

DEPRESSIONE

Come nasce?

Come viene curata?

Che rapporto ha con lo stress?



L'autore:

Il Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck è specialista in psichiatria, psicosomatica, psicoterapia, neurologia (FMH Neurologia) e medicina generale nonché neuroscienziato. Dopo la propria formazione internazionale a Monaco di Baviera, Basilea, Londra e Zurigo, ha esercitato dal 1996 al 2005 presso l'Istituto di Psichiatria Max Planck di Monaco di Baviera.

Per il suo lavoro scientifico nel campo delle malattie da stress – come la depressione e il burnout – gli è stato conferito fra l'altro il «Bayerische Habilitationsförderpreis» dal Ministero bavarese per la scienza, la ricerca e l'arte.

Come autore di oltre 100 pubblicazioni in riviste specializzate internazionali i suoi lavori sono citati in media oltre 250 volte all'anno. È membro della Facoltà di medicina dell'Università Ludwig Maximilian di Monaco di Baviera e di numerose associazioni professionali, nonché membro fondatore di una società di ricerca su depressioni. Martin Keck è inoltre membro del comitato direttivo della Società svizzera per i disturbi ansiosi e la depressione (Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression – SGAD) nonché dell'Istituto svizzero di farmacovigilanza in psichiatria (Schweizerische Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie – SGAMSP) e coordinatore dei gruppi di lavoro presso il Centro di neuroscienze dell'Università e del Politecnico federale di Zurigo.

Dopo essere stato direttore medico di una grande clinica svizzera, gli è stato offerto il posto di direttore nel 2014 presso la Clinica per la psichiatria e la psicoterapia, psicosomatica e neurologia dell'Istituto di Psichiatria Max Planck di Monaco di Baviera. La clinica, di fama internazionale, si occupa soprattutto della diagnostica, trattamento e studio delle malattie da stress, la cui frequenza è in aumento in tutto il mondo.

Specialisti e ricercatori in psichiatria, psicosomatica, psicoterapia, neurologia, radiologia e medicina interna collaborano a stretto contatto tra loro secondo il principio di un'unica neurologia olistica.

Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck, eMBA UZH
Direttore della clinica e Primario

Specialista in psichiatria e psicoterapia
Specialista FMH in neurologia/specialista in psichiatria e neurologia
Specialista in psicosomatica e psicoterapia
Specialista in medicina generale

Clinica di psichiatria e psicoterapia,
psicosomatica e neurologia
Istituto di Psichiatria Max Planck
Kraepelinstrasse 2-10
D-80804 Monaco di Baviera
www.psych.mpg.de
Tel. +49 89 30622 1

INDICE

Introduzione	8
Per il lettore frettoloso	10
Cosa si intende per depressione?	14
Depressione: una malattia frequente e importante	14
Sintomi della depressione	15
Forme particolari di depressione	20
Sindrome del burnout	22
Depressione in età avanzata	22
Depressione post-partum	23
Depressione stagionale (depressione invernale)	24
Depressione maschile («male depression»)	24
Depressione: una malattia pericolosa	26
Come nasce una depressione?	28
Una malattia potenzialmente cronica e sistemica	28
Depressione come malattia conseguente a stress: Alterazioni drammatiche della regolazione ormonale dello stress	30
Come si scatena la depressione da stress?	34
Come funziona il metabolismo neuronale?	35
Stress, cervello e psiche – un esempio	38
È colpa dei geni?	39
Che cos'è la medicina personalizzata?	41

Come si cura la depressione?	44
Trattamento della depressione da stress: perché spesso non funziona?	44
Principali concetti di trattamento della depressione da stress: terapia di mantenimento e terapia a lungo termine	45
Piano di trattamento	49
Psicoterapia	50
Terapia comportamentale	52
Psicoterapia interpersonale (IPT)	53
Terapia medicamentosa	56
Antidepressivi e gravidanza	59
Tecniche di rilassamento	60
Forme terapeutiche complementari non medicamentose sperimentate	63
Dodici brevi regole fondamentali per il trattamento della depressione	66
Ulteriore sostegno	69
Possibili segnali precoci	69
Piano di crisi personale	70
Suggerimenti per parenti e amici	72
Letteratura e indirizzi utili	74
Lecture consigliate	74
Indirizzi utili	74

INTRODUZIONE

Le malattie depressive sono tra quadri clinici più gravi e importanti di tutto il mondo. Colpiscono nelle loro diverse forme di espressione fino al 20% della popolazione. Pensieri, sentimenti, corpo, relazioni sociali: l'intera vita ne è compromessa. Nonostante la sua enorme importanza, la depressione spesso non è riconosciuta o è comunque curata in modo inadeguato. Questo causa grande sofferenza e una perdita di qualità della vita per i pazienti e i loro parenti. Negli ultimi anni è diventato inoltre chiaro che la depressione è una malattia cronica conseguente a stress, da cui la designazione anche di depressione da stress. È un fattore di rischio per l'insorgenza di altre gravi malattie comuni come l'infarto cardiaco, l'ictus, l'osteoporosi, la demenza e il diabete: una depressione non curata può abbreviare l'aspettativa di vita.

La depressione è una malattia grave ma curabile. Non è affatto una normale tristezza, un fallimento o debolezza di carattere! I progressi degli ultimi anni mostrano un nuovo e più ampio quadro delle possibilità di cura della depressione. Ciononostante ancora solo il 10% dei pazienti in media beneficia di un trattamento adeguato e sufficiente.

È importante seguire una terapia psicologica e medicamentosa di lunga durata, scientificamente fondata e specializzata della depressione, che conduca alla guarigione completa. Perché i pazienti con sintomi residui subiscono nell'80% dei casi una ricaduta. Nella terapia di mantenimento per la prevenzione delle ricadute, i pazienti vengono accompagnati per almeno sei mesi dopo la regressione dei sintomi della malattia.

Più sono state frequenti e gravi le fasi depressive nella storia clinica dei pazienti, più urgente diventa una terapia a lungo termine, ossia l'accompagnamento terapeutico del paziente oltre il periodo della terapia di mantenimento.

Questa guida si basa sullo stato attuale della ricerca e vuole servire a capire meglio la malattia chiamata depressione. Si rivolge ugualmente ai pazienti, ai loro parenti e amici ma anche a tutte le persone interessate. Questa guida non può in nessun caso sostituire il consulto e la diagnosi medica e terapeutica individuale, ma intende offrire suggerimenti per l'approfondimento.

Con i migliori auguri

Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck

PER IL LETTORE FRETTOLOSO

- 1** La depressione è **una malattia grave, in determinati casi persino pericolosa per l'incolumità**, e richiede un trattamento specialistico.
- 2** Le principali caratteristiche della depressione sono il **malumore** o la sensazione di vuoto interiore, l'esaurimento (burnout), il sovraccarico, gli stati ansiosi, l'agitazione interna, i disturbi del pensiero e del sonno.
- 3** I depressi **non sanno più gioire della vita** e hanno spesso grosse difficoltà a prendere decisioni anche semplici.
- 4** Le depressioni sono spesso accompagnate da disturbi fisici persistenti, **come dolori gastrointestinali, mal di testa o mal di schiena**. In molti pazienti questi sintomi sono molto forti.
- 5** Tra i segni importanti di una depressione possono esservi anche **sensi di colpa ingiustificati**.
- 6** Come tutti gli ammalati gravi, anche i depressi hanno bisogno di **comprensione e sostegno da parte del proprio ambiente**.
- 7** La depressione è caratterizzata da **un disturbo del metabolismo neuronale nel cervello**. La concentrazione dei neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina) non è equilibrata. La causa è per lo più una sovrattivazione prolungata del sistema ormonale dello stress. Questa iperattività può, se non curata, causare anche malattie secondarie come ipertensione, infarto cardiaco, ictus, diabete, osteoporosi e demenza. Per questo è molto importante una terapia scrupolosa e di lunga durata.

- 8** Le depressioni sono la causa principale **dell'incapacità al lavoro e del pensionamento anticipato/invalidità.**
- 9** Nella depressione sono compromesse, oltre alle regioni cerebrali responsabili di sentimenti ed emozioni, anche quelle preposte all'attenzione e alla concentrazione, alla memoria, al ritmo mentale e alle cosiddette funzioni esecutive. Queste ultime riguardano capacità come pianificare ed eseguire azioni, il multi-tasking o il calcolo mentale. **Una depressione è considerata guarita solo quando questi sintomi sono scomparsi o chiaramente migliorati.**
- 10** Le cause di una depressione possono essere molteplici, e una forma di depressione non è uguale all'altra. Dietro a questa diagnosi possono infatti nascondersi numerosi sintomi psichici e fisici, cause e percorsi della malattia. Le conoscenze della neurobiologia possono aiutare a definire diversi gruppi di pazienti e a spianare la strada verso una medicina personalizzata. **Medicina personalizzata significa utilizzare le capacità e le condizioni fisiche individuali per ottimizzare il trattamento e poterlo così adattare al singolo paziente.**
- 11** **Le depressioni sono curabili.** Per il trattamento sono disponibili diverse forme sperimentate di psicoterapia, moderni medicinali antidepressivi, tecniche di superamento dello stress, tecniche di rilassamento e approcci integrativi di medicina complementare (ad es. la fitoterapia o l'agopuntura).

12 I moderni antidepressivi non hanno praticamente effetti collaterali e possono essere adeguati individualmente per quanto riguarda la tollerabilità. Non creano dipendenza. Non alterano la personalità. Non sono eccitanti né sedativi.

13 Gli antidepressivi non hanno effetto immediato. I primi miglioramenti si manifestano solo dopo giorni o settimane.

14 Quando sono necessari, è molto importante assumere i medicinali seguendo scrupolosamente la prescrizione medica e con regolarità. **Eventuali effetti collaterali, come malessere, ansie o dubbi, andrebbero sempre discussi apertamente con il proprio medico curante.**

15 Le depressioni ricorrenti possono essere prevenute con le opportune cure. Questo è molto importante, **perché con ciascun nuovo episodio della malattia aumenta il rischio di un successivo episodio.**

16 Esiste un grave rischio di suicidio. **Tale rischio può essere tuttavia riconosciuto in tempo.** È un caso d'emergenza: le persone con tendenze suicide hanno bisogno il più rapidamente possibile del trattamento medico.



COSA SI INTENDE PER DEPRESSIONE?

Depressione: una malattia frequente e importante

Vista la frequenza delle malattie depressive, è molto importante che i medici di qualsiasi specializzazione, ma anche la popolazione generale, conoscano le possibilità di cura e soccorso. È colpito il 15–20% circa della popolazione, e le donne si ammalano con una frequenza doppia rispetto agli uomini (uomini: 10%, donne: 20%). Questa apparente diversità si spiega tuttavia, almeno parzialmente, con il fatto che negli uomini i sintomi della depressione non sono spesso riconosciuti come tali (cfr. pagina 24).

La frequenza della depressione significa anche che ciascuno di noi può trovare persone affette da depressione nella propria cerchia di parenti, conoscenti o amici. Purtroppo la malattia viene ancora troppo spesso taciuta o non riconosciuta. Un motivo di sottovalutazione della depressione è il fatto che spesso, nel linguaggio comune, si parli di «depressione» anche quando è soltanto l'umore ad essere un po' depresso.

La malattia può manifestarsi ad ogni età – dall'infanzia all'età avanzata. Nel 15–20% circa dei casi può svilupparsi, soprattutto in assenza di cure o con cure inadeguate, un decorso cronico. Nel 50–75% dei casi poi si ha un secondo episodio, e con l'aumentare del numero di episodi cresce il rischio di insorgenza di un successivo episodio della malattia. Tanto più importante diventa allora la cura scrupolosa di ogni singola malattia.

La depressione fa parte delle cinque malattie più comuni al mondo, che si accompagnano sia ad un'aumentata mortalità sia a un alto grado di disabilità e limitazione psicosociale cronica. L'importanza della depressione aumenterà ancora entro il 2030. Secondo le stime dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), la depressione diventerà nei paesi industrializzati la malattia con la maggiore domanda di fondi di finanziamento dopo le cardiopatie.

I costi complessivi della depressione, ossia quelli diretti (ad es. i costi del trattamento) e quelli indiretti (ad es. per incapacità al lavoro), sono stati in Germania nel 2008 pari a 22 miliardi di euro (fonte: Istituto economico RWI). All'economia nazionale svizzera le depressioni sono costate nel 2009 tra gli 8 e i 10 miliardi di franchi (fonte: Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Zurigo).

Sintomi della depressione

Un episodio depressivo può manifestarsi nel quadro di una cosiddetta malattia unipolare o bipolare. Se si manifestano solo episodi depressivi, si parla allora di depressione unipolare. Alcuni pazienti soffrono tuttavia non solo di episodi depressivi ma anche, in modo differito, di episodi maniacali. Gli episodi maniacali sono caratterizzati da un dinamismo incontenibile, un umore per lo più molto gioioso, un bisogno di sonno assente, idee di grandezza, spesso anche frenesia degli acquisti. In questi casi si parla di malattia affettiva bipolare. La depressione unipolare può in seguito trasformarsi in una forma di malattia bipolare con fasi maniacali: i risultati del famoso studio di coorte di Zurigo mostrano che ogni anno in media l'1% delle depressioni unipolari diventano bipolari.

La depressione può presentare molteplici sintomi ed avere un diverso grado di severità. I disturbi tipici mostrano una considerevole variazione individuale. Secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10) (cfr. la lista di seguito riportata), un episodio depressivo è caratterizzato da un malumore che dura per un periodo di almeno due settimane. A questo si accompagna una perdita di capacità di gioire, perdita di slancio e interesse nonché perdita di capacità di concentrazione e capacità produttiva in generale. Si manifestano inoltre i caratteristici sintomi fisico-vegetativi (cfr. fig. 1, pag. 21) come disturbi del sonno, perdita di appetito e di peso nonché una fissazione mentale sulla situazione percepita senza via d'uscita. Questo può portare a pensieri di morte e intenzioni suicide concrete. Il pensiero è rallentato e ruota per lo più intorno a un unico tema, di regola intorno a come le cose vadano male, come la situazione attuale sia senza prospettive e come il futuro appaia senza speranza (cfr. fig. 2, pag. 29).

Criteria della depressione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10)

- Umore depresso
- Perdita d'interesse e/o infelicità, anche di fronte ad eventi altrimenti belli
- Dinamismo ridotto, assenza di slancio, aumentata facilità a stancarsi, esaurimento (burnout)
- Ansia, agitazione interna
- Ridotta capacità di concentrazione e attenzione
- Assenza di fiducia in se stessi e autostima, sentimenti di inutilità
- Forte insicurezza nel prendere decisioni
- Circolo vizioso di pensieri, tendenza al rimuginio
- Prospettive per il futuro negative, disperazione, pessimismo
- Forti sensi di colpa, rimproveri a se stessi
- Disturbi persistenti del sonno
- Ridotto appetito, perdita di peso
- Perdita della libido, ossia ridotto interesse alla sessualità
- Disperazione profonda, pensieri di morte, pensieri suicidi, azioni suicide

Questi sintomi devono essere presenti da almeno due settimane.

Curabilità dei singoli sintomi

I diversi sintomi della depressione migliorano con diversa rapidità. Spesso con le opportune cure mediche i disturbi del sonno spariscono rapidamente, dopo pochi giorni, mentre per un miglioramento dell'umore o dei sintomi fisici è spesso necessario un periodo di tempo sensibilmente maggiore. La terapia di queste limitazioni cognitive richiede molta pazienza. Esse possono essere ancora presenti, almeno parzialmente, per mesi e persino anni dal miglioramento degli altri sintomi, e limitare spesso pesantemente i pazienti. In questi casi non si può quindi parlare di guarigione o convalescenza, e la terapia deve proseguire in modo coerente e adeguato ai sintomi individuali.

Disturbi del sonno

I disturbi del sonno possono essere la difficoltà ad addormentarsi, i disturbi da interruzione del sonno con ripetuti risvegli o risvegli che avvengono troppo presto. Il sonno è percepito come insufficiente, non ristoratore e molto superficiale.

L'architettura del sonno è disturbata dalla depressione. In condizioni sane si distingue una fase di addormentamento, una fase di sonno leggero, una fase di sonno medio-profondo e una fase di sonno profondo. A queste si aggiunge la cosiddetta fase REM del sonno, nella quale prevalentemente si sogna. Queste cinque fasi vengono ripetute in successione ordinata da tre a quattro volte a notte. La medicina del sonno sa oggi che la successione indisturbata di queste diverse fasi del sonno è necessaria affinché il sonno abbia un effetto rigenerante sul corpo e sulla mente.

Se manca il sonno profondo o mancano i sogni o se le fasi non si susseguono nel modo giusto, anche un sonno lungo può essere del tutto privo di riposo percettibile: è il caso della depressione. Gli antidepressivi ristabiliscono la normale e sana architettura del sonno.



Limitazioni cognitive: Memoria, attenzione e concentrazione

Nella depressione sono compromesse, oltre alle regioni cerebrali responsabili di sentimenti ed emozioni, anche quelle preposte all'attenzione e alla concentrazione, alla memoria, ossia la capacità di apprendere e ricordare, al ritmo mentale e alle cosiddette funzioni esecutive. Queste ultime riguardano capacità come pianificare ed eseguire azioni, il multi-tasking o il calcolo mentale. Si arriva spesso a rimandare troppo le cose da fare, la cosiddetta procrastinazione. Succede di frequente che anche semplici azioni che normalmente eseguiamo senza pensarci, come leggere o ascoltare messaggi, risultino estremamente difficili o addirittura impossibili. Si manifesta spesso anche un'aumentata affaticabilità mentale: le attività mentali vengono cioè sentite come troppo faticose.

Nella metà circa dei casi questi deficit in parte gravi si rivelano anche dopo l'episodio acuto della malattia, ossia dopo la regressione dei veri e propri sintomi tipici della depressione (ad es. umore depresso, tristezza, disturbi del sonno). Questo non solo complica il trattamento psicoterapeutico, ma svolge anche un ruolo importante nella persistente limitazione delle funzionalità sociali e professionali e della qualità della vita. La diagnosi accurata dei deficit, all'inizio e durante il trattamento, riveste quindi un'elevata importanza per la pianificazione personalizzata degli interventi neuropsicologici, comportamentali ed ergoterapeutici per il miglioramento delle capacità cognitive.

Forme particolari di depressione

In base ai sintomi in evidenza, possiamo distinguere diverse forme particolari di depressione. Una delle più importanti tra queste è la cosiddetta depressione larvata (o mascherata), in cui spiccano sintomi fisici, disturbi vegetativi e disturbi degli organi (cfr. fig. 1, pag. 21). Un'altra forma minore, la depressione malinconica, è caratterizzata da marcata pesantezza al mattino, perdita di peso, infelicità, perdita della libido e perdita d'interesse.

Termini prima comuni come «depressione endogena», «depressione nevrotica» e «depressione reattiva» sono ormai sorpassati e non vengono quasi più utilizzati, avendo l'odierna ricerca confutato i precedenti concetti sull'origine della malattia.

In alcune persone la depressione può presentarsi anche in modo del tutto diverso. Invece che sentirsi abbattuti o tristi, si reagisce con irritazione, aggressività, rabbia o aumentato consumo di alcool. È possibile anche che si pratichi con esagerazione uno sport. I pazienti si sentono stressati e sfiniti. Gli uomini vengono più spesso colpiti da questo tipo di sintomi.

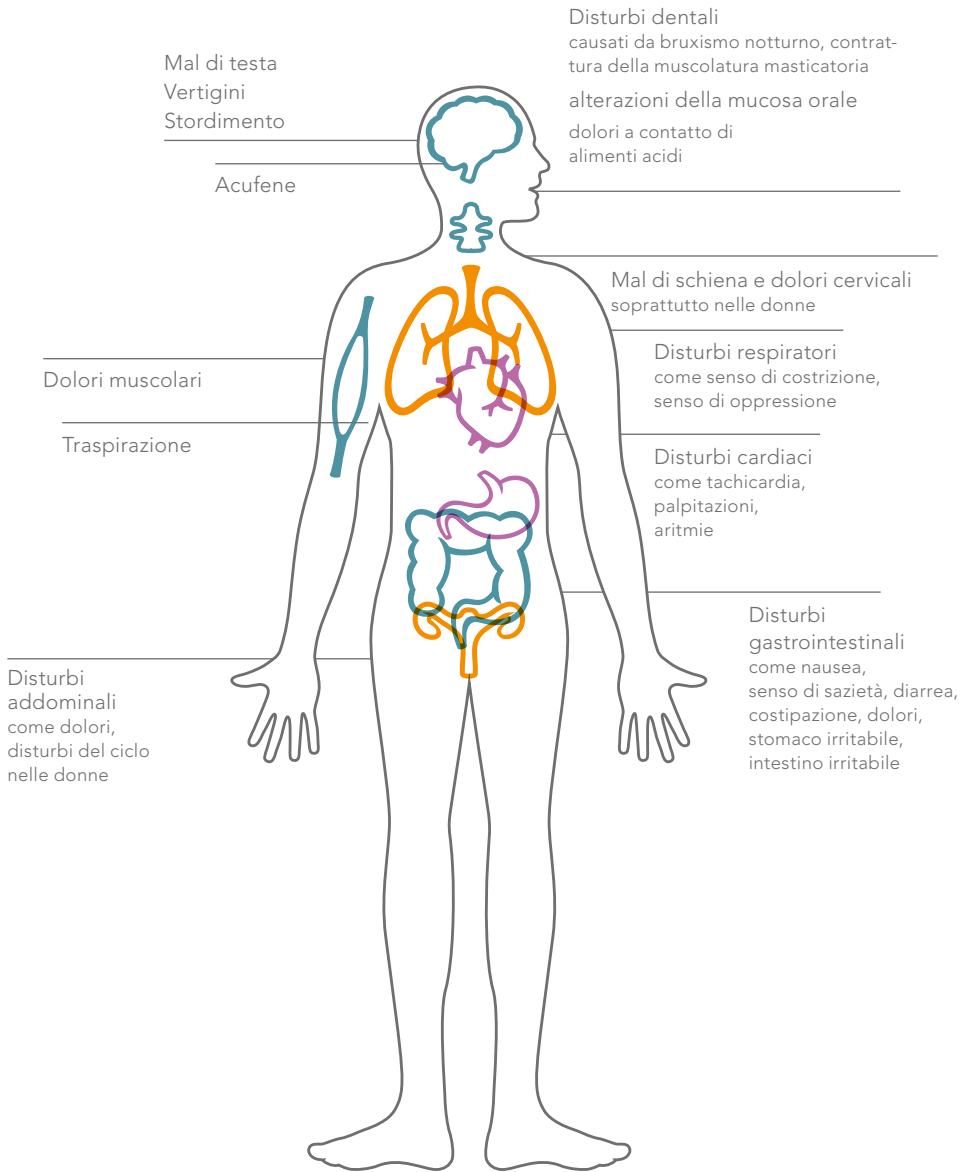


Figura 1:

I disturbi fisici possono essere talmente in evidenza da rendere difficile il riconoscimento dei sottostanti disturbi mentali. Si parla allora di depressione mascherata (larvata).

Sindrome del burnout

La cosiddetta sindrome del burnout indica una depressione da esaurimento (o la relativa fase iniziale) che insorge a causa di uno stress prolungato da lavoro. Le donne sono spesso esposte in più allo stress del lavoro in casa e della cura della famiglia, per cui anche le sole faccende domestiche rappresentano uno stress. La sindrome del burnout è caratterizzata da perdita di energia, ridotta capacità produttiva, indifferenza, cinismo e svogliatezza in presenza di un impegno precedente molto elevato, spesso durato anni, e prestazioni superiori alla media. Spesso dopo avere accumulato anni di stress, basta un fattore scatenante anche minimo (ad esempio il cambiamento del posto di lavoro), per far esplodere la malattia.

Sono spesso presenti disturbi fisici non chiari, come un'aumentata traspirazione, vertigini, mal di testa, problemi gastrointestinali e dolori muscolari. Anche in questo caso, inoltre, si manifestano molto spesso problemi del sonno. La sindrome del burnout può svilupparsi fino ad arrivare ad una depressione grave. Aspettative sempre maggiori nei confronti dei lavoratori, pressione in forte aumento nel luogo di lavoro e scarso riconoscimento hanno portato a un aumento di questa condizione di esaurimento. Le condizioni di lavoro cambiate nell'epoca della globalizzazione, la costante disponibilità per e-mail, cellulare o smartphone, impongono nuove sollecitazioni alla salute e richiedono un corretto rapporto con lo stress da lavoro.

Depressione in età avanzata

Quando la depressione insorge in persone di età superiore a 65 anni, si parla allora di «depressione dell'anziano». Nel complesso, le malattie depressive non insorgono con maggiore frequenza in età avanzata. Vi sono persino crescenti indicazioni che nei «giovani anziani», tra i 65 e i 75 anni, esse insorgano un po' più raramente. Nei pazienti anziani la depressione passa tuttavia spesso inosservata e quindi non curata per anni. L'età non è però una giustificazione per la depressione. Esiste inoltre per essi un elevato rischio di cronicizzazione e bisogno di cure. I pazienti più anziani nascondono i sintomi depressivi e si lamentano maggiormente di altre malattie fisiche. Più spesso che nei pazienti più giovani, nelle persone

anziane sono quindi importanti diversi sintomi fisici (cfr. fig. 1, pag. 21). Dolori non chiari possono essere ad esempio spesso, nelle persone anziane, espressione di una depressione sottostante. La depressione dell'anziano può manifestarsi o essere favorita anche nel quadro di un'alimentazione deficitaria o malnutrizione o per un'insufficiente assunzione di liquidi. Anche nell'anziano, uno stile di vita attivo con regolare attività fisica è un provato fattore di protezione. I disturbi cognitivi curati in modo inadeguato e permanenti (cfr. pag. 19 e 46) sono, proprio in età avanzata, un fattore di rischio per la successiva insorgenza di demenza: per questo è particolarmente importante la terapia.

Con la depressione raddoppia generalmente la probabilità di ammalarsi di Parkinson o di Alzheimer.

Depressione post-partum

Le settimane successive al parto (periodo post-partum) rappresentano per la donna il periodo con il più alto rischio di sviluppare una malattia psichica (depressione post-partum). Gli episodi depressivi dopo il parto (depressione post-partum) si manifestano nel 10–15% circa delle donne e iniziano per lo più nella prima o seconda settimana. Spesso il decorso è lento per settimane o mesi. Il quadro clinico non si distingue da un tipico episodio depressivo in altri periodi della vita. La fase post-partum è tuttavia caratterizzata da alterazioni ormonali rapide e marcate: durante le prime 48 ore successive al parto si ha un evidente calo degli ormoni progesterone, estrogeno, cortisolo e tiroxina. Non è ancora chiaro tuttavia perché queste alterazioni ormonali conducano in alcune donne alla malattia. Dalla depressione post-partum va distinta la molto più frequente cosiddetta «sindrome del terzo giorno» (o anche «baby blues»): inizia durante la prima settimana dopo il parto, normalmente però non prima del terzo giorno, e dura solo da poche ore a giorni. Si manifesta nel 50% circa delle puerpere e non possiede alcun valore di malattia.

Depressione stagionale (depressione invernale)

Le buie e nebbiose giornate invernali possono peggiorare l'umore. Questo può condurre, nel caso della cosiddetta depressione stagionale o depressione invernale, in casi isolati, ad una malattia grave e persino pericolosa per la vita. La causa è la ridotta incidenza stagionale della luce attraverso l'occhio. L'eccitazione elettrica così assente porta, nelle persone predisposte, a un disturbo del metabolismo cerebrale, dando quindi origine a una depressione.

**«Ho riconosciuto una cosa,
così essa ha smesso di tormentarmi.»**

Marie von Ebner-Eschenbach, scrittrice, 1830–1916

Depressione maschile («male depression»)

Nelle sue diverse manifestazioni la depressione passa piuttosto inosservata negli uomini, perché si presenta spesso in maniera diversa che nelle donne. I sintomi che si manifestano piuttosto negli uomini possono essere nervosismo, aggressività, aumentato comportamento legato al rischio e alla dipendenza, come un aumento del consumo di alcool, uno sport eccessivo e pericoloso o un comportamento rischioso alla guida. Anche il ripiegamento sociale e lo scarso ricorso alle possibilità di aiuto o la mancata ricerca di aiuto medico sono più frequenti negli uomini.

La depressione viene riconosciuta a volte solo dopo una lunga sofferenza. Ognuno reagisce in modo diverso, tuttavia è un bene quando la sofferenza è riconosciuta. Solo così possono essere introdotte le giuste cure. Una diagnosi corretta è quindi il primo passo per la riuscita del trattamento.



Depressione: una malattia pericolosa

La depressione è una malattia grave, in determinati casi persino pericolosa per la vita. Se non curata, essa può essere mortale. Nelle persone fino a 40 anni, la morte per suicidio causata da depressione rappresenta la seconda causa più frequente di morte, dopo la morte per incidente. Il 15% di tutti i pazienti con gravi episodi depressivi commette suicidio. Secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica, più di 1400 persone si tolgono la vita ogni anno in Svizzera, ma il numero effettivo dei suicidi è sicuramente molto maggiore (dati non rivelati dalle statistiche). In Germania, con un numero di abitanti nettamente superiore, muoiono ogni anno per suicidio dalle 10'000 alle 15'000 persone, ossia 30–40 persone al giorno, una ogni ora. Il numero dei suicidi supera allora chiaramente il numero annuale dei morti per incidenti stradali. Quasi tutti i pazienti con depressioni gravi hanno per lo meno pensieri suicidi. La metà circa dei pazienti con disturbi depressivi commette nella propria vita un tentativo di suicidio. Viceversa, la maggioranza delle persone che commettono suicidio è affetta da malattia depressiva. La «libera morte», ossia la decisione di togliersi la vita presa in condizioni sane, non avviene praticamente mai. Se la depressione è riconosciuta e curata, scompare anche il desiderio di morte spesso prepotente.

**«Chi si uccide oggi in una crisi di malinconia
avrebbe desiderato vivere, se solo avesse atteso
una settimana.»**

Voltaire, scrittore e filosofo, 1694–1778

Anche quando non vi sia alcuna tendenza al suicidio, la depressione non curata può ad esempio, negli anziani, a causa di una tendenza al ripiegamento, portare al letto e condurre molto rapidamente, per inappetenza o scarsa assunzione di liquidi, a condizioni pericolose per la vita. È anche ampiamente dimostrato che il decorso di molte altre malattie, come il diabete o gli esiti di un infarto cardiaco, è influenzato in modo estremamente negativo da una concomitante depressione non curata.

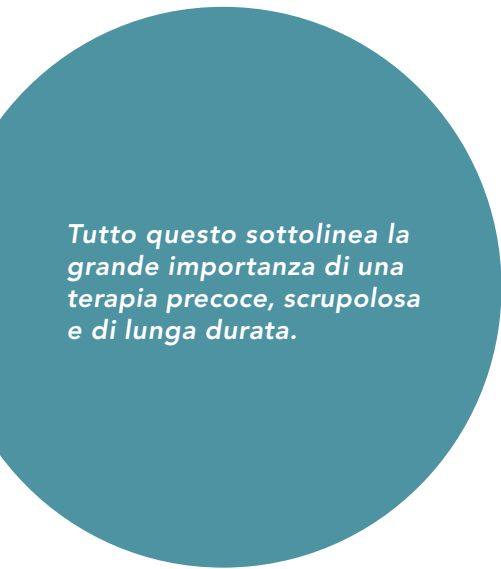
Rischio suicidio

In ciascun paziente depresso è importante sapere quanto sia grande il rischio di suicidio. Nella migliore delle ipotesi, tale rischio si riconosce chiedendo direttamente al paziente quanto intensamente e quanto spesso egli si trovi a pensare al suicidio. È stata spesso sostenuta l'opinione che non si dovrebbe in nessun caso parlare di suicidio con i depressi, perché si rischierebbe così di spingerli per primi verso questa idea. Questa opinione è falsa. Ogni paziente depresso pensa comunque, nella propria disperazione, almeno a questa possibilità e avverte di regola un sollievo nel poterne finalmente parlare. La tendenza al suicidio è un caso d'emergenza! Le persone con tendenze suicide devono essere al più presto sottoposte a cure mediche.

COME NASCE UNA DEPRESSIONE?

Una malattia potenzialmente cronica e sistemica

Negli ultimi anni, grazie a intensi sforzi di ricerca internazionali, è divenuto chiaro che la depressione rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie vascolari come le cardiopatie e l'ictus. Le spetta quindi probabilmente la stessa importanza attribuita ai classici fattori di rischio come fumo, sovrappeso e mancanza di moto, ai quali attualmente viene attribuita un'attenzione molto maggiore, sia nella consapevolezza pubblica, sia nell'ambito di strategie di prevenzione delle istituzioni sanitarie. Allo stesso tempo, la malattia depressiva favorisce l'insorgenza di osteoporosi e diabete senile (diabete mellito di tipo II). La depressione è considerata oggi quindi una malattia «sistemica», potendo interessare oltre al cervello molti altri sistemi di organi (cfr. fig. 2, pag. 29).



Tutto questo sottolinea la grande importanza di una terapia precoce, scrupolosa e di lunga durata.

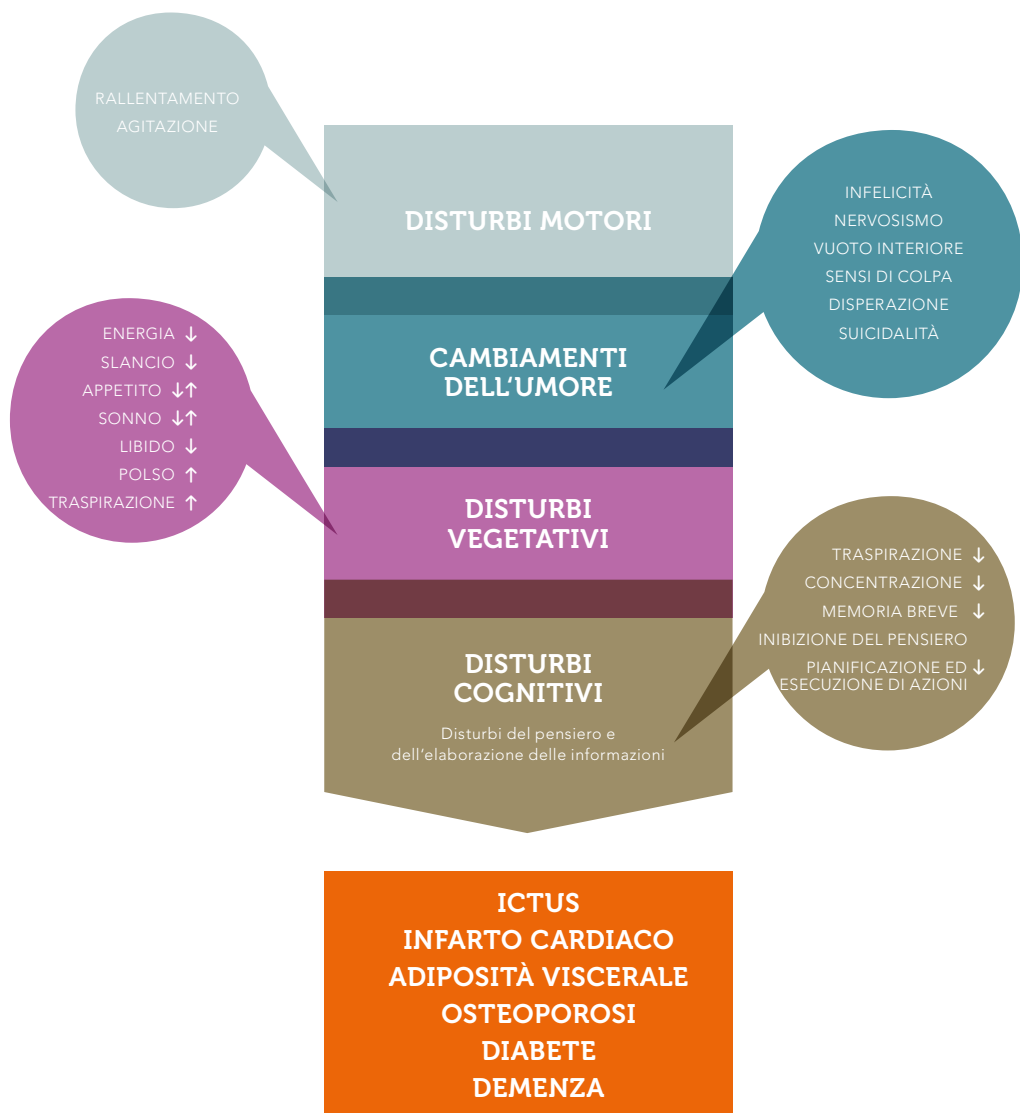


Figura 2: Sintomi della depressione.

Depressione come malattia conseguente a stress: Alterazioni drammatiche della regolazione ormonale dello stress

Lo stress è ovunque e fa parte della vita normale: ogni confronto con sollecitazioni esterne o interne scatena una giusta reazione allo stress. Il cervello e il corpo reagiscono ad ogni spinta al cambiamento con lo stress. Lo stress quotidiano assume quindi molti aspetti e può trovarsi ad esempio nelle sempre crescenti richieste di prestazioni al lavoro e nel tempo libero. Ma anche i conflitti relazionali, la crescente valanga di informazioni e il ritmo sempre più rapido della vita quotidiana possono portare stress.

Reagendo allo stress, il corpo mobilita energia. Questo permette l'adattamento a condizioni ambientali e richieste esterne sempre mutevoli. Finché è di breve durata, un episodio stressante può essere percepito come assolutamente proficuo e stimolante. La reazione allo stress si conclude di regola rapidamente.

Nello stress cronico, invece, la reazione allo stress non si placa più. Si produce nel cervello un'aumentata concentrazione di ormone dello stress, favorendo così lo sviluppo di una depressione. Da qui anche l'appellativo di depressione da stress. Questa predisposizione può essere sia accertata geneticamente, sia avere origine ad esempio nelle esperienze della prima infanzia, come abusi o trascuratezza.

Importante: Normalmente non è lo stress in sé, ma la sua valutazione ed elaborazione individuale negativa a favorire la malattia (cfr. fig. 3, pag. 31).

Lo stress si manifesta quando le sollecitazioni interne o esterne mettono a dura prova le possibilità personali di reazione e diventano troppo forti.

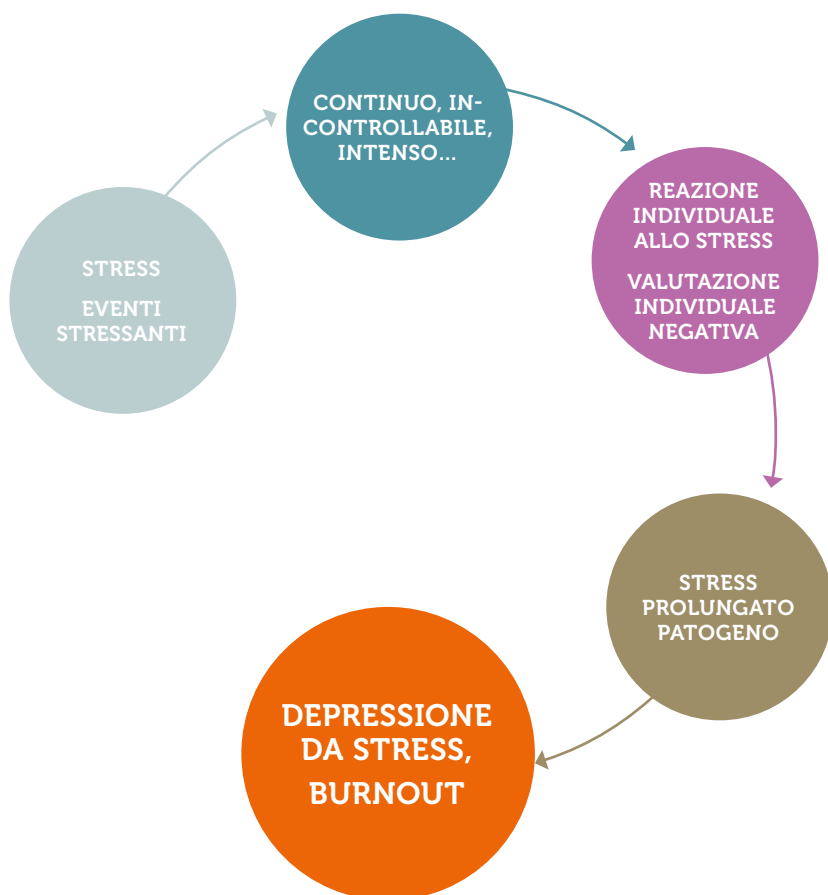


Figura 3: L'esperienza ed elaborazione individuale negativa dell'evento o di più eventi stressanti (come un lutto, un trasloco, conflitti familiari, problemi di lavoro, perdita del lavoro ecc.) possono portare alla malattia.

La depressione viene intesa oggi come condizione di stress cronico, con conseguente esaurimento e sensazione di costante sovraccarico. Si cerca spesso di superare lo stress quotidiano combattendolo o rassegnandosi ad esso. Nessuna delle due varianti è una buona soluzione, perché lo stress continua ad esserci e danneggia ulteriormente a lungo andare la salute.

Lo stress cronico è non raramente accompagnato da una sensazione sempre crescente di perdita di controllo della situazione. In determinate regioni cerebrali (il cosiddetto sistema limbico, che si occupa della regolazione dei nostri sentimenti) si produce così un'iperattività dell'amigdala, importante per la regolazione delle emozioni. Sul piano ormonale, si produce così in più l'attivazione patologica e prolungata del sistema ormonale dello stress (sistema ipotalamo-ipofisi-corteccia surrenale = sistema HPA). Il cervello perde il controllo del sistema ormonale dello stress.

Nella depressione, di tutte le possibili alterazioni ormonali, queste modifiche della regolazione del sistema ormonale dello stress sono frattanto meglio documentate. La maggior parte dei pazienti depressi presenta ad esempio un'aumentata concentrazione ematica di ormoni dello stress. Le terapie medicamentose antidepressive, come la farmacoterapia con inibitori della ricaptazione della serotonina, ma anche i metodi psicoterapeutici, conducono alla normalizzazione dell'iperattività patologica del sistema ormonale dello stress e quindi della sintomatologia clinica.

Oltre al cosiddetto sistema HPA, è interessato anche un altro sistema dello stress: i pazienti depressi presentano infatti, oltre a valori aumentati di cortisolo, un'alterata regolazione del sistema neurovegetativo (cfr. fig. 4, pag. 33), con un aumento dell'attività del sistema simpatico, che porta ad una maggiore secrezione di adrenalina. La sovrattivazione prolungata dei sistemi ormonali dello stress può portare infine a ulteriori alterazioni del metabolismo, che possono sfociare nelle summenzionate malattie: infarto cardiaco, ictus, osteoporosi, insulino-resistenza e diabete. Sappiamo oggi che tutte le malattie psichiche hanno effetti sul corpo e viceversa le malattie fisiche influiscono fortemente sulla psiche. Importante è la nozione che le malattie psichiche si basano su un evento morboso neurobiologico che ha luogo nel cervello. Nel caso della depressione, si tratta nella maggioranza dei casi del deragliamento del sistema ormonale dello stress.

SISTEMA NEUROVEGETATIVO

Simpatico

Parasimpatico

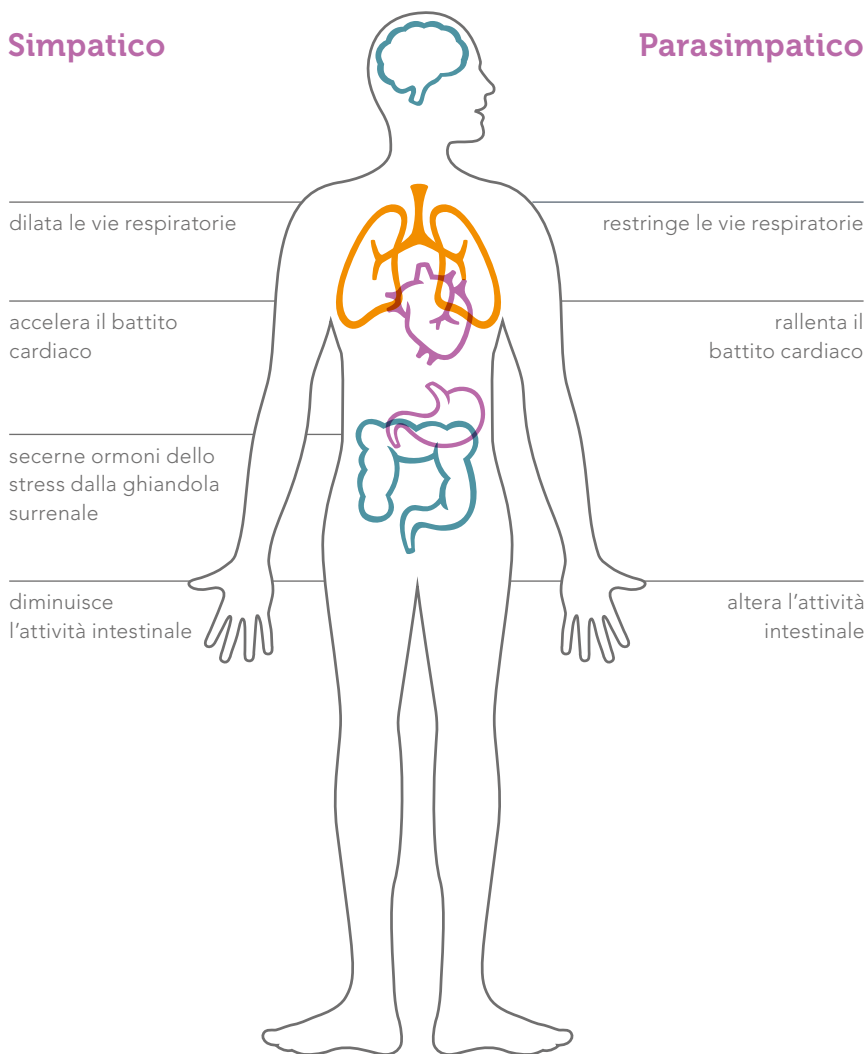


Figura 4: Questo è un diagramma semplificato del sistema nervoso autonomo (vegetativo). Il ramo simpatico aumenta ad esempio la frequenza cardiaca e la secrezione di ormoni surrenali. Il ramo parasimpatico rallenta invece la frequenza cardiaca ed ha una funzione rilassante, protettiva. Il buon funzionamento e l'equilibrio tra i due rami del sistema nervoso autonomo sono importanti per una buona salute.

Ogni malattia psichica è quindi «psicosomatica» (cioè sia il lato fisico che quello psichico vi giocano un ruolo) e richiede un trattamento completo e globale. Nel caso della depressione, questo diventa particolarmente evidente.

Come si scatena la depressione da stress?

La depressione ha raramente un'unica causa. A condurre alla malattia è per lo più un'interazione di diversi fattori che agiscono sul piano di una predisposizione congenita. Stress psicosociali acuti, come la perdita o la morte di una persona di riferimento importante o situazioni di sovraccarico croniche, possono essere fattori scatenanti di una malattia depressiva. Anche fattori sociali che richiedono l'adattamento a nuove circostanze (come un matrimonio, la disoccupazione, il pensionamento) si manifestano maggiormente all'inizio di una depressione. Tali fattori scatenanti tuttavia non si presentano in tutti i pazienti. Molte depressioni colpiscono i pazienti come un fulmine a ciel sereno. Si dovrebbe quindi essere molto cauti nell'interpretare le depressioni solo come reazione comprensibile a situazioni di vita difficili. Le disgrazie gravi provocano sì tristezza, umore depresso e disturbi dello stato d'animo, ma non necessariamente una depressione. Se si manifesta però una malattia depressiva, questa va coerentemente curata. Spesso si vivono per anni situazioni di stress che per molto tempo non producono alcuna malattia. Basta poi un avvenimento di per sé minimo per far traboccare il vaso e scatenare la malattia.

Non è ancora completamente chiaro il perché. Una cosa è certa: nella depressione la comunicazione tra i neuroni del cervello è disturbata. Nell'organo del pensiero 100 miliardi circa di neuroni collaborano tra loro in reti complesse. Ciascuno di loro comunica attraverso i propri punti di contatto, le sinapsi, con fino a 10'000 altri neuroni. Non è tuttavia ancora in gran parte chiaro come questo avvenga in dettaglio.

Si sa però intanto che, durante una depressione, il metabolismo dell'encefalo è disturbato: è compromesso l'equilibrio dei neurotrasmettitori serotonina e/o noradrenalina e/o dopamina.

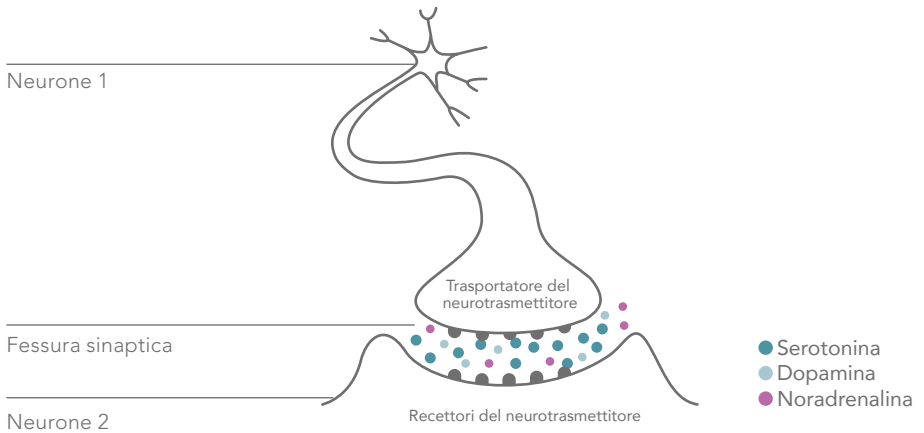
La causa è rappresentata dal sistema di controllo degli ormoni dello stress, che è disturbato: l'iperattività prolungata del sistema ormonale dello stress disturba il metabolismo dei neuroni in modo tale che la produzione e demolizione delle sostanze messaggere risultano fuori equilibrio. Sono presenti in concentrazione troppo bassa o la trasmissione non funziona più correttamente. Se la trasmissione tra i neuroni risulta così disturbata, questo si ripercuote a poco a poco anche su sentimenti e pensieri, e porta ad assenza di slancio, inappetenza e insonnia, difficoltà di concentrazione e agli altri sintomi della depressione. I farmaci antidepressivi entrano a questo punto in azione e riportano in equilibrio il metabolismo cerebrale, normalizzando la regolazione ormonale dello stress. Lo stesso fa la psicoterapia. Diventa così chiaro perché, nelle depressioni medio-gravi e gravi, la combinazione di psicoterapia e medicamentazione offra i migliori risultati.

Come funziona il metabolismo neuronale?

Tutti i nostri pensieri e sentimenti si basano sull'attività dei neuroni. Quando un neurone è attivo, l'impulso viene trasmesso elettricamente lungo le fibre nervose fino alle terminazioni nervose e ai punti di contatto con altri neuroni. Questi punti di contatto, che costituiscono la fessura tra due neuroni, si chiamano sinapsi. Gli impulsi elettrici non riescono a superare questa fessura. Vengono quindi portati al di là da sostanze chimiche messaggere: i neurotrasmettitori. Questi neurotrasmettitori sono prodotti dal primo neurone e rilasciati nella fessura sinaptica. I neurotrasmettitori si depositano quindi sul neurone successivo in determinati punti di aggancio, detti recettori. Attraverso questi recettori essi provocano nel neurone successivo un nuovo impulso elettrico o altre alterazioni, trasmettendo così l'attività. Queste sostanze messaggere, importanti per l'origine della depressione, sono ad esempio la serotonina, la noradrenalina e la dopamina (cfr. fig. 5, pag. 36).

L'aumentata attività del sistema ormonale dello stress porta al deragliamentamento del metabolismo neuronale. Nella fessura sinaptica sono presenti troppo pochi neurotrasmettitori, la trasmissione delle informazioni tra i neuroni è disturbata.

NORMALE



DEPRESSIONE

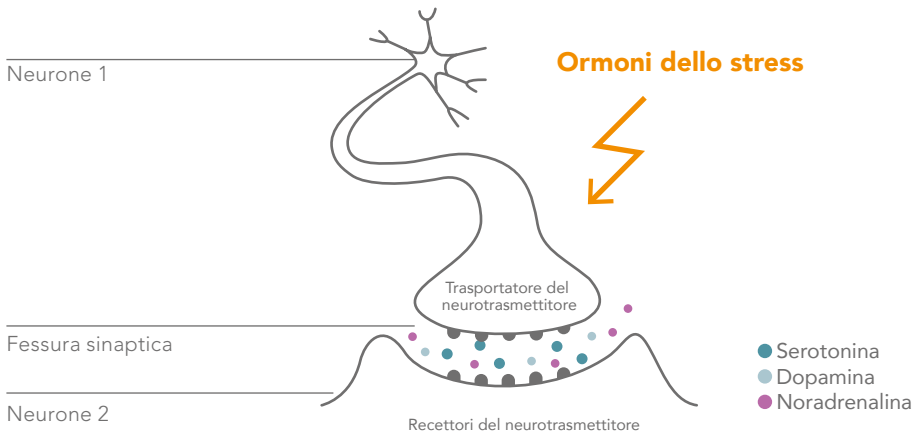


Figura 5: La depressione può svilupparsi ed essere curata sia dal lato fisico e biologico che da quello psichico e psicosociale. Tutte queste cause, siano esse congenite o determinate dall'ambiente (come lo stress sul lavoro e in famiglia), possono condurre a stress cronico e all'iperattività patologica del sistema ormonale dello stress. Conseguenza di questa iperattività è un disturbo del metabolismo neuronale.



Stress, cervello e psiche – un esempio

Il nostro cervello può creare nuovi neuroni funzionanti fino in età avanzata (cfr. fig. 6, pag. 39). Questa neoformazione neuronale (neurogenesi) svolge probabilmente un ruolo importante nell'origine di alcune malattie psichiche, soprattutto quando non funziona più. Lo stress cronico contribuisce sostanzialmente alla riduzione o interruzione della neoformazione neuronale in regioni cerebrali importanti. Curiosamente, queste regioni cerebrali sono responsabili della regolazione dei nostri sentimenti. Questo si chiama il sistema limbico. Ciò induce a supporre che la depressione da stress conduca almeno in parte a una ridotta neoformazione neuronale, che a sua volta provoca sintomi tipici come i disturbi della concentrazione e della memoria, il senso di vuoto e l'umore depresso. Una regione molto importante del sistema limbico è l'ippocampo, che si atrofizza nei depressi cronici. L'ippocampo svolge un ruolo importante nelle funzioni della memoria, e questo spiega il fatto che in una depressione cronica curata in modo inadeguato aumenti il rischio di sviluppare in seguito la demenza di Alzheimer. Se la depressione è curata, l'ippocampo può tornare alle sue dimensioni e funzione originarie.

Come sappiamo grazie alla ricerca, la neoformazione neuronale può essere per fortuna nuovamente indotta in vari modi fino in età avanzata con le seguenti terapie:

- Sport di resistenza moderati (come jogging, nuoto, bicicletta, nordic walking)
- Attività mentali (come la psicoterapia, l'apprendimento di cose nuove)
- Riduzione dello stress (come le tecniche di superamento dello stress, il biofeedback, cfr. pag. 61)
- Antidepressivi: Tutti i moderni antidepressivi raddoppiano la neoformazione neuronale. Da un lato, perché normalizzano di nuovo l'iperattività degli ormoni dello stress, dall'altro attraverso la stimolazione diretta dei neuroni.

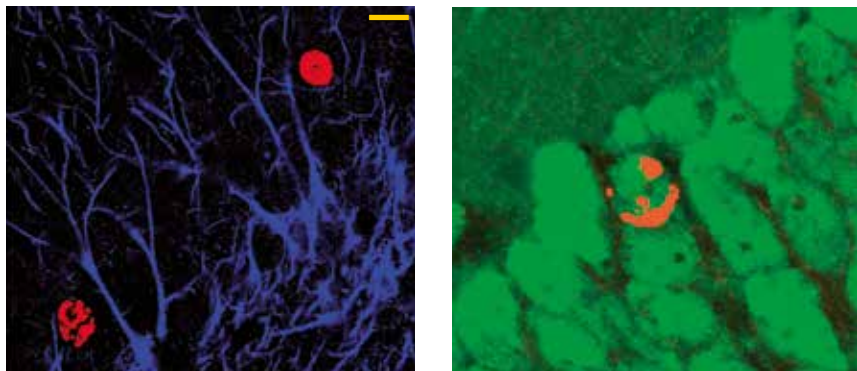


Figura 6: a forte ingrandimento al microscopio si vedono, di colore rosso/arancione i neuroni di nuova formazione nella regione cerebrale dell'ippocampo (sistema limbico). Il tratto giallo abbraccia 10 μm (1 μm = 1/1'000 mm).

È colpa dei geni?

È noto da tempo che i parenti dei pazienti che soffrono di depressione si ammalano anch'essi, più spesso degli altri, di depressione. Vi è dunque una tara ereditaria che aumenta il rischio di ammalarsi. Questo rischio aumenta con il grado di parentela: fratelli e sorelle e figli (parenti di primo grado) si ammalano con una probabilità del 10–20%. Questo significa però al tempo stesso che la probabilità di rimanere sani è chiaramente superiore (80–90%). Quindi non è la malattia stessa ad essere ereditata, ma il rischio aumentato di reagire allo stress con una depressione. Il rischio aumentato consiste probabilmente in un'aumentata predisposizione a reagire allo stress prolungato con il deragliamento del sistema ormonale dello stress e del metabolismo neuronale.

Le conoscenze sull'aumentata predisposizione possono essere tuttavia utilizzate per attivarsi preventivamente e per tempo. Questa prevenzione può ad esempio consistere nell'instaurare un migliore rapporto con lo stress, nell'inserimento tempestivo di pause o nel ricorso precoce all'aiuto terapeutico in situazioni difficili.

Oggi sappiamo che, per le note differenze di predisposizione alle depressioni, sono responsabili minuscole alterazioni del materiale genetico (DNA). Diversamente dalle classiche malattie ereditarie non è però presente alcun difetto grave. Il progetto genetico presenta soltanto piccoli difetti, che possono portare in un primo momento solo a limitazioni funzionali e solo molto più tardi allo scoppio di una depressione. I geni sono presenti in ognuno di noi in varianti diverse, che funzionano più o meno bene, distinguendosi solo per piccolissime differenze nel materiale ereditario. L'intero materiale genetico (ossia le «istruzioni per l'uso» del nostro corpo) è costituito da tre miliardi circa di elementi. Lo scambio di un singolo elemento in un gene è chiamato scientificamente «polimorfismo a singolo nucleotide». Varianti geniche così minime sono anche responsabili di differenze evidenti come il colore degli occhi e dei capelli o la statura. Quando una determinata variante è però legata a una maggiore predisposizione alle malattie, si parla di gene della predisposizione. Così anche la predisposizione ad ammalarsi prima o poi della malattia di Alzheimer viene ricondotta a una determinata variante genica.

Nella depressione conosciamo soltanto poche alterazioni geniche minime che aumentano la predisposizione alla malattia. Queste alterazioni si trovano ad esempio nei geni responsabili dell'attività degli ormoni dello stress. La cosa importante è che le persone così predisposte si ammalano solo quando il sistema è sovraccarico. Tale probabilità aumenta quanto più sfavorevoli sono le condizioni ambientali come infanzia, struttura familiare, educazione, situazione professionale, avvenimenti gravi o uno stile di vita malsano. Queste conoscenze aprono quindi migliori possibilità di prevenzione. Attualmente, nel caso specifico, il rischio genetico non può tuttavia ancora essere analizzato e determinato con esattezza per il gran numero di geni coinvolti.

Il rischio non deve tuttavia essere necessariamente scritto nel materiale genetico stesso, nel DNA. Anche la cosiddetta epigenetica, un livello di regolazione superiore ai geni veri e propri, svolge un ruolo importante. Le alterazioni del DNA – come le piccole appendici chimiche – determinano così se un determinato gene è attivo, se viene dunque letto spesso, o se è reso «muto». Come sappiamo nel frattempo, gli influssi dell'ambiente – come lo stress della prima infanzia – possono produrre queste alterazioni epigenetiche.

Che cos'è la medicina personalizzata?

Le cause di una depressione sono varie e una forma di depressione non è uguale all'altra: cosa ancora oggi troppo poco tenuta in considerazione. Dietro a questa diagnosi può infatti nascondersi un'intera congerie di sintomi psichici e fisici, cause e percorsi della malattia.

Le conoscenze della neurobiologia possono aiutare a definire diversi gruppi di pazienti e a spianare la strada verso una medicina personalizzata. Medicina personalizzata significa utilizzare le capacità e le condizioni fisiche individuali per ottimizzare il trattamento e poterlo così adattare al singolo paziente. Alla base di una depressione può esservi un gran numero di cause diverse. Ugualmente complessi sono i fattori che rappresentano la riuscita di una terapia contro la depressione. Con le odierne conoscenze siamo più vicini al nostro traguardo di adattare individualmente ai singoli pazienti la terapia della depressione nell'ambito della cosiddetta medicina personalizzata. Vengono utilizzate numerose informazioni per redigere un profilo individuale dei nostri pazienti e adeguare ad essi la terapia in modo mirato. Si possono così evitare inutili – perché inefficaci – trattamenti e ridurre effetti indesiderati. Questo significa maggiore sicurezza per i pazienti e un trattamento più efficace.

Esempio: un medicamento viene spesso prescritto per un periodo di tempo prolungato, finché non diventa chiaro se il paziente tragga o meno beneficio dalla sua assunzione. Tutti i medicamentos attraversano nel nostro corpo più fasi di assimilazione, prima di giungere nel cervello e potervi svolgere la loro azione terapeutica. La prima fase di demolizione ha luogo nel fegato. La funzionalità renale è successivamente importante per l'eliminazione dei medicamentos dal corpo. Poiché questi processi di demolizione si svolgono in ciascun paziente con diversa efficacia e rapidità, determiniamo con l'aiuto del «drug monitoring» terapeutico la concentrazione individuale dei singoli medicamentos nel sangue e possiamo così adattarne la dose alla velocità di demolizione e assimilazione personale di ciascun paziente.

Determinazioni genetiche più precise dei singoli enzimi del fegato (le cosiddette proteine CYP) evidenziano la velocità di demolizione individuale di determinati medicinali nonché le potenziali interazioni tra diversi medicinali e possono così aiutare a regolare il dosaggio efficace.

Il gene ABCB1 influenza la capacità di una molecola sentinella della barriera emato-encefalica di fare arrivare determinati antidepressivi comunque prima alla loro destinazione terapeutica: il cervello. Questa barriera serve soprattutto a proteggere il cervello da agenti patogeni e sostanze nocive presenti nel sangue. Vi sono tuttavia varianti ABCB1 che assolvono meglio di altre questa funzione di sentinella. E proprio questa protezione ottimizzata può trasformarsi in svantaggio. Quando gli antidepressivi non riescono a superare la barriera emato-encefalica, i medicinali inghiottiti o iniettati non arrivano al loro sito d'azione, e diventano quindi inutili per il paziente.

Grazie ai lavori di ricerca sul meccanismo d'azione del gene ABCB1 siamo sempre più in grado di esprimere, a partire dalla variante ABCB1 individuale del paziente, in collegamento con altre caratteristiche della malattia, una raccomandazione terapeutica personalizzata. È così garantito che il medicamento prescritto possa svolgere la propria azione.

Le informazioni qui indicate a titolo di esempio aiutano le istituzioni specializzate a realizzare la strategia terapeutica medicamentosa ottimale per ottenere il massimo successo terapeutico con gli effetti collaterali al tempo stesso minimi.



COME SI CURA LA DEPRESSIONE?

Trattamento della depressione da stress: perché spesso non funziona?

Se correttamente trattata, la depressione è oggi curabile. Terapie efficaci e ben tollerate non vengono tuttavia spesso impiegate, perché la depressione è sovente inosservata e sottovalutata nella sua gravità. Per questo esistono più motivi:

- I pazienti depressi percepiscono la propria malattia erroneamente come un fallimento personale e si vergognano di andare dal medico. Molti malati sono inoltre troppo disperati e deboli per farsi aiutare.
- La maggior parte dei pazienti depressi sono in cura dal proprio medico di famiglia. Per questi pazienti è spesso difficile diagnosticare una depressione, perché essi mettono in risalto i disturbi fisici e la depressione sottostante non viene così riconosciuta in più della metà dei casi.
- Anche quando la depressione è riconosciuta, solo meno della metà di questi pazienti riceve un trattamento antidepressivo coerente, sia perché non è stato prescritto alcun trattamento efficace, sia perché i pazienti non rispettano la terapia (ad es. l'assunzione di antidepressivi), per paura o mancanza di chiarimenti, o l'interrompono anticipatamente, oppure rifiutano l'offerta di una psicoterapia.
- La causa di un modesto successo può essere inoltre una dose insufficiente di antidepressivo o la combinazione non avvenuta di metodi psicoterapeutici sperimentati e trattamento medicamentoso. Anche l'esistenza di forme particolari (come le depressioni atipiche o psicotiche), il cui trattamento richiede una elevata conoscenza medica specialistica, è una possibile spiegazione. Un altro motivo può essere il fatto che il medicamento prescritto non riesca affatto a raggiungere il proprio sito d'azione, il cervello, a causa di una barriera emato-encefalica singolarmente molto attiva.
- Spesso la cura non è osservata abbastanza a lungo. Con una media di tre a quattro mesi al massimo, la durata è evidentemente inferiore a quella raccomandata in tutte le linee guida internazionali, che è di almeno sei a nove mesi.

La terapia antidepressiva va seguita in linea di principio fino alla completa remissione dei sintomi. Tra questi anche le spesso ignorate cosiddette limitazioni cognitive (disturbi del pensiero e dell'elaborazione delle informazioni): in particolare possono essere pregiudicate l'attenzione, la concentrazione, la memoria e le funzioni esecutive, ossia la pianificazione ed esecuzione di azioni, spesso considerate in maniera inadeguata.

Nel caso della depressione dell'anziano, spesso non riconosciuta o curata solo in modo inadeguato, diventa particolarmente evidente l'importanza di una terapia duratura: i quadri clinici della depressione sono spesso accompagnati in età avanzata da marcati disturbi del pensiero e dell'elaborazione delle informazioni, che aumentano il rischio di decorsi gravi. Molti studi indicano che il perdurare di particolarità cognitive, come una forte smemoratezza e difficoltà di concentrazione, è accompagnato da un decorso a lungo termine sfavorevole. Nei pazienti più anziani, questo può persino rappresentare un possibile fattore di rischio di successiva insorgenza di demenza.

Principali concetti di trattamento della depressione da stress: terapia di mantenimento e terapia a lungo termine

Nei pazienti di tutte le fasce di età con sintomi residui il rischio di ricaduta è dell'80%. La sintomatologia depressiva persistente o la limitazione delle capacità mentali diventano esse stesse fattori di stress e provocano nuovi episodi depressivi.

La terapia è quindi orientata al trattamento prolungato della depressione, che porta alla guarigione completa, e prevede l'accompagnamento del paziente per almeno sei mesi dopo la remissione dei sintomi depressivi. In questa fase cruciale della terapia di mantenimento, gli antidepressivi non possono essere in nessun caso sospesi o ridotti, e può essere molto utile anche il proseguimento della psicoterapia. Solo se non si accerta alcun sintomo per più di sei mesi, si può parlare di guarigione (cfr. fig. 7, pag. 46).

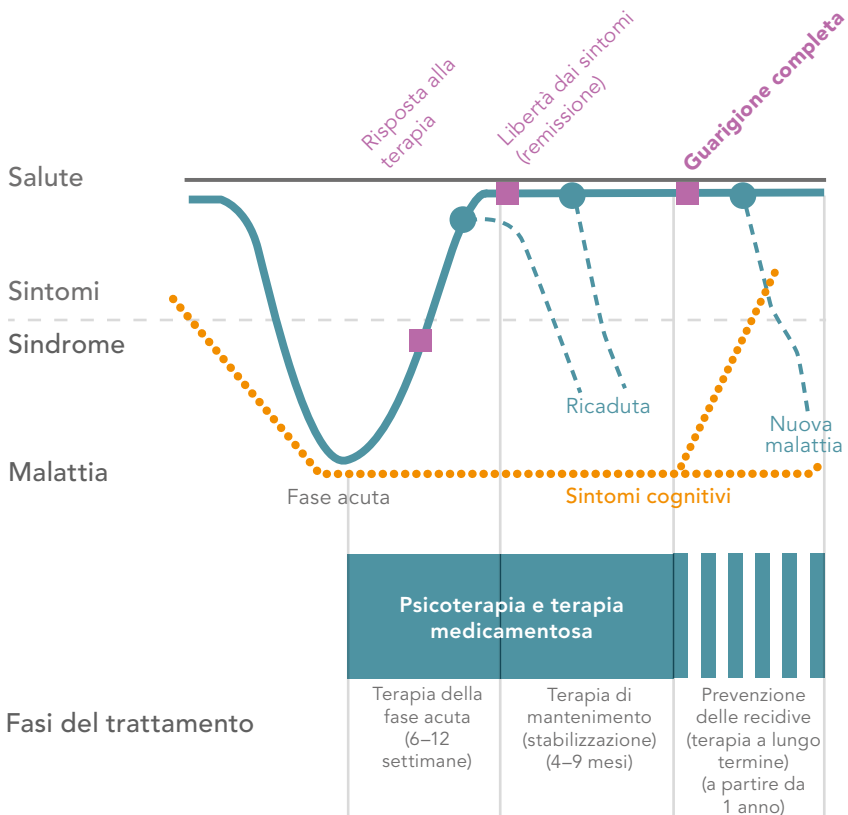


Figura 7: Le diverse fasi del trattamento e prevenzione efficace delle recidive.



Le tre fasi del trattamento efficace della depressione

Trattamento della fase acuta:

Migliora i disturbi e li riduce. Durata: settimane.

Terapia di mantenimento:

Impedisce le ricadute grazie a un'ulteriore stabilizzazione della fase asintomatica della malattia. Solo quando l'assenza di sintomi continua per sei mesi si può parlare di guarigione completa.

Durata: da quattro a nove mesi.

Importante: Possono rendere necessario il proseguimento della terapia sintomi della malattia inizialmente non in evidenza. Grazie al miglioramento di altri sintomi, come la suicidalità o i disturbi del sonno, essi vengono spesso percepiti o riconosciuti solo ora. Si tratta spesso delle capacità mentali compromesse, come attenzione, concentrazione e memoria.

Prevenzione delle recidive:

Impedisce la nuova malattia dopo la guarigione completa e previene lo sviluppo di nuovi episodi della malattia. Durata: da uno a più anni.

Quanto più gravi e frequenti sono state le fasi depressive nella storia clinica del paziente, tanto più importante è il suo accompagnamento terapeutico per l'intero periodo semestrale della terapia di mantenimento. La terapia medicamentosa è la forma terapeutica finora meglio studiata nella cura a lungo termine della depressione ricorrente. Durante la terapia di mantenimento o la terapia a lungo termine, si può ottenere una riduzione del rischio di recidiva di almeno il 50%. L'efficacia meglio documentata, e quindi con il più alto grado di evidenza scientifica, risulta essere quella degli antidepressivi e del litio. Come avviene durante la terapia di mantenimento, anche nella prevenzione delle recidive si raccomanda di regola il proseguimento della medicazione allo stesso dosaggio che ha portato alla guarigione.

Per impedire nuovi episodi dopo la guarigione, può essere utile nel caso specifico una terapia preventiva più lunga, di 2–3 anni. Questa terapia antidepressiva a lungo termine è necessaria soprattutto in presenza finora di almeno tre episodi in tutto di malattia o di due episodi negli ultimi cinque anni o di due episodi con un fattore di rischio. Fattori di rischio sono ad esempio altri casi di malattia in famiglia, un inizio precoce prima dei 40 anni, un inizio tardivo dopo i 60 anni, una distanza breve tra gli episodi, un inizio rapido di precedenti episodi della malattia o altre malattie.

La decisione di prescrivere i moderni antidepressivi, poveri di effetti collaterali, è sempre individuale e va presa dal paziente insieme allo specialista esperto. Non creando dipendenze, i medicinali ben tollerati possono essere assunti in linea di principio senza problemi per mesi e anni.

Quando l'antidepressivo può essere sospeso, la sospensione deve avvenire lentamente e per gradi. Il metabolismo neuronale deve prima riabituarsi a funzionare normalmente senza il sostegno medicamentoso, il che avviene dopo la guarigione completa, ma comunque nell'arco di alcune settimane.

Piano di trattamento

Il trattamento, scientificamente fondato, dei pazienti che hanno bisogno di una psicoterapia intensiva durante il ricovero richiede un piano globale.

In cui, a seconda delle esigenze del singolo paziente, vengano scelti o combinati individualmente diversi approcci psicoterapeutici, come la terapia comportamentale cognitiva, la terapia psicodinamica e la terapia colloquiale.

**«La nostra vita è il prodotto
dei nostri pensieri.»**

Aurelio, imperatore e filosofo romano, 121–180

In aggiunta alla terapia medicamentosa, vengono impiegate terapie individuali e di gruppo e in più, a seconda della sintomatologia, tecniche corporee o di terapia creativa, tecniche di rilassamento e tecniche di superamento dello stress (come biofeedback, rilassamento muscolare progressivo secondo Jacobson, Yoga, Qigong, Tai-Chi: cfr. pag. 60) in varia composizione. È chiaro che un problema individuale può essere risolto solo nel quadro di un piano di trattamento globale e insieme al paziente.

Psicoterapia

Un trattamento adeguato della depressione dovrebbe sempre prevedere la psicoterapia. Disponendo ogni paziente di un proprio profilo emotivo individuale, è necessario ogni volta un trattamento ad esso armonizzato, che porti idealmente ad un mutato rapporto con lo stress e alla correzione della valutazione ed elaborazione individuale negativa degli eventi personali stressanti. Tra i vari metodi psicoterapeutici, la Terapia comportamentale (TC) e la Psicoterapia interpersonale (IPT) sono attualmente meglio studiate e la loro efficacia documentata. Questi metodi riducono inoltre a lungo termine il rischio di recidiva e vengono impiegati con ottimi risultati sia nel trattamento ambulatoriale che in quello ospedaliero. In queste moderne terapie, l'attenzione è rivolta principalmente alla ricerca di soluzioni e alla mobilitazione di risorse, non alla sola analisi di vecchi conflitti e cause o al lavoro sulle carenze.

I nostri sentimenti, pensieri e azioni si influenzano continuamente tra loro con effetti sulle funzioni del nostro organismo. L'umore depresso è così, ad esempio, rafforzato ancora più dai pensieri negativi (cfr. fig. 8, pag. 51). Il ripiegamento sociale, spesso naturale conseguenza del cattivo stato di salute, rafforza a sua volta pensieri e sentimenti sgradevoli. Questo produce nuovo stress, che rafforza ancora più il circolo vizioso in cui le persone depresse sono davvero prigioniere. Il trattamento psicoterapeutico offre appigli per spezzare questo circolo vizioso. Spesso è importante iniziare, con il sostegno terapeutico, nuove attività che possano migliorare l'umore. Nella depressione non si riesce più a far questo da soli. È altrettanto importante riconoscere come, nella depressione, determinate situazioni scatenino quasi automaticamente determinati sentimenti e pensieri negativi. Il pensiero depressivo tipico è unilaterale e distorto negativamente. La depressione costringe a vedere tutto attraverso occhiali neri. La psicoterapia aiuta a togliersi lentamente questi occhiali.

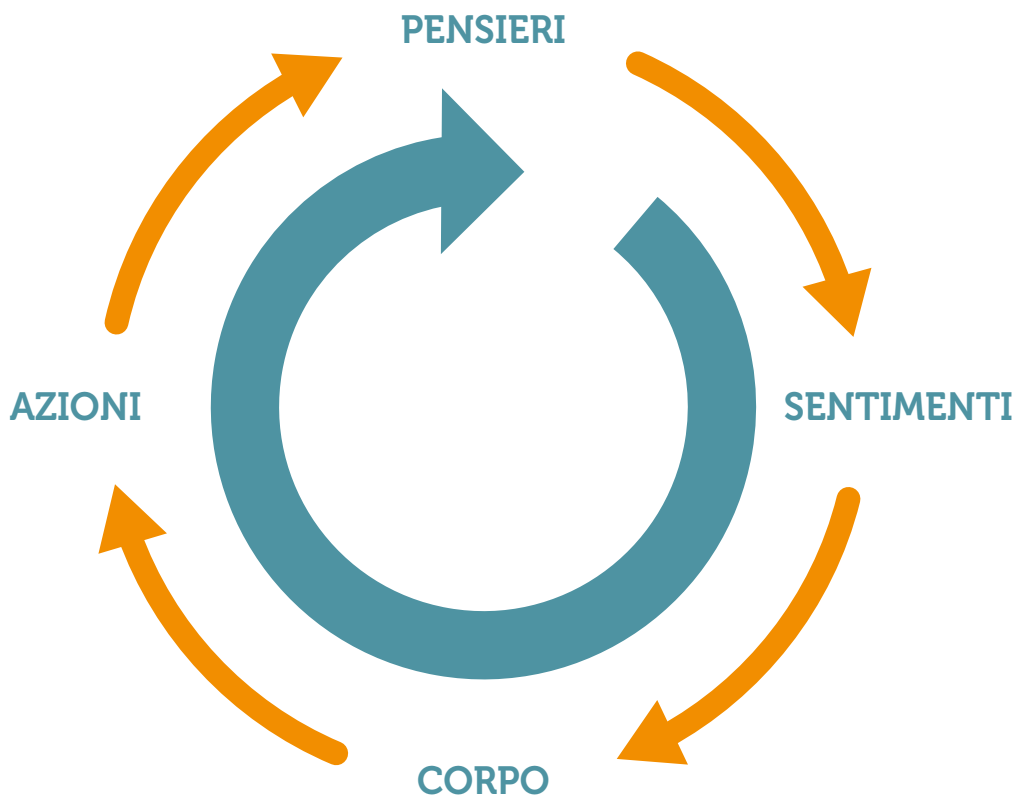


Figura 8: Pensieri, sentimenti e azioni influiscono continuamente tra loro e sulle funzioni del nostro organismo (come frequenza cardiaca/polso).

Terapia comportamentale

La terapia comportamentale parte dal presupposto che il modo in cui pensiamo determina il modo in cui ci sentiamo e comportiamo e il modo in cui reagiamo fisicamente. Per «comportamento» si intende qui non solo l'attività della persona visibile all'esterno, ma anche i processi interni come sentimenti, pensieri e processi fisici. Ogni persona ha appreso nel corso della propria vita, attraverso l'esperienza personale e l'imitazione di modelli comportamentali per lei tipici, atteggiamenti e modi di reagire emotivi. Per quanto riguarda l'origine delle depressioni, esiste una serie di modelli di pensiero e comportamentali tipici che portano, insieme a gravi situazioni di sovraccarico e stress cronico, alla malattia.

In questa terapia vengono affrontati concretamente e verificati comportamenti, modelli di pensiero e atteggiamenti problematici. Attraverso la terapia il paziente dovrebbe essere messo in condizione di modificare i propri modelli comportamentali – spesso inconsci e dettati dall'abitudine – che ostacolano il proprio benessere e mantengono la depressione. Il paziente depresso ha un'immagine di sé molto negativa. Giudica se stesso imperfetto, inadeguato, inutile e non desiderabile. Questi pensieri si spingono al punto che il paziente pensa che gli manchino tutte le qualità per essere felice. Tende inoltre a sottovalutarsi e a criticarsi. Le esperienze vengono di regola automaticamente interpretate come assolutamente negative. Soggettivamente, vengono percepite soprattutto delusioni e sconfitte e anche l'aspettativa per il futuro è influenzata negativamente. Un cambiamento della situazione attuale, percepita come molto negativa, è ritenuto impossibile. La terapia comportamentale affronta sia i modelli di pensiero sia i comportamenti negativi. Il cambiamento di comportamento, come la ricostruzione di attività piacevoli e attività sociali, porta lentamente a emozioni positive e nuove esperienze. Questo a sua volta conduce a pensieri cambiati e viceversa. Scopo della terapia comportamentale è, tra l'altro, l'acquisizione di capacità che permettano di creare con maggiore successo e in maniera più soddisfacente relazioni sociali e il rapporto con i propri sentimenti. Un altro scopo può essere favorire l'elaborazione di esperienze passate stressanti, crisi attuali e difficili situazioni della vita.

L'apprendimento della capacità di crearsi una vita sostanzialmente più positiva e soddisfacente, ad esempio attraverso una «riscoperta» dei sensi o attraverso l'attenzione, è ugualmente un elemento della terapia.

Psicoterapia interpersonale (IPT)

La psicoterapia interpersonale è improntata specialmente al trattamento delle depressioni. Essa parte dal presupposto che le relazioni interpersonali possono contribuire sostanzialmente alla nascita di una depressione, e concentra il proprio lavoro terapeutico sulle relazioni qui ed ora. Si suppone che le precedenti esperienze interpersonali e psichiche del paziente si rivelino anche nel comportamento attuale. Eventi stressanti (come la morte di una persona vicina o la separazione dal partner) e situazioni di vita difficili (come il mobbing nel luogo di lavoro, la perdita del lavoro e il pensionamento o le liti costanti con i familiari) possono portare all'insorgenza di sintomi depressivi. Per quanto riguarda il contenuto, può essere in primo piano il superamento di problemi nel matrimonio e in famiglia. In altri pazienti, invece, può essere importante l'elaborazione di esperienze di perdita (elaborazione del lutto), o il superamento di periodi di transizione tra determinati ruoli sociali (ad esempio quando i figli lasciano la casa o al momento del pensionamento).

Viceversa, anche la malattia depressione può portare a problemi interpersonali. Obiettivi della psicoterapia interpersonale sono l'alleviamento della sintomatologia depressiva e il miglioramento delle relazioni interpersonali private e/o nell'ambiente di lavoro. Essa aiuta nella comprensione della malattia e del nesso spesso nascosto tra l'attuale sintomatologia depressiva e le relazioni interpersonali. Si lavora ad esempio al miglioramento del comportamento comunicativo, allo sviluppo di nuove strategie di risoluzione dei problemi o al rapporto con le situazioni di stress interpersonali. La psicoterapia interpersonale agisce inoltre preventivamente contro le ricadute.

Attenzione

L'attenzione (ingl. mindfulness) è il contrario del multi-tasking patogeno, ossia sentire con chiarezza e senza giudizio ciò che avviene nell'istante attuale. Le sensazioni fisiche, i pensieri, i sentimenti, che siano gradevoli, sgradevoli o neutri, vanno solo osservati e accettati così come sono.

Nella quotidianità ricca di impegni questa capacità va spesso perduta: facciamo una cosa e pensiamo a un'altra, cosa che può a lungo andare portare a stress cronico. Reimparare l'attenzione può essere utile per la salute. In termini semplici, in questa forma terapeutica si impara tra l'altro a fare in un determinato momento una cosa sola. Molti pazienti depressi hanno inoltre perduto la sensazione del proprio corpo, e non riescono più ad es. a capire se sono tesi o rilassati. Si può lavorare su questo, e anche la capacità di rilassarsi rapidamente può essere reimparata.

Schema Therapy

La Schema Therapy è attualmente una delle terapie più efficaci e pragmatiche di quei tratti della personalità potenzialmente patogeni che possono contribuire allo sviluppo di una depressione. Questa psicoterapia aggiunge ai metodi della terapia cognitiva comportamentale elementi di psicodinamica e di altre terapie sperimentate come l'analisi transazionale, l'ipnoterapia e la terapia della Gestalt. I pazienti traggono enormi benefici e in breve tempo. La Schema Therapy parte dal presupposto che nell'infanzia e nel corso della vita vengono acquisiti schemi, ossia modelli comportamentali, contenenti ricordi, emozioni, cognizioni e sensazioni fisiche che possono influire negativamente sul comportamento, predisponendo alla malattia. Uno schema cosiddetto maladattivo insorge spesso a causa di esperienze infantili dannose basate sulla violazione di bisogni primari umani. Particolarmente importanti sono gli eventi traumatici o l'esperienza del mancato soddisfacimento di bisogni essenziali – come le attenzioni o la protezione – da parte delle prime persone di riferimento.

Questi schemi comportamentali possono essere nel caso specifico – ad es. quando viene data troppa importanza a rendimento, perfezione e

affidabilità – così stressanti da avere come risultato un burnout. Riconoscendo gli schemi si può influire positivamente sul comportamento patogeno.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Questa tecnica psicoterapeutica è stata appositamente sviluppata per il trattamento della depressione cronica, e la sua efficacia è ben documentata. Il suo svolgimento strutturato prevede incontri individuali e di gruppo in cui i partecipanti possono riconoscere nelle esperienze di vita le proprie impronte e convinzioni. Queste impronte hanno prodotto meccanismi di difesa psichica per lo più necessari che possono portare nel corso di anni e decenni a modelli di comportamento e interazione interpersonale sfavorevoli (come la diffidenza). Grazie all'analisi delle situazioni il paziente impara a stabilire un rapporto causale tra i propri modelli di comportamento e di pensiero e le loro conseguenze. Su questa base si cercano e attuano soluzioni e possibilità di cambiamento del comportamento.

Altri elementi di psicoterapia

La gestione dello stress è un altro importante elemento della psicoterapia. Lo stress personale e le sollecitazioni esterne vanno riconosciuti e successivamente influenzati. Questo è un compito estremamente individuale, e richiede ugualmente l'accompagnamento terapeutico. Il superamento dello stress ha elementi attivi e passivi. Il terapeuta aiuta e consiglia nella composizione del portafoglio personale (cfr. pag. 60).

A seconda dei casi, anche la terapia psicoanalitica o psicologica del profondo può essere utile. In essa viene attribuita grande importanza allo sviluppo infantile: la psicoanalisi parte dal presupposto che soprattutto le influenze dei primi anni di vita lascino tracce nella psiche. Nella terapia si cerca di rendere riconoscibili e fare riesaminare al paziente conflitti nascosti o rimossi.

Nella terapia sistemica (familiare) l'attenzione è rivolta soprattutto al gruppo (= sistema) in cui ognuno vive. Questo sistema può essere una coppia di coniugi, una famiglia, la cerchia di amici o il gruppo di lavoro. Si parte dal presupposto che il malato sia soltanto un «portatore di sintomi» e le cause dei suoi problemi vadano cercate e analizzate nell'intero sistema. Come nella psicoterapia interpersonale gli aspetti interpersonali e sociali sono al centro. Una terapia sistemica può svolgersi come terapia di gruppo, ad esempio con l'intera famiglia.

Terapia medicamentosa

Mentre nelle forme di grado lieve si ottengono di regola ottimi risultati con la sola psicoterapia, nel trattamento della depressione di grado da medio a grave sono necessari anche medicinali antidepressivi. L'estrema importanza ricoperta dalla farmacoterapia antidepressiva, oggi con effetti collaterali ridotti, già durante il trattamento ospedaliero di decorsi gravi della malattia, non sminuisce in alcun modo il ruolo essenziale di altri importanti pilastri terapeutici come la psicoterapia e i metodi di psichiatria sociale. I medicinali si basano tutti sul principio attivo, scoperto oltre 50 anni fa da Roland Kuhn in Svizzera, del potenziamento dei neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina). Per molto tempo si è pensato che l'effetto degli antidepressivi si basasse soltanto sull'aumento della concentrazione di queste sostanze messaggere (neurotrasmettitori). Oggi però è riconosciuta inoltre che è la normalizzazione dell'attività degli ormoni dello stress.

Anche il rimedio erboristico conosciuto come erba di San Giovanni (*Hypericum perforatum*), efficace nelle depressioni da lievi a medio-gravi, agisce tra l'altro sull'influenza di serotonina e noradrenalina, fungendo quindi in parte anche da inibitore della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI). Per prevenire insuccessi è molto importante qui la scelta del preparato giusto, perché tutti i rimedi erboristici presentano un'ampia gamma di composizioni e ingredienti. Essendo inoltre decisivo il giusto dosaggio individuale e potendosi produrre interazioni sfavorevoli con altri medicinali, anche il trattamento erboristico dovrebbe essere sempre accompagnato da un medico con adeguata esperienza. Nelle malattie depressive da moderatamente gravi a gravi vengono

impiegati principalmente 3 gruppi di medicinali: gli inibitori della ricaptazione della serotonina, gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina e le più recenti sostanze multimodali, che combinano in modo mirato l'inibizione della ricaptazione con l'attività dei recettori.

Per evitare quanto possibile perdite di tempo causate da inutili e precipitose sostituzioni di medicinali, va considerato che l'effetto antidepressivo arriva di regola solo dopo due a quattro settimane. La sostituzione del preparato prescritto dovrebbe avvenire quindi al più presto dopo un dosaggio adeguato e trascorse quattro settimane. In caso di insuccesso, andrebbe considerato prima l'aumento di dosaggio del medicinale fino ad allora somministrato, oppure la sostituzione con un altro antidepressivo. In alternativa può essere tentata la cosiddetta «strategia dell'aggiunta», ossia l'aggiunta di una sostanza non efficace da sola contro la depressione, per il potenziamento dell'antidepressivo vero e proprio. La migliore efficacia si ha in tal caso con il litio, sostanza stabilizzatrice dell'umore, che presenta inoltre un provato effetto antisuicidio, riduce cioè i pensieri e le intenzioni suicide. Altre possibilità di aggiunta si trovano ad es. nell'impiego dei moderni antipsicotici, ben tollerati. Queste terapie andrebbero seguite da un medico specialista con adeguata esperienza.

Nonostante le numerose ricerche, è ancora in gran parte poco chiaro quale antidepressivo offra, nel caso specifico, il miglior successo. Oltre alle esperienze finora ottenute dal paziente e dal medico curante, è comunque importante, nella scelta dell'antidepressivo, considerare i possibili effetti collaterali (ad es. in rari casi aumento di peso, disturbi della funzione sessuale, nervosismo, ecc.), la storia clinica nonché i sintomi individuali dell'attuale episodio di malattia. Qualora siano ad esempio in primo piano sintomi come disturbi del sonno, agitazione, nervosismo, ansia o suicidalità, gli antidepressivi sedativi, in combinazione provvisoria con una benzodiazepina, rappresentano la prima scelta. Nei disturbi del sonno, è utile il fatto che gli antidepressivi – contrariamente ai classici sonniferi – normalizzino nuovamente l'architettura del sonno disturbata dalla depressione (cfr. pag. 17), favorendo così un sonno ristoratore.

Gli antidepressivi non aumentano il rischio di suicidio. A seconda dei casi però, la farmacoterapia può, nella fase precoce del trattamento,



Mito antidepressivi

Tutti gli antidepressivi impiegati per il trattamento della depressione sono oggi poveri di effetti collaterali. Quando insorgono, gli effetti collaterali sono spesso presenti solo all'inizio e transitori.

Gli antidepressivi non creano dipendenze e non alterano la personalità. Non sono eccitanti né sedativi. Lo scopo della terapia non è in nessun caso la copertura dei problemi. Al contrario: il trattamento medicamentoso costituisce spesso, con il miglioramento che ne deriva, solo la base per la psicoterapia. Se correttamente impiegati, gli antidepressivi rappresentano un sostegno che, attraverso la normalizzazione del metabolismo neuronale, aiuta a mobilitare di nuovo le forze di autoguarigione. Sono l'aiuto all'autoaiuto.

peggiore pensieri e azioni suicide, potendo provocare, prima dell'inizio dell'effetto antidepressivo, nervosismo e attivazione mediante la stimolazione del metabolismo neuronale.

Questo sottolinea la necessità, comunque esistente nella depressione, di un trattamento e accompagnamento stretto dei pazienti, così come la verifica scrupolosa della necessità di una prescrizione temporanea di benzodiazepine. Tali effetti collaterali possono essere spesso alleviati o eliminati anche con l'aiuto di preparati erboristici (medicamenti fitoterapeutici). Sono efficaci qui ad esempio la passiflora, la radice di valeriana, la radice di petasite e le foglie di melissa.

Le numerose prove dell'efficacia di antidepressivi correttamente prescritti e dosati nella depressione da moderata a grave, così come il fatto che la maggior parte dei tentativi di suicidio e suicidi va ricondotta ad una terapia assente o inadeguata, sottolineano la necessità di un trattamento scrupoloso.

Antidepressivi e gravidanza

Come per altri medicinali, anche l'assunzione di medicinali antidepressivi durante la gravidanza può nel caso specifico aumentare il rischio di malformazioni del bambino. Se possibile, si dovrebbe quindi rinunciare a qualsiasi assunzione di medicinali in gravidanza. Il modesto rischio di un effetto dannoso per il feto va tuttavia attentamente soppesato contro il rischio di una malattia depressiva. Lo stesso episodio della malattia può da solo rappresentare un elevato rischio per il nascituro. Sappiamo che il rischio di recidiva aumenta di tre volte quando si interrompe un trattamento antidepressivo in corso durante una gravidanza.

Il desiderio di un bambino andrebbe quindi sempre discusso in tempo con fiducia con il proprio medico curante e la gravidanza poi attentamente pianificata e sorvegliata. Nel colloquio dettagliato con il medico può essere discusso a fondo il procedimento. Esistono intanto antidepressivi a basso rischio nell'assunzione controllata.

Tecniche di rilassamento

Tecniche di superamento dello stress

(complementari alla psicoterapia e alla terapia medicamentosa)

- *Tecniche attive di superamento dello stress / gestione dello stress*
- *Training autogeno*
- *Rilassamento muscolare progressivo*
- *Biofeedback*
- *Tai-Chi*
- *Qigong*
- *Terapia craniosacrale*
- *Massaggio*
- *Riflessologia plantare*
- *Idroterapia (ad es. la terapia Kneipp)*
- *Aromaterapia*
- *Agopuntura*

Figura 9: Selezione di tecniche di superamento dello stress attive e passive sperimentate.

Biofeedback

Le molteplici interazioni tra psiche e corpo sono oggi ben studiate. Nel caso del biofeedback, la complessa interazione tra corpo e psiche diventa particolarmente evidente: ogni stato d'animo, ogni pensiero, ogni contatto interpersonale ed ogni azione causano nel nostro corpo un cambiamento energetico attraverso l'azione dei neuroni. Molti pazienti avvertono queste reazioni fisico-vegetative (come frequenza cardiaca/polso, tensione muscolare, respirazione, resistenza cutanea) in maniera molto forte, per altri invece questa sensazione corporea è andata perduta. Con l'aiuto del biofeedback, queste reazioni possono essere rese visibili e sperimentabili. Con l'aiuto terapeutico è possibile poi percepire in maniera cosciente, capire e armonizzare le reazioni fisiche e influire positivamente su di esse. Attraverso il biofeedback si apprende a ridurre la tensione (stress) sia fisica che psichica e a favorire una condizione più tranquilla ed equilibrata.

Rilassamento muscolare progressivo secondo Jacobson

Gli esercizi di rilassamento sono indicati soprattutto per le persone sottoposte a tensione costante. Il medico E. Jacobson osservò nel 1928 che la tensione della muscolatura è spesso accompagnata da agitazione, ansia e tensione psichica. L'interazione tra stato d'animo psichico e tensione o rilassamento muscolare può quindi essere utilizzata terapeuticamente. Il rilassamento muscolare progressivo secondo Jacobson è uno dei metodi più sperimentati. È facile da imparare e benefico da utilizzare tutti i giorni. Diversi muscoli del corpo vengono consapevolmente dapprima tesi (5–10 secondi) e poi di nuovo rilasciati (20–30 secondi). L'attenzione è rivolta intanto alla differenza tra tensione e rilassamento. Attraverso esercizi regolari, la condizione di rilassamento consapevole e piacevole subentra sempre più in fretta. Il rilassamento percepito viene comunicato ai centri di regolazione degli ormoni dello stress presenti nel cervello e questo aiuta a ridurre di nuovo lentamente il sistema iperattivo.



Il piano terapeutico, con i suoi singoli elementi è sempre individuale e va preparato insieme al paziente e adattato in continuazione.

Forme terapeutiche complementari non medicamentose sperimentate

Con la terapia della veglia (privazione del sonno) o la terapia della luce esistono ulteriori possibilità di trattamento sperimentate che possono essere impiegate in modo complementare o nelle forme più lievi come alternative alla terapia medicamentosa.

Nei casi più gravi possono essere utilizzati con successo, in centri specializzati e con l'aiuto di esperti, nuovi metodi come la stimolazione del nervo vago (VNS) o la stimolazione magnetica transcraniale (TMS).

Il trattamento può essere inoltre integrato da ragionevoli approcci di medicina complementare, come fitoterapia e idroterapia (applicazioni di acqua, ad esempio la terapia Kneipp), medicina tradizionale cinese (agopuntura, Qigong), massaggi e aromaterapia. La terapia moderna è intesa come incarnazione di una psichiatria innovativa, globale e basata sull'evidenza, cioè guidata dai risultati della ricerca. Nell'esempio della moderna terapia della depressione diventa evidente che nel quadro di questo approccio globale le malattie possono essere guarite grazie anche all'incoraggiamento delle forze di autoguarigione e della salute.

Terapia della veglia

La privazione del sonno migliora l'umore. Questo può suonare all'inizio piuttosto curioso, visto che molti pazienti depressi soffrono comunque già di disturbi del sonno. La privazione del sonno, di regola solo parziale, ha dato tuttavia buoni risultati nella cura della depressione: si va normalmente a letto e si viene svegliati di nuovo verso l'una di notte. È importante non addormentarsi in nessun caso durante la terapia della veglia e il giorno dopo, neanche per brevissimi periodi, perché questo può rovinare l'intero effetto di rasserenamento dell'umore. Questa terapia viene eseguita per lo più in un gruppo seguito da un terapeuta, essendo molto difficile eseguirla da soli.

Terapia della luce

Questa terapia, quasi priva di effetti collaterali, si è rivelata molto efficace non solo nel trattamento della depressione stagionale, ma in tutte le forme di depressione. Tutti i giorni al mattino si trascorrono da 30 a 60 minuti davanti a una sorgente di luce brillante (da 2'500 a 10'000 lux). Nel frattempo si può anche leggere. I risultati migliori si ottengono quando si esegue la terapia presto al mattino. Nella tipica depressione ricorrente in autunno e inverno, il trattamento può essere anche impiegato preventivamente.

Terapia elettroconvulsivante (TEC)

La TEC viene impiegata per la terapia delle malattie depressive gravi, ed è uno dei trattamenti antidepressivi più efficaci. Il principio del trattamento è un attacco convulsivo terapeutico blando provocato nel cervello in anestesia breve e rilassamento muscolare. Durante questo evento della durata di un minuto circa, il paziente rimane sotto controllo anestesiológico. Questo metodo riveste grande importanza, perché può essere impiegato con successo e senza effetti collaterali anche in caso di fallimento di altri metodi terapeutici, ad esempio in una depressione grave o cronica.



Dodici brevi regole fondamentali per il trattamento della depressione

- 1** **Siate pazienti con voi stessi.** La depressione si sviluppa per lo più lentamente e la regressione è graduale anche durante il trattamento. La terapia richiede tempo – ma ne vale la pena!
- 2** **Quando sono necessari medicinali, è importante che questi vengano assunti esattamente secondo la prescrizione medica.** Abbiate pazienza, l'effetto non è immediato.
- 3** **Gli antidepressivi non creano dipendenze** e non alterano la personalità.
- 4** **È importante comunicare al vostro medico tutte le alterazioni del vostro stato di salute** e affrontare apertamente e con fiducia preoccupazioni, ansie e dubbi che potreste avere nell'ambito della terapia.
- 5** **Chiedete subito informazioni in caso di sgradevoli disturbi collaterali.** Si tratta per lo più di disturbi innocui e presenti solo all'inizio.
- 6** **Anche quando vi sentite meglio, non interrompete i medicinali.** La sospensione va pianificata attentamente.
- 7** **Pianificate ogni giornata la sera prima il più esattamente possibile** (ad esempio con un orario). Pianificate anche le attività piacevoli.
- 8** **Ponetevi obiettivi piccoli e gestibili.** Il vostro medico o terapeuta vi aiuterà.
- 9** **Tenete un diario dell'umore.** Il vostro medico o terapeuta vi spiegherà come funziona e discuterà regolarmente con voi le varie annotazioni.

10 Al risveglio, alzatevi subito dal letto. **Nella depressione, rimanere svegli a letto è infatti una «trappola del rimuginio».** Alzarsi invece riesce spesso molto difficile. Elaborate in questo caso delle strategie insieme al vostro terapeuta.

11 **Siate fisicamente attivi:** il movimento è antidepressivo e favorisce la neoformazione neuronale.

12 Quando va meglio, **scoprite con il vostro medico o terapeuta come ridurre il rischio personale di una ricaduta.** Elaborate i segnali precoci e costruitevi un piano di crisi.



ULTERIORE SOSTEGNO

Possibili segnali precoci

- Tensione
- Agitazione
- Leggera irritabilità
- Impazienza
- Disturbi del sonno
- Difficoltà ad alzarsi al mattino
- Forte stanchezza, esaurimento, sensazione di sovraccarico e sforzo
- Perdita dell'appetito o appetito eccessivo
- Sensibilità ai rumori
- Pressione sul petto, pressione nella testa
- Malessere fisico generale, mal di testa
- Difficoltà di memoria
- Difficoltà di concentrazione
- Trascuratezza dell'aspetto esteriore e dell'igiene personale
- Difficoltà nelle decisioni quotidiane
- Calo di prestazioni nell'ambito professionale
- Ripiegamento sociale
- Livello di attività in calo
- Apatia
- Scarsa gioia di vivere
- Ansia
- Sensazione di vuoto interiore, sensazione di insensibilità
- Rimuginio, circolo vizioso di pensieri
- Preoccupazioni per il futuro
- Dubbio interiore, calo della fiducia in se stessi
- Nausea della vita, pensieri di morte

Piano di crisi personale

Cosa posso fare quando osservo i primi segni di una ricaduta depressiva?

1. Prendere sul serio i segnali precoci!

I miei segnali precoci personali:

2. Informare una persona di fiducia dei miei segnali precoci della depressione.

Nome della persona di fiducia:

3. Possibilità di superamento, come reagire meglio.

Cosa può aiutarmi in questa situazione:

4. Considerare in tempo l'aiuto specialistico!

Il mio medico di famiglia (nome e numero di telefono):

Il mio specialista (nome e numero di telefono):

Il mio psicoterapeuta (nome e numero di telefono):

Suggerimenti per parenti e amici

- Informatevi a fondo sulla malattia. Spesso questo è possibile fissando insieme un appuntamento dal medico curante o dallo psicoterapeuta. Anche i figli dovrebbero essere coinvolti, quando possibile. Anche i bambini piccoli possono capire che un comportamento cambiato e magari ansiogeno del genitore va ricondotto a una malattia curabile.
- Pensieri o piani suicidi rappresentano un caso d'emergenza. Considerate immediatamente l'assistenza medica d'urgenza. Con i pazienti depressi bisogna parlare apertamente del rischio di suicidio.
- Aiutate il malato ad essere paziente. La depressione è curabile e guaribile, ma migliora per lo più a piccoli passi. Offrite sostegno per il rispetto della terapia e l'assunzione regolare dei farmaci. Prendete quando necessario l'iniziativa e fissate un appuntamento medico per il paziente. Incoraggiate i vostri familiari a intraprendere piccole attività e iniziative. Quando non siete sicuri, discutete le possibilità con il medico curante o lo psicoterapeuta.
- A un paziente depresso riesce spesso molto difficile iniziare e portare avanti attività. Già alzarsi, lavarsi e vestirsi o le attività più semplici della casa possono essere enormi ostacoli. Possono aiutare in questo parenti ed amici, sostenendo con delicatezza il paziente e aiutandolo ad avere una vita regolare.
- I pazienti depressi hanno, a causa della malattia, difficoltà molto grandi nel prendere decisioni. Non si dovrebbe quindi spingerli durante la malattia a prendere nessuna decisione importante, perché queste decisioni vengono per lo più rimpiante dopo la remissione della depressione. Siate sempre consapevoli che i depressi percepiscono la realtà per molti aspetti attraverso «occhiali neri». Per questo prendono decisioni che magari poi, superata la malattia, valuteranno in maniera completamente diversa.
- I viaggi di vacanza o i fine-settimana di wellness sono di regola un sovraccarico e possono portare persino al peggioramento della malattia. Solo quando si ha un miglioramento questi possono tornare nuovamente utili.

- È importante accettare lo stato di salute dei pazienti depressi così come essi lo vivono e descrivono. Cercate di ricordare sempre ai vostri familiari che la depressione è una malattia che passa ed è perfettamente curabile. Non considerate il senso di disagio e le ansie di malattia del depresso come esagerate o «immaginarie». È la depressione che può amplificare a volte anche leggeri dolori o senso di disagio, rendendoli a malapena sopportabili.
- La malattia può far sì che il vostro partner o amico appaia improvvisamente privo di interesse, scostante e apatico. Siate pazienti in questo periodo difficile. Non appena la malattia migliora con il trattamento tutto questo cambierà di nuovo. Non abbandonate il vostro familiare ammalato, anche quando vi sembra ancora molto scostante.
- L'impotenza e tristezza – persino rabbia – che provate spesso nell'assistere alla malattia sono una reazione frequente e normale. La prudenza è d'obbligo, non solo per quanto riguarda un possibile sovraccarico del paziente, ma anche per quanto riguarda il sovraccarico di chi lo aiuta. Chi si trova al fianco di una persona psichicamente malata, come un amico o un familiare, dovrebbe essere consapevole delle possibili sollecitazioni. Parlatene con amici o altri familiari coinvolti, eventualmente in un gruppo di autoaiuto. Non esitate anche voi a chiedere aiuto in questo periodo difficile!
- Quando finalmente va meglio: offrite sostegno nell'importante prevenzione delle recidive. Aiutate il vostro familiare a rispettare la terapia e le visite di controllo. Spingetelo – se necessario – all'assunzione regolare dei medicinali, che impediscono il riaffacciarsi della malattia. Durante la fase di miglioramento, per il paziente è spesso difficile proseguire con pazienza il necessario trattamento. Il vostro aiuto può essere in questo caso prezioso.

LETTERATURA E INDIRIZZI UTILI

Letture consigliate

Come vincere la depressione, l'ansia e le dipendenze,
Colette Dowling; Editore: Bompiani; ISBN: 8-845-24604-3

La depressione,
Bernardo Carpinello; ISBN: 978-8895930947

La depressione: storia, teoria, clinica,
Raffaella Perrella; ISBN: 8-843-03696-3

Indirizzi utili

Gruppi di autoaiuto

In un gruppo di autoaiuto, i malati e i loro parenti si rendono conto di non essere soli con i propri problemi. Per molti è più facile parlare della malattia in un gruppo di pazienti. Qui ricevono ulteriori informazioni, comprensione e reciproco sostegno nelle situazioni di crisi.

Equilibrium (pazienti e parenti)
www.depressionen.ch, Tel. 0848 143 144

Fondazione Svizzera pro mente sana
www.promentesana.ch, Tel. 0848 800 858

VASK Ticino –
Associazione dei familiari delle persone con disagio psichico
www.vask.ch, Tel. 044 240 12 00

www.depression.ch

> Download del «diario dell'umore» in formato A4

> Download del «calendario degli episodi» in formato A4

Se cercate qualcuno per un colloquio anonimo

Associazione Svizzera del Telefono Amico

www.143.ch, Tel. 143

Aiuto medico

In casi urgenti: Servizio Medico Regionale

Società Svizzera dei disturbi d'ansia

www.sgad.ch

Istituto di Psichiatria Max Planck: www.psych.mpg.de

