

F A Q

A cura del gruppo [AID – Associazione Italiana Disturbi dell'umore onlus](#)
Luglio 2004



1) Che cos'è l'umore?

L'umore è lo stato d'animo di base che rappresenta la predisposizione a provare in un dato momento emozioni piacevoli o spiacevoli, capace di "colorare" l'intera esperienza del soggetto e di condizionarne pensieri e comportamento.

2) Che cos'è un disturbo dell'umore?

Il nostro umore, in condizioni normali, oscilla tra i due poli della tristezza e della gioia, attraverso tutta una gamma di sfumature emozionali, dalla profonda disperazione, dalla malinconia, alla serenità, all'euforia ed all'esaltazione, seguendo una risposta coerente a stimoli ambientali ed elaborazioni mentali interiori. Quando tali cambiamenti emotivi si svincolano dagli eventi esterni o sono sproporzionati per intensità e/o durata, si parla di disturbi dell'umore; viene persa la normale risposta emotiva e lo stato d'animo si ancora al polo o della tristezza (*depressione*) o dell'euforia (*mania ed ipomania*).

3) Perché un Associazione sui disturbi dell'umore?

Il crescente interesse che i mass-media hanno dedicato negli ultimi anni alla depressione, ha condotto all'attenzione dell'opinione pubblica la realtà dei disturbi psichici, ottenendone un maggior riconoscimento ed un conseguente aumento della richiesta di benessere mentale. Purtroppo, molte persone hanno scoperto di essere affette da depressione dopo anni di sofferenza e di richieste d'aiuto male interpretate. Grazie alle opere di sensibilizzazione tanti pazienti dispongono finalmente della possibilità di ricevere trattamenti specifici e di guarire da una malattia oggi ampiamente curabile. La nostra associazione si propone di continuare e di perfezionare il processo di divulgazione, cercando di descrivere in termini semplici e chiari gli ultimi avanzamenti della scienza medica e psicoterapeutica nella comprensione e nel trattamento dei disturbi dell'umore. Il sito nasce in questa prospettiva, rivolgendosi innanzitutto ai "non addetti ai lavori", quindi ai pazienti ed ai loro familiari, ma anche ai semplici curiosi alla ricerca d'informazioni scientifiche. Ci proponiamo inoltre come supporto per i medici di base e per altre figure professionali (insegnanti, educatori, istruttori sportivi), per professionisti del settore, ovvero psichiatri e psicoterapeuti interessati ad avere una sintesi sulla ricerca concernente la depressione e sulle modalità di intervento terapeutico più valide ed attuali.

4) Se sei "giù di morale", porta pazienza... arriveranno giorni migliori.

Alcune volte un episodio depressivo può risolversi spontaneamente dopo 6-8 mesi, talvolta invece si verifica una cronicizzazione del quadro clinico. Non potendo stabilire a priori le caratteristiche di decorso del disturbo, trascurare una sintomatologia depressiva può essere molto pericoloso e peggiorare significativamente la prognosi del paziente. Inoltre un intervento tardivo può presentare maggiori problemi per la presenza di meccanismi cognitivi distorti ormai consolidati.

5) Non ho bisogno dello psichiatra perché non sono "matto".

Le malattie mentali, specie le forme a decorso episodico, sono assai più frequenti di quanto comunemente ritenuto. Si calcola che, nel corso della vita, quasi la metà della

popolazione generale vada incontro allo sviluppo di una condizione di interesse psichiatrico. Molti atteggiamenti considerati espressione di inclinazioni caratteriali possono in realtà celare un disturbo mentale misconosciuto. Così alcune riflessioni esistenziali paralizzanti, l'estrema pignoleria, la lentezza esasperante, il bere smodato, la propensione per il gioco d'azzardo o per le sostanze stupefacenti, le anomalie della libido, l'insonnia, la tendenza al collezionismo, l'intolleranza per la solitudine, un'eccessiva attenzione per l'igiene, l'instabilità geografica, sentimentale e lavorativa, l'aggressività, la spossatezza fisica ricorrente, i disturbi somatici per i quali non si riesce a trovare una spiegazione medica soddisfacente, il disagio nei rapporti interpersonali, la dipendenza dai familiari, l'inspiegabile evitamento di determinati luoghi o situazioni e molte altre condizioni aventi carattere di persistenza od episodicità, sono spesso suscettibili d' intervento farmacologico e/o psicoterapico.

6) Ho scoperto di essere affetto da depressione, perciò temo che non potrò più avere una vita normale.

Compatibilmente con la gravità del disturbo psichiatrico diagnosticato, l'assumere un'appropriata terapia farmacologica e/o intraprendere un trattamento psicoterapeutico potrà consentire un recupero delle condizioni di salute, fino al ripristino del funzionamento sociale, lavorativo o scolastico.

7) Quando si deve pensare di ricorrere a uno specialista se ci si sente "un po' giù"?

Quando ci si sente tristi e nervosi, svogliati, sempre stanchi, pessimisti, inadeguati, tristi, quando si ha una visione del futuro buia e difficoltosa, quando non si ha voglia di "alzarsi la mattina"; quando si ha tendenza a mangiare troppo o a non mangiare per niente; quando si dorme troppo o non si riesce a dormire. Ma soprattutto quando questi sintomi sono presenti già da qualche settimana e con un'intensità tale da aver compromesso, anche solo in parte, il normale svolgersi della vita privata e sociale della persona.

8) E' vero che la depressione è causata dagli avvenimenti spiacevoli?

Benché un avvenimento spiacevole possa effettivamente precipitare lo sviluppo di un disturbo dell'umore, è necessaria una vulnerabilità biologica e/o di personalità affinché ciò si realizzi. In effetti, se è vero che la maggior parte delle persone esperisce quotidianamente sentimenti di tristezza, angoscia e disperazione in conseguenza di eventi negativi e disgrazie, solo una parte di essi svilupperà una sindrome depressiva che in seguito potrà tendere ad assumere un decorso autonomo, indipendente dagli avvenimenti esterni. Per questo motivo in molti casi di depressione non si riesce a trovare una motivazione plausibile. Quindi agli eventi avversi si può al più attribuire una valenza di rischio piuttosto che di reale causalità.

9) È vero che le cosiddette "esaurimento nervoso" possono essere vinte con la "forza di volontà"?

La volontà è in molti casi una delle funzioni psichiche primitivamente compromesse dal processo di malattia per cui, se la collaborazione attiva del paziente è utile e auspicabile, non è di per sé assolutamente sufficiente per superare l'episodio morboso. In certe situazioni la motivazione e l'incoraggiamento, forniti in buona fede dai familiari del malato nella convinzione di accelerare il processo di guarigione, possono addirittura divenire controproducenti andando ad alimentare il senso di colpa del paziente, frustrato dalla propria incapacità di risollevarsi.

10) Quali sono i principali fattori scatenanti della depressione?

I più importanti fattori scatenanti sembrano essere: 1) gli eventi di perdita, separazione e insuccesso che intervengono nel corso della vita; 2) le malattie fisiche gravi e/o croniche; 3) alcuni momenti significativi della vita (conclusione di un iter scolastico, servizio di leva, matrimonio, gravidanza, nascita dei figli, trasloco, menopausa, andropausa, pensionamento etc); 4) l'uso di alcuni farmaci (alcuni anti-ipertensivi, i procinetici, i cortisonici, i contraccettivi orali).

13) Come comportarsi con le persone che soffrono di depressione?

I familiari e gli amici di una persona depressa possono aiutarla: 1) ascoltandola con pazienza; 2) convincendola a rivolgersi ad uno specialista; offrendosi di prendere l'appuntamento e di accompagnarla; 3) rassicurandola sulle possibilità di guarigione; 4) aiutandola a seguire regolarmente la terapia.

14) Cosa è opportuno evitare di dire a una persona depressa?

È opportuno evitare di: 1) esortare la persona depressa a "reagire", a "metterci la buona volontà", a "distrarsi" (queste esortazioni danno alla persona depressa la sensazione di non essere compresa e possono accentuare il suo senso di colpa); 2) incoraggiare la persona depressa a cambiare il lavoro, la casa o il partner (tutte decisioni che non vanno prese finché è presente la depressione); 3) manifestare incertezze o perplessità sulla terapia in corso (queste, se esistono, vanno comunicate direttamente al terapeuta).

15) La depressione è una malattia o semplicemente tristezza esistenziale?

La depressione si differenzia dalla tristezza esistenziale per i suoi caratteri di fissità, di pervasività ed intensità, che non risultano in alcun modo giustificabili con la portata degli eventi esterni. Il paziente depresso avverte un sentimento di disperazione ed angoscia, talora vissuto come un tormento fisico, un senso di profonda, ineludibile oppressione, o può altresì lamentare una spiacevole impressione di inaridimento emotivo, di distacco dai propri sentimenti, piuttosto che una reale malinconia. Oltre a ciò nella depressione sono compromessi l'interesse per la quotidianità, la progettualità e l'investimento nel futuro, l'iniziativa.

16) Sono persistentemente abbattuto, sfiduciato, lamentoso: è il mio carattere o soffro di depressione?

Molti sintomi della depressione come la tendenza al pessimismo, uno slancio vitale ridotto, la facilità all'affaticamento ed una ridotta autostima, possono essere componenti stabili della personalità di un individuo. Tali aspetti vengono descritti come presenti sin dall'infanzia e profondamente radicati, configurando un profilo che i tecnici definiscono *temperamento depressivo (o distimico)*. Nella maggior parte dei casi questa disposizione consente di condurre una vita soddisfacente e non richiede alcun tipo di trattamento, sebbene si associ ad un rischio incrementato di sviluppare una depressione franca. Esistono del resto disturbi dell'umore a decorso subdolo, con sintomi depressivi sfumati ma persistenti, condizioni sottilmente penose e difficilmente riconoscibili all'occhio inesperto, che giungono raramente all'osservazione dello specialista (vedi depressione minore, depressione cronica e distimia in archivio). I pazienti tendono a non riconoscere la malattia e stentano a rievocare l'esordio del disturbo, nella fuorviante convinzione di "essere così da sempre". Tuttavia, il cambiamento può essere ben identificato da familiari

ed amici, che generalmente notano una progressiva deviazione rispetto alle condizioni precedenti. A causa della durata e della scarsa attenzione loro dedicata, queste forme di depressione, per quanto attenuate, sono causa di gravi limitazioni e di un sensibile scadimento della qualità di vita, per cui non debbono assolutamente essere sottovalutate, mentre richiedono necessariamente l'istituzione di un trattamento psicoterapico e/o farmacologico che soltanto lo specialista è in grado di valutare e di gestire.

17) La depressione è ereditaria?

Più che di ereditarietà si parla di familiarità: se un parente ha sofferto, o soffre di un Disturbo dell'Umore, in particolare di Depressione aumenta la probabilità che anche i figli ne possano soffrire (sembra esserci il 30% – 60% di probabilità se il parente è stretto).

18) Che cos'è la Mania?

La mania consiste in un'abnorme esaltazione dell'umore connotata da euforia smodata, senso di benessere, esasperato incremento dell'autostima, aumento dei livelli di energia e dell'iniziativa in attività ludiche, sessuali, lavorative, senso di facilità nel perseguimento dei propri obiettivi, associati alla scarsa considerazione delle possibili conseguenze. L'elevazione dell'umore non è scevra da una estrema labilità emotiva per cui il paziente, adesso gioioso, può repentinamente incupirsi, divenire ostile, arrabbiarsi o disperarsi per minime avversità, manifestando litigiosità, aggressività verbale e/o fisica, con tendenza alla prevaricazione. L'aumento dell'autostima può indurre il soggetto a ritenersi dotato di "poteri" particolari, di possedere una irresistibile carica sessuale, di avere nobili natali, di avere ideato invenzioni straordinarie, di essere in contatto con Dio od altre Entità, di essere il Prescelto o predestinato ad una missione della massima importanza (*megalomania*). Non rara la convinzione di essere in qualche modo invidiato, ostacolato od addirittura perseguitato. Si nota spesso una riduzione quantitativa del sonno; il soggetto può sentirsi perfettamente ristorato pur riposando ben meno di 6 ore per notte, oppure non riposare affatto per giorni. Nonostante la sensazione soggettiva di pieno benessere si tratta di una condizione che implica gravi rischi individuali e sociali e richiede perciò grande attenzione da parte dei clinici e talvolta il ricovero (vedi anche "disturbo bipolare").

19) Che cos'è il disturbo bipolare?

Il disturbo bipolare è caratterizzato dall'alternarsi di fasi di esaltazione (mania) e di depressione. Nelle fasi espansive il soggetto si presenta brillante, iperattivo, difficilmente stancabile e con un ridotto bisogno di sonno, a tratti fortemente irritabile e aggressivo, in quelle depressive appare triste, rallentato, affaticabile, a tratti ansioso. Fra una fase e l'altra, il soggetto presenta, normalmente, un recupero completo dell'equilibrio psichico.

20) Schizofrenia e depressione possono davvero essere confuse?

La schizofrenia è una sindrome psichiatrica caratterizzata dalla presenza di deliri od allucinazioni, appiattimento emotivo od affettivo, perdita dei nessi logici del ragionamento e compromissione dell'iniziativa, talora associati ad un linguaggio ed

un comportamento grossolanamente disarticolati o ad anomalie di postura e movimento. Tali sintomi assumono un peso differente sia tra i vari pazienti che nell'ambito di un medesimo paziente, nel corso della malattia. Nonostante che il quadro clinico descritto sia oramai ben individuato, tipizzato e delimitato, esistono gravi forme di depressione ad espressione non caratteristica, come pure disturbi dell'umore complicati, che possono assomigliare alla schizofrenia e che richiedono un particolare impegno diagnostico. Il dubbio sorge spesso per quelle forme depressive caratterizzate da impoverimento del linguaggio, deficit di concentrazione, riduzione dell'iniziativa ed anomalie del movimento, che possono porre problemi di diagnosi differenziale con i sottotipi "catatonico" e "residuale" della schizofrenia; altre volte può essere arduo distinguere tra quelle forme di schizofrenia connotate da esplosività od agitazione e i disturbi dell'umore di tipo bipolare con sintomi psicotici.

21) È vero che alcuni disturbi dolorosi od apparentemente solo fisici potrebbero essere segno di depressione?

Nella depressione, specie nelle forme infantili e della senescenza, si ritrovano spesso sintomi fisici che possono mimare altre condizioni, disorientando sia il paziente che il medico di base. Tali sono ad esempio la cefalea, la disappetenza, i disturbi gastrointestinali, le vertigini o i dolori cronici per i quali non si riesce ad individuare una precisa causa organica, neppure ricorrendo agli strumenti diagnostici più moderni e raffinati. Il clinico esperto saprà invece ravvisare altri elementi caratteristici della depressione, spesso minimizzati o posti in secondo piano dallo stesso paziente, ma assolutamente peculiari. Vedremo allora che, a fronte di una generica inefficacia delle terapie sintomatiche sino ad allora effettuate, sarà in molti casi possibile registrare una soddisfacente risposta al trattamento antidepressivo.

22) Sono depresso ed ansioso: ho due malattie?

La profonda tristezza è tipica della depressione, mentre una condizione di apprensione o di paura è caratteristica dell'ansia. Nelle sindromi depressive è frequente il contemporaneo riscontro di tristezza ed apprensione quali dirette manifestazioni del disturbo dell'umore, per cui entrambi i sintomi possono essere considerati quali espressioni diverse di una medesima malattia. D'altro canto esiste una correlazione dimostrata tra depressione e disturbi d'ansia primari, vale a dire disturbi psichiatrici diversi dalla depressione e per i quali l'ansia rappresenta il sintomo dominante. Bisogna inoltre ricordare che le sindromi ansiose di per sé, a causa delle gravi limitazioni imposte, possono divenire motivo di demoralizzazione, che talora cede il passo ad una effettiva depressione; ciò ad esempio non di rado complica il decorso del disturbo di panico. In conclusione, le condizioni caratterizzate dalla contemporanea presenza di ansia e depressione sono piuttosto frequenti ed hanno cause diverse.

23) Sono tremendamente ansioso ed abbattuto: ho la depressione o il panico?

Occorre innanzitutto operare una distinzione tra l'ansia che quasi invariabilmente complica la depressione, in quanto condizione associata ad un profondo senso di inadeguatezza, di incapacità ad affrontare le situazioni e di sovrastima del pericolo

ed il disturbo di panico propriamente detto. Quest'ultimo consiste infatti nel ripetersi di crisi ansiose improvvise caratterizzate dalla paura di morire, di perdere il controllo o di impazzire, palpitazioni, intensa sudorazione, tremore, brividi o vampate di calore, vertigini o senso di imminente svenimento, sensazione di soffocamento o di nodo alla gola, dolore toracico, mal di testa, formicolii alle estremità, nausea od altri disturbi addominali, talora con un senso di estraneità rispetto ad un ambiente altrimenti familiare. Questi sintomi raggiungono la massima intensità in pochi minuti, risolvendosi poi solitamente in meno di mezzora. Il ripetersi degli attacchi comporta lo sviluppo di ansia anticipatoria (paura e preoccupazione di avere un altro attacco) ed evitamento delle situazioni (sforzi fisici, viaggio in treno, aereo, autostrada) luoghi (luoghi chiusi, posti affollati o rumorosi) percepiti come pericolosi. Chi ha questo disturbo ricorre spesso a visite mediche e complicati accertamenti diagnostici per il timore di avere una malattia somatica.

24) Quali altri disturbi accompagnano più frequentemente la depressione ?

Il Disturbo di Panico, il disturbo Ossessivo-Compulsivo, i Disturbi Alimentari, i Disturbi della Personalità. Vale a dire che spesso la depressione è diagnosticata come patologia "secondaria" a una prima diagnosi – per esempio – di Attacco di Panico con Agorafobia. Molte persone infatti che soffrono di questa patologia, in un secondo momento soffrono anche di depressione che è in parte alimentata dall'isolamento sociale.

25) Può insorgere depressione al seguito di una fobia?

Sì, come disturbo secondario. Infatti evitando le situazioni fobiche l'individuo inizia a sentirsi inadeguato, incapace, "sentirsi non è in grado di affrontare le situazioni" che gli creano ansia e spesso generalizza questa sua convinzione anche ad altre situazioni della sua vita, sperimentando così vissuti che lo potranno portare verso una depressione.

26) L'insonnia: condizione isolata o sintomo di depressione?

Il soggetto affetto da insonnia percepisce il proprio riposo notturno come insufficiente o insoddisfacente e ritiene di non trarvi un adeguato beneficio. Esiste un'insonnia episodica, legata a sporadiche situazioni stressanti e non necessariamente dotata di significato patologico ed un'insonnia a carattere cronico in grado di minare lo stato di benessere. Nella stragrande maggioranza dei casi l'insonnia persistente rappresenta solo il sintomo di un disturbo più complesso e non una malattia a sé stante da curare semplicemente con un "sonnifero". Lo specialista dovrà valutare attentamente l'eventuale presenza di patologie fisiche in grado di disturbare il riposo notturno o di una cattiva "igiene" del sonno, al fine di comprendere la reale genesi dell'insonnia. Quando le abitudini del soggetto non giustificano il persistere dell'insonnia, né si riesce a identificare una causa fisica del malessere, emergono elementi indicativi della presenza di un disturbo di interesse psichiatrico. La relazione tra disordini del sonno e depressione risulta particolarmente stretta, tanto che l'insonnia viene di fatto ritenuta uno dei principali sintomi di malattia.

27) Ho difficoltà di memoria e concentrazione: può essere depressione?

I disturbi della memoria sono di frequente riscontro nella depressione e possono avere variabili ripercussioni in ambito lavorativo, scolastico od in altre attività precedentemente svolte senza particolari difficoltà. La consapevolezza di uno scadimento delle prestazioni

produce un ulteriore abbattimento ed un rafforzamento vizioso dei sentimenti di colpa ed inutilità tipicamente associati alla depressione. Questi sintomi sono vissuti dal paziente come un preoccupante segno di alterazione delle proprie capacità intellettive o quale conferma della presenza di una malattia neurologica temuta, mentre in realtà si tratta di problematiche del tutto reversibili se sottoposte ad appropriata terapia. I disturbi della memoria ravvisabili nella depressione sono infatti sostanzialmente imputabili ad un sottile deficit di concentrazione, piuttosto che ad una primitiva compromissione dei processi di memorizzazione. Sono in effetti la mancanza di motivazione, lo scarso slancio vitale e la stanchezza tipiche della patologia a determinare una riduzione dell'interesse e della capacità di sostenere l'attenzione, prerequisiti per l'appunto indispensabili alla fissazione dei ricordi.

28) Ultimamente mi sento molto stanco e mi affatico facilmente: può essere depressione?

La stanchezza persistente immotivata od anche soltanto eccessiva rispetto al reale impegno fisico richiesto dal proprio lavoro o dallo sport praticato, registrata in assenza di una patologia somatica dimostrabile, è effettivamente uno dei principali sintomi della depressione. La spossatezza protratta dovrebbe pertanto essere valutata con attenzione poiché potrebbe di fatto rappresentare un segnale di malattia, particolarmente importante nelle forme depressive a decorso subdolo, con sintomatologia incompleta o residua. L'osservazione specialistica è in questi casi dirimente poiché il clinico esperto saprà individuare gli eventuali altri elementi indicativi di depressione in atto, proponendo quindi un trattamento idoneo.

29) Ultimamente ho poco appetito: ho la depressione?

L'aumento o diminuzione dell'appetito rappresentano uno dei sintomi principali della depressione e dei disturbi dell'umore. Qualora si verifichi riduzione di peso bisognerà escludere le possibili cause organiche della disappetenza ed individuare gli eventuali altri sintomi indicativi di un disturbo dell'umore.

30) Ho una tremenda "fame nervosa": sarà bulimia o depressione?

La Bulimia Nervosa è una sindrome caratterizzata dalla combinazione di alimentazione restrittiva ed "abbuffate", ovvero episodi in cui sono assunte grandi quantità di cibo, associate alla sensazione di perdere il controllo su ciò che si sta ingerendo. Il nucleo del disturbo è rappresentato dall'eccessiva attenzione per l'aspetto corporeo e dal desiderio di perdere peso. Esistono d'altro canto forme atipiche di depressione che si associano ad incremento dell'appetito anziché a disappetenza, con scelta preferenziale di cibi dolci e di cioccolato in particolare, una voracità che lo specialista riesce agevolmente a distinguere dalle abbuffate tipiche della paziente bulimica.

31) Ho spesso mal di testa. Può essere depressione?

Un mal di testa persistente od episodico ricorrente, per il quale non si riesce a trovare una valida motivazione organica, può rappresentare un disturbo isolato oppure costituire la manifestazione più evidente di una depressione misconosciuta, tecnicamente nota come "depressione mascherata". In questi casi il paziente raramente esprime contenuti di tristezza, lamentando unicamente il sintomo cefalea, od avvertendo la demoralizzazione conseguente al dolore. Sebbene il mal di testa sembri dominare il quadro clinico, il medico o lo psicologo competenti sapranno ravvisare gli altri elementi della costellazione depressiva eventualmente presenti, proponendo quindi il trattamento più idoneo alla risoluzione del disturbo.

32) Mi dicono che sono spesso nervoso ed irritabile: può essere depressione?

L'umore irritabile è effettivamente uno dei sintomi della depressione ed è spesso quello più evidente ai familiari del paziente. In questi casi nulla può sostituire l'osservazione dello specialista (psichiatra o psicoterapeuta) che saprà ravvisare eventuali altri elementi indicativi di depressione in atto. I livelli di energia, una stanchezza invalidante, i disturbi del sonno, dell'appetito e della sfera sessuale, la capacità di concentrazione, le caratteristiche della comunicazione verbale e gestuale, la sintomatologia fisica concomitante ed altri aspetti di interesse tecnico ancor più stretto dovranno essere presi in considerazione per un'attenta diagnosi differenziale con patologie organiche (più spesso metaboliche od endocrinologiche) eventualmente responsabili del disturbo.

33) Ipocondria o depressione?

L'ipocondria è una patologia psichiatrica caratterizzata dalla persistente preoccupazione di essere affetto da una o più malattie fisiche. Il soggetto interpreta erroneamente normali sensazioni corporee e si sottoporrà quindi a ripetuti esami di laboratorio, indagini strumentali rifiutando le rassicurazioni mediche circa l'inesistenza delle patologie temute. Timori analoghi si riscontrano anche in alcune forme di depressione.

34) Perdo la memoria... Sarà l'età o la depressione?

Nell'anziano la depressione e i quadri iniziali di demenza mostrano sintomi almeno in parte sovrapponibili quali difficoltà di concentrazione, alterazioni della memoria, irritabilità e disturbi del sonno, talora associati ad un cambiamento delle abitudini, dello stile di vita o addirittura della personalità del soggetto, che non sempre consentono una agevole distinzione dei quadri clinici. D'altro canto, la discriminazione tra le due condizioni riveste un'importanza determinante giacché non soltanto saranno diverse le opzioni terapeutiche, ma pure la relativa prognosi, che è sostanzialmente migliore nella depressione. Nonostante la disponibilità di test psicometrici sempre più sensibili e di strumenti diagnostici in grado ricostruire un'immagine del sistema nervoso centrale (TAC, RMN, PET), in molti casi non si riesce a redimere il dubbio se non attraverso l'accorto utilizzo di antidepressivi; in tali circostanze, infatti, saranno soltanto i quadri di "pseudo-demenza" su base depressiva a mostrare un reale miglioramento.

35) Mio figlio esce raramente ed ha pochi amici: è soltanto timido o soffre di depressione?

La depressione tipicamente si complica con il rifiuto dei contatti sociali, evitati sia per una effettiva perdita di interesse, sia per il senso di inadeguatezza caratteristicamente associato alla patologia. In questo senso, una condizione morbosa passibile di terapia può essere erroneamente scambiata per un'inclinazione caratteriale o per una "crisi adolescenziale", senza mai giungere all'attenzione del medico o dello psicoterapeuta. D'altro canto esistono disturbi mentali diversi dalla depressione che possono manifestarsi con il disagio e l'evitamento nelle situazioni sociali, dubbi diagnostici che solo l'osservazione specialistica può dirimere.

36) Nonostante le rassicurazioni dei medici, mio nonno si mostra seriamente preoccupato per le sue condizioni di salute. Può essere depressione?

Negli anziani la depressione si manifesta sia con sintomi tipici quali tristezza od irritabilità, perdita degli interessi, spassatezza fisica, disturbi del sonno e dell'appetito, sia con sintomi atipici come dolori somatici, difficoltà digestive, stitichezza e disfunzioni urinarie, talora generando il timore di essere affetto da una grave malattia organica, preoccupazione cui spesso si aggiunge la frustrazione di non veder riconosciuto il proprio malessere. In questi casi il contributo dello specialista può divenire determinante giacché il mancato

riconoscimento di una patologia altrimenti suscettibile di trattamento, potrebbe effettivamente influire sulle condizioni generali di salute, oltre che sulla qualità di vita del paziente anziano.

37) Mio figlio ha delle strane “fissazioni”. Potrebbe essere depressione?

Con il termine “fissazioni” possono essere indicate varie tipologie di pensieri anomali distinguibili dagli specialisti in fobie, ossessioni o di veri e propri deliri, solo attraverso colloqui con il paziente. Ad ogni modo esistono particolari forme di disturbi dell’umore associate allo sviluppo di idee inappropriate che appaiono strane anche ad un comune osservatore e che possono condizionare il comportamento del paziente.

38) Mio figlio ultimamente ha un atteggiamento strano: è distaccato, assente. Può essere depressione o devo sospettare che faccia uso di droga?

Alcuni disturbi psichiatrici possono manifestarsi con una riduzione della capacità di esprimere le proprie emozioni o con un più generico appiattimento; d’altro canto le anomalie comportamentali possono concretamente rappresentare la conseguenza dell’abuso di sostanze. Non dimentichiamo inoltre che gli stupefacenti sono effettivamente in grado di far emergere un disturbo psichiatrico nel soggetto vulnerabile. E pur vero che, alcune malattie mentali rappresentano un comprovato fattore di rischio per il consumo di droghe che per la tendenza ad un uso impulsivo, sia per il tentativo di alleviare i sintomi.

39) È davvero alto il rischio di suicidio dovuto alla depressione? Quali sono i segnali che devono fare preoccupare?

Il rischio sembra essere circa del 7% nelle donne e dell’1% negli uomini; perciò si tratta di un disturbo serio, da non sottovalutare specialmente nelle sue forme più gravi (per esempio nella Depressione Maggiore). Nel caso soffriate di depressione, e i vostri pensieri ricorrono spesso alla morte è importante che di questo mettiate al corrente il medico di famiglia e/o uno specialista.

40) Si parla spesso di depressione post-partum: cos’è di preciso?

Si Esiste il così detto “maternity blues”, che riguarda circa il 70% delle neo – mamme ed è caratterizzata da umore depresso, irritabilità crisi di pianto, astenia, affaticamento; questo si verifica tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto ed è uno stato emotivo molto comune che non deve allarmare. La depressione vera propria, ha un’incidenza più bassa rispetto al precedente, con una sintomatologia presente già subito dopo il parto, oppure lenta, con sintomi che si evidenziano 4 – 6 mesi dopo il parto. I sintomi di questo tipo di Depressione sono ansia, chiusura in se stessi, disturbi dell’alimentazione, cambiamenti dell’umore, insonnia, paura di rimanere da sole, attacchi di panico. La più rara psicosi puerperale colpisce una donna su 1000 e si caratterizza per la presenza di sintomi psicotici, disorientamento e idee infanticide. I sintomi si presentano generalmente entro 24 – 72 ore dopo il parto.

46) I bambini possono soffrire di depressione?

La depressione nei bambini è stata presa in seria considerazione solo negli ultimi due decenni. Il bambino depresso può riferire di avere sintomi fisici come “mal di pancia, mal di testa, stanchezza”, rifiutarsi di andare a scuola, aggrapparsi a un genitore o essere preoccupato che un genitore possa morire. Bambini più grandi possono tenere il broncio, mettersi nei guai a scuola, capricciosi e sentirsi compresi.

47) E' vero che alcuni farmaci possono causare la depressione?

L'assunzione protratta di alcuni farmaci impiegati per la terapia di condizioni mediche generali può effettivamente associarsi ad un rischio incrementato di sviluppare depressione. Vari tipi di farmaci possono essere implicati, anche se più spesso sono coinvolti alcuni tipi di antiipertensivi (farmaci utilizzati per il controllo della pressione arteriosa) e di procinetici (ovvero prodotti che favoriscono la motilità gastrointestinale ed i processi digestivi più in generale).

48) Soffro solamente di insonnia, mi prescriva un sonnifero.

L'assunzione saltuaria di "sonniferi" (ipnotici) per correggere sporadici disturbi del sonno non presenta particolari controindicazioni, specie con i prodotti più recenti, dotati di un elevato margine di sicurezza. Tuttavia, un'insonnia persistente potrebbe costituire la manifestazione non isolata di una sindrome ben più complessa. Occorre allora resistere alla tentazione dell'autoprescrizione, affidandosi piuttosto all'aiuto dello psichiatra. Forzare la mano al medico curante od al farmacista, o peggio ancora seguire i consigli dell'amico, che si è trovato "tanto bene" con questo o quel prodotto, è un atteggiamento non esente da rischi. I "sonniferi" (ipnotici) sono psicofarmaci a tutti gli effetti, necessitano di un'attenta valutazione delle indicazioni, del monitoraggio dei dosaggi assunti e dei tempi di somministrazione. Possono indurre assuefazione e determinare una volta interrotta l'assunzione sintomi astinenziali; inoltre l'assunzione protratta di un "sonnifero" in una condizione morbosa in cui l'insonnia sia soltanto una delle manifestazioni rilevabili, rischia di determinare una cronicizzazione od un aggravamento del complessivo quadro psicopatologico.

49) Quando posso smettere di assumere psicofarmaci?

Lo psichiatra una volta impostata una cura valuterà opportunità, tempi e modalità di sospensione della terapia, ai controlli successivi la prima visita ed al ridursi della sintomatologia parallela ad una più soddisfacente qualità di vita. E' chiaro che in disturbi con carattere di persistenza, potrà esser necessaria una terapia di mantenimento a lungo termine. In questo senso, tali disordini non sono molto diversi da altre condizioni morbose croniche –ma curabili- come ad es. il diabete e l'ipertensione, per le quali è universalmente riconosciuta ed accettata la necessità di un trattamento a tempo indefinito. Le conseguenze di un'improvvisa interruzione terapeutica possono essere a breve o a lungo termine, con la comparsa di sintomi attenuati, o più fastidiosi che richiedono la ripresa di una nuova terapia. L'obiettivo, quindi, non consiste nella sospensione delle cure ad ogni costo, ma nel raggiungimento e nel mantenimento dello stato di benessere.

50) Sono cardiopatico, posso assumere psicofarmaci?

La presenza di una malattia cardiovascolare, anche relativamente grave, non costituisce controindicazione assoluta alla terapia antidepressiva. Esistono molti farmaci prive di effetti dannosi per il cuore. Lo psichiatra dispone di una vasta scelta tra i prodotti disponibili per fornire un valido supporto terapeutico, limitando al minimo il rischio di effetti collaterali significativi.

51) Sono affetto da insufficienza renale, posso assumere psicofarmaci?

Una persona che soffre di problemi renali può essere sottoposto a terapia psicofarmacologica, mediante la scelta di farmaci che non vengano eliminati per via urinaria, la riduzione della dose e/o l'aumento degli intervalli di assunzione, per mantenere la concentrazione plasmatica (livelli del farmaco nel sangue) entro i valori efficaci e limitare al minimo il rischio di effetti indesiderati. Per molti dei farmaci commercializzati, esiste la possibilità di valutare l'effettiva concentrazione plasmatica del principio attivo con un semplice prelievo di sangue. Una volta instaurata una terapia antidepressiva mirata, occorrerà segnalare al medico curante l'uso di psicofarmaci in modo da garantire al paziente la completa sicurezza nella somministrazione.

52) Ho “problemi di fegato” per cui non posso assumere psicofarmaci.

Chi ha problemi al fegato può essere sottoposto a terapia psicofarmacologica, a patto di orientare la scelta verso molecole eliminate prevalentemente per via renale o che comunque comportino un minimo impegno metabolico per il fegato. Un prudente approccio prevede inoltre la somministrazione del medicinale in dose ridotta e/o una dilatazione degli intervalli di assunzione, per mantenere la concentrazione plasmatica (livelli del farmaco nel sangue) entro il range terapeutico e limitare così al minimo il rischio di effetti indesiderati. Per molti dei farmaci commercializzati, inoltre, esiste la possibilità di valutare l'effettiva concentrazione plasmatica del principio attivo con un semplice prelievo di sangue. Una volta instaurata una terapia antidepressiva mirata, occorrerà segnalare al medico curante il concomitante approccio psicofarmacologico in modo da garantire al paziente la necessaria sicurezza nella somministrazione.

53) E' vero che gli psicofarmaci fanno “gonfiare”?

L'aumento del peso nel corso di un trattamento psicofarmacologico è un'evenienza frequente ma evitabile attraverso un corretto apporto calorico e lo sviluppo di uno stile di vita attivo. In particolare alcuni farmaci possono essere responsabili di una particolare ricerca di cibi ipercalorici (pane, pasta, cioccolato, etc.). Il paziente in questi casi va correttamente informato. D'altra parte il raggiungimento di un maggior benessere psichico può facilitare il raggiungimento ed il mantenimento di un adeguato peso corporeo.

54) Possono essere assunti farmaci in gravidanza?

Durante il I trimestre di gravidanza l'assunzione di qualsiasi tipo di farmaco deve essere attentamente valutato in termini di rapporto rischio/beneficio per la madre e per il feto, dal momento che alcune condizioni psichiatriche, se non adeguatamente curate, possono complicarsi con abuso di sostanze, condotte autolesive, rifiuto dell'alimentazione od altre anomalie del regime dietetico nocive per il nascituro. Emerge quindi la necessità di intraprendere una terapia farmacologica solo in casi adeguatamente selezionati, quando la gravità clinica del disturbo ed il rischio correlato ad un mancato trattamento superino sensibilmente le problematiche connesse all'assunzione di farmaci in gravidanza, valutazione che richiede necessariamente la supervisione di un medico esperto. Mentre è opportuna una psicoterapia nei casi di media entità.

55) Si possono bere alcolici quando si assumono psicofarmaci?

E' prudente astenersi dall'alcol almeno fintantoché non venga posto un preciso quesito allo specialista. Lo psichiatra dovrà allora valutare caso per caso le possibilità di una interazione negativa, sia in base allo specifico farmaco assunto che alle condizioni cliniche generali del paziente, suggerendo eventualmente i limiti entro i quali contenere il consumo di alcool.

56) E' vero che gli psicofarmaci devono essere assunti al bisogno?

Alcuni farmaci (per es. gli ansiolitici ed i sedativo-ipnotici) possono essere assunti occasionalmente, a scopo sintomatico. D'altro canto, un loro utilizzo cronico può comportare seri problemi di assuefazione e dipendenza, per cui è assolutamente da evitare o comunque da effettuare sotto la stretta supervisione dello specialista. Tuttavia, la maggior parte dei farmaci utilizzati in ambito psichiatrico, esplicano la loro attività nel tempo e devono essere assunti con regolarità per periodi prolungati per poter esercitare effetti terapeutici durevoli.

57) E' vero che il litio è un farmaco molto tossico?

La somministrazione di litio richiede una preventiva valutazione della funzionalità renale e tiroidea, quindi il monitoraggio periodico delle concentrazioni plasmatiche; attraverso questi accorgimenti si riesce a contenere i livelli del farmaco nell'ambito dell'intervallo terapeutico, limitando al minimo il rischio di sviluppare effetti collaterali. Impiegato con queste precauzioni, il litio è un farmaco sicuro ed efficace per la terapia di svariate affezioni psichiatriche e non.

58) E' vero che gli psicofarmaci danno dipendenza?

Alcuni psicofarmaci (ansiolitici ed i sedativo-ipnotici), quando utilizzati a dosi inappropriate o per periodi prolungati- sono effettivamente in grado di produrre un quadro di dipendenza, con veri e propri sintomi di astinenza in caso di sospensione brusca. Per questo motivo, tali medicinali debbono essere necessariamente prescritti dallo specialista, evitando accuratamente il "fai da te" o l'acquisto su consiglio di un amico o familiare.

59) I farmaci mi cambiano la personalità?

Il trattamento farmacologica cura unicamente i sintomi della depressione consentendo una ripresa dello stile e delle abitudini di vita precedenti allo sviluppo della malattia e la piena espressione delle proprie potenzialità.

60) Trattamento della depressione: psicofarmaci o psicoterapia?

La terapia della depressione non può essere la stessa in tutti i casi. Non possiamo dire che "la depressione si cura con i farmaci" o che "la depressione si cura con le psicoterapie". Il trattamento deve essere personalizzato, cioè va impostato in ogni singolo caso sulla base di una serie di elementi, tra cui: 1) le caratteristiche del quadro clinico; 2) le informazioni disponibili circa il ruolo dei vari fattori predisponenti, scatenanti e protettivi nel caso specifico; 3) le attuali condizioni fisiche della persona depressa; 4) la risposta che la persona ha presentato ad eventuali trattamenti precedenti. Il nostro parere è però che il trattamento combinato "farmaci + psicoterapia", soprattutto nei casi complessi di disturbi dell'umore fortemente invalidanti, sia più efficace.

61) Non posso prendere farmaci perché seguo una psicoterapia.

L'approccio combinato, farmacologico e psicoterapeutico in associazione, non ha alcuna controindicazione ed in molte condizioni è largamente raccomandabile.

62) Qual è la differenza fra psicologo, psichiatra?

Lo **psicologo**: è abilitato all'esercizio della professione - quindi iscritto all'albo - se è laureato in psicologia, se ha svolto un anno di tirocinio di circa 20 ore settimanali post laurea e se ha superato l'esame di stato. Lo **psichiatra**: è abilitato all'esercizio della professione se è laureato in medicina e specializzato in psichiatria.

63) A chi mi devo rivolgere per seguire una psicoterapia?

Lo psicoterapeuta: è uno psicologo o un medico specializzato in psicoterapia, ha quindi frequentato, dopo l'abilitazione, una scuola di 700 ore all'anno per 4 anni con esame finale. Le scuole riconosciute dal MURST (Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca) sono caratterizzate dai diversi orientamenti di terapia (terapia cognitivo-comportamentale, sistemica, dinamica, interpersonale, bioenergetica, Gestalt...).

65) Evito la psicoterapia perché non ho alcuna intenzione di sottopormi ad estenuanti sedute per anni.

Diverse psicoterapie tra le quali la cognitivo-comportamentale sono caratterizzate da percorsi terapeutici di durata definita e spesso breve (mesi o al max pochi anni).

66) Non vado dallo psichiatra/psicoterapeuta perché mi vergogno ad esporre i miei pensieri più intimi.

La rivelazione di argomenti intimi può essere parte del colloquio clinico ma non è indispensabile, inoltre avviene solo volontariamente solo dopo un rapporto di fiducia. Il terapeuta è inoltre tenuto ad osservare il più stretto riserbo sul contenuto delle informazioni acquisite durante i colloqui, in ottemperanza alla legge sul segreto professionale.

Firenze , luglio 2004