solitamente risponde in maniera positiva agli stimoli che danno piacere e interesse. Quindi l'atteggiamento è nell'insieme molto diverso;
- il paziente con depressione risponde in genere al trattamento con antidepressivi, mentre nella depressione con demenza la risposta è tendenzialmente poco soddisfacente.

In realtà negli ultimi anni, seppur utile, è stata messa in discussione l'utilità di distinguere in senso assoluto la demenza dalla depressione perché molti soggetti con "demenza reversibile" evidenziano qualche forma di deficit cognitivo dopo la remissione dall'episodio di depressione in senso stretto.

Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che circa il 40% dei pazienti anziani con episodio di depressione sviluppa una demenza irreversibile entro i tre anni successivi.

# La depressione e il genere

## 1. La depressione nelle donne

La depressione “è donna”, considerata la maggiore incidenza della patologia nel sesso femminile.

Un dato è sufficiente per inquadrare il fenomeno: il 30% di tutte le patologie femminili riguarda l'area del sistema nervoso centrale (malattie psichiatriche e neurologiche). E protagonista è la depressione maggiore che, spesso, si accompagna ad altri disturbi psichici declinati al femminile, come ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare.

I numeri forniti dalla letteratura internazionale non fanno altro che confermare questa tendenza: le donne risultano affette da depressione da due a tre volte in più degli uomini in tutte le fasi della vita, dall'adolescenza all'età adulta fino alla vecchiaia.

Le donne, inoltre, tenderebbero a sviluppare la malattia più precocemente e con sintomi più gravi rispetto agli uomini.

Oltre ad avere un'augmentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita e a riferire, rispetto agli uomini, un maggior numero di sintomi, le donne presentano anche una maggiore durata degli episodi. Non sono invece state evidenziate in letteratura differenze significative in termini di tendenza a più frequenti recidive.

Le origini della depressione femminile sono complesse e sicuramente multifattoriali.

Tra le varie componenti c'è sicuramente quella genetica, confermata anche dagli studi più recenti in materia. Noto il ruolo degli ormoni femminili. Infatti la depressione si presenta più frequentemente nelle fasi della vita della donna in cui si verificano i grandi cambiamenti ormonali, quali pubertà, gravidanza, puerperio e climaterio.

A partire dall'adolescenza, periodo in cui, complice l'alternanza ormonale estro-progestinica che accompagna periodicamente i cicli mestruali, il tasso dei disturbi depressivi diventa più frequente. La stessa sindrome premestruale, gli effetti della pillola anticoncezionale sul tono dell'umore, la depressione perinatale e gli sbalzi d'umore associati al climaterio inducono a concludere che sia proprio la delicata "danza" ormonale a incrementare in maniera significativa il rischio di malattia.

Tanto è vero che prima del menarca e dopo la menopausa il rischio di ammalarsi fra uomo e donna sembra allinearsi.

Probabilmente gli stessi ormoni devono essere chiamati in causa per spiegare la diversa risposta alla terapia farmacologica antidepressiva da parte delle donne rispetto agli uomini.

Studi recenti hanno dimostrato che gli ormoni sessuali possono influenzare i processi di farmacocinetica e farmacodinamica, determinando, così, variazioni delle concentrazioni e dunque degli effetti sulle risposte terapeutiche.

Si ritiene poi che le donne per natura tendano a vivere con maggior coinvolgimento e più alta risonanza emotiva le relazioni affettive e i rapporti sociali, elemento questo che potrebbe renderle più vulnerabili in genere e, nello specifico, maggiormente predisposte anche alla depressione.

A ciò si aggiunge il *multitasking* femminile, amplificato dal profondo cambiamento del ruolo della donna all'interno della nostra società. La donna è sempre più impegnata su molteplici fronti e quindi sottoposta a un forte stress fisico e psico-emotivo. L'aumento della quantità di lavoro, i carichi di responsabilità associati a ruoli professionali apicali e di rilievo da conciliare con la famiglia, l'acquisizione di abitudini di vita scorrette, i disturbi del sonno sono tutti fattori che espongono il mondo femminile a un elevato rischio.

Il cambiamento della struttura sociale della famiglia, spesso costituita da donne senza partner, e la crisi economica hanno inoltre fatto sì che la cura degli anziani, dei soggetti fragili della famiglia nonché dei figli minori, ricada, sempre più spesso, sulla figura femminile.

Altri fattori di rischio significativi sono la violenza, fisica e psicologica, di cui sono purtroppo vittime le donne nella maggior parte dei casi fra le mura domestiche, nonché le condizioni di discriminazione femminile, assai più diffuse di quanto si possa immaginare anche in Paesi avanzati.

Insomma, un insieme di circostanze che aumenta in maniera significativa, anche se difficilmente quantificabile, il rischio al femminile di dover fare i conti, prima o poi durante la propria esistenza, con i disturbi depressivi.

## **2. La depressione nelle stagioni della vita della donna**

Il disturbo depressivo può insorgere, per la prima volta, a qualsiasi età, ma la possibilità di esordio aumenta in maniera significativa con la pubertà.

Gli studi internazionali in materia evidenziano un rischio di depressione che coinvolge l'intero ciclo riproduttivo della donna, dai 15 ai 45 anni. In particolare, la probabilità della donna di ammalarsi è maggiore in alcune stagioni della vita, caratterizzate da cambiamenti e riadattamenti non solo biologici ma anche psicologici.

Il primo momento cruciale, a questo riguardo, è l'adolescenza che segna il passaggio dall'infanzia all'età adulta. In Europa, secondo le statistiche dell'Unione Europea, il 4% degli adolescenti tra i 12 e i 17 anni soffre di depressione grave e la percentuale sale al 9% intorno ai 18 anni. Tipici di questo periodo, per effetto della "tempesta" ormonale, sono gli sbalzi d'umore. Le adolescenti e gli adolescenti in generale vivono l'alternanza del tono dell'umore, accompagnata da vissuti di inutilità, negatività, scarsa autostima, disinteresse, a momenti di grande euforia associata a entusiasmo, collera, senso di on-

nipotenza e iperattività. È una fase della vita, per sua natura, caratterizzata da un susseguirsi di sentimenti, umori e percezioni contrastanti.

È dunque necessario e fondamentale riuscire a differenziare quando tali manifestazioni siano espressione normale dell'età adolescenziale e quando invece siano riconducibili a una malattia depressiva vera e propria. E la distinzione tra aspetti fisiologici e patologici non è affatto facile. Nell'adolescenza, inoltre, la depressione può essere accompagnata da comportamenti devianti o da altra sintomatologia clinica che ne rende ancora più complessa la già complicata identificazione diagnostica. Una di queste complicanze è spesso l'abuso di alcol o di altre sostanze assunte con il preciso scopo di lenire il dolore legato a una latente depressione. È quindi molto importante conoscere in maniera precisa la storia dell'adolescente per capire se i sintomi depressivi siano insorti prima o dopo l'assunzione di eventuali sostanze.

### 3. La sindrome premestruale

Esiste poi una depressione legata all'età fertile, a prescindere dal periodo adolescenziale in senso stretto. Durante l'età fertile, si stima, infatti, che circa il 5% delle donne sia affetta dal **disturbo disforico premestruale** (PMDD). Solo ultimamente, nel 2013, e precisamente con la quinta edizione del DSM, il disturbo premestruale è stato a tutti gli effetti riconosciuto come disturbo depressivo. I sintomi sono sia fisici sia psicologici e possono avere un impatto importante sul rendimento lavorativo/scolastico e anche in altri ambiti della vita quotidiana.

Caratteristiche fondamentali della PMDD ai fini diagnostici sono la stretta associazione dei sintomi con la fase mestruale, la ciclicità, la durata temporale limitata e l'alternanza con periodi di pieno benessere psico-emotivo. È questo un importante criterio per differenziare la sindrome premestruale da una depressione che ha invece un andamento costante nel tempo.

In genere, i sintomi compaiono, infatti, circa sette-dieci giorni prima del flusso e si risolvono completamente con le me-

struazioni. Il disturbo si manifesta durante la maggior parte dei cicli nel corso dell'anno, con sintomi capaci di interferire nella vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali.

I fattori di rischio più comuni includono il peso eccessivo, lo stress e i traumi. Sembra inoltre esserci una forte componente genetica.

Per quanto riguarda la cura, la sindrome premestruale va trattata in maniera diversa rispetto alla depressione.

Ad oggi, nessun antidepressivo è indicato nel trattamento della sindrome premestruale. Vi sono alcune esperienze cliniche di utilizzo di antidepressivi solo nella fase luteale del ciclo o anche limitatamente alla durata dei sintomi mensili. Utili possono essere anche i contraccettivi orali. Trattamenti alternativi, come integrazione di calcio, agnus castus, hypericum perforatum, la terapia cognitivo comportamentale, possono essere utilizzati anche se si tratta di cure aggiuntive non da tutti condivise.

Un altro fattore da tenere in considerazione è la correlazione tra flussi mestruali abbondanti e l'insorgenza di una depressione. Infatti le metrorragie, da un lato, abbassano i livelli di ferro, possono causare riduzione dell'energia vitale, provocare astenia, pallore cutaneo, perdita dei capelli, riduzione della capacità di concentrazione con pesanti ripercussioni nell'ambito scolastico e lavorativo; dall'altro, l'eccessivo sanguinamento può suscitare apprensione, imbarazzo.

I flussi abbondanti colpiscono, nel 75% dei casi, le ragazze con meno di vent'anni o le donne sopra i quarantacinque anni.

#### **4. La depressione in gravidanza**

Nella vita di una donna, la gravidanza rappresenta un momento particolarmente significativo, perché accanto alle modificazioni fisiologiche del corpo, si manifestano profondi cambiamenti psicologici che investono la futura madre e che, inevitabilmente, comportano uno stress emotivo a cui ciascuna risponde diversamente, in relazione alle proprie caratteristiche personali e al proprio vissuto. Quindi non è affatto un caso che proprio in questa fase così delicata si manifestino più facilmen-

te episodi di depressione. E anche se non disponiamo di dati epidemiologici italiani aggiornati sul fenomeno, si stima che nel nostro Paese siano oltre 90.000 le donne che soffrono di disturbi depressivi e di ansia nel periodo perinatale, che comprende la gravidanza, il puerperio e i dodici mesi successivi al parto.

A esserne colpite sono quindi circa il 16% delle donne nel periodo della maternità, con percentuali dal 10-16 al 14-23% in gravidanza e dal 10-15 al 20-40% nel post partum. Si tratta di stime molto approssimative, dal momento che i sintomi sono frequentemente sottovalutati dalle pazienti, ma anche dagli stessi medici e ginecologi. Solo in circa la metà dei casi viene, infatti, riconosciuto il disturbo e data una risposta adeguata. L'inquadramento diagnostico dei disturbi d'ansia durante la gravidanza risulta piuttosto complesso nella pratica clinica per la sovrapposizione di sintomi fisici e psichici correlati allo stato gravidico con manifestazioni di un disturbo d'ansia specifico, quali, per esempio, vomito e nausea, affaticamento, astenia, disturbi dell'alimentazione e del sonno.

Il fenomeno della depressione in gravidanza può colpire donne di qualunque età, indipendente dall'estrazione sociale e dall'area geografica di appartenenza. Tra i fattori di rischio si annoverano però: una prima gravidanza in età molto giovane, la mancanza di aiuti e di supporto familiare, una relazione conflittuale con il partner, disagiate condizioni socio-economiche, una storia di pregressi abusi. Anche una depressione pregressa e l'interruzione di un trattamento farmacologico efficace prima del concepimento costituiscono fattori di rischio.

Per quanto concerne invece l'impatto della depressione non curata durante la gravidanza bisogna tenere presente che può rivelarsi significativa anche sul futuro sviluppo psicofisico del bambino e sul legame madre-figlio. Nello specifico può determinare basso peso alla nascita, complicazioni perinatali, diminuzione della durata dell'allattamento al seno. Si stima inoltre che il 40% delle donne che manifestano depressione nel post partum fosse già depressa durante la gravidanza. In particolare, la presenza di ansia alla 32<sup>a</sup> settimana predice un significativo aumento del rischio di sviluppare una depressione nel periodo post natale. Anche se la prevalenza della depressione in gravi-

danza è maggiore nel primo trimestre (13%) mentre decresce nel secondo (2,5-7%) e nel terzo (2,3-6,3%), e solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico. Dunque un'attenta valutazione delle condizioni psicopatologiche della futura mamma e un tempestivo riconoscimento dei fattori di rischio che possono determinare l'insorgenza di depressione o di ansia patologica in gravidanza devono essere una competenza acquisita da parte di tutti gli operatori sanitari che lavorano nell'ambito della maternità. Nelle schede tecniche degli antidepressivi si fa sempre riferimento ad una valutazione del rapporto rischio-beneficio quando deve essere preso in considerazione l'utilizzo del farmaco in gravidanza.

## **5. La depressione nel post partum**

Per quanto riguarda il periodo successivo al parto, fino al 70-80% delle madri manifesta nei primi giorni del puerperio sintomi lievi e transitori di depressione, in una forma benigna chiamata "baby blues" per lo stato di malinconia che caratterizza questo specifico momento.

Si tratta di una reazione molto comune, correlata alla brusca riduzione dei livelli ormonali, caratterizzata da crisi di pianto senza motivo, irritabilità, inquietudine e ansia. Queste manifestazioni tendono a scomparire spontaneamente nell'arco di una decina di giorni senza alcuna compromissione della capacità materna di funzionamento.

È fondamentale riconoscere e identificare queste forme benigne, poiché circa il 20% di queste evolve in una vera e propria forma di depressione maggiore nel primo anno dopo il parto, caratterizzata da manifestazioni assai più gravi e durature.

Per distinguere il "baby blues", dalla depressione due sono gli aspetti da tenere in considerazione: la durata e l'intensità dei sintomi. Il "baby blues" ha una risoluzione pressoché immediata, massimo una settimana, dieci giorni; in una forma depressiva i sintomi perdurano per almeno due settimane e in maniera continuativa. Le madri affette da depressione provano una eccessiva preoccupazione, sono travolte e stravolte dall'ansia. Appaiono anche estremamente irritabili, si sentono costantemente sotto pres-

sione. Spesso hanno difficoltà a prendere decisioni, anche banali. Il loro umore è depresso e sono prive di forza ed energia. Difficilmente si concentrano e si sentono sempre inadeguate. Hanno disturbi dell'appetito: mangiano poco e in maniera disordinata o, al contrario, sono avvezze ad abbuffate bulimiche. Le ripercussioni sul sonno sono frequenti. A volte dormono di continuo, in altri casi il loro sonno è del tutto insufficiente e/o molto disturbato. La relazione madre-bambino gioca un ruolo fondamentale nella depressione post partum e spesso si acquiscono nella madre sentimenti di colpa, di inidoneità al proprio ruolo e un sentimento di vergogna. La fragilità del bambino innesca poi la paura di fare male al neonato o l'incapacità di prendersene cura e far fronte a tutte le sue necessità. Ne scaturiscono talvolta sentimenti negativi nei confronti del bambino stesso. Il neonato viene così percepito come un peso e si accentua il distacco fisico e psicologico: non lo si vuole toccare o abbracciare. Infine, diviene pervasiva la paura di non essere una madre "normale", come tutte le altre. È un vero e proprio terrore che attanaglia la donna depressa. Nelle forme più gravi possono insorgere deliri e si possono manifestare atteggiamenti aggressivi rivolti verso se stesse o il bambino.

Ma quali le cause di tutto ciò?

Sono molteplici e comprendono diversi fattori: quelli ormonali, di tipo sessuale e tiroideo e legati all'azione dei neurotrasmettitori; fattori fisici come la stanchezza indotta dai nuovi ritmi imposti dal bambino; fattori psicologici, come una ridotta autostima o una eccessiva tendenza al perfezionismo; fattori sociali che vanno dall'inesperienza alla scarsità di aiuti; e fattori cognitivi (aspettative irrealistiche sul ruolo di madre e nei confronti del neonato).

L'incidenza della depressione post partum varia dal 9 al 22% con maggior prevalenza nel primo trimestre dopo il parto, ma si registrano casi a esordio anche più tardivo, addirittura a distanza di oltre un anno.

Generalmente, comunque, la depressione esordisce nelle tre/quattro settimane successive al parto con una sintomatologia via via più acuta e invasiva. La depressione diviene così clinicamente evidente intorno al quarto o quinto mese per la presenza di sintomi psichici (francamente depressivi o d'ansia) e neurovegetativi (alterazioni del ritmo sonno-veglia e dell'appetito).

Fortunatamente la più grave delle sindromi post partum, la psicosi, disturbo bipolare o schizoaffettivo, è estremamente raro. Si manifesta, infatti, in meno di due casi ogni 1000 parti. Solitamente esordisce a distanza di tre settimane dal parto e, nell'arco di pochi giorni, si manifesta nella sua drammaticità, con un quadro clinico caratterizzato da deliri, allucinazioni, oscillazioni dalla depressione all'irritabilità o all'euforia, disturbi del sonno e pensieri ossessivi nei confronti del bambino. La severità della psicosi puerperale, che rappresenta un fattore di rischio per il suicidio, per la negligenza nella cura del bambino e infanticidio (1 caso su 50.000), impone il ricovero delle pazienti.

Come intervenire in caso di depressione in gravidanza, al di là dei rari casi estremi?

L'ansia leggera può essere controllata con interventi di rilassamento muscolare. Si tratta in sostanza di sequenze organizzate di esercizi di contrazione e decontrazione di gruppi muscolari di tutti i segmenti corporei. Estremamente utili sono anche le tecniche di controllo del corpo e del respiro la cui ripercussione è molto positiva sul sonno in gravidanza e nel puerperio. Vengono spesso consigliati anche un approccio di psicoterapia mirato, sia individuale che di coppia, nella forma di counseling o di una psicoterapia strutturata, e un eventuale intervento farmacologico con antidepressivi in caso di ansia e/o depressione.

### **La depressione nel post partum vista dal papà**

Come ti sentiresti tu uomo se la tua compagna soffrisse di depressione post partum?

“Mi sentirei solo, malinconico e triste”; “Vedere la mia partner soffrire so che mi renderebbe tremendamente triste”; “Mi darebbe un profondo senso di tristezza, la stessa che proverei io di fronte a una madre che rifiuta il proprio figlio”.

Queste alcune delle tante percezioni maschili riguardo la depressione nel post partum di lei, emerse durante l'indagine conoscitiva dal titolo: “La depressione post partum in Lombardia” condotta da Onda (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere) nel 2014.

## 6. La depressione nel climaterio

C'è una fase nella vita della donna che si colloca tra la premenopausa e il post menopausa. Si chiama climaterio, costituisce il periodo di transizione verso la menopausa ed è caratterizzato da almeno sei mesi di cicli irregolari, meno di un anno di amenorrea ed età media di 47 anni e mezzo.

Il climaterio rappresenta un passaggio cruciale di transizione dall'età fertile alla menopausa, caratterizzato da profonde modificazioni fisiche e psicologiche. Le manifestazioni che lo connotano variano da una donna all'altra, in termini di frequenza, intensità e durata, e comprendono: alterazione del ritmo mestruale (il ciclo tende ad accorciarsi/allungarsi con ritardi protratti fino a periodi di silenzio mestruale della durata anche di alcuni mesi; le mestruazioni possono essere più abbondanti/scarse; possono comparire perdite intermestruali); peggioramento dei sintomi premenstruali (possono aumentare la ritenzione idrica, il senso di gonfiore, l'irritabilità); disturbi del sonno; difficoltà di controllo del peso corporeo (caratteristico l'incremento di grasso a livello addominale); mialgie e dolori articolari diffusi; instabilità emotiva; vampate di calore; disturbi urogenitali (secchezza vaginale).

Particolare attenzione meritano in questa fase della vita della donna i disturbi del sonno. Aumentano così il numero e la durata dei risvegli notturni, si riduce la fase del sonno REM e l'addormentamento diviene più faticoso.

Il periodo di transizione verso la menopausa è un fattore di rischio in sé per lo sviluppo della depressione anche per cause neurobiologiche. La riduzione dei livelli di estrogeni solleciterebbe infatti l'insorgenza o il peggioramento dei sintomi depressivi visto il loro coinvolgimento nel metabolismo di importanti neurotrasmettitori come la serotonina, la noradrenalina e la dopamina.

La riduzione dei livelli di estrogeni è responsabile, inoltre, dei sintomi somatici (vampate e sudorazioni notturne) che portano a disturbi del sonno responsabili dei cambiamenti di umore durante il giorno.

Tra i principali fattori di rischio si annoverano anche: pregressa storia di depressione, sindrome premestruale durante l'età fertile, disforia da terapia contraccettiva orale, depressione in gravidanza e/o puerperio; menopausa precoce (naturale e chirurgica). Le donne bianche hanno un rischio maggiore rispetto alle donne di origine afroamericana e asiatica. In questo momento di grande vulnerabilità biologica, giocano un ruolo molto importante anche i fattori di tipo personale e psicosociale. Le reazioni e le modalità di risposta e adattamento a questo grande "cambiamento" dipendono infatti, al di là delle modificazioni ormonali, da una lunga serie di fattori individuali e sociali, come personalità, contesto socio-familiare e lavorativo. Per questo lo spirito con cui viene affrontata questa fase della vita è molto diverso da una donna all'altra. Alcune vivono questa stagione del ciclo biologico femminile come un momento negativo, attribuendo all'irregolarità e alla successiva scomparsa delle mestruazioni un significato di perdita e, dunque, un venir meno della femminilità. Altre, invece, accettano con naturalezza e serenità la perdita della fertilità, per quanto inequivocabile e tangibile segno del passare inesorabile del tempo. A tutto ciò si possono poi aggiungere situazioni che possono acuire la predisposizione a sintomi depressivi. Sono la solitudine, la fine di una relazione affettiva, un vissuto personale negativo associato ai cambiamenti fisici (come l'incremento del peso corporeo) o all'insorgenza di malattie correlate all'invecchiamento, la preoccupazione per i figli non ancora affrancati o il dispiacere per loro uscita di casa (cosiddetta "sindrome del nido vuoto"), bassi livelli di autostima, senso di inadeguatezza, una vita lavorativa e sociale insoddisfacente, eventi traumatici o lutti, il peso dell'assistenza dei familiari anziani. Al contrario una relazione di coppia soddisfacente, la stabilità affettiva, buoni livelli di autostima, una vita attiva e partecipe sono considerati fattori protettivi.

## La depressione e l'insonnia, un fenomeno soprattutto femminile

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato come l'insonnia esponga a un importante rischio per lo sviluppo di disturbi depressivi. Il permanere del sintomo insonnia, anche alla risoluzione di un episodio depressivo, espone comunque al rischio di una nuova depressione. I disturbi del sonno sono sia indicativi di nuovi casi di depressione (47%) che predittivi di una nuova presentazione (ricorrenza) al pari di altri sintomi quali il desiderio di morte, sentimenti di colpa, autosvalutazione.

L'insonnia tende ad aprire l'ingresso alla depressione, a permanere dopo la sua risoluzione ed è, pertanto, sempre un campanello d'allarme che non va mai sottovalutato.

Coloro che dormono meno di 6 ore oppure più di 8 ore tendono a essere più depressi dei soggetti la cui durata di sonno è tra le 6 e le 8 ore, così come la sensazione di avere una soggettiva carenza di sonno correla con un aumento del sintomo depressivo (quando si riduce la sensazione di sonno piacevolmente dormito si innalzano i sintomi depressivi).

L'insonnia è associata a disturbi psichiatrici in 2/3 dei pazienti che presentano un disturbo del sonno e più della metà di questi hanno un disturbo dell'umore. Oltre alla depressione anche nei disturbi d'ansia si evidenziano insonnia o ipersonnia rispettivamente il 24% e 22%. La prevalenza di depressione, abuso d'alcool e/o altre sostanze è aumentata con i disturbi del sonno. La prevalenza life time del disturbo depressivo maggiore nelle donne è stimata tra il 10 e il 25%, circa il doppio dei soggetti di sesso maschile. Il rischio maggiore si accompagna a una prevalenza di insonnia presente nel 75% circa delle donne con depressione maggiore. Si sta modificando la convinzione diffusa che l'insonnia sia sempre secondaria alla depressione. Oggi le evidenze suggeriscono che l'insonnia sia un fattore di rischio per la depressione.

Dopo la fase acuta tra i più comuni sintomi residui vi sono, non a caso, proprio i disturbi del sonno (44%), seguiti da astenia 38% e perdita di interessi (27%).

Il 76% dei pazienti con sintomi residui hanno una ricaduta entro dieci mesi dal trattamento contro il 25% dei pazienti senza sintomi residui.

## 7. La depressione nell'uomo e nell'adulto maturo

Nell'uomo, così come per la donna, il rischio genetico risulta un fattore predisponente per la depressione. Anche se, come sempre, non è l'unico essendo la depressione una malattia multifattoriale.

Un impatto significativo ce l'hanno anche l'abuso di sostanze, uno stile di vita scorretto e la perdita dei genitori durante l'adolescenza che aumenta negli uomini, in maniera più significativa che nelle donne, il rischio di andare incontro a episodi depressivi. La bassa autostima costituisce comunque il fattore di rischio più potente per il sesso maschile. Nella miriade di situazioni che aumentano la probabilità di andare incontro a una depressione, oltre alla bassa autostima, un ruolo importante è giocato dall'ipogonadismo (riduzione della funzionalità dei testicoli) che può indurre sintomi depressivi, ansia, irritabilità, disturbi della memoria e delle funzioni cognitive.

Nello specifico, le manifestazioni fisiche dell'ipogonadismo sono: debolezza, senso di fatica, osteoporosi, riduzione della massa muscolare, di induzione della libido e impotenza. L'asse gonado-ipotalamo-ipofisario controlla il rilascio di un ormone importantissimo per l'uomo, ossia il testosterone. Questo ormone diminuisce fisiologicamente con il trascorrere del tempo. Più precisamente il suo valore diminuisce dell'1% dai quarant'anni ai settant'anni. La riduzione del testosterone induce una diminuzione della massa muscolare e un contemporaneo incremento del tessuto adiposo. La diminuzione però, a differenza della donna, è lenta e costante e non improvvisa come nella menopausa. Oltre all'età esistono però altri fattori studiati in letteratura come favorenti le alterazioni dei livelli di testosterone.

## Andropausa

Il concetto di andropausa non ha ancora raggiunto una chiara definizione endocrinologica a causa della lenta e costante diminuzione dei livelli di testosterone con l'età e dell'ampia variabilità di questa diminuzione. I medici utilizzano questo termine per definire genericamente le modificazioni psiconeuroendocrine associate all'invecchiamento maschile. Nell'uomo l'invecchiamento è caratterizzato da insonnia, diminuzione della libido, riduzione dell'attività sessuale, diminuzione della densità ossea e aumento del tessuto adiposo addominale, in modo analogo a quanto accade con la menopausa anche se in modo meno intenso.

Negli studi sono stati inoltre riscontrati sintomi psichici come diminuito senso di benessere, nervosismo, ansia, irritabilità, oscillazioni dell'umore e sintomi depressivi. L'andropausa risulta poi spesso associata a sintomi depressivi minori che conducono a una sorta di disagio sottoglia.

In particolare sono: obesità, fumo, alcol, dieta non bilanciata, stress fisico e mentale. Nella persona obesa o in sovrappeso, l'aromatasi, enzima presente nel tessuto adiposo, converte il testosterone in estrogeni. E la riduzione totale di testosterone è per questo correlata al grado di obesità. Nell'uomo anziano l'obesità è inoltre spesso associata a danni cerebrovascolari.

Il consumo di alcol in soggetti con disturbo da dipendenza produce una riduzione dei livelli di testosterone compresa tra il 19% e il 27%. La sospensione dell'abuso di alcolici produce, invece, un ritorno dei livelli di testosterone nella norma.

Lo stress fisico e un eccesso di esercizio risultano, secondo alcuni studi, associati a una diminuzione dei livelli di testosterone e a un aumento di cortisone per la stimolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Una diminuzione del livello di testosterone è stata osservata anche in presenza di stress mentali. Al contrario, la riduzione dello stress è associata ad aumento dei livelli di testosterone.

Dai dati emersi dalla letteratura risulta quindi che obesità, abuso di alcol e stress eccessivo sia mentale che fisico impatti-

no sulla riduzione dei livelli di testosterone in un soggetto affetto da depressione.

Inoltre, le ipotesi circa il rapporto tra testosterone e umore sostengono che l'ipogonadismo possa essere causa di depressione maggiore, stati depressivi, aumento della vulnerabilità allo stress e anche resistenza ai comuni trattamenti antidepressivi.

Gli studi condotti sulla popolazione generale indicano che esiste una correlazione tra livelli di testosterone e sintomi depressivi, ma tale correlazione non risulta lineare. È mediata infatti da numerose altre variabili e potrebbe essere significativa dal punto di vista clinico, solo in una parte della popolazione caratterizzata da un particolare assetto genetico.

Ma risultano a questo punto efficaci le terapie con testosterone sui sintomi depressivi? Dagli studi effettuati finora pare che il testosterone risulti un trattamento aggiuntivo efficace alla terapia con antidepressivi.

### **Quando la depressione colpisce il neo papà**

La nascita di un figlio è un evento gioioso, ma è, allo stesso tempo, un momento di enorme cambiamento per tutta la famiglia e la depressione post partum (materna) è un disturbo che si declina anche al maschile.

Secondo una recente ricerca inglese, più del 4% degli uomini (contro il 10% delle donne) che ha appena avuto un figlio soffre di depressione post-natale. La ricerca è stata condotta dalla Oxford University, su un campione di 38 neo padri, con bambini di appena tre mesi. Una quota significativa di questi neo papà dava chiari segni di tristezza cronica, scarsa comunicazione con il bebè e trascuratezza.

Se da una parte, dunque, i padri di oggi si prendono cura più che in passato dei figli, sostituendosi in certe azioni perfettamente alla compagna – durante il cambio, il bagnetto, il gioco e la pappa, per esempio – dall'altra un buon numero di neo papà viene sopraffatto nei primi mesi di vita del bambino, da un senso di inadeguatezza, di tristezza e di solitudine che può sfociare nella depressione vera e propria.

Si tratta di un fenomeno sempre più diffuso. Se ne parla però troppo poco e si tende a “minimizzare” il disagio paterno che può scaturire dopo l’arrivo di un figlio perché il maschio viene considerato come il “sesso forte” che non deve mai cedere e chiedere supporto.

Resta il fatto che la depressione maschile è comunque diversa da quella della neo mamma. Le depressioni che si verificano nelle madri dopo il parto sono più complesse, e possono avere motivazioni sia fisiche sia psicologiche.

Nella donna che ha appena partorito la depressione post partum può insorgere per motivi fisiologici e, in particolare, per il drastico calo degli ormoni. Su questo si innescano poi motivi di ordine psicologico.

Nei maschi, invece, l’attivazione dal punto di vista biologico viene innescata dallo stress, soprattutto in coloro che già in passato hanno sofferto di episodi di ansia o che hanno una familiarità con il disturbo depressivo.

Un’altra differenza tra la depressione materna e quella paterna è legata alla tempistica: la depressione nell’uomo scatta più tardi rispetto a quella femminile e può diventare via via più invasiva anche dopo l’anno di vita del bambino e oltre.

Ma quali le cause della depressione maschile?

La depressione maschile post partum nasce da una serie di fattori. Spesso il problema scaturisce da un confronto tra l’attuale situazione e quella che l’ha preceduta. Prima magari la coppia stava vivendo un momento particolarmente appagante, passionale, caratterizzato da una buona affinità. La nascita del figlio spezza inevitabilmente l’idillio perché, nonostante l’intento dei due partner di restare uniti, gli equilibri cambiano. Il puerperio chiede alla madre energie e dedizione nei confronti del piccolo. E non solo. Molto spesso vi è un parallelo calo di desiderio sessuale da parte della compagna che conduce l’uomo a un senso di frustrazione.

Inoltre, la donna che diventa madre è assorbita dalle gioie e dalla fatica che tutto ciò comporta e non sempre è disponibile a comprendere il disagio del partner.

L’uomo si può sentire così sempre più solo e trascurato.

Questa sensazione tende ad aggravarsi se la neo mamma esclude il padre dalle cure quotidiane del bebè, perché ma-

gari non lo ritiene capace o perché è fuori casa tutto il giorno. Per questo è molto importante invece che i padri siano coinvolti fin da subito nella cura del neonato.

I padri, infatti, quando si sentono esclusi dal rapporto privilegiato madre-figlio, quando si sentono trascurati dalla compagna con tutte le implicazioni del caso in termini di sessualità e di rapporto di coppia modificato, cedono a quella che può diventare, in chi è predisposto, una depressione.

Quali dunque i sintomi della depressione paterna?

Partendo dal presupposto che per un uomo non è affatto facile ammettere di essere depresso e di aver bisogno di aiuto, i principali segnali sono: eccessiva irritabilità e nervosismo; tendenza all'isolamento; senso di inadeguatezza verso il bambino; senso di incapacità e di inutilità; perdita di interesse; incapacità di dare qualsiasi contributo; stanchezza e disturbi del sonno.

Le conseguenze di una depressione maschile non curata possono essere significative all'interno della famiglia e, possono avere un impatto anche nel rapporto con il bambino.

Ciò accade soprattutto con i figli maschi che, nell'età dell'adolescenza, possono manifestare più facilmente rispetto ai coetanei disturbi della condotta come iperattività, impulsività e maggiori difficoltà a concentrarsi.

Per questo è fondamentale che la depressione post partum maschile venga riconosciuta nel più breve tempo possibile e affrontata. Il primo passo è parlarne con la propria compagna e con il medico.

Esistono poi tecniche specifiche di rilassamento, terapie comportamentali e di gruppo, cioè basate sull'auto-aiuto da parte di altri padri che già hanno vissuto la medesima situazione. Se tutto ciò non bastasse, si può ricorrere alla terapia farmacologica con l'aiuto di uno psicoterapeuta.

L'importante però è anche cercare di prevenire la depressione paterna ed è possibile farlo.

Bisogna, per esempio, coinvolgere il partner dall'inizio della gravidanza nei vari "appuntamenti" che conducono alla nascita del bambino: dalle visite al corso parto; appena il bimbo viene al mondo, il padre deve imparare a occuparsi di lui, cambiandogli il pannolino e prendendolo in braccio

per cullarlo; stare vicino alla propria compagna, con pazienza e tenerezza, soprattutto dopo il parto: farla sentire ancora amata, importante e desiderata, aiuta la coppia a sentirsi affiatata, a ristabilire il dialogo e quindi permette all'uomo di sentirsi appagato e accolto; manifestare apertamente e con dolcezza il proprio disagio alla propria compagna, raccontandole sensazioni, emozioni e chiedendole aiuto, se è il caso; rivolgersi al medico o a uno psicologo qualora si avvertano sintomi sospetti come irritabilità, nervosismo, scarsa autostima: può essere il segnale che qualcosa non va.

# La depressione e le patologie correlate

## 1. Depressione e infiammazione

Depressione e infiammazione sono interconnesse tra di loro e si alimentano a vicenda. Si tratta infatti di un loop bidirezionale, in cui è difficile stabilire con precisione il rapporto causa-effetto. Ma un dato è certo: la depressione facilita la risposta infiammatoria e l'infiammazione promuove a sua volta la depressione con evidenti conseguenze sulla salute degli individui.

Non è affatto un caso che elevati livelli infiammatori caratterizzino numerose patologie sistemiche che includono malattie cardiovascolari, diabete, sindrome metabolica, artrite reumatoide, asma, sclerosi multipla, dolore cronico e psoriasi. Ciascuno di questi quadri presenta un aumentato rischio di patologia depressiva. Numerosi sono gli studi scientifici che hanno evidenziato il legame a doppio filo tra infiammazione e depressione. In particolare, tre meta-analisi hanno confermato differenze nei livelli di citochine pro-infiammatorie Interleukine-6 (IL-6), tumor necrosis factor-alpha (TNF- $\alpha$ ) e C-reactive protein (CRP) tra i soggetti con patologia depressiva e senza. La patologia depressiva resta comunque una sindrome complessa e l'infiammazione potrebbe svolgere un ruolo solo in una subpopolazione di soggetti depressi. L'infiammazione non è quindi di per sé necessaria né sufficiente a indurre depressione, gioca però un ruolo rilevante in una subpopolazione di soggetti con depressione clinica.

La dieta può avere un impatto positivo sull'infiammazione e quindi sui sintomi della depressione, come emerso del resto da alcuni studi. Sono presenti in letteratura tre metanalisi di studi clinici controllati sull'efficacia degli acidi grassi omega-3 nella patologia depressiva. La prima conclude che la supplementazione risulti però utile solo nei casi più severi, la seconda non evidenzia particolari benefici, la terza individua un'efficacia sia nella depressione maggiore che nelle forme subcliniche. I supporti più significativi all'attività antinfiammatoria di queste molecole provengono da studi condotti su soggetti anziani, ipertrigliceridemici o diabetici con indici infiammatori elevati. Numerose evidenze supportano anche l'esercizio fisico come strumento fondamentale nella prevenzione della patologia depressiva. Soggetti fisicamente attivi hanno indici infiammatori più bassi rispetto a soggetti sedentari. E coloro che hanno indici infiammatori alti prima di un trattamento farmacologico sono anche quelli che maggiormente beneficiano dell'effetto antidepressivo dell'esercizio fisico.

## **2. Depressione e patologie correlate**

Se hai la bile nera, guardati dai mali del corpo. Ma se hai patimenti corporali, aspettati danni nello spirito (Speciotto di Sauris, XII sec.).

Che ci sia un legame profondo tra mente e corpo lo sapevano già gli antichi, dal latino “mens sana in corpore sano”. Che ci sia poi, nello specifico, un rapporto a doppio filo tra depressione e malattie croniche, cardiovascolari o oncologiche è facilmente intuibile. Il corpo influenza la mente e viceversa. Quindi è assai frequente la condizione di comorbidità che rende da una parte la depressione ancora più faticosa da gestire e, dall'altra, ha un impatto non da poco sulla qualità della vita di chi già deve fare i conti con patologie croniche e/o gravi. Quello della comorbidità diviene così un fardello ancora più oneroso e spesso sottodiagnosticato. Chi ne soffre è inadeguatamente curato anche perché talvolta è il paziente stesso a non riconoscere la necessità di un trattamento, ma i dati emersi dagli studi non

lasciano dubbi. Se a soffrire di sintomi depressivi è una percentuale della popolazione compresa tra il 10 e il 29%, tra coloro che soffrono di malattie coronariche la percentuale si alza (dal 17% al 60%), per chi ha avuto un infarto si passa al 60%, quindi dal 30% al 40% per chi è stato colpito da un ictus e dal 20% al 50% per i malati oncologici. La depressione maggiore, che colpisce dal 2% al 9% della popolazione fisicamente sana, aumenta dal 17% al 27% per coloro che hanno una malattia coronarica. La percentuale per chi ha avuto un infarto è, invece, compresa tra il 16% e il 20%; per chi ha avuto un ictus si va dall'8% al 31%, per i diabetici dal 25% al 30% e per i malati di tumore dal 12% al 20%.

Restando nell'ambito oncologico, un dato che fa veramente impressione è quello relativo alla percezione che le donne hanno circa la depressione rispetto al cancro al seno. Su 1016 donne intervistate di età compresa tra i 30 e i 70 anni, il 54% ritiene la depressione incurabile, più del tumore al seno (24,2%). Le donne dai 30 ai 49 anni, in particolare, sono sfiduciate per quanto concerne l'utilizzo dei farmaci per la cura della depressione. E per l'83% di loro, le terapie psicologiche, i gruppi di auto-aiuto sono considerati più efficaci dei farmaci. Per chi ha un tumore la depressione costituisce un aggravante notevole che ha un impatto significativo anche sulla qualità di vita.

Discorso analogo per chi ha disturbi neurologici. Sosteneva Ippocrate:

I "melanconici", diventano in genere epilettici, e gli epilettici melanconici; quale di questi due stati sia destinato a prevalere dipende dalla direzione presa dalla malattia: se attacca il corpo, si ha l'epilessia; se attacca l'intelligenza, la melanconia.

Il dolore cronico è un altro ambito in cui è presente la depressione con una percentuale variabile dal 17% al 43%. Il dolore cronico nella depressione è anch'esso presente e in una percentuale decisamente alta: dal 30% al 100% contro l'8-12% della popolazione generale. In sostanza il dolore cronico aumenta di ben nove volte il rischio di depressione ed è, al tempo stesso, il fattore predittivo più importante per lo sviluppo di una depressione. Il dolore grave predice l'insorgenza di depressio-

ne entro sei mesi. I sintomi depressivi predicono la comparsa di dolore muscoloscheletrico cronico (entro otto anni). La depressione predice a sua volta la presenza di dolore entro sei mesi.

La depressione aumenta il rischio di scompenso cardiaco dopo un infarto e diminuisce le probabilità di sopravvivenza dopo un evento cardiovascolare.

Per coloro che soffrono di broncopneumopatia cronica ostruttiva, ossia un'infezione polmonare causata da un'inflamazione cronica delle vie aeree, la prevalenza di un disturbo depressivo clinicamente rilevante è compreso tra il 10% e il 42%. Il disturbo d'ansia clinicamente rilevante riguarda invece dal 10% al 19% di coloro che sono affetti da BPCO. Nei pazienti in ossigeno terapia si sono riscontrati disturbi depressivi fino al 62%. Tra quelli in recente remissione la percentuale di sintomi depressivi riguarda dal 19% e al 50% dei pazienti. L'impatto della depressione sulla BPCO è decisamente significativo perché coloro che soffrono di depressione hanno sintomi più gravi dal punto di vista respiratorio e presentano meno aderenza ai trattamenti. Anche per coloro che soffrono di diabete la depressione ha un impatto importante. Tra il 9% e il 27% dei diabetici soffre infatti di sintomi depressivi. Maggiormente esposti sono: le donne, i soggetti con un livello socio-economico e culturale più basso o pazienti con un grado di disabilità più elevato. Anche tra bambini e adolescenti affetti da diabete di tipo 1 il rischio di andare incontro a una depressione è di due o tre volte maggiore rispetto ai coetanei. Il diabetico affetto da depressione è maggiormente predisposto alle complicanze del diabete stesso. Spesso è scarsa l'aderenza alla terapia, alle prescrizioni in genere, esercizio fisico incluso. Vi è inoltre una correlazione con un peggior controllo della glicemia.

Nel complesso la constatazione, avvallata da dati, studi e dall'osservazione empirica è che la patologia depressiva rappresenta una condizione comune nei reparti di medicina. Numerose sono le patologie organiche in cui la comorbidità con la depressione peggiora i sintomi della malattia fisica.

È evidente un processo reciproco e circolare tra depressione e malattia organica.

### 3. Depressione e intestino: il microbioma

Fin dai primi giorni di vita gli esseri umani sono colonizzati da un vasto numero di specie di microorganismi, che sono localizzati principalmente nel lume dell'apparato digerente e, nel loro insieme, sono definiti microbiota. Per microbioma si intende, invece, il patrimonio genetico e le interazioni ambientali dei microorganismi stessi. Il microbiota ha varie funzioni: gioca un ruolo nel metabolismo facilitando l'assorbimento dei polisaccaridi (zuccheri complessi), produce sostanze indispensabili all'organismo come la vitamina K e contribuisce allo sviluppo del sistema immunitario. Il microbiota, come emerso da numerosi studi, alcuni molto recenti, gioca un ruolo importante anche in molte malattie croniche come l'obesità, il morbo di Crohn, il diabete di tipo 2 e l'asma. Ma non solo. Di recente, alcune ricerche scientifiche hanno evidenziato che il microbiota è in grado di comunicare con il cervello, esercitando così un'influenza anche sul funzionamento del sistema nervoso centrale. Questa comunicazione ha luogo attraverso vari meccanismi: innanzitutto l'apparato gastrointestinale, in particolare il colon, è la sede di una cospicua innervazione, in grado di inviare informazioni al cervello attraverso i terminali afferenti del nervo vago; studi preclinici hanno dimostrato che i microorganismi che compongono il microbiota influenzano l'attività vagale che determina a cascata un'attivazione del sistema immunitario utile a contrastare fenomeni disbiotici, ossia un'alterazione della flora batterica a livello intestinale. Inoltre il microbiota, attraverso la produzione di particolari sostanze, i metaboliti, influenza sia l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene sia la produzione di citochine proinfiammatorie, sia i livelli di triptofano e di acido kinurenico con proprietà neuroprotettive. Infine, alcuni batteri producono direttamente neurotrasmettitori e fattori di crescita. Queste osservazioni hanno messo in evidenza il ruolo attivo del microbiota nella patogenesi e nel trattamento dei disturbi psichiatrici, dando l'impulso a numerosi studi, sempre recentissimi. Per valutare l'impatto del microbiota sul comportamento o sulla sintomatologia ansiosa, sono stati innanzitutto condotti studi su animali, principalmente su topi cosiddetti "germ free" (GF),

ovvero nati e allevati in ambiente sterile. Diversi studi hanno dimostrato che questi topi GF, quando sottoposti a test stressanti, avevano comportamenti assimilabili a quelli umani in condizioni di ansia. Quando i topi GF venivano contaminati con microbiota intestinale di altri topi si è evidenziata una riduzione dell'atteggiamento esplorativo e un aumento di comportamenti correlati all'ansia. È evidente quindi come la composizione del microbiota possa influenzare il comportamento. Queste osservazioni hanno fatto ipotizzare che modificare il microbioma attraverso terapie antibiotiche o probiotiche potesse avere un impatto sul comportamento. Nello studio sui topi descritto più sopra, i topi GF che, dopo contaminazione da parte del microbiota di altri topi, avevano manifestato comportamenti similansiosi, a seguito di un trattamento con una miscela di antibiotici e antifungini manifestavano una ripresa dei comportamenti esplorativi e una riduzione di comportamenti correlati all'ansia. Si osservava inoltre nei topi trattati un aumento dell'espressione di Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) a livello dell'ipocampo. Viceversa, quando gli stessi antibiotici venivano somministrati a topi GF, non si osservava alcuna modificazione del comportamento. Anche l'utilizzo di probiotici, modificando l'equilibrio e la composizione del microbiota intestinale, ha dimostrato di indurre modificazioni del comportamento. In uno studio su topi separati dalla madre in età neonatale, il trattamento con *Bifidobacterium infantis* riduceva i comportamenti di tipo depressivo, mentre in uno studio successivo su topi trattati con *Lactobacillus rhamnosus*, il batterio probiotico più studiato fra i *Lactobacilli* e presente in vari integratori per uso umano, il trattamento con il probiotico riduceva comportamenti correlati ad ansia e depressione in topi sottoposti a stress test. Infine, in uno studio recentissimo su topi trattati con frutto- e galatto-oligosaccaridi, questi manifestavano dopo tre settimane di trattamento meno comportamenti di tipo ansioso, come evidenziato da una maggiore tendenza a stare in spazi aperti e una minore tendenza ad accumulare difensivamente materiale attorno a sé. Gli studi preclinici descritti hanno dato il via a studi condotti sull'uomo che, sebbene preliminari, hanno evidenziato alcune proprietà ansiolitiche del trattamento con probiotici.

Un primo studio ha valutato l'efficacia di un drink probiotico in studenti sottoposti a sessione d'esame, senza tuttavia riuscire a dimostrare una superiorità dei probiotici rispetto a placebo nelle descritte condizioni di stress. Viceversa in un altro studio, soggetti sani trattati con *Lactobacillus helveticus* e *Bifidobacterium longum* avevano, dopo 30 giorni di trattamento, punteggi più bassi alla Hospital Anxiety and Depression Scale rispetto a quelli trattati con placebo. Infine, uno studio effettuato attraverso risonanza magnetica, ha dimostrato una riduzione delle connessioni fra diverse regioni telencefaliche e amigdala in donne sane trattate con probiotici, dimostrando un'attività dei probiotici nel modulare la connettività di quelle zone del cervello implicate nella reattività emozionale e nell'ansia. Risultati interessanti benché preliminari sono stati ottenuti anche su gruppi di pazienti: soggetti affetti da sindrome da affaticamento cronico trattati con *Lactobacillus casei* per due mesi miglioravano in maniera clinicamente significativa rispetto al gruppo di pazienti trattati con placebo, come evidenziato dalla riduzione dei punteggi delle scale di Beck di ansia e depressione. Infine, in uno studio in doppio cieco molto più recente, venti pazienti con carcinoma della laringe testati prima dell'intervento chirurgico, manifestano una riduzione dei livelli di ansia relativa al prossimo intervento chirurgico dopo due settimane di trattamento con il probiotico *Clostridium butyricum* rispetto a placebo. Attualmente non ci sono studi clinici che abbiano valutato l'impatto di terapie probiotiche in pazienti affetti da disturbi d'ansia. Nuovi trial clinici sono pertanto necessari per stabilire sia l'effetto di terapie probiotiche mirate a incrementare la popolazione di microorganismi potenzialmente curativi, sia quello di antibiotici specifici per eliminare ceppi implicati nella patogenesi o nel mantenimento delle sindromi ansiose.

In conclusione, la comunicazione ormai ampiamente dimostrata fra microbiota e cervello e la riconosciuta influenza reciproca dei due sistemi, spingono a ricerche sempre più approfondite volte a caratterizzare con migliore precisione le numerose specie di microorganismi che compongono il microbiota umano. Questa caratterizzazione, con la conseguente distinzione fra i microorganismi protettivi e quelli poten-

zialmente dannosi, potrebbe condurre a sviluppare terapie antibiotiche o probiotiche mirate, in grado di selezionare un microbiota che aiuti a migliorare la resilienza del sistema nervoso e combattere ancora più efficacemente le diffuse e spesso invalidanti sindromi ansiose.

# Prevenzione e diagnosi della depressione

## 1. La prevenzione

Prevenire è possibile. E anche se non c'è la certezza di poter scongiurare una depressione, visto che si tratta di una patologia multifattoriale, esistono comunque strategie per cercare di diminuire le probabilità di esserne affetti.

Si parte, come sempre, dallo stile di vita. Un'alimentazione varia ed equilibrata, associata a una regolare attività fisica, è sicuramente d'aiuto. Molto importante è anche il riposo notturno, sia in termini qualitativi che quantitativi. Dormire bene significa recuperare le energie consumate nell'arco della giornata; significa essere più lucidi; essere in forma fisicamente e, quindi, meno vulnerabili alla depressione. Per riposare in maniera adeguata bisogna però rispettare alcune regole, semplificate in una sorta di decalogo:

1. Coricarsi e alzarsi a orari regolari.
2. Evitare di dormire troppo a lungo il pomeriggio.
3. Dormire in ambienti ben climatizzati e isolati dal punto di vista acustico.
4. Andare a letto solo quando si ha sonno.
5. Evitare di guardare la televisione a letto.
6. Non svolgere attività fisica intensa nelle ore serali.
7. Evitare l'esposizione prolungata nelle ore serali a sorgenti luminose come il computer o la televisione.

8. Evitare pasti eccessivamente elaborati e cenare almeno due o tre ore prima di coricarsi.
9. Non assumere sostanze stimolanti, come tè, caffè o coca cola, dal tardo pomeriggio in poi.
10. Moderare il consumo serale di bevande alcoliche.

Più in generale, dal punto di vista psicologico, è invece fondamentale imparare a identificare i propri valori e i propri obiettivi esistenziali. Individuare ciò in cui si crede è il punto di partenza per cercare un equilibrio tra la vita reale e ambizioni e desideri. Una forte contraddizione tra i valori nei quali si crede e ciò che si realizza nella vita causa una deflessione del tono dell'umore che, quando si protrae a lungo, può trasformarsi in depressione.

Anche un basso livello di autostima e una scarsa accettazione di sé creano, nel tempo, le premesse per la depressione. Ritagliarsi piccoli piaceri quotidiani è invece un buon antidoto contro la depressione. La diversificazione dei propri interessi è un altro modo per contribuire alla costruzione di una buona autostima. Famiglia, amici, lavoro, passatempi da vivere in casa e fuori, in condivisione o da soli costituiscono, a questo riguardo, strumenti diversi per vivere in maniera serena e far fronte alle inevitabili avversità della vita.

Costruire legami solidi e profondi è il caposaldo per vivere bene e superare momenti faticosi. La possibilità, per esempio, di ricorrere all'aiuto del coniuge, di un familiare o di un amico, in un periodo di difficoltà, costituisce una forma importante di protezione dalla depressione. Ma creare legami saldi presuppone sforzi, energia e tempo e la relazione, non va mai dimenticato, deve essere rinnovata nelle varie fasi della vita. Altrimenti il rischio è quello di trovarci di fronte a una vecchia immagine patinata che poco corrisponde alla realtà.

## **2. I momenti a rischio**

Gli eventi stressanti sono di diversa natura e gravità, così come ciascuno di noi, sottoposto a uno stress, può reagire in mo-

do estremamente diverso e, talvolta, del tutto inatteso e imprevedibile.

Le reazioni possono variare, ovviamente, anche in base all'entità di ciò che è accaduto: da un problema psicologico conseguente a un grave trauma, a un disturbo che richiede invece un periodo di adattamento più o meno lungo, come nel caso di un lutto.

In entrambe le situazioni, comunque, lo stress può rappresentare un fattore scatenante o di rischio per lo sviluppo della depressione.

I disturbi del sonno sono uno dei sintomi di esordio nell'80% dei casi e spesso sono associati a sintomi d'ansia. Seguono un aumento dell'umore negativo e una costante riduzione della performance nelle attività quotidiane. Migliorare il sonno può rivelarsi estremamente utile per una riduzione del rischio di ricadute e anche per una migliore adesione ai trattamenti.

Oltre ai farmaci che migliorano il sonno è importante raccomandare, per facilitare il riposo notturno, regole di igiene quali:

- non fumare e non bere alcolici prima di coricarsi;
- aerare la stanza;
- non eccedere nei cibi salati o piccanti la sera;
- non fare uso di caffeina o teina;
- utilizzare la stanza da letto solo per dormire: non guardare la televisione a letto e neppure il tablet o il cellulare;
- leggere qualcosa di rilassante, non impegnativo;
- in caso di risveglio fare in modo di riprendere il ciclo del sonno ripartendo dalla fase luce-buio (tenere per un po' la luce sul comodino accesa).

### **3. La diagnosi**

Esistono diverse modalità di valutazione dei disturbi dell'umore e della depressione e dei sintomi cognitivi, quali: questionari e scale di valutazione sintomatologica (eterosomministrati o autosomministrati); test neuropsicologici; questionari e scale di valutazione del funzionamento (eterosomministrati e autosomministrati).

## **Questionari e scale di valutazione sintomatologica**

Questa prima modalità di valutazione consente di rilevare i sintomi riferiti dal paziente. I questionari prevedono domande dirette con risposte multiple a scelta. Le scale di valutazione permettono di segnalare la presenza di un sintomo e generalmente anche di darne una valutazione di gravità espressa in forma numerica. Le scale di valutazione possono essere compilate dal paziente stesso, come i questionari: in questo caso si tratta di scale autosomministrate. In altri casi, la valutazione prevede, invece, che sia l'operatore a compilare la scala dopo il colloquio con il paziente (scale eterosomministrate).

In tutti i casi, il risultato della valutazione non indica la disfunzione cognitiva obiettiva, ma il grado di compromissione soggettivamente percepita dal paziente. Tra i questionari atti a valutare il livello di funzionamento cognitivo nei pazienti depressi, ci sono il Cognitive and Physical Functioning Questionnaire (CPFQ) e il Perceived Deficits Questionnaire (PDQ).

Il PDQ studia diversi domini cognitivi, quali l'attenzione, la memoria retrograda, la memoria recente, la capacità di pianificazione e di organizzazione. Esistono due formulazioni con una lunghezza differente. Il tempo di somministrazione è comunque breve (5-10 minuti per la versione estesa e 2-3 minuti per quella breve).

Per quanto riguarda le scale di valutazione eterosomministrate, si tratta di strumenti per la valutazione dei sintomi depressivi che prevedono anche la valutazione di sintomi cognitivi.

La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) è una scala eterosomministrata che prende in considerazione ciò che il paziente riferisce e il suo comportamento manifesto nel corso dell'intervista. La MADRS è adatta per la valutazione di pazienti adulti con sintomatologia depressiva e per la valutazione delle modificazioni di questa sotto trattamento. Esplora diversi aspetti: l'umore depresso, la tensione, i disturbi del sonno e dell'appetito, la difficoltà di concentrazione, l'astenia, la perdita dei sentimenti, i pensieri pessimistici e quelli suicidari. Viene valutata anche la capacità di concentrazione del pa-

ziente che va dalla “difficoltà a raccogliere le idee fino all’incapacità a concentrarsi”.

La Hamilton Depression Scale (HAM-D) è senza dubbio la più conosciuta e la più usata nel mondo, al punto da essere considerata come un parametro di riferimento per qualsiasi studio sulla depressione. Questa scala copre un ampio spettro di sintomi.

Esiste anche un’altra scala chiamata Inventory of Depression Symptomatology (IDS). Ne esistono due versioni, una di autovalutazione (IDS-SR) e una di eterovalutazione (IDS-C). Si prendono in considerazione sia i sintomi somatici che quelli cognitivi della depressione. Vi è anche una versione che valuta la sensibilità interpersonale e la mancanza di energia fisica.

Tra le scale di autovalutazione, la più usata è la Beck Depression Inventory (BDI) perché misura le manifestazioni comportamentali della depressione privilegiando le ripercussioni sulla sfera cognitiva. La compilazione avviene in 10-15 minuti. La Self Rating Depression Scale include anche la valutazione dei sintomi ansiosi. Per la compilazione necessitano 5-10 minuti.

### **Test neuropsicologici**

I test neuropsicologici forniscono una misura oggettiva delle funzioni cognitive del soggetto mediante la valutazione da parte del clinico di una performance. Le aree principali indagate dai più diffusi e validati test neurocognitivi sono: le funzioni esecutive, la velocità psicomotoria, l’attenzione e la memoria. Il Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) valuta, per esempio, diverse funzioni nell’ambito della memoria: memoria a breve termine verbale, capacità e strategie di apprendimento, interferenze retroattive e proattive, confusione nei processi di memorizzazione, ritenzione dell’informazione. I soggetti sono invitati ad ascoltare e ripetere una lista di 15 parole senza collegamento logico. Poi viene proposta un’altra lista di parole senza correlazione e il soggetto deve ripetere la lista originale e infine ripeterla dopo 30 minuti. Il test necessita di un tempo di somministrazione approssimativamente di 10-15 minuti (senza considerare i 30 minuti di intervallo). Poiché i risultati a questo test

mostrano differenze significative fra pazienti depressi e pazienti sani, può essere considerato una valida alternativa nello studio della patologia depressiva. Un'ulteriore alternativa è rappresentata dal California Verbal Learning Test-II (CVLT-II), sviluppato da Delis da una precedente versione, simile al RAVLT per modalità di somministrazione, per target di indagine e sviluppo del test.

Il Digit Symbol Substitution Test (DSST) è un test neuropsicologico utilizzabile quale misura delle funzioni esecutive, della working memory, della velocità di elaborazione e dell'attenzione visuospatiale. Può essere utilizzato, oltre che per la valutazione della depressione, per testare il danno organico cerebrale, la demenza, l'invecchiamento cognitivo. Il test non è però risultato sensibile nella localizzazione di un danno cerebrale. Consiste nell'accoppiamento di numeri e simboli in un tempo calcolato che esprime direttamente la velocità dei processi cognitivi (fra 90 e 120 sec.). Il test presenta una prima striscia di accoppiamento composta da numeri/simboli e una seconda striscia di numeri da completare secondo lo schema proposto dalla striscia precedente. Per la valutazione del test si calcolano il numero dei simboli corretti e la velocità di esecuzione.

Il DSST contenuto nella Wechsler Adult Intelligence Scale viene denominato 'Digit Symbol' (WAIS-R), 'Digit-Symbol-Coding' (WAIS-III), o più recentemente 'Coding' (WAIS-IV).

### **Questionari e scale di valutazione del funzionamento**

Questa tipologia di questionari e scale consente di rilevare il funzionamento del paziente in uno o più ambiti: funzionamento essenziale e grado di autonomia, funzionamento lavorativo e funzionamento sociale. Come per le valutazioni sintomatologiche, esistono sia questionari che scale di valutazione, nelle versioni eterosomministrata e autosomministrata. Fra i questionari e le scale di valutazione del funzionamento ricordiamo la Social Adjustment Scale (SAS) concepita da Weissman e Paykel, nelle versioni eterosomministrata e autosomministrata, per la valutazione dell'adattamento sociale dei soggetti depressi.

La Self-Assessment Guide (SAG), ideata da Willer e Biggin, è una scala di valutazione che esplora sette aree: la salute fisica,

l'umore in generale, i rapporti interpersonali, le relazioni personali, l'uso del tempo libero, il controllo dell'aggressività e l'attività lavorativa.

Esiste infine anche uno strumento originale italiano, ovvero il Questionario Socio-Ambientale (QSA), proposto da Cassano e collaboratori. Nelle forme auto ed eterosomministrato.

Molto usate in ambito psichiatrico, benché generalmente nei disturbi psicotici più che nei disturbi dell'umore, sono le cosiddette scale di 'everyday functioning' che prevedono una valutazione di specifiche aree del comune funzionamento quotidiano. Un esempio è la Performance-Based Skills Assessment (UPSA) che esplora cinque aree di funzionamento quotidiano (facende domestiche, comunicazione; gestione economica, trasporti, pianificazione attività ricreative) di cui esiste anche una versione abbreviata (UPSA-Brief).

Lo strumento è stato messo a punto per i pazienti schizofrenici, ma è stato impiegato anche in studi recenti su pazienti con disturbo depressivo maggiore per valutare i risultati dei trattamenti sul piano funzionale.

### **La diagnosi di depressione e i meccanismi neurobiologici**

La depressione tende a ricorrere nelle famiglie, anche se talora sono colpite persone che non hanno una storia di depressione in casa. "Gli studi sui gemelli mostrano un livello di ereditarietà fino al 50%", dice il dottor Marc Fakhoury del Department of neuroscience dell'University of Montreal, nel Quebec, autore di una revisione sulla neurobiologia della depressione pubblicata sulla rivista *General Hospital Psychiatry*. "E gli studi familiari indicano un aumento di rischio di 2-3 volte tra i parenti di primo grado di chi soffre di depressione". Ma nella grande maggioranza dei casi la genetica spiega solo la predisposizione alla depressione, sulla quale agiscono poi fattori ambientali, come lo stress e le esperienze traumatiche. "In realtà lo stress è la causa principale di una depressione maggiore", spiega Fakhoury, "e sembra far scattare questo disturbo in quasi ogni individuo dotato di un particolare set di ge-

ni che lo rendono più vulnerabile”. Probabilmente la predisposizione genetica agisce attraverso alterazioni a livello dei neuromediatrici, sostanze che regolano la comunicazione tra i neuroni. Per esempio la serotonina, correlata al livello di ansietà e alla tendenza al comportamento ossessivo, la cui carenza è stata osservata in chi è depresso, a livello del tronco encefalico, la parte alta del midollo spinale. Si sa che è coinvolta anche la noradrenalina, neurotrasmettitore responsabile del livello di allerta, di ansia e di interesse verso la vita, così come la dopamina, un importante neuromediatore dal quale dipendono l’attenzione, la motivazione e il senso di ricompensa. Diversi studi indicano una ridotta presenza di tirosina, un precursore della dopamina, nel sangue e nel liquido spinale di persone depresse. Spiega ancora il dottor Fakhoury, “Possono essere coinvolti anche i fattori neurotrofici, una famiglia di proteine responsabile della crescita dei neuroni. Il cosiddetto Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) è un esempio di fattore neurotrofico, ma ce ne sono altri, come l’Insulin like growth factor (IGF), il Fibroblast growth factor (FGF) e il Vascular endothelial growth factor (VEGF). Sono sostanze coinvolte nella plasticità dei network neuronali e possono stimolare la nascita di nuovi neuroni nell’ippocampo”. Quando il buon funzionamento di queste sostanze è alterato, si manifesta una tendenza verso la depressione e molti farmaci antidepressivi vanno proprio a regolarne il funzionamento. Negli individui depressi le alterazioni cerebrali sono riscontrabili anche a livello macroscopico, come indicano gli studi realizzati con tecniche di visualizzazione cerebrale, come la Risonanza Magnetica. Per esempio, sono state osservate riduzioni di volume dell’amigdala, un piccola struttura situata nella profondità del cervello e coinvolta nella gestione delle emozioni, ma anche una ridotta attività nella formazione di nuovi neuroni all’interno dell’ippocampo, strettamente correlato da un punto di vista funzionale con l’amigdala, oltre a essere coinvolto nei processi di memoria e apprendimento.

## Più o meno ottimisti, questione di... cervello

*L'ottimista vede opportunità in ogni pericolo al contrario del pessimista che vede pericoli in ogni opportunità (Winston Churchill).*

Ottimisti, pessimisti, maggiormente predisposti a uno sguardo triste sulla realtà che più facilmente può condurre a una vera e propria depressione: questione di genetica, di interazione con l'ambiente (epigenetica) o casualità?

Un dato è indubbio: ci sono luoghi nella corteccia cerebrale, aree cerebrali (corteccia cingolata anteriore, amigdala) deputati all'ottimismo. Sono le zone del cervello che aiutano a guardare i cambiamenti come opportunità e a non concentrarsi sulle difficoltà e sui problemi. Sono le aree che, etologicamente, hanno orientato e facilitato lo sviluppo umano. Il cervello dell'uomo è infatti orientato a non focalizzarsi sul peggio: i lobi frontali, deputati a prevedere il futuro, selezionano solo i dati positivi e tendono a ignorare quelli negativi, ossia a mettere in luce il futuro migliore di come sarà realmente.

I pessimisti, pur avendo uno sguardo più realistico, razionale e oggettivo della realtà, di contro non riescono a superare le difficoltà e frenano qualsiasi spinta a evolversi e a progredire.

E questo può generare depressione.

Ci sono poi situazioni particolari, eventi stressanti come lutti, la disoccupazione, l'aumento della povertà, in grado di mettere a dura prova i circuiti dell'ottimismo che devono così fare un lavoro supplementare, soprattutto in alcune fasi delicate della vita come l'adolescenza e la vecchiaia.

I pessimisti, oltre a un rischio più elevato di depressione, hanno anche maggiori rischi cerebro cardiovascolari e metabolici. Le persone affette da depressione e ansia hanno un assetto cognitivo che le spinge a ritenere gli eventi futuri facilmente negativi e a giudicare la possibilità di eventi positivi come meno probabili. Fino ad arrivare a vere e proprie alterazioni cognitive come quella di cogliere dal volto altrui solo segnali negativi.

## La cura della depressione

La depressione si può curare. Come?

La ricerca scientifica indica che un'alta percentuale di persone che soffrono di depressione (circa il 70%) risponde positivamente ai trattamenti farmacologici quando le cure sono prescritte in dosi corrette e per la durata necessaria.

Qualora non vi fosse una risposta soddisfacente al primo tentativo di cura antidepressiva è corretto provare un diverso antidepressivo.

Non esiste un farmaco antidepressivo più efficace di un altro in maniera assoluta, perché ciascun individuo ha una sua modalità specifica di risposta e quindi non è possibile a priori stabilire quale antidepressivo per lui sarà quello efficace. La terapia deve essere sempre personalizzata e cucita quindi su misura.

Oltre a quello farmacologico vi sono poi oggi disponibili altri trattamenti, come la psicoterapia, la terapia integrata psico-farmaco psicoterapica, la terapia elettroconvulsivante, la terapia con luce bianca. Ognuno di questi approcci ha specifiche prescrizioni.

Per esempio il trattamento farmacologico e psicoterapico integrati tra loro hanno un tasso di successo dal 60 all'80%. Questa modalità integrata è particolarmente indicata nelle forme di depressione protrate, che mostrano la persistenza di sintomi tra un episodio e l'altro, e nelle forme in cui farmaci o psicoterapia da sola non si siano dimostrati efficaci.

## Chi cura la depressione

La depressione deve essere, prima di tutto, diagnosticata e, successivamente, curata. Ma chi si occupa concretamente di questa malattia?

Vi sono diverse figure professionali che possono curare la depressione:

1. Lo psichiatra. In quanto specializzato nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi psichici e in particolare delle forme cosiddette maggiori. Spesso lo specialista in psichiatria ha anche una formazione psicoterapeutica.
2. Il medico di medicina generale. Spesso è colui che per primo riscontra segni clinici suggestivi di depressione. In questo caso può avviare il trattamento o indirizzare allo specialista.
3. Il neurologo. Pur avendo una formazione prevalentemente organica, è in grado di impostare una corretta diagnosi e terapia.
4. Lo psicologo. Deve avere però, oltre alla formazione di base, anche una specifica formazione ed esperienza nel campo della psichiatria. È fondamentale, inoltre, che collabori sempre con uno specialista in psichiatria per quanto concerne la gestione delle cure farmacologiche.

Queste figure operano sia nell'ambito privato che nelle strutture pubbliche. Per le forme più gravi, oltre a psichiatri e psicologi, è prevista la presenza anche dell'infermiere psichiatrico e dell'assistente sociale.

## Come consultare uno psichiatra

Dal punto di vista pratico, come orientarsi per consultare uno psichiatra?

L'organizzazione dei servizi di salute mentale è presente da qualche anno in maniera capillare nel nostro paese.

Esistono, infatti, su quasi tutto il territorio nazionale centri di salute mentale dove operano équipe multiprofessionali composte da psichiatri, psicologi, assistenti sociali e infermieri. Sono abilitati e formati nella diagnosi e nel trat-

tamento delle malattie psichiatriche, tra cui la depressione. Sono inoltre presenti, nelle città sedi di università mediche, servizi psichiatrici universitari il cui accesso è analogo a quello degli altri servizi pubblici.

A fianco dei servizi pubblici e servizi specialistici universitari vi sono strutture private (cliniche e poliambulatori, istituti) che si occupano con specifica competenza del trattamento della depressione.

Il trattamento dei disturbi depressivi si fonda su interventi di varia natura che possono essere usati singolarmente o in modo associato. Gli interventi terapeutici sono di due tipi: **biologici** e **non biologici**.

Gli **interventi biologici** possono a loro volta essere distinti in **interventi farmacologici** e **non farmacologici**, mentre quelli **non biologici** possono essere distinti in **psicoterapeutici** e **non-psicoterapeutici**.

Tra le terapie biologiche un ruolo fondamentale ha la *farmacoterapia*, mentre fra le terapie non biologiche ha un ruolo preminente la *psicoterapia*. L'intervento terapeutico va sempre preliminarmente motivato per quanto riguarda le sue finalità, le modalità con cui verrà attuato e la sua durata prevedibile, i risultati attesi e i possibili rischi a esso connessi, in modo da garantire al paziente il massimo livello di informazione possibile e l'espressione di un consenso realmente informato al trattamento. La cura della depressione non può prescindere dalla creazione di una *significativa relazione terapeutica* col paziente e dall'assunzione da parte del curante di un *atteggiamento supportivo*, necessario a sostenere psicologicamente il paziente durante tutte le fasi della cura. Curare una persona affetta da depressione vuol dire anche garantire un monitoraggio frequente delle condizioni cliniche dell'assistito, uno sforzo continuo per assicurarne l'aderenza alle cure, al fine di evitarne premature interruzioni, oltre che una adeguata "educazione" del paziente ed eventualmente dei suoi familiari. Questa va intesa sia come

informazione chiara e possibilmente semplice sulla natura della depressione, sui trattamenti (soprattutto in termini di risultati attesi e possibili eventi avversi) e sui loro limiti eventuali, sia come indicazione e promozione di stili di vita funzionali al miglioramento della depressione e in generale dello stato di salute (alimentazione, sonno, attività fisica, uso del fumo, dell'alcol e di ogni eventuale sostanza d'abuso). Qualunque decisione inerente all'uso o alla modificazione delle terapie in atto, va sempre puntualmente condivisa con il proprio curante.

## **1. I farmaci in base al tipo di depressione**

Il trattamento con *farmaci antidepressivi* è la forma più comune di cura della depressione. Secondo la gran parte delle linee guida internazionali questa classe di farmaci è indicata per lo più come trattamento di prima scelta nella terapia della depressione maggiore, soprattutto se di livello moderato o grave, giacché la loro efficacia nelle forme di depressione di livello lieve non sembrerebbe superiore a quello della psicoterapia.

L'uso degli antidepressivi si estende comunque alla maggior parte dei quadri clinici di depressione, anche se di tipologia diversa dalla depressione maggiore, incluse le cosiddette depressioni dovute a condizioni mediche generali o a uso di sostanze, le quali potranno essere utilmente trattate con i farmaci antidepressivi qualora l'eliminazione della causa primaria non sia stata possibile o non abbia dato luogo a una piena remissione della sindrome depressiva. I farmaci antidepressivi vengono in genere raggruppati in diverse categorie, prevalentemente in base al meccanismo d'azione o alla loro struttura chimica. Tutti i farmaci antidepressivi agiscono, con diversi meccanismi d'azione, ripristinando lo stato disfunzionale dei circuiti neuronali serotonergici, noradrenergici e dopaminergici verosimilmente implicati nella patogenesi della depressione.

Si deve immaginare l'esistenza di un continuum in ordine crescente di gravità: la depressione minore o sottosoglia, la depressione maggiore di lieve gravità, la depressione maggiore di media gravità, la depressione maggiore di elevata gravità. L'ef-

ficacia degli antidepressivi cresce al crescere di questo continuum depressivo e diventa clinicamente rilevante nelle forme maggiori di intensità medio-grave. Il loro impiego andrebbe riservato solo alle forme depressive maggiori di intensità medio-grave. Nelle forme depressive minori vengono viceversa suggeriti approcci di tipo psicologico che possano supportare il paziente fornendogli, quanto meno, quei fattori curativi tipici del placebo, come la presa in carico, il tempo dedicato al paziente, il vissuto positivo di essere curati, e altri ancora, che di per sé hanno comunque un importante valore terapeutico. Forme sottosoglia di depressione vengono trattate con benzodiazepine, che hanno solo un'azione contro l'ansia e nessuna efficacia antidepressiva. Questo perché, in circa due casi su tre, le forme depressive si accompagnano a sintomi ansiosi e a insonnia, sintomi sui quali le benzodiazepine sono piuttosto efficaci. Le benzodiazepine rimangono un trattamento molto diffuso nelle forme di ansia acuta, breve e transitoria. Per quanto concerne, invece, il trattamento delle forme subcliniche (sottosoglia) e lievi, i dati ora disponibili indicano sostanzialmente una parità di efficacia tra gli interventi farmacologici, quelli psicoterapici e quelli in ambito psicoeducativo e psicosociale.

## **2. Farmacoterapia**

La terapia farmacologica rappresenta sempre più la terapia cardine del trattamento della depressione. Gli altri tipi di trattamento, anche se efficaci, vengono unanimemente considerati più come un'integrazione ai medicinali che come sostituti dei farmaci.

Il trattamento della depressione si attua in quattro diversi momenti o fasi. Le prime due sono l'emergenza vera e propria (come per esempio il tentato suicidio o momenti particolarmente complessi e a rischio) e gli interventi per la cura dell'episodio acuto (depressione in atto). Le due fasi successive riguardano interventi di consolidamento della remissione dei sintomi e/o prevenzione delle ricadute e interventi di prevenzione delle recidive.

Le prime due fasi sono volte a controllare prima, e a eliminare poi, non solo delle condotte a rischio, ma anche la sintomatologia depressiva e consentono il ritorno a uno stato di benessere. Le fasi seguenti sono volte, invece, a prevenire eventuali ricadute, o meglio una nuova attivazione dei sintomi e normalmente durano sei mesi.

Dopo l'ultima fase e, soprattutto, nelle forme ricorrenti (tre o più episodi) viene attuata una terapia di mantenimento volta a prevenire la comparsa di un nuovo episodio depressivo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di iniziare una terapia di mantenimento per nove mesi, dopo la scomparsa dei sintomi depressivi, se la persona ha avuto tre episodi depressivi, di cui almeno due negli ultimi cinque anni, le cure vanno protratte per almeno 3-5 anni. Con questa strategia si sono ridotti del 50% i rischi di ricaduta.

Sono attualmente disponibili differenti tipi di farmaci antidepressivi utilizzabili nel trattamento della depressione.

Ciascuna di queste classi di farmaci funziona in un modo un po' differente.

Nel complesso si tratta di cure che facilitano comunque un aumento dei neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina) a livello delle sinapsi cerebrali, ossia i punti di contatto tra due cellule nervose. Servono per propagare gli impulsi nervosi e stimolare i recettori. Questi farmaci svolgono quindi una correzione dei meccanismi biochimici alterati. Ma il loro meccanismo d'azione non solo potenzia i neurotrasmettitori implicati nella malattia (effetto desiderato), ma può provocare anche alcuni **effetti secondari iniziali quali nausea, disturbi gastrointestinali**, che in ogni caso sono temporanei, transitori e dipendenti dalla dose. Sono in ogni caso farmaci efficaci che vanno scelti in maniera mirata e assunti in modo regolare secondo regole precise e per una durata sufficiente di tempo.

L'azione dei farmaci risulta evidente dopo un periodo variabile che va da 4 a 6 settimane, ma può essere necessario anche più tempo per raggiungere il massimo di efficacia. Esiste poi la risposta individuale, anche se tutti i farmaci sono potenzialmente efficaci. La decisione su quale tipo di farmaco sce-

gliere dipende dal tipo di depressione, dalle caratteristiche della persona e dal profilo degli effetti collaterali del farmaco, nonché dalle caratteristiche metaboliche del soggetto (rapido o lento metabolizzatore).

Sulla base delle diverse e specifiche modalità di azione sui sistemi che regolano la trasmissione nervosa, si riconoscono alcune classi di farmaci:

- Antidepressivi classici

Bloccanti non selettivi della **ricaptazione, ossia il processo con cui vengono inattivati i neurotrasmettitori** (triciclici).

Sono farmaci in commercio da molti anni e bloccano in modo variabile e non specifico la ricaptazione di noradrenalina e serotonina. Si tratta di principi attivi efficaci che però possono dare effetti collaterali di tipo sedativo e cardiovascolare. Sono pertanto controindicati in pazienti con glaucoma, ipertrofia prostatica e disturbi cardiaci e negli anziani in genere.

- Inibitori irreversibili delle monoaminoossidasi

Possono dare ipertensione e il loro uso richiede particolari restrizioni dietetiche e un'attenzione particolare alle possibili interazioni farmacologiche.

- Inibitori reversibili delle monoaminoossidasi

Sono farmaci associati a un minor rischio degli effetti di cui sopra e non richiedono restrinzioni dietetiche.

- Antidepressivi di nuova generazione

a) Bloccanti selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI).

I farmaci SSRI sono oggi considerati tra i farmaci di prima scelta per il trattamento acuto e a lungo termine della depressione maggiore per la loro efficacia, il loro profilo di tollerabilità e il basso profilo di tossicità in caso di uso in dosi superiori a quelle terapeutiche. Poiché buona parte di questi farmaci ha indicazione per i più frequenti tipi di disturbi d'ansia e correlati (disturbo d'ansia generalizzata, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico, disturbo d'ansia sociale, agorafobia) essi sono particolarmente utili nei casi in cui la depressione sia in comorbidità con distur-

bi d'ansia o nei casi in cui le manifestazioni sintomatologiche di tipo ansioso, intrinseche alla depressione, siano particolarmente intense.

b) Bloccanti della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI).

I farmaci SNRI sono ugualmente considerati farmaci di prima scelta in virtù della loro efficacia, tollerabilità e profilo di relativa sicurezza in caso di sovradosaggio. Tenuto conto del loro profilo d'azione "duale" (azione sia sulla noradrenalina che sulla serotonina) vengono ritenuti efficaci anche in forme più severe di depressione; essi sono considerati dotati anche di una intrinseca attività antidolorifica che li rende utili nei casi di depressione con marcati sintomi dolorosi di tipo somatico o nei casi di comorbidità della depressione con malattie che comportano dolori intensi o persistenti (es. dolori neuropatici, fibromialgia). Infine, la loro azione sui disturbi d'ansia (soprattutto il disturbo d'ansia generalizzata) li rende particolarmente utili in casi di comorbidità depressivo-ansiosa, che sono particolarmente frequenti nella comune pratica clinica.

Gli SSRI e SNRI condividono molti degli effetti collaterali più comuni. Tra questi alcuni sintomi gastroenterici (nausea, vomito, epigastralgia), la cefalea, le difficoltà sessuali (riduzione della libido, ipo/anorgasmia nelle donne, ritardo della eiaculazione, talora deficit erettile nell'uomo), l'aumento di peso, seppur di grado e durata variabile da caso a caso. Alcuni effetti cardiovascolari, tra cui in particolare l'aumento della pressione arteriosa, sono possibili specificamente con gli SNRI. L'eventuale comparsa (o aumento) dell'ansia, dell'irritabilità e dell'irrequietezza psicomotoria e la comparsa o l'aggravamento dell'insonnia sono un'eventualità un po' meno frequente, comune sia agli SSRI che agli SNRI, che in genere avviene soprattutto nel periodo iniziale del trattamento. Va segnalato che soprattutto gli SSRI sono implicati, a causa della inibizione della funzionalità delle piastrine, nell'aumentato rischio di manifestazioni emorragiche soprattutto nel tratto gastroenterico, in particolare se associati ad altri farmaci (es.

gli antinfiammatori non steroidei, FANS) che hanno un'azione simile.

Gran parte degli effetti collaterali citati tendono ad attenuarsi nelle prime settimane di terapia, sebbene alcuni possano persistere, come per esempio gli effetti sessuali e l'aumento di peso, potendo diventare motivo di sospensione del farmaco.

- Bloccanti della ricaptazione della noradrenalina (NARI)

Questa classe di farmaci agisce bloccando la ricaptazione della noradrenalina. Seppur efficaci sono caratterizzati da effetti collaterali, prevalentemente disturbi del sonno e della pressione arteriosa.

- Antidepressivi a meccanismo atipico

Queste sostanze agiscono a livello dei recettori e non della ricaptazione, coinvolgendo sia le vie dopaminergiche che quelle serotoninergiche-noradrenergiche. Queste molecole sono molto diverse tra loro, sia per il meccanismo d'azione sia per quanto concerne gli effetti collaterali.

Sono comunque efficaci e gli effetti collaterali sono contenuti e transitori.

- Antidepressivi con modalità multimodale

Le molecole antidepressive con modalità “multimodali”, cioè capaci di agire contemporaneamente su diversi meccanismi d'azione e su diversi neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina) potrebbero agire specificatamente su alcuni domini sintomatologici della depressione quali quelli cognitivi.

- Altri trattamenti farmacologici

- a) Stabilizzatori dell'umore

In alcuni casi di depressione, in particolare la depressione ricorrente o la depressione in corso di disturbo bipolare, si utilizzano i cosiddetti stabilizzatori dell'umore (antiepilettici) e anche farmaci appartenenti alla categoria degli antipsicotici di “seconda generazione”.

## b) Benzodiazepine

L'uso di benzodiazepine (ansiolitici, induttori del sonno) in associazione alle terapie antidepressive può essere utile in alcuni casi come per esempio nelle prime fasi della terapia antidepressiva in attesa che questa dia i primi miglioramenti, nei pazienti con alti livelli d'ansia, tensione e irrequietezza, oltre che in caso di insonnia.

Il loro uso deve essere, però, transitorio e monitorato dal medico perché possono indurre un'abitudine nel consumo e a volte un loro abuso.

## **Effetti collaterali dei farmaci contro la depressione**

Tra gli effetti indesiderati più comuni degli antidepressivi classici si riscontrano: secchezza della bocca, disturbi visivi, stitichezza, vertigini, sonnolenza, variazioni del peso corporeo, insonnia, irrequietezza e mal di testa. Particolare attenzione va posta nei confronti dei disturbi della funzione urinaria, sessuale e cardiovascolare. In particolare negli anziani questi effetti possono essere più intensi e gravi: il loro uso in questa categoria di pazienti deve essere più che motivato e ben monitorato.

Gli effetti indesiderati più comuni degli SSRI e SNRI sono nausea, riduzione dell'appetito, tremori, disturbi del sonno. Si tratta comunque in genere di effetti transitori che compaiono solo nel 10-15% dei soggetti trattati. Non richiedono diete particolari, non inducono aumento di peso, non vi sono particolari interazioni con altri farmaci. Sono sicuri anche per pazienti anziani o con malattie organiche.

In conclusione, il profilo rischio-beneficio degli SSRI, SNRI e degli antidepressivi multimodali è spesso migliore di quello di un antidepressivo triciclico tradizionale per la presenza di minori effetti collaterali, migliore tollerabilità con una conseguente maggiore adesione ai trattamenti.

Nessuno dei farmaci antidepressivi induce dipendenza o assuefazione.

Il loro uso, seppure per lunghi periodi, sotto questo profilo è sicuro. Anche la tossicità, almeno per quelli di nuova generazione, è molto bassa.

### **3. Quali regole è importante conoscere per l'assunzione dei farmaci e la gestione degli effetti collaterali**

#### **Regole generali**

Il farmaco va assunto rispettando le indicazioni di dose, di orario e di durata prescritte.

La terapia non deve essere sospesa o modificata senza una previa consultazione medica.

L'assunzione di farmaci in concomitanza con altre terapie va segnalata per evitare eventuali interazioni.

Eventuali fastidi e/o effetti collaterali durante il trattamento vanno comunicati al medico di famiglia e/o allo psichiatra.

In caso di secchezza delle fauci il consiglio è quello di bere molta acqua, tenere in bocca caramelle senza zucchero e curare in maniera adeguata l'igiene dentale e orale.

È fondamentale prediligere un'alimentazione a base di frutta, verdura e pesce.

In caso di stitichezza bisogna assumere regolarmente fibre e liquidi, limitando se possibile, l'uso di lassativi.

È utile fare movimento all'aria aperta per contrastare i potenziali effetti negativi sulla pressione arteriosa.

Importante è conservare i farmaci lontano dalle sorgenti di calore e non tenerli in bagno, come spesso accade, perché calore e umidità possono degradarli.

I farmaci vanno sempre posizionati in luoghi non facilmente raggiungibili dai bambini.

Se ci si accorge di aver saltato una dose dopo 6-8 ore, assumere la dose successiva in dose singola. Non va mai raddoppiata.

Contenere il consumo di caffè, the, bevande contenenti caffeina, e ridurre al massimo o abolire l'assunzione di vino, birra e alcolici in genere.

Informare gli altri medici (dentista, anestesista, ecc.) circa l'assunzione di farmaci antidepressivi: spesso non è necessario interrompere o, eventualmente, farlo solo per pochi giorni.

In generale, durante la terapia con antidepressivi possono essere tranquillamente assunti contraccettivi orali.

## Farmaci in gravidanza

Un aspetto particolare riguarda l'uso degli antidepressivi nelle gestanti, dati i rischi per la gravidanza e il feto connessi al loro uso. In effetti la recente letteratura segnala, in caso di esposizione ad antidepressivi in gravidanza, un rischio lievemente aumentato di nascite pretermine, di basso peso alla nascita e di basso indice di Apgar nei neonati, un maggiore rischio di sindrome da “scarso adattamento neonatale” .

In autorevoli linee guida, gli SSRI sono indicati come farmaci di prima scelta nel trattamento della depressione in gravidanza, sebbene, tenuto conto dei rischi che, seppur limitati, esistono nell'esporre una donna agli antidepressivi nel primo trimestre, sia ritenuto consigliabile optare per un approccio di tipo psicoterapeutico, a meno che non si tratti di casi di particolare severità del quadro clinico o se si è in presenza di un significativo rischio suicidario. In ogni caso, la scelta del trattamento andrebbe discussa preventivamente con la donna, dopo averla informata non solo dei rischi del trattamento farmacologico ma anche di quelli del mancato trattamento della depressione, che sembra aumentare il rischio di prematuri, interruzioni e forse di preeclampsia.

In linea di massima una donna in cura con antidepressivi, può proseguire, con le opportune modifiche di dosaggio e concordate con il curante, la gravidanza senza un aumento del rischio di malformazioni rispetto la popolazione generale.

Analogo approccio viene consigliato nel caso della depressione postpartum, per la quale viene in linea generale considerato preferibile un approccio psicoterapico, con preferenza per il trattamento farmacologico, in casi clinicamente gravi e/o con rischio suicidario. Anche in questi casi, vanno valutati assieme alla donna non solo i rischi per il neonato legati all'allattamento al seno, ma anche il rischio delle mancate cure della depressione, con riferimento alle possibili conseguenze negative di una persistente depressione materna severa sull'accudimento affettivo del piccolo, sullo sviluppo di adeguati legami di attaccamento e sullo stesso sviluppo somatico e cognitivo del bambino. Peraltro, va considerato che in caso di trattamento farmacologico durante l'allattamento, alcuni farmaci, per il

loro scarso o irrilevante passaggio nel latte materno, sono indicati come sicuri.

### **Soggetti con patologie cardiovascolari**

Nel caso di persone affette da problemi del ritmo, precedenti situazioni ischemiche, pazienti post infartuati o affetti da angina pectoris, vanno utilizzati con cautela gli antidepressivi triciclici in quanto agiscono sul ritmo cardiaco complicando così lo stato di salute generale.

In questi casi è meglio assumere SSRI, SNRI che possono essere utilizzati, pur considerando le specifiche controindicazioni di alcuni antidepressivi, seguendo il dosaggio prescritto dallo specialista.

Discorso analogo per problemi di ipertensione arteriosa o insufficienza cardiaca dove sono sconsigliati i triciclici.

### **Pazienti con glaucoma**

In caso di glaucoma va assolutamente evitato l'uso di antidepressivi triciclici che possono, con la loro azione, aggravare la patologia oculare.

### **Chi soffre di ipertrofia prostatica**

Anche i pazienti affetti da ipertrofia prostatica devono evitare l'uso di antidepressivi triciclici perché possono avere un impatto negativo sulla patologia prostatica.

### **Il paziente depresso anziano**

La depressione nell'anziano ha una frequenza del 13-25%. Spesso è in copresenza di una malattia organica che può essere, a sua volta, influenzata dal decorso della depressione.

I soggetti anziani sono frequentemente in trattamento con più farmaci. Per questo motivo è particolarmente importante tenere conto sia delle modificate capacità metaboliche dovute all'età che delle interazioni farmacologiche con altre molecole, in particolare con steroidi, antiaritmici, anticoagulanti, antiasmatici. Per questo motivo è consigliabile utilizzare per il trattamento SSRI, SNRI o farmaci con modalità multimodale, piuttosto che antidepressivi triciclici.

Inoltre questi ultimi possono, a causa della loro azione, indurre disturbi dell'attenzione, concentrazione e memoria con ulteriore peggioramento delle capacità prestazionali, funzionali e relazionali dell'anziano compromettendone, in ultima analisi, la sua qualità di vita.

Al contrario l'uso degli SSRI, SNRI e multimodali oltre a una specifica azione sulla depressione, sembrano svolgere un'azione positiva a livello delle funzioni cognitive.

### **Farmaci e attività sessuale**

In alcuni soggetti i farmaci antidepressivi possono indurre delle difficoltà nella sfera sessuale, sia con una riduzione del desiderio, analogamente a quanto già avviene in seguito alla depressione stessa, sia con difficoltà nel raggiungere l'orgasmo o l'erezione ed eiaculazione. Questi sono spesso effetti transitori che, in ogni caso, scompaiono con l'interruzione del trattamento.

È bene però che il paziente ne parli apertamente con lo specialista per valutare l'eventuale uso di farmaci antagonisti, diminuzioni di dosaggio o cambiamento di farmaco.

### **Le psicoterapie**

Esistono diversi approcci di tipo psicologico al trattamento delle depressioni: cognitivo-comportamentale, interpersonale, psicodinamico, fenomenologico, ecc.

Gli studi più recenti indicano una percentuale di successo del 30-35% per la sola psicoterapia. Particolarmente indicata nelle forme lievi e moderate, dove il tasso di successo sembra più elevato. Nelle forme gravi invece il trattamento farmacologico rimane il punto basilare del trattamento pur beneficiando, anche in questo caso, di un approccio psicologico di supporto.

In senso generale le psicoterapie agiscono nel modificare alcune convinzioni o pensieri o attitudini (comportamenti) errati o a sostenere e aiutare in modo continuativo l'individuo. Il supporto psicoterapico è utile, infine, anche a migliorare le relazioni interpersonali e ad accrescere la propria autostima. Può essere particolarmente indicato un approccio psicoterapico nelle forme depressive cosiddette reattive o situazionali,

scatenate cioè da eventi specifici e limitati nel tempo (stress, lutti, conflitti personali e relazionali). La psicoterapia non va comunque considerata un'alternativa alla farmacoterapia, e, qualunque sia l'approccio della psicoterapia (cognitiva, comportamentale, analisi...), va sempre consigliata da uno specialista psichiatra.

### **Altre terapie biologiche**

Alcune modalità di terapia biologica costituiscono o una alternativa al trattamento farmacologico e/o psicoterapico della depressione, in casi in cui l'una e l'altra non hanno portato a utili risultati, oppure terapie aggiuntive, atte a potenziare i trattamenti, quando questi sono stati efficaci in modo parziale. La Terapia Elettroconvulsivante (TEC), basata sulla applicazione in regime di ricovero ospedaliero o di day hospital di una corrente elettrica a livello dello scalpo, tale da provocare un episodio convulsivo in una persona in condizione di anestesia e rilassamento muscolare farmacologicamente indotto, è la più antica forma di terapia biologica. Efficace in tutte le forme cliniche di depressione grave, trova elezione particolare nei casi di depressione grave, di tipo psicotico o con arresto psicomotorio, o con alto rischio suicidario. La TEC viene peraltro ritenuta più rapida della terapia farmacologica: usando 2-3 applicazioni settimanali, risulta in genere efficace dopo 6-9 applicazioni, risultando in genere ben tollerata. Infatti gli unici effetti secondari di un certo rilievo riguardano la sfera cognitiva (brevi episodi di confusione, deficit della memoria anterograda e/o retrograda, soprattutto di tipo autobiografico), per lo più transitori e reversibili, che sembrano dipendere nella loro intensità e durata dalle modalità di applicazione del trattamento (applicazione della stimolazione elettrica mono o bilateralmente, intensità e frequenza dello stimolo, numero e frequenza delle sedute settimanali ecc.).

La Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (RSMT) è una metodica biologica non invasiva che consiste nell'applicazione alla superficie dello scalpo di una stimolazione magnetica a bassa o alta frequenza, con comparsa dell'effetto antidepressivo.

sivo dopo circa 10 sedute (in genere un'applicazione quotidiana per 5 giorni consecutivi). Viene generalmente utilizzata nel trattamento acuto delle forme di depressione resistente in alternativa alla TEC, o come trattamento aggiuntivo in soggetti che hanno avuto una risposta subottimale, parziale ai trattamenti farmacologici e/o psicoterapici, mentre non ne è dimostrata un'azione preventiva sulle recidive. Essa è generalmente ben tollerata, con pochissimi e transitori effetti secondari (soprattutto cefalea e disestesie in sede di applicazione, in assenza di conseguenze sulle funzioni cognitive).

La Stimolazione del Nervo Vago (SNV) è una modalità di trattamento invasiva, già da tempo in uso per la terapia delle forme resistenti di epilessia e solo successivamente applicata alla depressione, consistente nell'impianto alla base del collo di un elettrodo apposto sul nervo vago di sinistra, che è collegato a un generatore di impulsi. La SNV non ha effetti nel migliorare la depressione nel breve termine, quanto piuttosto nel più lungo termine, per cui in genere viene indicata nel trattamento delle depressioni gravemente resistenti.

La Fototerapia (Light-Therapy, LT) consiste nella esposizione quotidiana alla luce brillante emessa da una specifica lampada fluorescente (intensità 10.000 lux) per circa 30 minuti al giorno, nella prima parte del mattino. Generalmente si ottiene una adeguata risposta nell'arco di 1-3 settimane. La LT ha come campo elettivo di applicazione il trattamento acuto di forme di depressione stagionale, per le quali viene considerata un trattamento di prima scelta; sebbene con evidenze meno forti, viene raccomandata come terapia aggiuntiva ai trattamenti antidepressivi nelle forme di grado lieve o moderato non stagionali che non hanno dato una risposta soddisfacente al trattamento farmacologico, mentre non ne è dimostrata l'azione di prevenzione delle recidive. È molto ben tollerata, con lievi e reversibili effetti collaterali (cefalea, senso di affaticamento agli occhi).

- Terapie in uso (in attesa di prove di efficacia)

La s-adenosilmetionina (SAMe) viene prodotta a partire dalla metionina con l'intervento di diversi enzimi e coenzimi tra cui i folati e la vitamina B12. Diversi studi hanno evidenziato

una correlazione tra basso livello di folati, vitamina B12 e numerose patologie neurologiche e depressione. Si riscontrano ridotti livelli di SAME anche in senescenza, gravidanza e durante periodi di stress. L'efficacia antidepressiva di questa molecola necessita di ulteriori studi di conferma, ma l'elevata tollerabilità e sicurezza ne favorirebbe l'impiego nelle sindromi depressive lievi-moderate (a dosaggi elevati) e in pazienti con patologie somatiche concomitanti.

Gli omega-3, ovvero gli esteri dell'acido eicosapentanoico (EPA) o dell'acido docosaesaenoico (DHA), venduti in genere in miscele, alle dosi di 1-2 grammi al giorno sono considerati trattamenti di seconda scelta nel trattamento delle forme lievi-moderate di depressione o come terapia aggiuntiva ai trattamenti antidepressivi nelle forme con risposta parziale.

L'Iperico (alias Erba di S. Giovanni) è l'unico fitoterapico che abbia una dimostrata azione antidepressiva nei trattamenti in acuto, limitatamente alle forme lievi-moderate, senza ancora documentata sicura efficacia nei trattamenti a lungo termine. Da segnalare per i disturbi d'ansia la L-Teonina e la passiflora. Anche la alfa-lattoalbumina, proteina del latte ricca di triptofano, ha dimostrato efficacia nel migliorare le prestazioni cognitive in soggetti ansiosi, con depressione lieve, altamente vulnerabili allo stress.

Inoltre spesso vengono utilizzati trattamenti "ricostituenti" o "vitaminici" di cui però non esiste nessuna prova documentata di efficacia e possono rivelarsi addirittura dannosi quando ritardano l'inizio di una corretta terapia antidepressiva.

Lo stesso vale per altri trattamenti quali la cura del sonno o le cosiddette medicine alternative (agopuntura, omeopatia) di cui, pur riconoscendo una loro efficacia in alcuni disturbi funzionali (lieve azione ansiolitica, blando rilassamento, effetti antidolorifici), tuttavia non esiste alcuna prova documentata della loro efficacia nel trattamento della depressione in quanto tale.

#### **4. La nutraceutica**

Una mano arriva anche dalla nutraceutica. Il termine è un neologismo che si riferisce ai termini "nutrizione" e "farmaceu-

tica” e indica i principi nutritivi contenuti negli alimenti e che hanno effetti benefici sulla salute.

Le attuali evidenze scientifiche dimostrano come il trattamento del disturbo depressivo maggiore possa giovare dell'utilizzo delle sostanze nutraceutiche. E, in particolar modo, dei folati e dell’N-acetil-cisteina. Diverse ricerche hanno evidenziato, infatti, come nel disturbo depressivo, a livello plasmatico, si riscontrino una riduzione di folati e, contemporaneamente, un aumento dei livelli di omocisteina. Questi fenomeni hanno un impatto sulle reazioni neuronali e sui sistemi di neurotrasmissione che possono portare a sintomi depressivi. Bassi livelli di folati e alti livelli di omocisteina nel sangue costituiscono più precisamente fattori di rischio per la depressione e non solo.

Sembra impattino anche sulla sintomatologia e sull'aumento della durata degli episodi depressivi, così come sulla frequenza e l'intensità delle ricadute. E di fatto una riduzione dell'introduzione di folati nella dieta si riscontra nei soggetti affetti da depressione. Inoltre, la severità dei sintomi depressivi è inversamente associata ai valori dei folati nel sangue, soprattutto per le donne.

Anche nei bambini e negli adolescenti affetti da depressione sono stati riscontrati livelli significativamente inferiori di folati nel sangue. La deficienza cerebrale di folati risulta, inoltre, essere l'alterazione più comune in adolescenti e giovani adulti con depressione resistente al trattamento. Al contrario un'elevata introduzione di folati e vitamina B6 attraverso la dieta sono associati con una bassa prevalenza dei sintomi depressivi in giovani adolescenti sani.

Per quanto concerne le donne in stato di gravidanza il discorso è più articolato e complesso. La premessa è che, nonostante le donne in attesa siano più suscettibili alle carenze nutrizionali a causa delle richieste del feto in crescita e continuino a esserlo diversi mesi dopo il parto, solo recentemente si è iniziato a investigare il ruolo dei nutrienti in relazione alla depressione durante il periodo prenatale.

I risultati della letteratura sono però discordanti. Due studi effettuati durante il primo trimestre di gravidanza non mostra-

no correlazioni significative tra la presenza di sintomi depressivi e livelli sferici di omocisteina e folati.

Altri studi mostrano, invece, come bassi livelli di folati nel plasma a ventisei e ventotto settimane di gestazione risultino associati a depressione prenatale, ma non alla depressione post partum; mentre alti livelli di omocisteina si riscontrano nelle donne affette da depressione post partum.

Inoltre, donne con sintomi depressivi e bassi livelli di folati nel sangue presentano gravidanze brevi e un basso peso alla nascita del bambino.

Per quanto riguarda invece la diminuzione dell'efficacia dei farmaci antidepressivi, ci sono studi che mettono in relazione la diminuzione dei folati nel sangue con lo scarso successo delle cure.

Al contrario, un'integrazione di folati può migliorare l'efficacia di alcuni farmaci antidepressivi, portando a una riduzione della severità dei sintomi depressivi e riducendo anche il tempo di ospedalizzazione nei casi più gravi.

In particolare, l'aggiunta di 15 mg/giorno di L-metilfolato può costituire un trattamento sicuro, efficace e relativamente ben tollerato in pazienti con disturbo depressivo maggiore che mostrano una parziale o nulla risposta ad altri trattamenti.

## **5. Tecniche di auto-aiuto**

Altri suggerimenti possono risultare molto utili per attenuare i sintomi di una depressione in atto e anche per prevenirla.

Ecco quali:

- diradare gli impegni per non sovraccaricare troppo la giornata;
- individuare dei progetti e partecipare ad attività costruttive;
- interrompere, se possibile, di tanto in tanto la routine abituale alternandola con attività piacevoli;
- apprendere tecniche di rilassamento che possano consentire di rilassare sia il corpo che la mente (training autogeno, yoga, meditazione, rilassamento progressivo, tecniche di respirazione, ecc.).

## 6. La dieta

Nel corso della depressione e del suo trattamento è bene cercare di evitare o quanto meno ridurre notevolmente le bevande alcoliche in quanto possono favorire sintomi quali stanchezza, svogliatezza e peggiorare quindi nel suo complesso il quadro depressivo.

Lo stesso vale anche per le sostanze cosiddette stimolanti come il caffè e il the. Il loro consumo eccessivo può infatti aumentare i livelli di ansia, irrequietezza, irritabilità e aggravare l'insonnia.

Dal punto di vista dietetico, nel caso di trattamento con gli inibitori della monoaminoossidasi (IMAO), è essenziale che il paziente abbia una lista delle bevande, degli alimenti e dei farmaci non consentiti per evitare pericolose interazioni.

Fondamentale poi è mantenere sane abitudini alimentari con una preferenza verso la dieta mediterranea (pesce, pasta, frutta, verdura) e adeguati apporti vitaminici, soprattutto di vitamina C e B6.

## 7. Cosa si può consigliare per aiutare una persona depressa a prendersi cura di sé

1. Insegnatele a riconoscere i segni della depressione.
2. Indirzzatela affinché venga fatta una diagnosi e, di conseguenza, un trattamento corretto.
3. Suggestele di non pretendere di fare tutto quello che faceva prima del disturbo, ma aiutatala a prepararsi un programma con obiettivi graduali.
4. Chiaritele bene che i pensieri di non riuscire a fare le cose, i sentimenti di colpa, di vuoto e di assenza di speranza sono parte integrante del quadro depressivo, ed è quindi la depressione che spinge a pensare negativamente.
5. Suggestele di non assumere decisioni importanti durante la malattia e di prendere, quindi, tempo.
6. Esortatela a collaborare in maniera piena con chi la sta curando e con le persone che le stanno vicine.

7. Raccomandatele di non assumere alcolici o sostanze stupefacenti in quanto, non solo diminuiscono l'efficacia della cura, provocando pericolosi effetti collaterali, ma possono causare o aggravare la depressione.
8. Avvisatela che, se dopo 4-6 settimane non sente nessun miglioramento o i sintomi addirittura si aggravano, sarà necessario modificare le terapie.
9. Raccomandatele che, non appena le sarà possibile, cerchi di stare in compagnia con altre persone, di partecipare ad attività ludiche o sportive (palestra, piscina) o artistiche (teatro, lettura, disegno, musica), di prendersi cura in pratica di se stesse, anche dal punto di vista alimentare. Fondamentale è anche l'attività fisica in quanto quest'ultima favorisce la produzione di sostanze che generano sensazioni piacevoli.
10. Esortatela a darsi il tempo necessario affinché i sintomi della depressione scompaiano fino a quando non si sentirà veramente meglio e sperimenterà di nuovo un sentimento di piacere e interesse per l'esistenza.

# Testimonianze

Si tratta di storie “vere”. I nomi sono però di fantasia, così come i riferimenti a luoghi e persone, e tutti i possibili indizi che possano portare a un’eventuale identificazione dei protagonisti dei racconti.

► **Irene**

85 anni, ex impiegata di Monza

“Lo sa dottore che anni felici ho passato io?”. Questo l’esordio, un po’ inconsueto per chi soffre di depressione, della conversazione con una donnina esile, un po’ inarcata, ma dallo sguardo vispo.

Entra in studio accompagnata dalla figlia che la tiene a braccetto. La sostiene con energia. Poi Irene appoggia il bastone, si siede e, con voce decisa, inizia il racconto.

“Mi sono risposata a settant’anni. Ho trovato solo allora il vero amore della mia vita. Ma che amore! Una vicinanza di quel tipo non l’avevo mai sperimentata con nessuno. Eravamo felici e ci intendevamo guardandoci negli occhi. E... c’era pure attrazione fisica. Lui era vedovo. Mi ricordo con esattezza la prima volta che l’ho incontrato. Sono entrata in quel bar in centro con la mia più cara amica e lui era lì a giocare a carte, come fanno spesso gli anziani. Ma subito mi aveva colpita. Quegli occhi, così azzurri da sembrare trasparenti. Ci passavi attraver-

so. Quegli occhi con cui ho iniziato a comunicare sin da subito. C'era un'intesa perfetta fin dal primo sguardo. Abbiamo così iniziato a frequentarci, timidamente.

A una certa età sembra buffo fare e ricevere avance. Poi non abbiamo avuto dubbi: perché non sposarci? Anche i nostri figli erano felici e non hanno in alcun modo ostacolato la nostra scelta, anzi. Il nostro matrimonio è stato un sogno! Ve la immaginate una festa con tanti anziani che ballano?

Del resto la nostra non era una delle solite storie tristi da terza età, una di quelle relazioni basate sull'aiuto reciproco, per l'amore di Dio, non che ci sia qualcosa di male!

No, la nostra era tutta un'altra storia, fatta di amore e passione. Con Edoardo ho vissuto dieci anni fantastici e anche molto divertenti.

Poi", e qui il tono di voce di Irene muta totalmente, le parole escono a fatica, trattiene a malapena le lacrime, "l'infausta diagnosi, lapidaria: tumore al fegato. Aspettativa di vita: tre mesi. Un periodo infernale, di dedizione totale da parte mia, ma la sua sofferenza... e poi l'idea che tutto sarebbe finito di lì a breve...".

Edoardo viene a mancare e la vita di Irene si trasforma totalmente, muta in maniera repentina, addirittura ancora di più di quanto la donna potesse lontanamente immaginarsi.

Irene inizia a spegnersi. Solo quando parla di Edoardo sembra, per un istante, quella di un tempo, ma quando pensa alla malattia, quando si ritrova in casa da sola, cede irrimediabilmente alla depressione. Irene diventa un'altra persona. Non dorme e mangia poco e male. Lei, così attenta e vispa, ogni tanto ha difficoltà di concentrazione e perde un po' la memoria, complice anche l'età.

Viene così impostata una terapia farmacologica, ma viene anche caldamente consigliata l'attività fisica, fondamentale per le persone anziane, anche per l'ottima ripercussione sul funzionamento intestinale. Un altro aspetto che viene attentamente valutato è il supporto familiare. La figlia è presente durante la visita. È disponibile, e questa è una grande risorsa per le persone anziane. Irene, adagio, adagio migliora. Ora è più serena.

## ► **Alberto**

60 anni, libero professionista nell'ambito della finanza. Sposato con un figlio ventiquattrenne. Milanese di origine, vive tra Parigi e il capoluogo lombardo

La storia di Alberto inizia con il racconto delle sue seconde nozze. All'inizio un idillio coronato dal grande trasporto psicologico e fisico. Poi, con l'andare del tempo, la situazione muta. La nuova compagna si mostra spesso poco partecipe ai successi professionali del marito, anzi sembra quasi che lei ne sia infastidita. Più le cose vanno bene dal punto di vista lavorativo per lui, più lei si mostra scontenta, distaccata, se non addirittura alterata e scontrosa. Al tempo stesso la donna inizia ad accollarsi una serie infinita di problemi che neppure la riguardano e, immancabilmente, li riversa sul marito. La coppia si allontana così sempre di più. Alberto percepisce progressivamente anche la distanza fisica, oltre che quella psicologica. Proprio lui che è sempre stato particolarmente attratto dalla compagna. Quando la crisi all'interno della coppia si acuisce e la situazione diviene via via più complessa, il figlio lascia la casa per trasferirsi all'estero per motivi di studio. I due rimangono quindi soli in un'abitazione enorme che diventa sempre più vuota e triste. Le tensioni aumentano e l'atmosfera ad Alberto pare insopportabile. Inizia così a non dormire più la notte. Si sente soffocato da una situazione che lo strangola. Si percepisce come un coniglietto impaurito e la moglie, di contro, gli appare come l'inquietante personificazione di un leone. Lui, un uomo in gamba, grintoso sul lavoro. Stenta quasi a riconoscersi. Vive in un ossimoro costante e si sente in gabbia.

Il suo progressivo stato di prostrazione lo porta dallo psichiatra che gli diagnostica una lieve depressione da tenere a bada coi farmaci.

Poi una mattina, la svolta.

È in riunione come spesso accade, quando gli viene in mente di avere nel taschino un biglietto con il numero telefonico di una conoscente. Non perde tempo, la chiama. La sua sarà pure una scelta impulsiva, ma lui si sente istantaneamente meglio. I due fissano così, in gran segreto, un incontro. Nel giro di

pochissimo tempo scatta una relazione. È un mix di amore, affetto e sesso. Questa nuova situazione dà conforto ad Alberto, gli offre un senso di profonda consolazione anche se, talvolta, prova sentimenti contrastanti e percepisce il senso di colpa. Nel complesso sta comunque meglio. Ha la sensazione di essere uscito da una situazione claustrofobica. Gli sembra che il cancello della sua gabbia sia stato finalmente aperto. E ha più fiducia in se stesso perché è riuscito "a osare". Sente di potersi nuovamente sperimentare e lo sguardo nei confronti dell'esistenza è quindi mutato totalmente.

Grazie ai farmaci e al supporto psichiatrico l'ottica con cui guarda il mondo è un'altra e Alberto è tornato quello di un tempo.

## ► **Davide**

16 anni, studente di Como

Alto, dinoccolato, in fase di maturazione fisica, Davide entra in studio con un'andatura insicura. Lo sguardo rivolto verso il basso, le spalle ricurve e le dita che spuntano a malapena da una felpa oversize. È timido, tendente all'introversione. Si siede sulla punta della sedia e racconta con un filo di voce di essere stato oggetto di qualche episodio di bullismo da parte dei compagni di classe. Cerca di minimizzare durante la narrazione. Ma è evidente che sono numerose le situazioni, non certo piacevoli, che lo hanno profondamente ferito e messo in imbarazzo. Appare visibilmente scosso.

Poi, durante il racconto, emergono con fatica, tante sfaccettature diverse legate al suo malessere: la sua timidezza, diventata oggetto di scherno e derisione anche per gli insuccessi in ambito affettivo e i genitori, in particolare la mamma, sempre in alto stato di allerta e di preoccupazione per le sue difficoltà relazionali e scolastiche.

Davide, inoltre, non si impegnava più da tempo a scuola e questo costituisce un ulteriore problema non da poco per la madre insegnante. Il ragazzo, contemporaneamente, aveva anche sviluppato un alto livello di ansia con ripercussioni fisiche significative a livello gastro intestinale. Si era così innescato un

meccanismo molto difficile da sostenere. La crescita dell'ansia ipocondriaca lo aveva infatti portato a un primo episodio di panico, a cui ne erano seguiti numerosi altri.

La diagnosi a questo punto non lasciava dubbi: oltre a uno stato di ansia acuta, c'era anche uno stato depressivo.

Vennero individuati alcuni punti di fragilità, rappresentati da una scarsa autostima, esacerbata anche dalla paura della futura autonomia e dal timore che crescendo sarebbero aumentati i conflitti tra i genitori, già in crisi tra loro e che rimanevano uniti proprio perché lui non era ancora cresciuto abbastanza.

A Davide venne, quindi, proposta una terapia con antidepressivi appropriata per questa tipologia di paziente, che si impegnò con gradualità ad assumere, abbinata a un percorso di psicoterapia cognitiva.

Dopo alcuni mesi, la situazione migliorò in maniera significativa.

L'ansia cessò gradualmente e migliorò anche il tono dell'umore. Davide fu promosso a scuola e organizzò per la prima volta un periodo di vacanza con gli amici.

L'identificazione delle cure adeguate sia farmacologiche che psicoterapiche ha permesso al ragazzo un rapido recupero e il desiderio di tornare a vivere come un adolescente.

La stima di sé si rafforzata notevolmente e ora Davide sta bene.

## ► **Tiziana**

25 anni, architetto di Bologna

Tiziana è bella, ha i capelli lunghi, ben curati, è vestita con gusto e si muove con delicatezza. Di buona e facoltosa famiglia, ha i genitori separati. Ma è una storia vecchia, risalente alla sua tenera età. Il nuovo compagno della madre l'aveva cresciuta amorevolmente. Il padre naturale, invece, un manager di grande successo, aveva avuto un'altra famiglia e altri figli e si occupava poco di lei.

Tiziana, pur vivendo in un ambiente molto protetto, ha sviluppato nel corso del tempo un profondo senso di inadeguatezza, di fragilità e insicurezza, anche rispetto alle prime

scelte affettive. Fin dall'adolescenza era in uno stato costante di allerta e di ansia, riferito soprattutto all'aspetto fisico e alla salute.

Spesso a dieta per il timore di ingrassare o su internet a cercare assicurazioni circa eventuali gravi malattie che avrebbero potuto colpirla.

La sua insicurezza, nonostante l'evidente aspetto estremamente gradevole, la porta ad affrontare così continui interventi estetici di abbellimento, come l'aumento del seno o il ritocco di viso e labbra. Tutto questo però non serve a rassicurarla e non modifica per nulla il suo stato psichico. Nel corso degli anni, dopo la maturità classica, si iscrive all'università che affronta in maniera brillante, ma senza stabilire relazioni con i compagni di studio.

Sempre in quel periodo instaura, invece, una relazione con un uomo molto più adulto di lei, verso il quale sviluppa una forte dipendenza affettiva.

La successiva comparsa di depressione materna, squarcerà poi il velo, evidenziando una familiarità nei confronti della depressione.

Si scoprirà poi che anche la nonna e una zia ne avevano sofferto in passato.

Tiziana, stretta tra una relazione affettiva molto conflittuale, le problematiche depressive famigliari e la sua ansia ipocondriaca, sviluppa a sua volta un forte episodio depressivo.

Inizia le cure farmacologiche da cui trae dopo i primi mesi giovamento, trova nel contempo un'ottima sistemazione lavorativa in uno studio professionale di prestigio che aumenta la sua autostima.

A questo punto Tiziana ha la forza di lasciare un compagno che non le aggrada più, con cui non c'è, o forse non c'era mai stata, sintonia e inizia un percorso di psicoterapia psicodinamica.

Questa testimonianza evidenzia in maniera chiara il peso della familiarità nella depressione, nonostante le condizioni ambientali potenzialmente favorevoli.

Mette inoltre l'accento sull'importanza combinata della cura farmacologica e della psicoterapia.

## ► **Giovanna**

61 anni, casalinga di Verona

Giovanna aveva da poco compiuto i sessant'anni quando, dopo una breve malattia, aveva perso il marito con il quale aveva una buona relazione affettiva, di supporto e complicità.

L'inevitabile periodo successivo di lutto non si era fatto attendere. Progressivamente però si era trasformato in una depressione marcata, caratterizzata da ansia e momenti di rabbia mista a una sensazione di dolore che non le dava pace.

Tutto ciò le rendeva le giornate lunghe, infinite e, soprattutto, molto difficili. Così Giovanna decise di curarsi. Ma per lei non fu affatto semplice accettare le cure farmacologiche. Giovanna stava male, ma al tempo stesso negava quanto le stesse accadendo. Riteneva che la sua non fosse affatto una depressione, ma il normale dolore conseguente a una perdita di quella portata. "Io e Carlo eravamo una cosa sola", non smetteva di ripetere. A un certo punto però cedette e iniziò il trattamento medico che, dopo una difficile fase iniziale, mostrò di darle sollievo prima nei confronti dell'ansia, poi diminuì la sensazione di quella rabbia feroce che la strangolava. Dopo quattro mesi, ebbe un impatto positivo anche sul tono dell'umore. Ma, nonostante il miglioramento piuttosto evidente, era difficile per Giovanna accettare l'idea del distacco dal marito defunto. Ricominciare ad avere un minimo di vita sociale le pareva un'impresa impossibile.

Trascorsero ancora alcuni mesi e l'inizio di una psicoterapia a orientamento psicodinamico prima che tornasse a uscire con le amiche senza sentirsi in colpa. Iniziò poi a mettere ordine in casa donando anche gli oggetti e i vestiti del defunto marito.

Iniziò a fare pace con se stessa. Si rese, finalmente, conto che la sua vita era stata un dono prezioso perché l'aveva condivisa con l'uomo che amava.

Se un lutto è faticoso per tutti, chi ha sperimentato un matrimonio riuscito, anche se con fatica, riesce comunque ad attraversare il lutto meglio di chi ha vissuto un rapporto conflittuale di coppia. La spiegazione sta nel rimpianto nei confronti della scelta errata e degli anni, talvolta numerosi, "sprecati" con la persona sbagliata.

► **Paola**

35 anni, commercialista di Torino

Il primo incontro con la depressione per Paola risale all'adolescenza, sindrome premestruale. Era riuscita comunque a condurre una vita normale e a laurearsi in economia. Poi l'ingresso nel mondo del lavoro e la depressione che riaffiora. Sono anche gli anni in cui ha conosciuto quello che poi sarebbe diventato il suo futuro marito. La relazione funziona bene, ma non basta. Paola deve fare i conti con la terza ricaduta. Anche questa volta, come le precedenti si era rivolta al medico che le aveva somministrato una cura, del tutto priva però di terapia di mantenimento.

Poi il quarto episodio e l'incontro con lei. Due anni fa. Fase acuta di depressione. S'impone così una terapia adeguata e Paola inizia a stare meglio. Poi si palesa il suo sogno: diventare mamma. Ma come affrontare una maternità con il rischio depressione sempre in agguato? Paola è impaurita. Vorrebbe tanto avere un figlio, desiderio condiviso anche dal marito, mah... C'è sempre un "ma" che si chiama depressione. S'impone così una cura ad hoc, proprio in funzione della futura gravidanza.

Paola riesce in questo modo ad affrontare i primi fantasmi e i timori di non sentirsi adeguata a diventare madre e a gestire la gravidanza. Le cure e i relativi dosaggi vengono ovviamente prescritti e modificati proprio in relazione al suo stato di donna in attesa. La gravidanza viene vissuta così con grande serenità e la nascita di Luce dà una svolta significativa alla vita di Paola che riesce ad allattare la piccola senza abbandonare le cure.

È una storia a lieto fine che alimenta la speranza e scardina il falso mito di non poter intraprendere una gravidanza se si è sofferto di depressione o se si è ancora in terapia con antidepressivi.

Numerosi sono, tra l'altro, gli studi che confermano che l'interruzione delle terapie e l'incorrere in una ricorrenza depressiva rendano la donna e il feto molto più a rischio rispetto al proseguimento delle cure opportunamente calibrate.

► **Nadia**

30 anni, impiegata di Monza

Nadia e sua madre si assomigliano moltissimo, stessa struttura fisica, medesima impostazione del viso e, nonostante la differenza di età, modo molto simile di vestirsi. Ma l'atteggiamento e il modo di porsi sono profondamente diversi. La mamma di Nadia entra nello studio medico con sicurezza, l'incedere della figlia è invece un po' più insicuro e il suo sguardo volto verso il pavimento. Si siedono, comunque all'unisono, come se fossero, in qualche modo, accomunate da uno stesso sentire.

Poi Nadia inizia a raccontare la sua storia. Una storia apparentemente molto comune: un matrimonio che funziona, un primo figlio di due anni che cresce bene e il desiderio di programmare una seconda maternità. E lì inizia la fase critica del racconto di Nadia. Durante il quarto mese di gravidanza la donna deve fare i conti con un'ansia che diviene via via sempre più prepotente e assillante. Il feto sta crescendo bene, solo un po' più lentamente, ma il ginecologo è sereno e la tranquillizza. Questo comunque non basta. Non è sufficiente a sedare l'ansia di Nadia che, anzi, aumenta ancora di più nell'ultima fase della gestazione. Il parto è più lungo e faticoso rispetto al precedente, ma la piccola Sofia è sana, solo un po' meno vitale del fratello.

Nadia continua a tormentarsi. Non si dà tregua, è convinta che Sofia abbia dei problemi o dei ritardi. Nadia non riesce a stabilire un contatto con la figlia, è spaventata, agitata, in preda all'ansia e tende ad allontanarsi dalla piccola.

La situazione tende a peggiorare ancora di più con il passare del tempo e quando Sofia compie sei mesi non c'è altra soluzione per Nadia che affidare la piccola alle cure di sua madre. Intanto si acuisce ancora di più il senso di colpa di Nadia e, al tempo stesso, l'ostilità nei confronti della bambina.

A quel punto la madre le fa una confessione, molto dolorosa: anche a lei era successa la stessa cosa alla sua nascita. Aveva sofferto di una forte depressione e anche lei aveva un immenso senso di colpa e di inadeguatezza nei confronti della figlia.

Questa confessione costituisce il punto di svolta per Nadia. La giovane rafforza l'alleanza con la madre e accetta così, con il suo aiuto, di farsi curare.

Gli interventi farmacologici volti a ristabilire un corretto ritmo sonno veglia e a curare lo stato depressivo con ulteriori indicazioni pratiche hanno permesso a Nadia di mutare totalmente ottica e di vedere Sofia come una bimba sana e di riavvicinarsi a lei. Suggestioni pratiche come, per esempio, l'assunzione di una babysitter notturna, una vacanza con il marito in un ambiente dove era presente una nursery per la piccola, hanno indubbiamente contribuito al benessere di Nadia e di tutta la sua famiglia. Non c'è dubbio che il periodo della gravidanza e della nascita siano estremamente delicati, soprattutto se entrano in gioco anche fattori genetici e ambientali. Le cure sia psicologiche che farmacologiche sono indispensabili così come è fondamentale riconoscere precocemente la depressione perinatale per porvi rimedio e per sfatare il luogo comune che un figlio porti sempre solo felicità.

### ► **Margherita**

48 anni, alta dirigente di Genova

L'idea di ristrutturare il bagno e un aiutante piastrellista in giro per casa. Quando, un'attraente donna di 46 anni con un figlio ormai quasi maggiorenne si sente prima stanca, poi inizia a non dormire più bene. Il suo umore peggiora e diventa nero pece quando si fa sera e piange di continuo; nonostante un marito che stima, il giovane muratore può trasformarsi in poco tempo in una passione travolgente. Un amore che spingerebbe la donna a lasciare tutto: marito, figlio e casa compresi. Ha perso la testa perché con un episodio di depressione in corso, le attenzioni del focoso e piacente muratore l'hanno scossa a tal punto da farla rivivere. Margherita ha toccato in un attimo il cielo con un dito, lei che si sentiva precipitata in un girone dantesco. Peccato però che l'idillio, dopo una breve fase iniziale di furore, attrazione e benessere, si fosse presto trasformato in un boomerang capace di ributtarla nel più tetro sgomento. Mario, il piastrellista

che le aveva giurato amore eterno, risultò sposato e con due figli piccoli da crescere e una moglie gelosissima che, scoperta la tresca del marito con Margherita, non si faceva certo scrupoli ad aspettare la donna sotto casa minacciandola.

Margherita è disperata, ma anche molto arrabbiata. Soffre e prende con grande difficoltà le distanze da Mario. Cerca di ricucire così un rapporto riparatore con un vecchio compagno del liceo, ora avvocato di grido, ma è solo un modo per uscire da una situazione che la sta strangolando. Non ne può più. Inizia una cura farmacologica e poi decide di fare l'ultimo tentativo con Mario. È troppo attratta per rinunciare.

Ma, altro colpo di scena: non solo Mario ha tanto di moglie e figli al seguito, ma è pure un collezionista seriale di donne. Per intenderci uno da tacche sul fucile. In buona sostanza, Margherita è solo una delle tante, anzi tantissime. Questa volta Margherita non ha più dubbi. Con il piastrellista bisogna chiudere. Grazie alle cure e un contemporaneo percorso psicoterapico, la donna riesce ad allontanarsi da Mario.

Questa storia è molto emblematica del fatto che le cure ovviamente non modificano gli accadimenti della realtà, ma ne modificano, anche in maniera sostanziale l'approccio e la percezione. Riducono in sostanza l'impatto di ciò che accade e permettono a chi sta vivendo un periodo complesso della propria esistenza di venirne a capo e fare scelte equilibrate in grado di garantire migliori prospettive future. Margherita infatti riesce a valorizzare il rapporto con il marito nei confronti del quale ha sempre nutrito stima e ammirazione, nonostante non fosse un rapporto particolarmente passionale. Margherita ha imparato a dare valore a quello che ha e ciò l'ha rasserenata moltissimo e le ha permesso di far fronte alla sua depressione e di uscirne vincente.

## ► Carlo

85 anni, artigiano di Bergamo

Quella di Carlo è stata una vita dedicata al lavoro e alle cure della figlia affetta da gravi handicap. Carlo entra nello studio con il suo bastone. È un po' sovrappeso, ha problemi cardio-

vascolari e una mente vivissima che non mostra alcun cedimento, nonostante l'età. È lucidissimo e la sua velocità di ragionamento impressionante. Racconta in maniera sintetica e incisiva la sua esistenza: tanti riconoscimenti per il suo lavoro di artigiano e apprezzamenti dagli amici per la sua costante dedizione alla figlia. Ma a settantott'anni ha ceduto, è caduto in depressione. Un po' la pensione, un po' una moglie assillante che non lo supporta, anzi, è molto dipendente. Ma ciò che lo angoscia e gli procura ansia è il destino della figlia "dopo di lui".

"Quando non ci sarò più io, che ne sarà di mia figlia? Chi si prenderà cura di lei? Il tempo scorre, le mie energie non sono infinite e la mia fine prossima..." ripete continuamente a se stesso e nello studio dello psichiatra.

Così per Carlo iniziano le cure, ma anche un avvicinamento ad associazioni cittadine che gli danno concretamente una mano per gestire la figlia. Si sente più tranquillo. Sa, finalmente, che la figlia potrà avere un futuro e ciò è fondamentale per lui.

L'abbinamento di una terapia adeguata e di un supporto del tessuto sociale sono importantissimi in alcuni casi per uscire da una depressione. In questo caso per Carlo è la strategia vincente. Ha capito di poter chiedere aiuto e di trovarlo. Anche lui ha il diritto di avere dei cedimenti e di essere supportato. Il suo sguardo si rasserena. Carlo esce dallo studio sempre con il suo bastone, ma è in forma anche dal punto di vista fisico. È dimagrito, il suo passo è più saldo. Carlo chiude la porta con un sorriso.

Tante storie diverse ma con un comune denominatore: la fatica iniziale, una difficoltà del vivere che ti rende l'esistenza così problematica da pensare, anche, di porvi fine. Poi la saggezza di chiedere aiuto, di provare a trovare una strategia per venirne a capo. Gli alti e bassi, la paura di non farcela, nonostante tutto.

E poi il sole all'orizzonte. All'inizio sbiadito, pallido, poi sempre più lucente. La voglia di vivere che fa capolino, riaffio-

ra. Ci si prende per mano e si torna al volante della propria esistenza. Sei tu il condottiero, quello che guida, anche nelle avversità che la vita inevitabilmente riserva. Ma la tua guida ora è salda. Le mani sono appoggiate sul volante. Non sei più allo sbando o inerme al seguito. La strada è ancora lunga e l'orizzonte più sereno.

---

# Allegati

## 1. Mozione depressione

Onda nell'ambito del progetto "Un sorriso per le mamme" ha promosso una mozione sul tema della depressione presentata da 58 Parlamentari bipartisan e approvata in Senato il 18 novembre 2010.

Il testo della Mozione è riportato di seguito in modo integrale.

**Legislatura 16 Atto di Sindacato Ispettivo n. 1-00239** – Atto n. 1-00239

Pubblicato il 16 febbraio 2010 – Seduta n. 335

BAIO, BIANCONI, BASSOLI, GUSTAVINO, BOSONE, MASCITELLI, BIONDELLI, BOLDI, SACCOMANNO, CHIAROMONTE, SERAFINI ANNA MARIA, FONTANA, ANTEZZA, THALER AUSSERHOFER, RIZZOTTI, GHIGO, BIANCHI, CARLINO, FINOCCHIARO, VICARI, GIAI, GERMONTANI, MARAVENTANO, GARAVAGLIA MARIAPIA, RIZZI, CALABRÒ, BLAZINA, BERTUZZI, BASTICO, DONAGGIO, DE LILLO, ARMATO, PORETTI, INCOSTANTE, FRANCO, VITTORIA, ADERENTI, TOMASSINI, MONTANI, MONGIELLO, GIARETTA, FIORONI, CHIURAZZI, MAGISTRELLI, RUSCONI, PERTOLDI, VIMERCATI, ROILO, CURSI, PAPANIA, ADRAGNA, DEL VECCHIO, ANDRIA, AMATI, ROSSI Paolo, NEGRI, D'AMBROSIO LETTIERI, DE FEO

Il Senato,

premessi che:

la depressione è una malattia. La scienza la definisce patologia dell'umore. Presenta un insieme di sintomi di natura cognitiva, comportamentale, somatica e affettiva che compromettono l'umore, in alcuni casi in modo lieve, in altri in modo severo, riducendo le abilità e le capacità di adattarsi alla vita sociale. La persona depressa se non correttamente diagnosticata e curata vede compromessa la sua personalità, il suo modo di ragionare, pensare, agire e percepire se stessa e il mondo esterno;

la depressione è oggi la quarta causa di disabilità nel mondo e, secondo l'OMS, sarà la seconda nel 2020 ed è due-quattro volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini;

i disturbi depressivi e i disturbi di ansia gravi hanno tutta la dignità di essere definiti malattie. Sono malattie della mente che hanno la stessa dimensione delle patologie del corpo;

la depressione ha la caratteristica della periodicità. Circa il 50% dei soggetti depressi dopo cinque anni presentano una ricaduta. La percentuale arriva al 70% se i pazienti hanno avuto almeno due episodi distinti. Nel caso in cui il soggetto abbia sviluppato tre o più episodi, la percentuale arriva con molta probabilità al 90%;

la depressione ha origini biologiche e psicologiche, pertanto è importante un approccio terapeutico integrato che tenga conto sia dell'aspetto farmacologico sia di quello psicologico;

la psichiatria moderna afferma che il 70-75% dei malati di depressione sono curabili e possono ottenere una migliore qualità di vita grazie ai farmaci che rappresentano uno dei grandi successi della medicina e alla combinazione con le psicoterapie;

i farmaci si usano per curare la depressione perché sono in grado di controllare e modulare quell'alterato equilibrio chimico che coinvolge specifici sistemi neurotrasmettitori, quali quello della serotonina, noradrenalina e dopamina;

i principali fattori di rischio relativi alla depressione nella donna, oltre alle cause di ordine biologico (sensibilità durante i cicli vitali gravidanza, post parto, climaterio), comprendono: un'elevata vulnerabilità allo *stress* ambientale (conflittualità familiare), la presenza di malattie fisiche, la mancanza di sup-

porto sociale, la violenza domestica, la preesistenza di disturbi d'ansia e del sonno;

considerato che:

sarebbe utile individuare percorsi clinico-terapeutici distinti da quelli della restante patologia psichiatrica;

il Sistema Sanitario Nazionale prevede Centri neurologici e Centri di igiene mentale (CIM), come ambulatori accreditati dalle Regioni, per la cura di tutte le patologie psicologiche e psichiatriche;

in alcuni Ospedali regionali e Centri universitari sono attivi ambulatori specifici per la depressione, accreditati dal SSN;

la depressione è una patologia curabile ed esige un piano di cura personalizzato associando terapia psicologica e farmacologica, in cui gli antidepressivi non sono tutti uguali anche quando appartenenti alla medesima categoria d'azione;

impegna il Governo:

a sensibilizzare la popolazione sulla depressione come patologia curabile;

a promuovere iniziative volte a sostenere la persona depressa perché superi lo stato di vergogna e di paura, aiutandola a rivolgersi al medico di medicina generale e allo specialista;

a migliorare l'appropriatezza della diagnosi e della cura su tutto il territorio nazionale;

a potenziare una rete, su tutto il territorio nazionale, tra i medici di medicina generale e i centri plurispecialistici per la cura della depressione, da individuare anche al di fuori dei consueti percorsi diagnostico-terapeutici della sola psichiatria;

a promuovere corsi di aggiornamento sulla depressione per i medici di medicina generale;

a migliorare l'accessibilità alla cura attraverso la disponibilità del supporto psicologico come necessaria integrazione della terapia farmacologica su tutto il territorio nazionale, la possibilità di usare farmaci innovativi, già approvati a livello europeo e il potenziamento degli ambulatori di supporto psicologico convenzionati con il SSN.

## **2. Centri di riferimento per la depressione post partum**

È possibile consultare l'elenco dei centri e trovare altre risorse utili sul tema al sito **[www.depressionepostpartum.it](http://www.depressionepostpartum.it)**

Regione: Basilicata

### **Potenza**

- CENTRO TUTELA SALUTE MENTALE DONNA (CTSMD) – ASL Potenza – Presidio Ospedaliero di Lauria

Regione: Calabria

### **Cosenza**

- AMBULATORIO PER IL BENESSERE PSICOFISICO DELLA DONNA – Casa di Cura Sacro Cuore

Regione: Campania

### **Napoli**

- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – Azienda Ospedaliera Universitaria dell'Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

Regione: Emilia-Romagna

### **Ferrara**

- AMBULATORIO PER L'AIUTO PSICOLOGICO IN GRAVIDANZA E NEL POSTPARTO – AUSL di Ferrara, Distretto Sud-Est – Servizio di Psicologia Clinica

### **Parma**

- AMBULATORIO PER I DISTURBI PSICHICI IN GRAVIDANZA E NEL PUERPERIO – Università di Parma – centro per i disturbi affettivi in gravidanza

### **Reggio Emilia**

- AMBULATORIO “MAMME NEL PALLONE” E CONSULTORI SALUTE DONNA – Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Regione: Friuli

### **Udine**

- AMBULATORIO DAGRAPOP – Clinica Psichiatrica – AOU di Udine – Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine

Regione: Lazio

### **Roma**

- CENTRO DI PSICHIATRIA PERINATALE E RIPRODUTTIVA – UOC DI PSICHIATRIA – Azienda Ospedaliera Sant’Andrea
- Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- Ospedale San Filippo Neri
- UO DI PSICOPATOLOGIA PERINATALE – Policlinico Umberto I

Regione: Liguria

### **Lavagna**

- CENTRO DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM – Ospedali Riuniti Leonardi e Riboli Lavagna

Regione: Lombardia

### **Bergamo**

- CONSULTORIO FAMILIARE DI TREVIGLIO (BG) – ASST Bergamo Ovest – Ospedale di Treviglio e Caravaggio
- CENTRO VARENNA PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NEL PERI-PARTUM ASST-PG23 – Ospedali riuniti di Bergamo

### **Brescia**

- CONSULTORI FAMILIARI – ASST Franciacorta – Ospedale Civile di Iseo
- CENTRO PSICO-SOCIALE E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE, NEUROPSICHIATRIA DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA – ASST Garda – Ospedale di Lonato
- CENTRO PSICOSOCIALE E CONSULTORI FAMILIARI – ASST Valcamonica – Ospedale di Esine

### **Cremona**

- CONSULTORIO FAMILIARE – ASST Cremona – Ospedale di Cremona

## **Lecco**

- AMBULATORI SPECIALISTICI – ASST Lecco – Presidio Ospedaliero Alessandro Manzoni (Lecco) e presidio ospedaliero Mandic (Merate)

## **Legnano**

- AMBULATORIO “MAMMA SI DIVENTA” E CENTRI PSICOSOCIALI – ASST Ovest Milanese – Ospedale Civile di Legnano

## **Lodi**

- CONSULTORI FAMILIARI TERRITORIALI – ASST Lodi – Presidio Ospedaliero di Lodi

## **Mantova**

- PERCORSO DI RICONOSCIMENTO PRECOCE E TRATTAMENTO INTEGRATO DELLA SOFFERENZA PSICOLOGICA DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E PUERPERIO – ASST Mantova – Ospedale di Asola – Presidio Ospedaliero C. Poma – Ospedale Civile Destra Secchia Pieve di Coriano

## **Milano**

- CENTRO PSICHE DONNA – ASST Fatebenefratelli Sacco – Ospedale Macedonio Melloni
- PROGETTO “INDIVIDUAZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI EMERGENTI: DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA NEL POST PARTUM” – ASST Rhodense – Presidio Ospedaliero di Rho
- CENTRO DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI PERINATALI – ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- AMBULATORIO DI PREVENZIONE E CURA DEI DISTURBI PERINATALI – Azienda Ospedaliera S. Paolo e Carlo – S. Carlo

## **Monza**

- AMBULATORIO DEDICATO DI PSICHIATRIA, PUNTI NASCITA E CONSULTORI FAMILIARI – ASST Monza – Ospedale San Gerardo di Monza e Ospedale di Desio

## **Pavia**

- UOOO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE – ASST di Pavia

## **Vimercate**

- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E I CONSULTORI – ASST Vimercate – Ospedale di Vimercate

Regione: Piemonte

## **Cuneo**

- Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle – Ospedale S. Croce

## **Torino**

- AMBULATORIO DEDICATO AI DISTURBI DELLE DONNE IN GRAVIDANZA E PUERPERIO – AOU Città della salute – Ospedale Sant’Anna

Regione: Puglia

## **Bari**

- Azienda Ospedaliera – Universitaria Consorziata Policlinico di Bari

Regione: Sardegna

## **Nuoro**

- CENTRO “DEPRESSIONE POST PARTUM” – ASSL Nuoro – Presidio ospedalieri San Francesco

## **Sassari**

- CENTRO PSICHE DONNA E CLINICA PSICHIATRICA – Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Regione: Sicilia

## **Catania**

- UNITÀ OPERATIVA DI PSICHIATRIA – AOU Vittorio Emanuele – Policlinico “G. Rodolico”

## **Palermo**

- UNITÀ OPERATIVA “SALUTE MENTALE DONNA” – Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza – ASP Palermo – Presidio Ospedaliero Ingrassia

Regione: Toscana

## **Arezzo**

- Ospedale di Arezzo

## **Pisa**

- PND-RESCU PERINATAL DEPRESSION RESEARCH AND SCREENING UNIT – Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

## **Pistoia (Monsummano Terme)**

- Centro Il fagiolino che cresce

Regione: Trentino-Alto Adige

## **Bolzano**

- AMBULATORIO PSICHIATRICO PER LA SALUTE MENTALE IN GRAVIDANZA E POST PARTUM – Ospedale Provinciale di Bolzano

Regione: Veneto

## **Padova**

- AMBULATORIO DEI DISTURBI AFFETTIVI MATERNI E PATERNI “MAMME SENZA DEPRESSIONE – AULSS 6 Euganea – Presidio Ospedaliero di Camposampiero (PD)
- AMBULATORIO DEI DISTURBI AFFETTIVI MATERNI E PATERNI “MAMME SENZA DEPRESSIONE” – AULSS 6 Euganea – Presidio Ospedaliero di Cittadella
- CENTRO SERVIZI INTEGRATI PER LA DEPRESSIONE PERINATALE – Ospedali Riuniti Padova Sud

## **Treviso**

- CENTRO SULLA DEPRESSIONE PERINATALE – AULSS 2 Marca Trevigiana – Ospedale di Oderzo

- CENTRO SULLA DEPRESSIONE PERINATALE – AULSS 2 Marca Trevigiana – Ospedale Ca' Foncello di Treviso

### **Verona**

- DIPARTIMENTO PSICOLOGIA CLINICA – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – Borgo Roma
- PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA CURA DELLA PATOLOGIA POSTNATALE E DEI DISTURBI CORRELATI ALLA MATERNITÀ – Casa di cura Villa Santa Chiara

### **3. Associazioni per il supporto della depressione post partum in Italia**

Regione: Calabria

#### **Cosenza**

- ASSOCIAZIONE MAMMECHEMAMME

Regione: Campania

#### **Napoli**

- ASSOCIAZIONE PROGETTO ILIZIA APS

Regione: Emilia-Romagna

#### **Carpi**

- ASSOCIAZIONE BUONA NASCITA ONLUS

Regione: Abruzzo

#### **Avezzano**

- ASSOCIAZIONE I GIRASOLI

Regione: Liguria

#### **Genova**

- ASSOCIAZIONE CAMAMAN

Regione: Lazio

#### **Roma**

- ASSOCIAZIONE GUIDA PER GENITORI

Regione: Lombardia

#### **Milano**

- PROGETTO ITACA
- CENTRO BENEDETTA D'INTINO
- CONSULTORIO CEMP CON\_TATTO: UN SACCO MAMMA
- ASSOCIAZIONE AIPERON
- ASSOCIAZIONE IL SOLE BIRICÒ
- ASSOCIAZIONE PANDA ONLUS

Regione: Toscana

#### **Firenze**

- ASSOCIAZIONE ORA MAMMA

## 4. Le indagini svolte da Onda

Onda – Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere è da sempre attiva nella realizzazione di indagini nazionali quali – quantitative per esplorare e fotografare conoscenza, consapevolezza e vissuti dei pazienti e della popolazione su tematiche di salute.

Di seguito una sintesi delle principali indagini realizzate sul tema della depressione.

### **Donne e depressione (2010)**

Nel 2010 Onda ha condotto una ricerca per esplorare la consapevolezza e la conoscenza della popolazione femminile sul tema della depressione, una delle patologie psichiche più diffuse specialmente tra le donne e che peraltro colpisce prevalentemente nei periodi di maggiore vulnerabilità biologica e psicologica (gravidanza, post partum e menopausa).

È stata utilizzata una metodologia quantitativa tramite interviste telefoniche a livello nazionale su un campione di 1.016 donne fra i 30 e i 70 anni.

Il campione di donne coinvolte nell'indagine è eterogeneo in relazione all'esperienza sul tema: circa 3 su 10 non conoscono il fenomeno, mentre 6 su 10 hanno conosciuto donne che vivono stati di depressione e una quota del 2% invece ne soffre. Tutte ritengono che la depressione produca effetti negativi sulla vita quotidiana e che condizioni la vita in modo rilevante: 3 su 10 dichiarano che la patologia renda molto difficile l'esistenza di chi ne soffre.

Le donne riconoscono in disinteresse, tristezza e disturbi del sonno i principali campanelli d'allarme della depressione. Chi ne soffre menziona anche la difficoltà di gestire la propria alimentazione, di prendere decisioni, lamenta una facile irritabilità e dichiara che queste problematiche si manifestano in misura rilevante durante il giorno, limitando principalmente concentrazione ed energia fisica.

In generale le intervistate hanno indicato il disturbo depressivo come quello più difficilmente curabile anche se alcune confidano nella possibilità di cura: tra queste la maggioran-

za considera di grande importanza la terapia psicologica mentre il 30% ritiene più efficace l'utilizzo di farmaci, soprattutto tra quelle più consapevoli sul problema.

In generale sono le donne più anziane ad avere più fiducia nelle cure. Rispetto ai trattamenti, terapia psicologica e frequentazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto sono considerate le pratiche più efficaci. Segue l'uso di farmaci convenzionali. Chi conosce la malattia assegna a ciascuna terapia un giudizio di efficacia più basso rispetto a chi non la conosce: il livello di aspettative diverge in modo significativo, offrendo un panorama più reale tra le donne che soffrono o hanno sofferto di depressione.

Rispetto al rapporto col medico in caso di depressione le donne ritengono che ci si rivolga in primo luogo al medico di famiglia e in seconda istanza ai familiari. Viene segnalata però anche la possibilità che non ci si rivolga a nessuno (17%), evidenziando così la difficoltà nel trovare aiuto in caso di necessità.

Sono emerse anche alcune considerazioni riguardanti le cause della depressione: violenza, lutto e solitudine possono determinare la patologia ma anche difficoltà economiche e problematiche lavorative, ultime le influenze genetiche. Solitudine e stress lavorativo sono invece segnalati con maggior forza tra chi ha avuto esperienza diretta e indiretta.

### **Donne e patologie psichiche: lo stigma sociale e la difficoltà di accesso alle cure (2013)**

Nel 2013 Onda ha condotto una ricerca per esplorare il mondo delle patologie psichiche e la percezione che la popolazione in generale e chi ne soffre hanno di queste problematiche, indagando il tema dell'accesso alle cure e valutando se e in che misura tali disagi rappresentino uno stigma sociale.

È stata utilizzata una metodologia quali-quantitativa con interviste web a livello nazionale su un campione di 600 donne fra i 25 e i 50 anni, interviste in profondità a 10 pazienti con schizofrenia o disturbo bipolare e 2 focus group con caregiver di pazienti con diagnosi di patologia psichica (schizofrenia o disturbo bipolare) a Milano e Roma.

I disturbi psichici rappresentano una problematica non ancora del tutto nota, su cui le intervistate si sentono poco informate: 2 su 5 ritengono infatti di avere una conoscenza mediocre. Il livello di informazione cresce di pari passo all'esperienza con questi disturbi, anche se comunque non vi è mai una piena consapevolezza sul problema. La conoscenza ottenuta deriva principalmente dai mass media, dall'esperienza di conoscenti o amici e da quella personale (1 donna su 5 ha sofferto di disturbi psichici).

Le donne percepiscono i disturbi psichici come vere e proprie patologie multifattoriali: fragilità, debolezza emotiva, familiarità, eventi traumatici, disfunzioni organiche, situazione familiare difficile o stress. La principale terapia riconosciuta è quella psicologica o psichiatrica, a cui segue quella ludico-ricreativa (56%) e quella farmacologica (54%) di cui le donne temono una possibile dipendenza o effetti collaterali. Si ritiene inoltre che queste patologie non possano essere risolte totalmente: 3 intervistate su 4 credono in una guarigione parziale o solo in un controllo della sintomatologia.

Nelle donne con patologia psichica la malattia tende a modificare in negativo l'immagine di se stesse. Spesso non si sentono pienamente consapevoli della diagnosi ricevuta, vissuta da molte come un'etichettatura e delle conseguenti implicazioni. A seguito della malattia le intervistate evidenziano un impoverimento della propria rete sociale (per tale ragione la condivisione della malattia è spesso un tabù) e in questo prevale un rapporto di dipendenza con il proprio caregiver.

Il percorso di vita delle caregiver di pazienti con malattia psichica, nella maggior parte familiari, è totalmente condizionato dal disagio psichico della persona che curano trovandosi spesso sole a occuparsene. Le caregiver dichiarano come la società tenda a considerare la malattia piuttosto che la persona denunciando una forte incapacità di relazionarsi con il malato.

Si determina quindi una sorta di circolo vizioso attivato da un processo di emarginazione che il paziente subisce da parte della società e da un processo di auto-isolamento messo in atto dal paziente stesso. Nonostante questo le intervistate dichiarano come la società potrebbe rappresentare anche un'importan-

te risorsa a supporto delle pazienti e delle loro caregiver (Centri diurni, Case famiglia, ecc.) ai fini di una riabilitazione personale, sociale ed emotiva di chi soffre di disturbi psichici.

### **Gli italiani e la depressione (2015)**

Nel 2015 Onda ha condotto una ricerca per indagare la conoscenza e la consapevolezza della popolazione italiana sulla depressione, sulla percezione della patologia e delle relative terapie, sulla percezione di esposizione personale al rischio e tra chi ne soffre, l'impatto della depressione sulla qualità di vita e il tema dello stigma sociale.

È stata utilizzata una metodologia quantitativa tramite interviste web a livello nazionale su un campione di 1.004 soggetti, di cui 503 donne e 501 uomini fra i 25 e i 70 anni.

La depressione è considerata una patologia seria e complessa: 3 su 5 la ritengono una vera e propria malattia al pari di quelle fisiche, da diagnosticare e curare. Le cause della depressione sono percepite come un insieme di fattori sinergici tra loro, in primis, soprattutto per chi ha vissuto da vicino la patologia, fragilità emotiva e caratteriale, lutti e separazioni, periodi di stress o situazioni familiari difficili, una vita di isolamento e solitudine. Meno importanza è data a fattori biologici, neurologici o genetici. Chi non ha esperienza attribuisce le cause a debolezza caratteriale e vita isolata.

I principali sintomi della depressione riconosciuti dagli intervistati sono: pensieri negativi, isolamento e solitudine, forte tristezza, perdita di interesse e piacere per le attività e perdita di autostima e fiducia nelle proprie capacità. Meno noti sono i sintomi come disturbi del sonno, disturbi alimentari e la sintomatologia cognitiva, come la difficoltà di attenzione e concentrazione, valorizzati al contrario da chi ne ha sofferto.

Nel percepito tutte le sfere della vita dell'individuo risentono della patologia depressiva: il 60% del campione crede che la persona depressa "non sia più la stessa" e più della metà (54%) ritiene che la persona che ne soffre sia costretta a rinunce importanti. I valori salgono tra coloro che hanno sofferto di depressione, rivelando un impatto della patologia sulla vita ancora maggiore di quanto prefigurato.

Lo psichiatra è il medico di riferimento nella gestione della depressione. Chi ha sofferto di depressione si è rivolto mediamente a 2-3 medici diversi e per oltre 1 paziente su 3 il medico che diviene il riferimento nella gestione della patologia è proprio lo psichiatra.

Il 37% degli intervistati ritiene che le terapie possano portare a una guarigione completa dalla depressione. Per il 58% la prima terapia per la depressione è l'affetto e il supporto dei propri cari, ma anche una terapia psicologica o psichiatrica individuale (54%). Chi ha ricevuto diagnosi di depressione mostra maggiore fiducia verso le terapie farmacologiche specifiche e nel 74% si è affidato a questo genere di terapie, mentre solo il 42% ha intrapreso un percorso di counseling psicologico o psichiatrico individuale. Diversi i timori associati da tutti ai farmaci, in primis dipendenza ed effetti collaterali.

Il 34% del campione eviterebbe di parlare di una sua eventuale depressione e il 41% ne parlerebbe solo con chi potrebbe fornire un reale aiuto. Oltre che con il medico si condividerebbe il problema con i propri familiari, in primis il partner e gli amici più intimi. L'ostacolo principale nel parlare del problema sarebbe l'assenza di volontà di condividere causata proprio dalla patologia, ma anche dalla consapevolezza che il problema sia intimo e personale e che nessuno possa davvero aiutare chi ne soffre. Non da trascurare le paure legate al giudizio della gente, la vergogna e il timore di ripercussioni negative.

## **Il vissuto dei pazienti con disturbo bipolare (2016)**

Nel 2016 Onda ha condotto una ricerca per esplorare il vissuto dei pazienti con disturbo bipolare, con particolare attenzione al ruolo e impatto del trattamento.

È stata utilizzata una metodologia qualitativa tramite interviste individuali in profondità in tre differenti località (Milano, Roma e Bari), su un campione di 15 pazienti con disturbo bipolare e in trattamento con Litio e/o acido valproico. È stato reclutato un mix di pazienti in cura con uno dei due farmaci da meno di 6 mesi e pazienti in cura da più di 12 mesi.

Il disturbo bipolare è una malattia dalla duplice sintomatologia: sintomi depressivi, vissuti come l'aspetto della malattia più

difficile da sopportare e che crea la maggiore sofferenza nella persona e stadio maniacale, dominato da euforia ed eccitazione, con diversa intensità in funzione del paziente. Il vissuto nei confronti della malattia varia in funzione della durata, del livello di accettazione e dell'impatto sulle sfere funzionali.

Lo psichiatra rappresenta la figura fondamentale per il benessere dei pazienti anche in relazione alla terapia farmacologica. Nella costellazione di figure che ruotano attorno al paziente compaiono anche altre figure importanti come familiari e amici fidati. Diversi pazienti oltre allo psichiatra sono in terapia anche con uno psicologo/psicoterapeuta. Il medico di medicina generale invece non per tutti ha avuto un ruolo decisivo: solo una minoranza riferisce di essersi sentito ascoltato.

Nonostante i farmaci siano vissuti come la conferma di soffrire di una patologia psichiatrica, tutti i pazienti hanno sperimentato beneficio con gradi di efficacia diversa. Le persone con una storia di malattia più lunga e con diverse ricadute mostrano un forte attaccamento alla terapia farmacologica.

Il litio, in particolare, è percepito come una componente del proprio organismo che tende a mancare: una sostanza fondamentale per assicurare loro il benessere (la maggior parte dei pazienti non ha avuto effetti collaterali). Una minoranza di pazienti invece ha dovuto sospendere la terapia col litio dopo anni di trattamento a causa dell'insorgenza di importanti effetti collaterali (es. poliuria, disturbi renali). Altri riferiscono invece effetti collaterali minori che non hanno comunque portato alla diminuzione del dosaggio o alla sospensione del farmaco (es. problemi gastrointestinali, arsuria, aumento della sudorazione, leggero tremore, aumento di peso, noduli alla tiroide). L'acido valproico viene percepito invece, da chi ha assunto entrambi i farmaci, come leggermente meno efficace del litio anche se in generale emerge comunque una soddisfazione rispetto al farmaco.

Il controllo della litemia è un aspetto noto e non problematico da gestire per i pazienti che conoscono bene il range entro cui deve rientrare la concentrazione del farmaco nel sangue. Il monitoraggio ematologico viene percepito come necessario a garantire l'efficacia del farmaco e quindi il momento del pre-

lievo è vissuto come un aiuto e non come una procedura impegnativa e fastidiosa.

### **Depressione e patologie correlate (2017)**

Nel 2017 Onda ha condotto una ricerca per indagare il tema della depressione e la relazione tra questa e alcune patologie: tumori, malattie reumatiche e diabete.

È stata utilizzata una metodologia quali-quantitativa con interviste web a livello nazionale su un campione di 242 pazienti suddivisi per patologia (60 oncologici, 60 reumatici, 62 diabetici e 60 con depressione) e interviste individuali in profondità a Milano, Roma e Bari su 18 soggetti di cui 6 pazienti con depressione, 3 con tumore, 3 con malattie reumatiche e 3 con diabete, tutti anche con diagnosi di depressione e 3 caregiver di pazienti con depressione.

La depressione è una patologia che condiziona completamente l'esistenza dei pazienti: genera cambiamenti così importanti nella vita tali da poter identificare un 'prima' e un 'dopo' la sua comparsa. Una volta che la depressione insorge diventa parte integrante della personalità individuale, un soggettivo modo di essere. La depressione è considerata una patologia seria e complessa nella sua natura e insorgenza e in particolare traumi psicologici (62%) e periodi di stress (60%) vengono identificati come i principali fattori scatenanti. Viene riconosciuto anche nella componente genetica un ruolo rilevante per lo sviluppo della malattia (47%).

Molti i vissuti comuni tra gli intervistati in relazione alla patologia tra cui tristezza (75%) e pensieri negativi (72%). I pazienti lamentano anche un senso di isolamento e chiusura in sé stessi, un malessere di fondo e difficoltà ad affrontare anche le situazioni di vita più semplici. Un vissuto particolarmente doloroso riguarda la percezione del futuro: si teme infatti un ritorno della fase più acuta della malattia. Emergono anche pensieri suicidari (1 paziente su 5) a volte concretizzati in azione. Questo conduce la persona a cercare un supporto in familiari e/o amici e a chiedere un aiuto più competente.

La depressione impatta in tutte le sfere della vita: sull'autoestima (78%), sulla propria vita sociale e relazionale (70%), sugli

interessi personali (67%). Questa forte influenza negativa della patologia coinvolge non solo il paziente ma anche la sua famiglia. Il caregiver deve affrontare difficoltà di tipo pratico ed emotivo, la fatica a comprendere appieno questa patologia, ad accettare il cambiamento della persona cara e la frustrazione per una situazione su cui hanno scarso controllo.

I pazienti reumatici che non soffrono di depressione si immaginano un impatto molto più forte del disturbo depressivo sulla propria qualità di vita rispetto a quelli oncologici che, probabilmente per la natura della patologia primaria, tendono a sottovalutare la depressione. La percezione di esposizione al rischio di sviluppare la depressione è per tutti molto alta, soprattutto appunto per i pazienti reumatici (6 su 10). Per i pazienti che soffrono anche di depressione, la compresenza di altre patologie fisiche assume ruoli diversi rispetto a essa: patologia fisica come concausa della depressione, patologia fisica e depressione come influenza reciproca e patologia fisica in secondo piano rispetto alla depressione.

Emerge il ruolo fondamentale dello psichiatra affiancato spesso dallo psicologo/psicoterapeuta. Il medico di medicina generale ha in alcuni casi un ruolo importante all'esordio della malattia, mentre i familiari hanno un duplice ruolo cardine: sono sostegno pratico ed emotivo ma anche causa o peggioramento della malattia. Accettare la depressione e rivolgersi a uno specialista richiede un percorso lungo, difficile e spesso dipendente dal livello socio culturale del paziente. Forti le resistenze di tipo culturale a rivolgersi allo psichiatra ed entrare così nel mondo della patologia mentale. Emerge in modo deciso la dimensione privata e intimistica della patologia: lo stigma è forte e si teme di chiedere aiuto per paura di rimanere da soli, di non essere capiti o del giudizio altrui. Per chi è affetto da un'altra patologia primaria emerge in prima persona e anche da parte dei medici la tendenza a sottovalutare il problema.

Il trattamento farmacologico viene vissuto come qualcosa di fondamentale per il proprio benessere nonostante la presenza di alcuni timori/preoccupazioni riguardo la paura della dipendenza, della perdita del controllo di sé e il timore degli effetti collaterali.

---

# Cenni bibliografici essenziali

- American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Raffaello Cortina, 2014.
- Focus on Brain - Depressione Vol. 1, Fast Edit* (AP), 2017.
- Maj M., Sartorius N., *Depressive Disorder*, Wiley, 2001.
- Mencacci C., Anniverno R., *Le manifestazioni psichiche nei cicli vitali della donna. Fasi di passaggio tra normalità e patologia*, Pacini, 2005.
- Mencacci C., Anniverno R., *Le patologie psichiatriche delle donne*, Collana Editoriale di Psichiatria, Pacini Ed. Medicina, 2007.
- Mencacci C., Anniverno R., Edizione italiana di *Superare la depressione post-partum*, di Chris Williams, Roch Cantwell, Karen Robertson, Ed. CIC Internazionali, 2012.
- Mencacci C., Anniverno R., Cerveri G.C., “Depressione e Ansia di Genere”, in Franconi F., Cantelli Forti G., *Manuale di medicina sesso-genere*, Bononia University Press, 2013.
- Mencacci C. *et al.*, *Depressione di Gender*, Elsevier Masson, 2009.
- Mencacci C., Ullo A., Larcán R., Orthmann N., Merzagora F., Aguglia E., “Genere e Disturbi del Sonno”, *Clinical Psychopharmacotherapy - Journal of Psychopathology*, 2014.
- Onda, *Donne e Tumori. Aspetti clinici psicopatologici e terapeutico-assistenziali*, FrancoAngeli, 2014.
- Onda, *Libro Bianco sulla depressione*, FrancoAngeli, 2016.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. *et al.*, “The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010”, *European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21, 655-679.



**VAI SU: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)**

**PER SCARICARE (GRATUITAMENTE)  
I CATALOGHI DELLE NOSTRE PUBBLICAZIONI  
DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI:  
PER FACILITARE LE TUE RICERCHE.**

Management & Marketing  
Psicologia e psicoterapia  
Didattica, scienze della formazione  
Architettura, design, territorio  
Economia  
Filosofia, letteratura, linguistica, storia  
Sociologia  
Comunicazione e media  
Politica, diritto  
Antropologia  
Politiche e servizi sociali  
Medicina  
Psicologia, benessere, auto aiuto  
Efficacia personale, nuovi lavori

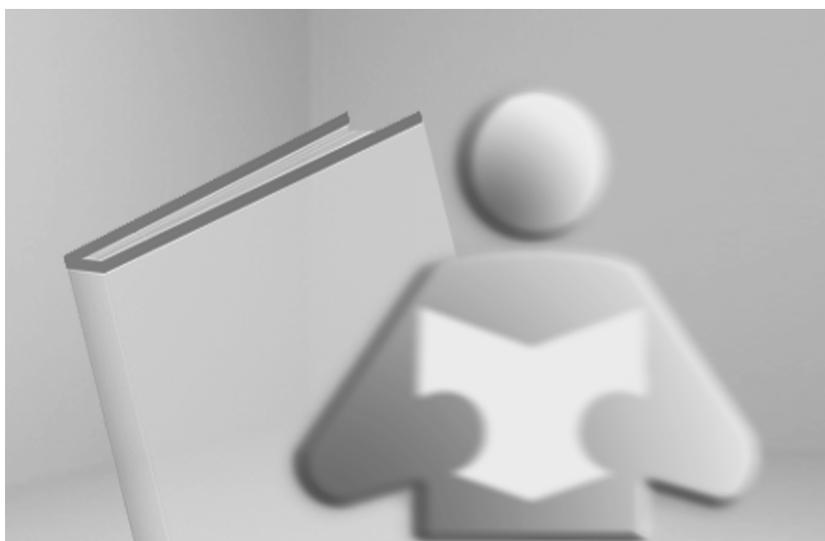


**FrancoAngeli**

## **QUESTO LIBRO TI È PIACIUTO?**



**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/latuaopinione.asp](http://www.francoangeli.it/latuaopinione.asp)



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



Seguici in rete



Sottoscrivi  
i nostri feed RSS



Iscriviti  
alle nostre newsletter

**FrancoAngeli**