

DEPRESSIONE

Le più vicine a te.

MAI NASCONDERLA.

CURARLA È POSSIBILE



Progetto realizzato in collaborazione con



Mylan

Seeing
is believing



34 FARMACIE NEL TERRITORIO CITTADINO PER LA TUA SALUTE E QUELLA DELLA TUA FAMIGLIA.



**QUALITÀ, PROFESSIONALITÀ E CONVENIENZA
CON UN VENTAGLIO DI SERVIZI E PRODOTTI
DAL FARMACO ALL'AUTOANALISI,
DAGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE
ALLA COSMESI.**

Per essere sempre

Le più vicine a te.

www.fctorinospa.it



Sommario

PRESENTAZIONE	pag. 4
ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI	pag. 5
LA DEPRESSIONE	pag. 9
LA DEPRESSIONE NELL'ADOLESCENTE	pag. 19
LA DEPRESSIONE POST-PARTUM	pag. 27
LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO	pag. 35
STARE VICINO A CHI È DEPRESSO	pag. 43

Testi

Manuela Bruno, *psicologa, psico-oncologa, specialista in psicoterapia*

Patrizia Cane, *psicologa, Servizio di Psicologia dell'età evolutiva - Asl To4 Chivasso*

Claudio Carbonero, *medico, psichiatra (DGR 41-3836 18/09/2006), assistente Casa di Cura Neuropsichiatrica "Ville Augusta" accreditata con la Regione Piemonte*

Progetto editoriale

Elisabetta Farina

Immagini

www.wikipedia.com

Edito da
Farmacie Comunalì Torino Spa

Realizzazione grafica
Jacopo Trivero - ByBLOS Srl - Torino

Finito di stampare nel mese di settembre 2012
presso Tipografia Sosso Srl - Grugliasco (TO)

Presentazione

Depressione.

Spesso, una parola che spaventa. In realtà, una malattia che non si deve negare, bensì curare.

Ancor più che per altre patologie, infatti, è fondamentale affrontare la situazione non richiudendosi su se stessi nella speranza di una risoluzione spontanea del problema. L'importante è non far finta che la difficoltà non esista, ma rendersi conto che noi o i nostri cari abbiamo bisogno di aiuto e di supporto, nonché di cure specifiche.

Come spiegato nella pubblicazione, la depressione è una patologia che può essere passeggera, contenuta e migliorata, che, quindi, non per forza connoterà negativamente tutto il corso della vita. Oggi le conoscenze mediche, i farmaci e i trattamenti di cura riescono a essere efficaci e duraturi.

Anche stare accanto a chi è depresso, con un costante sostegno, rappresenta un concreto aiuto da non dimenticare all'interno di un percorso di cura. L'affetto, la comprensione, la pazienza e l'incoraggiamento da parte di chi è vicino concorrono a sostenere il depresso grazie alla vicinanza, mai insistente o sminuente.

Infatti, le valutazioni come gli atteggiamenti colpevolizzanti, al pari della negazione, costituiscono soltanto un danno e accrescono l'isolamento della persona depressa.

A qualsiasi età della vita, e per qualsiasi ragione, la depressione si affacci sul cammino di una persona, è importante sapere che la serenità perduta può essere ritrovata; l'importante è proseguire a fare un passo dopo l'altro, grazie alle cure di operatori sanitari e con il sostegno e l'affetto di chi è vicino.

*“Anche un viaggio di mille miglia
inizia con un passo...” (Lao Tzu)*

*Gabriele Cavigioli
amministratore delegato
Farmacie Comunali Torino Spa*

Alcune considerazioni generali

Alcune considerazioni generali

Se digitiamo “depressione” in uno dei maggiori motori di ricerca del web, ci appare una lista interminabile di risultati (7.660.000 circa) che comprendono definizioni, sintomi, tipologie, cure ecc. Per non parlare delle innumerevoli ricerche scientifiche che ogni anno vengono condotte su correlazioni, cause, effetti, farmaci e terapie inerenti la depressione in generale.

Questo ci dà la misura di come, ai nostri giorni, il fenomeno sia fortemente sentito e considerato, nonostante le conoscenze siano sempre più ampie e approfondite e le pubblicazioni in merito si moltiplichino.

Una volta la depressione era maggiormente riconosciuta e riscontrata nelle donne appartenenti a quella fascia di età definita “fertile” e che andava dai 20-25 ai 45-50 anni. Questo perché, come è ben spiegato più avanti, era ed è in quella categoria di persone che maggiormente si sviluppa la *depressione unipolare* o *depressione maggiore*, che è la variante più diffusa dei *disturbi dell'umore*.

Oggi, invece, i sintomi e le varie tipologie di depressione attraversano tutte le età, tutte le fasce sociali e le più svariate occupazioni. Possiamo partire dagli adolescenti, che attraversano quella fase critica che porta alla completa individuazione di sé (fluttuando tra conflitti interni ed esterni) per arrivare agli anziani, i quali spesso non si percepiscono più funzionali e “funzionanti”, bensì un peso, anche economico; o pensare alle donne, che in diversi momenti della loro vita (post-partum, menopausa ecc.) possono trovarsi a sperimentare quelle brutte sensazioni di chiusura e di tristezza che talora portano a vere e proprie patologie, o agli uomini che, a causa di variate condizioni economiche, non si percepiscono più come coloro sui quali conta la famiglia, di cui sono una colonna portante; o ancora a tutti coloro che, uomini e donne, rimangono improvvisamente senza lavoro, non riuscendo a vedere nuovi orizzonti e nuove possibilità, sentendosi invece soli e disperati.

C'è però un argomento che è importante sottolineare. Solitamente si possono facilmente trovare definizioni e spiegazioni della “depressione”, stime e percentuali di incidenza e prevalenza, ricerche scientifiche, statistiche, descrizioni mediche e quant'altro possa occorrere

per riconoscerla, identificarla e curarla. Ma non sempre se ne parla come una patologia che può essere passeggera, contenuta e migliorata, che insomma non per forza dovrà connotare negativamente tutto il resto della nostra vita. Oggi le conoscenze mediche, i farmaci e i trattamenti di cura riescono a essere efficaci e duraturi. L'importante è non negare, non far finta cioè che il problema non esista, non voler rendersi conto che noi stessi o i nostri cari abbiamo bisogno di aiuto e di supporto, nonché di cure specifiche.



Una tra le cose più deleterie è, soprattutto, l'atteggiamento che spesso noi clinici ci troviamo ad affrontare, sia per quanto riguarda i pazienti che per i loro famigliari: la non giusta percezione del disagio, che viene sminuito e talora addirittura deriso, tanto che coloro che ne soffrono sono portati a minimizzare i sintomi, a "tenerli per sé", arrivando persino a vergognarsene, non dichiarandoli. La conseguenza più grave di questi comportamenti è che l'interessato non si sentirà di poter chiedere aiuto e quindi non farà ricorso a quelle cure, necessarie e indispensabili, che gli permetterebbero invece di risolvere il suo problema, riaffacciandosi con piacere alla vita.

Vero è, poi, che non è sempre facile relazionarsi con un depresso. La persona affetta da tale disturbo appare sopraffatta dall'inerzia, dai sensi di colpa, e di indegnità, dallo svuotamento di senso che invade ogni pensiero. Il depresso può trovare difficoltà nel cercare aiuto in casa o all'esterno, quindi è importante che familiari e amici intervengano e riconoscano tale problema.



IL CORRETTO ATTEGGIAMENTO PER L'AIUTO

- Occorre assicurare chi soffre che la sua condizione non è unica, che la depressione non è un segno di debolezza fisica o mentale e neanche follia.
- Occorre molta pazienza e risulta importante ricorrere a un aiuto specialistico. Un primo intervento basilare è ottenere una diagnosi corretta e un trattamento adatto.
- Occorre incoraggiare la persona a rivolgersi a uno specialista e incoraggiarla a proseguire il trattamento una volta iniziato.
- Occorre sostenere il depresso da un punto di vista affettivo, armandosi di pazienza, comprensione, affetto e attuando un incoraggiamento delicato, mai insistente.
- Occorre astenersi da valutazioni colpevolizzanti.

Lo specialista, in base al quadro clinico che gli si presenterà, potrà così scegliere se far ricorso ai farmaci, alla psicoterapia, o a entrambi. La psicoterapia, nella fattispecie, può aiutare le persone ad apprendere strategie per conoscere e affrontare la depressione, identificando ed elaborando situazioni e vissuti conflittuali, problematiche della propria vita e modalità di funzionamento psichico cognitivo, comportamentale ed emotivo, che possono essere poco funzionali e risultare connesse con l'insorgenza della depressione, per poter giungere a un migliore e sano equilibrio mentale intrapsichico e a un più generale benessere psicologico.

Purtroppo, spesso la nostra vita è scandita e accompagnata dalle mode e dai giudizi, dai cliché e dai condizionamenti del "cosa dirà la gente". Ma mai come nel caso della depressione tutto ciò va accantonato e affrontato con la forza e la consapevolezza di chi, rivolgendosi agli specialisti, dedica la giusta attenzione a un malessere che, come tanti altri, può essere curato, ma non tra le mura domestiche.

La depressione

A volte, se sei depresso, non vorresti fare niente. Tutto quel che vuoi fare è appoggiare la testa al braccio, e guardare nel vuoto. A volte puoi andare avanti così per ore. Se sei eccezionalmente depresso, devi perfino cambiare braccio.

Charlie Brown,
in Charles M. Schulz,
I Peanuts, 1950/2000

La **depressione** è un quadro psicopatologico che trova una sua collocazione e classificazione nell'ambito dei *disturbi dell'umore*.

All'interno di questo gruppo di patologie possiamo infatti distinguere diverse entità nosologiche che hanno sintomi comuni, generalmente caratterizzate da una sofferenza psicofisica con difficoltà relazionali, sociali e lavorative che limitano in modo significativo la qualità della vita.

La classificazione comprende innanzitutto:

- disturbo **depressivo maggiore**;
- disturbo **bipolare**;
- disturbo **distimico**.

Vi sono poi ulteriori espressioni del disturbo depressivo a volte collegate ad altre situazioni patologiche quali:

- depressione **post-partum**;
- depressione **mascherata**;
- depressione **associata ad altre patologie**.

LA DEPRESSIONE “MAGGIORE”

Il disturbo dell'umore più diffuso nella popolazione è la **depressione unipolare** o **depressione maggiore**, con più alta prevalenza nelle donne ed esordio più frequente tra i 25 e i 45 anni.

Io sono depresso?

Soffrire di depressione maggiore non significa semplicemente essere tristi o di “cattivo umore”, ma trovarsi in una condizione di persistente e severo abbattimento, al quale si è incapaci di reagire, indipendentemente dalla propria volontà e dalla presenza di persone che cercano di essere vicine e di trasmettere positività. Vi sono una serie di sintomi che possono presentarsi variamente associati e possono aiutare nella diagnosi:

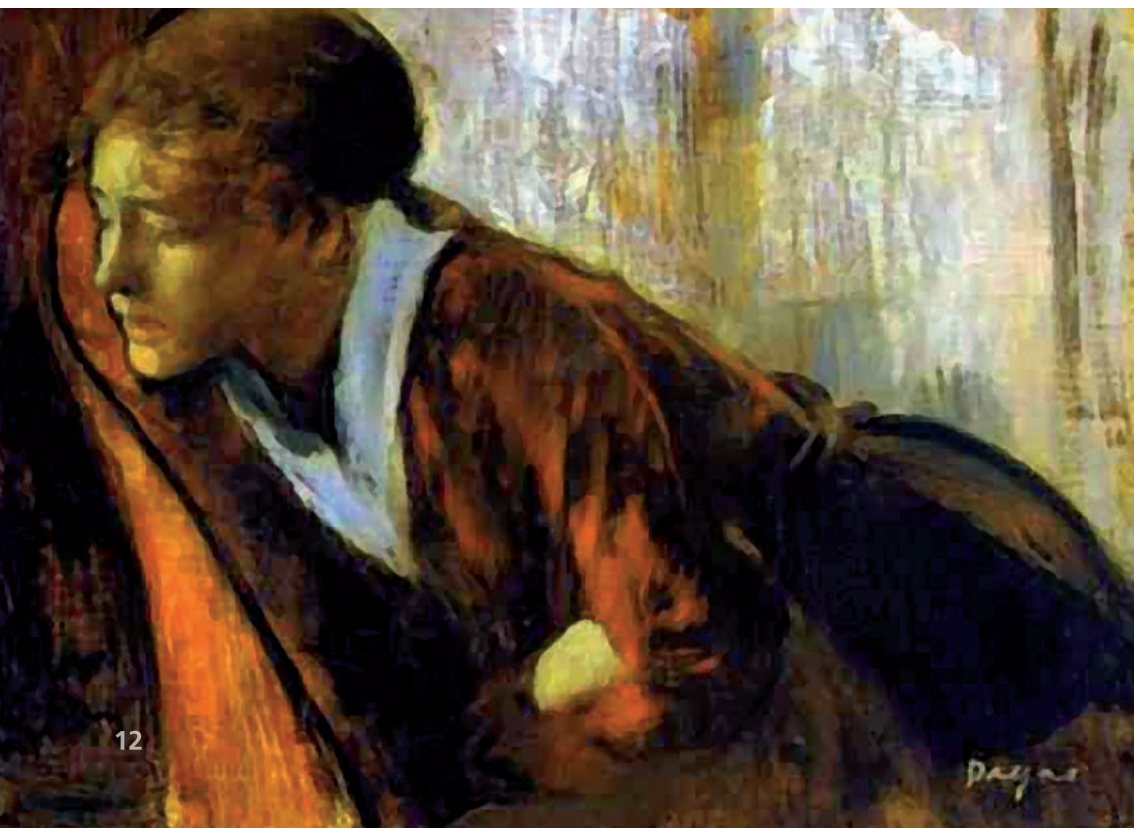
- umore costantemente depresso, non correlato a gravi motivazioni;
- significativo calo di interesse nelle attività abituali e incapacità di trarre piacere da circostanze o situazioni di norma stimolanti e gradevoli (anedonia);
- diminuzione o aumento significativi dell'appetito, spesso associati a notevole perdita o aumento di peso (oltre 5 kg), non giustificati da diete o patologie specifiche;
- alterazione del ritmo sonno-veglia con difficoltà nell'addormentamento e/o risveglio precoce o al contrario ipersonnia con tendenza a dormire anche di giorno;
- sensazione di agitazione e ansia senza un motivo definito (ansia libera) o dolori fisici privi di cause riconoscibili (ansia somatizzata) e che, spesso, non rispondono alle terapie di norma utilizzate per contrastarli (dolore articolare, cefalea, crampi addominali, disturbi digestivi, vertigini);
- possibile rallentamento dei movimenti e dei riflessi;
- facile affaticabilità e/o mancanza di energia non giustificata;
- calo dell'autostima e della fiducia nelle proprie capacità, senso di colpa persistente e immotivato;
- diminuzione della capacità di concentrazione, dell'efficienza intellettuale (nello studio, sul lavoro) e della capacità decisionale;
- calo del desiderio sessuale;
- irritabilità o frustrazione, incontinenza emotiva con facilità al pianto;
- idee di inguaribilità, pensieri di morte ricorrenti, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio.

Che cosa devo fare?

Un quadro depressivo non va trascurato nella speranza di una risoluzione spontanea, ma va sottoposto all'attenzione di un medico specialista per un corretto inquadramento diagnostico e l'impostazione di un adeguato trattamento farmacologico basato essenzialmente su antidepressivi.

I farmaci antidepressivi in uso sono rappresentati essenzialmente da molecole di nuova generazione quali gli *inibitori della ricaptazione della serotonina, della noradrenalina e della dopamina*, tendenzialmente gravati da minori effetti collaterali rispetto a farmaci di vecchia generazione quali *triciclici e inibitori delle monoaminoossidasi*.

Estremamente utile è l'approccio integrato medico-psicoterapeuta, eventualmente affiancato da ulteriori strategie di supporto rispetto al ristabilire regole e ritmi di vita regolari. Nei casi più gravi, dove la situazione non appare gestibile a domicilio o viene a configurarsi un possibile rischio suicidario può essere necessario il ricovero temporaneo.





Ma devo prendere i farmaci per tutta la vita?

Il trattamento farmacologico con antidepressivi va attentamente monitorato rispetto alla scelta del farmaco, ai dosaggi, a eventuali effetti collaterali o interazioni con altri farmaci e ai tempi di risposta che variano tra le 3-4 settimane. L'assunzione deve essere regolare, nella posologia consigliata, evitando le terapie "al bisogno" o "auto-personalizzate" nel dosaggio.

La *depressione maggiore* per sue proprie peculiarità è caratterizzata da possibili ricadute a distanza di tempo (recidive) e qualora queste si collochino nell'arco di un anno si definisce *depressione ricorrente*. È per tale motivo che il trattamento va attentamente monitorato e proseguito anche in situazione di relativo benessere evitando le sospensioni improvvise che possono provocare una recidiva non dovuta a una ripresa di malattia ma piuttosto conseguente alla sospensione incongrua del farmaco.

DEPRESSIONE BIPOLARE - L'ALTRA FACCIA DELL'EUFORIA

La **depressione bipolare** si osserva nell'ambito del disturbo bipolare (cosiddetto di tipo II), caratterizzato dall'alternanza di fasi depressive (polo negativo), con sintomi simili a quelli determinati dalla depressione unipolare, e fasi cosiddette maniacali o euforiche (polo positivo), anche non particolarmente intense (ipomania). La durata di ogni singola fase e l'intervallo tra l'una e l'altra sono estremamente variabili da persona a persona e nei diversi momenti della vita di uno stesso paziente.

Anche in questo caso è fondamentale porre una diagnosi precisa (non sempre è agevole la distinzione con la depressione unipolare in assenza di un accertato episodio di ipomania) al fine di impostare una terapia adeguata.

La terapia farmacologica è mirata a contrastare le oscillazioni incontrollate del tono dell'umore mediante l'uso di stabilizzatori come i *sali di Litio*, antiepilettici (es. *valproato*, *lamotrigina*) e alcuni neurolettici atipici (es. *quetiapina*, *aripiprazolo*). L'uso di antidepressivi deve essere attentamente valutato e modulato per evitare viraggi indesiderati verso la fase maniacale.



DISTIMIA - LA DEPRESSIONE “MINORE”

Il **disturbo distimico** veniva indicato in precedenti classificazioni come nevrosi depressiva o depressione nevrotica. Si distingue dalla depressione maggiore per la tendenza alla maggior cronicità dei sintomi che appaiono simili ma si manifestano generalmente in forma più attenuata. I più caratteristici sono sentimenti di inadeguatezza, colpa, ritiro sociale, irritabilità, rabbia, perdita di interesse e scarsa performance nello studio o sul lavoro.

Comune è la comorbidità con altri disturbi mentali, come i disturbi d'ansia, l'abuso di sostanze e i disturbi di personalità. A differenza della depressione unipolare o bipolare l'andamento non è tanto caratterizzato da fasi acute di malattia ma piuttosto dalla costante presenza dei sintomi.

I criteri diagnostici richiedono la presenza di umore depresso per la maggior parte del tempo per almeno due anni, in assenza di episodi maniacali o ipomaniacali accertati e/o di sintomi psicotici.

La gravità dei sintomi depressivi nel disturbo distimico è di solito minore rispetto alla depressione unipolare e consente al paziente di mantenere ancora un funzionamento sociale seppur limitato e problematico, spesso con prestazioni scolastiche e lavorative scadenti che a volte sono la ragione per cui i pazienti si rivolgono al medico. Spesso quindi questo disturbo viene trascurato o diagnosticato tardivamente; i pazienti tendono a rivolgersi inizialmente al medico di medicina generale, il quale spesso incontra notevoli difficoltà a inviarli dallo psichiatra a causa dello stigma sociale tuttora presente. Non è da sottovalutare che il paziente con disturbo distimico, pur alla luce di quanto esposto rispetto alla minore gravità dei sintomi e all'assenza di vere e proprie fasi acute, può presentare un rischio suicidario e come tale può essere prevista la possibilità di ricovero in ambiente ospedaliero al fine di tutelarne l'incolumità.

LA DEPRESSIONE MASCHERATA

Si tratta di una espressione peculiare di depressione, sempre compresa nei disturbi dell'umore, che si manifesta principalmente con sintomi di tipo somatico. La diagnosi è spesso ardua in quanto

il paziente non si percepisce come depresso, essendo i sintomi depressivi sotto soglia, è convinto che il proprio malessere derivi unicamente da sintomi fisici. I più comuni sono l'insonnia e la stanchezza, poi sono presenti dolori alle gambe, senso di oppressione toracica, difficoltà digestive e dell'alvo, cefalea, dolori muscolari. A questi si aggiungono le difficoltà ad alzarsi dal letto, difficoltà di comunicazione, il rimuginare sulla sintomatologia e sulle possibili gravi cause, riduzione della vita sociale. Il paziente tipicamente esegue svariati accertamenti clinici che risultano negativi per patologie organiche e si sottopone a terapie antidolorifiche e sintomatiche che risultano per lo più inefficaci.

I pazienti che presentano una sintomatologia clinica dominante di tipo somatico, spesso vengono inquadrati all'interno dei disturbi somatoformi, e i sintomi depressivi vengono considerati accessori. Il più delle volte i trattamenti per i disturbi somatoformi non sono responsivi soprattutto quando il curante si focalizza su tali sintomi non considerando la possibilità di una sottostante depressione o lasciandola in secondo piano.

La diagnosi di depressione mascherata si avvale di alcuni indicatori:

- familiarità positiva per sintomatologia depressiva oppure disturbi somatoformi;
- tendenza alla somatizzazione in situazioni difficili o di stress;
- decorso episodico con remissioni stagionali e spontanee;
- sintomi depressivi presenti prima della manifestazione dei sintomi somatoformi;
- sentimenti di tipo depressivo in funzione della sintomatologia somatica;
- risposta positiva al trattamento con antidepressivi.

La depressione mascherata è a tutti gli effetti un disturbo dell'umore analogo alla depressione unipolare. Il trattamento non è mirato alla sintomatologia somatica ma prevede l'utilizzo di antidepressivi che agendo sul tono timico riducano in modo sostanziale tutti i sintomi somatici associati a questa patologia. Analogamente alla depressione maggiore l'assunzione dei farmaci va monitorata e mantenuta a lungo termine, essendo provato il rischio di recidive per sospensione precoce del trattamento con riesacerbazione dei sintomi somatici.

DEPRESSIONE ASSOCIATA AD ALTRE PATOLOGIE

Questa ultima sezione riguarda in modo particolare la popolazione più anziana dove spesso la comorbilità con gravi patologie può far insorgere in modo reattivo un quadro depressivo.

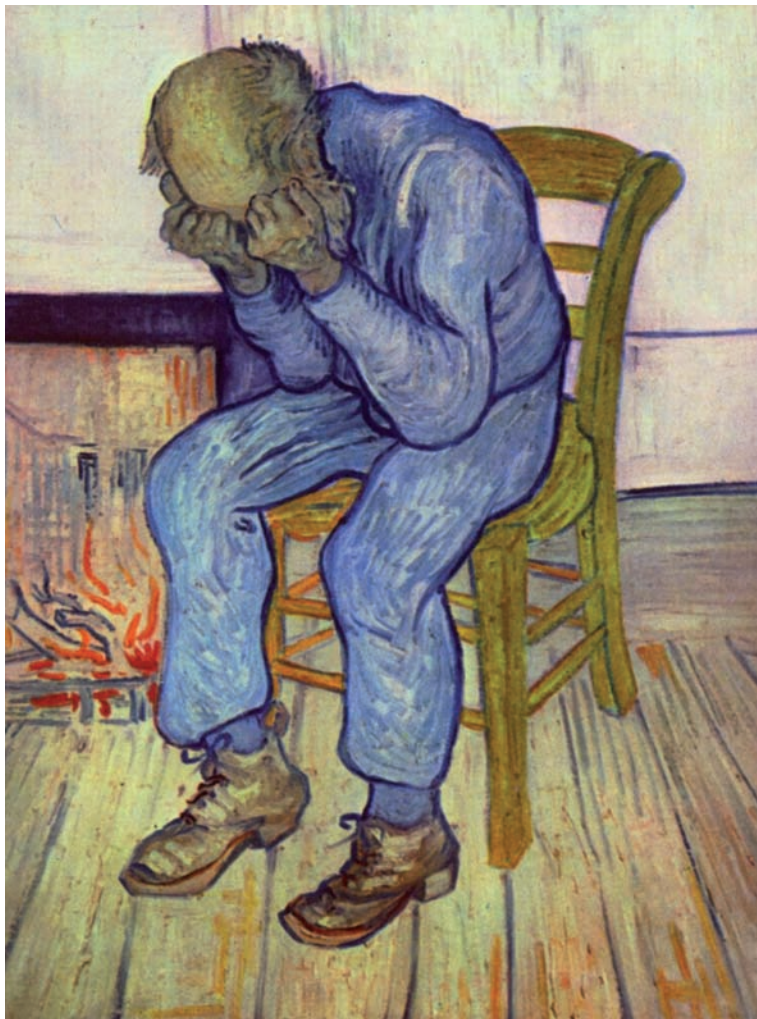
I sintomi più comuni come il calo del tono dell'umore e delle prestazioni cognitive, il rallentamento dei riflessi, la riduzione delle capacità di concentrazione, l'insonnia e il minor interesse nelle attività che di norma procuravano piacere, non devono essere sottovalutati e distinti da una semplice conseguenza della senilità. Spesso infatti questi sintomi possono rappresentare le manifestazioni iniziali di patologie neurologiche da trattare in modo specifico. Quelle più diffuse che frequentemente esordiscono o si associano secondariamente a sintomi depressivi sono:

- la malattia di Parkinson;
- il declino cognitivo lieve;
- la malattia di Alzheimer;
- le demenze senili in genere.

Alla base del legame tra patologia neurologica e disturbo dell'umore vi è un deficit di funzione in quelle aree cerebrali che controllano l'affettività, la memoria, la cognitività, il comportamento, il ritmo sonno-veglia, l'appetito e i movimenti muscolari. Questa sovrapposizione, pur complicando spesso la diagnosi iniziale, si rivela in seguito positiva all'atto del trattamento. Nel caso della malattia di Parkinson, ad esempio, è stato osservato che l'uso di antidepressivi in aggiunta alla terapia antiparkinson specifica, nei pazienti che presentano un calo del tono dell'umore, porta a un maggior benessere psico-emotivo unitamente a un miglioramento della funzionalità fisica generale.

In altri casi, la depressione può comparire come effetto della riduzione della qualità di vita determinata dalla presenza di una patologia caratterizzata da una prognosi incerta o infausta (patologie neoplastiche) oppure una malattia cronica invalidante o che in qualche misura limita il paziente nelle proprie attività quotidiane (come le malattie demielinizzanti, le gravi cardiopatie, la broncopneumopatia cronica ostruttiva). Anche in questi soggetti, riconoscere precocemente i sintomi depressivi e trattarli fin dall'esordio è fondamentale non solo per migliorare il tono dell'umore del paziente, ma affinché

sia sostenuta la motivazione e l'aderenza alle terapie necessarie per controllare la malattia organica di base. Va sottolineato che, in tali soggetti emotivamente fragili, la terapia antidepressiva dovrà essere valutata alla luce del fatto che assumono già terapie notevolmente articolate e quindi va posta particolare attenzione e cautela, partendo con i minimi dosaggi efficaci e optando per i composti antidepressivi meglio tollerati, caratterizzati da minori interazioni ed effetti collaterali.



La depressione nell'adolescente

L'EVOLUZIONE DELLA PERSONALITÀ

Per poter affrontare la questione generale della depressione in adolescenza occorre valutare in via preliminare che cosa si intende per *personalità in età evolutiva*. Un primo importante aspetto da tener presente riguarda la necessità di fare riferimento alla personalità in adolescenza come a un insieme relativamente stabile di modalità legate al funzionamento psichico del soggetto, in funzione della strutturazione dello stile di vita, delle relazioni e dei comportamenti, ma comunque in evoluzione. Gli adolescenti mostrano spesso cambiamenti rapidi e tumultuosi, appaiono incoerenti e in crisi nell'autopercepirsi e nel progettarsi. Risulta critico stabilire se taluni tratti riscontrati siano manifestazioni transitorie legate al tumultuoso passaggio dall'adolescenza all'età adulta o spie di una psicopatologia depressiva in atto o emergente. I ragazzi tra i 14 e i 19 anni attraversano fasi umorali alterne. Oscillano tra sentimenti di disistima, autosvalutazione, vergogna, colpa, delusione e intensa collera o agitazione. A volte trascorrono ore in relativo isolamento, seduti o sdraiati, come travolti dalla noia e dalla tristezza, in altri momenti risultano capaci di provare intense passioni. Tali comportamenti sono piuttosto consueti in questo periodo della vita ma possono mascherare, in alcuni casi, uno stato depressivo.

L'adolescente attraversa una situazione di profondo cambiamento, mentale e fisico, che comporta la presenza di sentimenti di disagio quali inadeguatezza, impotenza e insicurezza, di fronte ai quali sarebbe auspicabile una risposta immediata e adeguata. Le variazioni dell'umore dei ragazzi di età compresa tra i 13 e i 20 anni sono state molto spesso trascurate e attribuite al normale processo dell'adolescenza. Risulta di primaria importanza valutare l'entità e il livello delle manifestazioni di difficoltà esterne dal ragazzo per comprenderne natura ed estensione e delineare il rischio che incombe per la sua successiva maturazione. La percezione dell'andamento del processo di crescita e dei disagi in esso contenuti non è sempre oggettiva da parte degli adulti. Talora vengono etichettate come patologiche momentanee difficoltà nel controllo degli impulsi, specialmente l'aggressività, o insicurezze per lo più legate a una autostima non ancora ben consolidata.

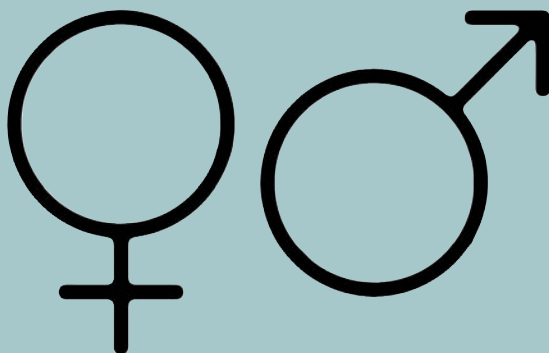
Di contro, può accadere che vengano sottostimati segni invece importanti, quali passività, isolamento, protratta dipendenza, che per un'efficace azione preventiva andrebbero colti precocemente. Accade quindi che vengano erroneamente trascurati comportamenti che invece hanno una rilevanza clinica.

Certamente occorre distinguere tra la presenza di un episodio depressivo maggiore, la cui prevalenza è stimata tra il 2% e l'8% (e aumenta con l'età), da un umore depressivo d'intensità variabile e riscontrabile in molti adolescenti, con una frequenza compresa tra il 28 e 44% della popolazione generale. Tra gli adolescenti che attraversano un vero e proprio episodio depressivo (depressione maggiore, distimia, disturbo bipolare) i due terzi non vengono adeguatamente curati, né farmacologicamente, né psicologicamente. Le conseguenze di tali episodi depressivi sono peraltro talvolta gravi. Essi sono all'origine di fallimenti scolastici, disturbi del carattere, condotte suicidarie e molto spesso comportamenti di dipendenza. Nel corso degli anni l'aumento progressivo di problematiche depressive nell'adolescente è diventato un problema di salute pubblica.

I RAGAZZI E LE RAGAZZE NON ESPRIMONO IL LORO DISAGIO NELLA STESSA MANIERA

I ragazzi tendono ad assumere comportamenti aggressivi o anomali, scaricando in tal modo la sofferenza e la tensione legate all'immagine negativa che hanno di loro stessi, mascherando il disagio con un'apparente insolenza o una reazione violenta, che ne costituiscono l'espressione manifesta.

Le ragazze esternano il più delle volte preoccupazione per il proprio corpo, per la forma fisica e il peso, lamentando dolori più o meno diffusi che inizialmente non preoccupano, ma la cui intensità e persistenza vanno valutati e osservati attentamente, in quanto spesso assumono il significato di una richiesta implicita.



LA DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE

I **sintomi** della depressione adolescenziale possono risultare simili a quelli presenti negli adulti, con alcune specificità. Un giovane depresso può risultare visibilmente triste, preoccupato, malinconico, irritabile. Perde solitamente interesse o piacere per le abituali attività e frequentemente attua un ritiro sociale. Presenta un pensiero negativo riguardante se stesso e il futuro, insieme a una bassa autostima. Il ragazzo può apparire confuso e in difficoltà nel prendere decisioni. Possono mancare in lui energia, motivazione e stimoli nell'affrontare i compiti comuni, si assiste frequentemente a un calo nel rendimento scolastico. Come per l'adulto spesso è presente una forte ansia, una sensazione che possa accadere qualcosa di ignoto e terribile. Talvolta sviluppa paure associate a specifiche situazioni, come andare a scuola o affrontare una specifica attività sportiva, improvvise fobie. Man mano che la malattia progredisce, emergono sentimenti di svalutazione e disperazione. Il ragazzo può giungere al pensiero di farsi del male o suicidarsi.



La depressione in adolescenza può frequentemente manifestarsi con **sintomi atipici** o **equivalenti depressivi**. Talvolta si riscontrano problemi di concentrazione, iperattività, irrequietezza, abuso di alcohol e droghe che peggiorano l'esito, possono esservi comportamenti spericolati, aggressività, sfida delle regole e dell'autorità, assenze ingiustificate da scuola, fughe, noia, tendenze masochistiche, condotte sessuali anarchiche.

La depressione nell'adolescente può esternarsi tramite disturbi psicosomatici, disturbi alimentari, desiderio incessabile di dormire, significativa astenia, insonnia, dolori cronici, cefalee e disturbi gastro-intestinali.

L'**origine** delle depressioni nell'adolescenza è da ricondursi a una serie di fattori. Alla base vi è una vulnerabilità neurobiologica, che si associa a elementi di vulnerabilità psicologica e sociale. Frequentemente si riscontrano situazioni familiari complicate (in cui sono presenti un lutto, una separazione o un divorzio, conflitti persistenti, un genitore a sua volta depresso), difficoltà esistenziali (quali una



delusione sentimentale, una malattia fisica, un insuccesso scolastico), esperienze ripetute di fallimento, esclusione da parte dei pari o discriminazione, qualunque tipo di abuso, malattie fisiche, eccessiva attesa di successo. Altro elemento importante è costituito dalla pressione sociale e culturale che induce il ragazzo a percepire il mondo come deludente, costrittivo, inquietante in rapporto all'avvenire.



I principali **fattori predisponenti** alla depressione in adolescenza sono: difficoltà nel processo di individuazione e separazione dalle figure genitoriali, presenza di rappresentazioni negative di sé e degli altri, trascuratezza materna, autocritica e senso di inadeguatezza, sentimenti di eccessiva dipendenza dagli altri. Occorre inoltre distinguere la depressione dall'angoscia, che consiste in paura di un pericolo imminente impreciso che si accompagna a reazioni neurovegetative. Diverso è anche il lutto, dolore naturale reattivo a una perdita.

È importante sottolineare il ruolo occupato dai genitori e dall'**ambiente familiare**. Nel caso di adolescenti francamente depressi, l'ambiente familiare è spesso considerato come una parte del contesto eziopatogenetico. Ovviamente la problematica appare differente a seconda del tipo di depressione.

L'evoluzione dell'adolescente depresso appare preoccupante sia per l'alto tasso di recidiva sia perchè talvolta, se non adeguatamente curata, evolve secondo una forma gravemente psicopatologica.

Il rischio di **suicidio** è da tenere in considerazione. La maggior parte dei ragazzi che tentano un comportamento anticonservativo ne parla solitamente in precedenza. Di fronte alle fantasie suicidarie di un adolescente, occorre assumere un atteggiamento di ascolto e allarme, rivolgendosi a un esperto per effettuare una più attenta valutazione (psichiatra, psicoterapeuta o medico di famiglia).

Occorre porre attenzione in particolare ad alcuni segni specifici, come modificazioni marcate della personalità o del comportamento, disturbi del sonno e dell'alimentazione, improvvise cadute scolastiche, parlare o fare riferimento alla morte o al suicidio e farsi del male, presenza di panico e ansia cronica, cessione di oggetti personali relativamente cari e ricchi di significato.

Molti giovani agiscono la loro decisione subito dopo una forte delusione, in seguito alla fine di una relazione, a un fallimento scolastico o sociale, un litigio con i genitori, uno scontro con l'autorità.

I clinici hanno evidenziato **tre tipologie** di adolescenti particolarmente sensibili al problema del suicidio:

- un primo gruppo appare composto in prevalenza da maschi che esprimono il loro disagio depressivo tramite comportamenti aggressivi, uso di droghe, sfida dell'autorità e atteggiamenti estremi e rischiosi. I ragazzi tendono in questo caso a negare qualsiasi sentimento depressivo e rifiutano ogni proposta di aiuto;
- una seconda tipologia appare generalmente costituita da ragazze che presentano i sintomi classici della depressione, con perdita di ogni speranza e tristezza vitale;
- il terzo gruppo è composto in prevalenza da maschi, perfezionisti che si impongono livelli di riuscita molto alti e appaiono ansiosi, isolati e socialmente ritirati.



Il riconoscimento e il trattamento tempestivo di una depressione adolescenziale (contattando un professionista medico di famiglia, psichiatra o psicoterapeuta, per confermare la diagnosi e strutturare l'intervento terapeutico) permette di realizzare un lavoro preventivo a fronte di eventuali ulteriori disturbi nell'adulto.

Occorre comunque sottolineare che l'età adolescenziale è un'epoca

di trasformazioni strutturali e pertanto non permette di formulare diagnosi e prognosi definitive in molte situazioni che appaiono patologiche se esaminate trasversalmente e non in una prospettiva longitudinale.



La depressione post-partum

La gravidanza e il puerperio (il periodo immediatamente successivo al parto) rappresentano per le donne alcuni dei momenti più delicati e fragili della loro esistenza. I cambiamenti a cui vanno incontro sono notevoli: innanzitutto sono colpite dall'evidente modificazione fisica, che mette a repentaglio la percezione della propria femminilità; sentono che la propria identità è in fase di trasformazione (da donne diventano anche mamme); la coppia dovrà adeguarsi ad accogliere un nuovo membro, trasformandosi in famiglia a tutti gli effetti, modificando abitudini e ritmi ormai consolidati. Questo periodo è quindi intriso di profondi movimenti interni ed emotivi, che porteranno a vivere ansie e timori, oltre a gioia e felicità. Non bisogna, infatti, dimenticare che l'arrivo di un bambino comporta inevitabilmente aspettative e desideri circa una nuova vita, ma anche dubbi e angosce circa la propria adeguatezza, i nuovi compiti e le nuove limitazioni. E ogni donna vive in modo diverso la propria gravidanza e maternità, plasmata dalle proprie esperienze, dal proprio contesto di vita e dalla cultura di appartenenza.

Per tutti questi motivi, che sono potenziali fattori di stress, può capitare che la donna non riesca ad adattarsi velocemente a tutte le sollecitazioni, arrivando a vivere uno stato di malessere psichico che può essere più o meno accentuato; in alcuni casi, nei giorni successivi al parto, la neomamma può subire una profonda deflessione dell'umore con scoppi di pianto immotivati. La sofferenza psicologica della donna nel puerperio può posizionarsi lungo un *continuum* che va dal *maternity blues* alla *psicosi puerperale*, a seconda della gravità, intensità e durata dei sintomi.

Il **maternity blues** o **baby blues** è un disturbo dell'umore di lieve entità che non ha conseguenze psicologiche a lungo termine, ma che tende a scomparire due settimane dopo il parto, con una remissione completa e spontanea. È caratterizzato da:

- tristezza;
- pianto facile;
- ansia;
- preoccupazione eccessiva;
- irritabilità;
- stanchezza;
- difficoltà di concentrazione;
- disturbi del sonno e dell'appetito.

La **depressione post-partum** o **post-natale** (PPD o PND) è un disturbo depressivo non psicotico, di lieve o moderata gravità, che inizia e si estende nel periodo post-partum e che presenta una sintomatologia sovrapponibile a quella di un quadro depressivo. Principalmente si possono ravvisare:

- umore depresso;
- pianto persistente;
- apatia;
- mancanza di energia;
- sensi di colpa e autorimproveri;
- forte ansia e irritabilità;
- senso di solitudine e disperazione;
- difficoltà di concentrazione e di memoria;
- disturbi del sonno e dell'appetito;
- disturbi della sfera sessuale.

La **nevrosi traumatica del post-partum** (PNPTSD) è un disturbo psicologico conseguente alla percezione del parto come traumatico. È caratterizzato da:

- *flashback*, ovvero persistenti riattualizzazioni del parto (evento traumatico);
- irritabilità;
- ipervigilanza;
- disturbi del sonno;
- disturbi della memoria;
- difficoltà di concentrazione;
- evitamento di tutto ciò che ha a che fare con l'evento traumatico.

Se non curato, la situazione può peggiorare, aggiungendo:

- disturbi della sfera sessuale;
- compromissione della relazione di coppia;
- evitamento di cure mediche;
- tocofobia (paura di eventuali parti futuri);
- depressione;
- disturbi nella relazione con il bambino.

La **psicosi puerperale** è un disturbo psicologico grave, ma molto poco frequente. I sintomi sono:

- forte apatia e anedonia (incapacità di interessarsi e di ricercare situazioni piacevoli);
- perdita di contatto con la realtà;

- disturbi della memoria e del pensiero;
- presenza di deliri e allucinazioni;
- comportamenti anomali.

Può insorgere molto rapidamente, entro pochi giorni dal parto, o concludersi entro i primi 2 mesi. Richiede necessariamente attenzioni e cure psichiatriche per il suo trattamento.

Anche i sistemi di classificazione diagnostica DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dell'American Psychiatric Association) e ICD-10 (*International Classification for Disease* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) riconoscono e classificano scientificamente questo tipo di sofferenza.

La **sintomatologia** della depressione post-partum è sostanzialmente sovrapponibile a quella della depressione maggiore, in quanto si tratta fondamentalmente della stessa entità nosologica, con la peculiarità che, in questo caso, si riconosce il parto come evento scatenante.

Per la **diagnosi** di depressione post-partum, i sintomi possono comparire anche a distanza di un mese o più dalla nascita del bambino, essere di intensità tale da interferire con le attività quotidiane e non essere legati a fattori esterni quali eventi traumatici come un lutto, assunzione di alcool, droghe o farmaci, oppure patologie concomitanti.

La **terapia farmacologica** è anch'essa sovrapponibile a quella della depressione unipolare, affiancata da interventi di supporto psicologico. Qualora la madre stia allattando al seno occorre particolare attenzione nella scelta dell'antidepressivo e della terapia ansiolitica. Al momento Paroxetina e Sertralina appaiono le molecole più sicure visto il basso indice latte/plasma che dà un'indicazione di quanto farmaco passa effettivamente nel latte.

I **fattori di rischio** possono riguardare l'ambiente (basso status socio-economico, il contesto socio-culturale), fattori biologici individuali, lo scarso sostegno sociale, le difficoltà nel rapporto di coppia, fattori psicologici quali la propria storia di vita o una particolare vulnerabilità all'ansia e alla depressione, nonché l'eventuale difficile temperamento del bambino.

I **fattori di protezione** sono invece il supporto percepito da parenti e amici, una positiva relazione di coppia, la presenza di supporto emotivo e la reale possibilità di poter accedere a supporti strumentali.

In ogni caso è fondamentale una precoce identificazione del disturbo e un tempestivo ricorso a idonee cure (mediche, psichiatriche, psicologiche, psicoterapeutiche ecc.).

Vi sono alcuni fattori predisponenti da considerare al fine di porre una diagnosi precoce:

- aver sofferto di disturbi dell'umore in precedenza (in particolare almeno un episodio di depressione unipolare);
- comparsa di disturbi psichici durante la gravidanza;
- profilo di personalità depressiva;
- insorgenza di *maternity blues* in occasione di gravidanze precedenti;
- soffrire di sindrome premestruale intensa;
- intraprendere la gravidanza in giovane età o in età avanzata.

PER NON RINUNCIARE ALLA GRAVIDANZA

Se una donna soffre di disturbi depressivi non deve rinunciare alla gravidanza, ma deve essere consapevole che il periodo successivo potrà essere particolarmente critico.

Per prevenire disagi eccessivi, dovrà segnalare la sua intenzione di avere un figlio, oltre che al medico di medicina generale e al ginecologo, anche allo psichiatra che la segue per il disturbo depressivo di base e programmare con lui una terapia adeguata.



Tutti i disturbi sopra citati sono trattabili, essendo però determinante il ricorso a mezzi e sostegni adeguati. I rischi nel caso contrario riguardano la sfera del benessere dell'individuo interessato (la madre), della coppia genitoriale e del neonato. È ormai risaputo infatti quanto sia necessario per un corretto sviluppo del bambino, sia a livello cognitivo, che affettivo, comportamentale e sociale, il benessere fisico e psichico dei genitori, oltre a una "sufficientemente buona" funzione materna e paterna.

È doveroso sottolineare, a questo proposito, come sia importante che la donna divenuta madre si occupi della propria salute fisica e mentale, mantenendo anche degli spazi personali da dedicare a se stessa. Può capitare, infatti, che nel concetto comune di "buona mamma" non rientri la possibilità che questa possa ritagliarsi dei momenti per dedicarsi alla cura della propria persona, continuare a coltivare hobby e passioni, frequentare amicizie o coltivare momenti di intimità con il proprio partner. È invece importante che la neomamma continui a fare ciò che era abituata a fare prima, anche se magari dovrà modificare ritmi e frequenze per adeguarli alle nuove necessità, perché una mamma soddisfatta e appagata sarà più probabilmente una migliore mamma di colei che invece percepirà di dover frustrare i propri desideri e le aspettative.

COSA SUCCEDDE AL PAPÀ?

Non dimentichiamo però che il rapporto con la gravidanza e il puerperio può avere effetti notevoli anche sull'uomo, che potrà per esempio veder insorgere episodi di depressione minore, magari legati all'ansia provocata da un'eccessiva preoccupazione per il nuovo ruolo, che potrebbe non sentirsi adeguato a ricoprire. Del resto anche per l'uomo la nascita di un figlio è un'esperienza particolarmente coinvolgente; già durante la gravidanza della sua compagna, egli vive un eccezionale momento esperienziale, che lo mette poco alla volta in contatto



con il contesto madre-nascituro prima e con il bambino poi. Deve imparare a conoscere e ad adattarsi a una nuova realtà e spesso fatica a trovare la nuova collocazione all'interno della famiglia, sconcertato anche dai cambiamenti, non solo fisici, della moglie e di tutti i familiari, i cui interessi e attenzioni sembrano aver preso un'unica direzione.

È da tempo, infatti, riconosciuta dai clinici la **sindrome della couvade**, un insieme di sintomi che colpiscono l'uomo futuro-papà o neo-papà. Questi consistono in manifestazioni psicosomatiche tipiche della gravidanza (ansia, nausea, dolori al ventre), in un complesso di sintomi fisici e psichici (mal di testa, mal di schiena, disturbi gastrointestinali, aumento di peso, insonnia, agitazione, nervosismo) e messa in atto di comportamenti tipicamente femminili, tipici del momento, come ad esempio l'adozione degli stessi regimi alimentari della partner. Si ritiene dunque che sia utile e necessario prevedere "spazi di recupero" e sostegno anche per i padri, che possono avvertire un certo disorientamento che può portare a manifestazioni depressive. Per completezza di informazione (e anche un po' per curiosità) la *sindrome della couvade* prende le origini dal "rito della couvade", un'usanza antica e molto particolare, presente nel folklore di alcune popolazioni, tra cui Caraibi, alcune isole del Pacifico, Giappone e Sud-America. Durante il rito, il marito della partoriente, chiuso in una capanna, finge le doglie e riceve le stesse attenzioni e cure della puerpera, dall'alimentazione, al riposo, alle visite ricevute. Una volta nato il bambino, la donna riprende subito le sue normali attività, mentre l'uomo continua la sua convalescenza.

COME AFFRONTARE IL POST-PARTUM

Come quindi appare chiaro, il post-partum è un momento particolarmente delicato, in cui gli uomini, ma soprattutto le donne, possono vivere momenti di fragilità e di difficoltà. Non bisogna però drammatizzare o estremizzare i vissuti: quasi il 50% delle mamme provano nei giorni immediatamente seguenti il parto uno stato di esaurimento psico-fisico, di irritabilità e di tristezza. Questo non è un disturbo vero e proprio, ma il *maternity blues* o *baby blues*, una reazione quasi fisiologica al parto che, nella maggioranza dei casi, non necessita di alcun trattamento, se non di sostegno fisico e psichico, anche solo da parte dei familiari.

La possibilità di incorrere nelle declinazioni più gravi del *disturbo dell'umore* diventa sempre meno frequente più ci si avvicina alle versioni decisamente patologiche, sino ad arrivare alla *psicosi puerperale*. Ciò che sicuramente è utile e auspicabile nel caso di una gravidanza e una nascita, è che coloro che vivono accanto alle neo-mamme (sia i partner che i familiari) non siano sordi e ciechi a certi segnali e/o sintomi. Non voler affrontare o, peggio, negare che la donna in questione stia attraversando la nuova esperienza in modo non sereno e tranquillo, ma piuttosto angosciata e depressa, non solo non aiuta e "non fa magicamente sparire" il problema, ma anzi potrebbe far peggiorare la situazione, incistando il disagio e acuendo i sintomi. L'invito è dunque ad affrontare serenamente il lieto evento, senza farsi condizionare dall'esterno, ponendo comunque la giusta attenzione a certi segnali e concedendo a sé e agli altri di poter chiedere aiuto, senza per questo sentirsi in imbarazzo.



NON LASCIARSI CONDIZIONARE DALL'ENFASI DELLA CRONACA

Spesso i clinici che si occupano della maternità incontrano delle future mamme preoccupate, se non terrorizzate, di ciò che potrà succedere a sé e ai loro figli, se affette dalla *depressione post-partum*, convinte che questa sia una condizione frequente e avendo ben presenti certi accadimenti (infanticidi, suicidi ecc.). Ben sappiamo però quanto ciò non corrisponda alla realtà, ma sia frutto di comunicazioni mediatiche che cercano di esaltare certi episodi "per far notizia".



La depressione nell'anziano

La vecchiaia non è sinonimo di progressiva morte - decadimento psichico relazionale e fisico, ma contiene in se stessa una grande vitalità. Non è affatto vero che una quota di depressione in vecchiaia sia da attendersi o da considerarsi quasi fisiologica. L'anziano non è un depresso per età ma lo può diventare per malattia.

I più importanti **fattori di rischio** per l'insorgenza di un disturbo depressivo in età avanzata sono: la presenza di malattie fisiche concomitanti, una storia di depressioni pregresse, contemporanee cure farmacologiche, un contesto socio-ambientale sfavorevole quale istituzionalizzazione o perdita del supporto sociale, i determinanti biologici quali alterazioni dei neurotrasmettitori a livello del sistema nervoso centrale.

Spesso l'anziano teme di esporsi al pubblico e all'eventuale stigmatizzazione, quindi tende a subire a lungo la propria sofferenza psicologica, prima di rivolgersi allo specialista, solitamente il medico di base. Talvolta sono i familiari che richiedono aiuto in sua vece.

QUANDO È SOLTANTO SOLITUDINE

La depressione è una malattia specifica e va distinta dalla sensazione di solitudine, dal lutto, dalla tristezza o dalla degenerazione che avviene nel normale processo di invecchiamento.

La depressione è un disturbo che provoca un'intensa sofferenza morale e fisica, non è una condizione immaginaria o dovuta a debolezza, non è un'ineluttabile e normale espressione del processo di invecchiamento, non è modificabile, né può essere risolta attraverso uno sforzo di volontà. Va riconosciuta, compresa e curata, non sottovalutata.

La solitudine, invece, è da intendersi quale malattia della società, da legare spesso a una visione della vita basata su una sola dimensione che, ad esempio, non riconosce il senso dell'uomo oltre il lavoro e spesso considera l'anziano inutile e privo di scopi dal momento in cui non è più produttivo. È importante distinguere la depressione dalle pseudo depressioni, tra le quali si annoverano appunto la solitudine e l'insieme delle dimenticanze della società che possono far sentire l'individuo in età avanzata abbandonato, dimenticato, ed erroneamente attribuirgli una falsa depressione.

Le principali forme di depressione nell'anziano sono: **depressione maggiore, disturbo distimico, disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale, disturbo dell'umore indotto da sostanze.**

Tendenzialmente la depressione nell'anziano si manifesta attraverso:

- **sintomi vegetativi:** disturbi del sonno, stipsi, perdita dell'appetito, perdita della libido, astenia, disturbi fisici, dolori;
- **sintomi cognitivi:** visione negativa del mondo, di se stessi e del futuro (triade di Beck), senso di colpa, auto denigrazione, sentimenti di impotenza e disperazione, anedonia;
- **sintomi tipicamente depressivi:** calo del tono dell'umore, ritiro, perdita del piacere per le attività abituali, riduzione degli interessi, tristezza;
- **sintomi di pseudo demenza:** depressione mascherata in cui la sintomatologia lamentata è prevalentemente somatica ma può presentare variazione circadiana.



Sono inoltre presenti tratti di aggressività, irritabilità, perdita del controllo, ansia, convinzioni immotivate di essere osteggiati ingiustamente o danneggiati da altri.

Nella depressione vi è una difficoltà a rievocare i ricordi, non una vera perdita di questi, a differenza di quanto avviene nell'invecchiamento cerebrale precoce, in cui le memorie antiche sono ben conservate e rievocate correttamente, mentre i ricordi recenti risultano irrimediabilmente perduti.



Particolarmente significativi appaiono i **mutamenti repentini**. Occorre quindi fare attenzione nel caso si rilevassero un cambiamento rapido di comportamento con passaggio da una vita attiva a un ritiro in sé stessi, un umore improvvisamente depresso e una tendenza al mutismo (talvolta rotta se il soggetto viene adeguatamente stimolato), associati a un adeguato mantenimento delle capacità mentali, un generale e forte distacco emotivo come se i sentimenti fossero ingessati o raffreddati, un disinteresse nei confronti della vita, un'attenzione verso la morte anche se sotto l'apparenza di una percezione non drammatica ma razionale, una perdita di interesse anche per la propria persona fino a un abbandono, generali disturbi del sonno.

L'anziano **manifesta** il proprio stato depressivo alle persone che lo circondano secondo differenti modalità. Appare inquieto, stizzoso, provocatorio, è disposto a criticare più che a parlare serenamente, è autoritario più che in passato,

giudica negativamente gli altri. Talvolta si chiude in una tristezza e un isolamento carichi di tensione e rancore verso il mondo. Lamenta continui malesseri fisici che richiedono continue visite di controllo.

In genere l'anziano depresso mantiene nel rapporto con i bambini la dignità che ha perso nei rapporti con gli adulti. Occorre pertanto valutare adeguatamente la validità di questo canale privilegiato.

Fra bambini e nonni vi è spesso un rapporto di reciproco aiuto.

IL TIMORE DELLA PERDITA E DEI CAMBIAMENTI

Nella terza età si ha spesso la paura di perdere il supporto sociale, l'aiuto concreto ed emotivo in cui gli altri e la società si occupa di chi è anziano. Chi può contare su alcune sicurezze fondamentali quali l'abitazione, la pensione a fine mese, la possibilità di contatto con la gente, con vicini di casa e amici, ha un valido medico di riferimento, il supporto dei servizi sociali, risulta più protetto da un punto di vista fisico e psicologico.

L'anziano deve far fronte a numerosi e differenti vissuti di perdita, che possono confluire in una difficoltà a mantenere viva la progettualità in quanto il futuro può essere percepito negativamente.

Nella terza età prevale il concetto di perdita della propria indipendenza, delle prospettive, delle abilità motorie e cognitive, dei ruoli prevalentemente occupati, vi è un aumento progressivo della tendenza all'introspezione, un ritiro dalle attività sociali, un aumento della noia.

L'anziano può vivere con la paura che ogni giorno gli venga a mancare qualcosa di diverso e affronta con estrema preoccupazione la progressiva degenerazione delle proprie attitudini e facoltà mentali, temendo di non riuscire più a far fronte alle basilari necessità e ai compiti quotidiani. Questo non avviene ad esempio nel caso vi sia una demenza, dove il soggetto tende a fare confusione, a non distinguere le situazioni e a non percepirne la gravità in modo congruo.

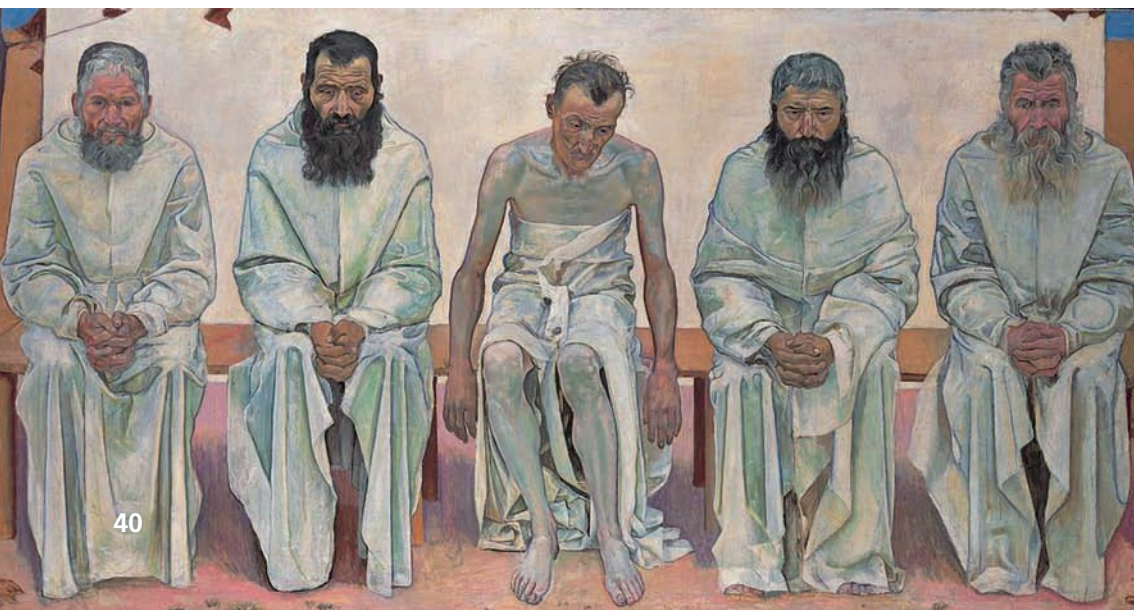
L'anziano tende a patire i cambiamenti quali il **trasferimento di casa** o peggio in casa di riposo, caso quest'ultimo che costituisce un drammatico strappo dalla propria famiglia (dalla quale si sente emarginato e abbandonato) e dalla propria abitazione.

La situazione risulta anche complicata nel caso in cui l'anziano si trovi ad affrontare la **morte del partner**. Quando il compagno di una vita muore, all'altro viene a mancare una parte equilibratrice di se stesso, ed è noto che la perdita del coniuge espone a un reale pericolo di vita nei mesi successivi. Chi rimane solo avrà bisogno non tanto di aiuto e protezione, quanto di percepirsi utile nei confronti di chi gli sta vicino, di pensare che gli altri hanno bisogno di lui per poter sentire su di sé la richiesta di amore dei familiari e quindi spostare su di loro quell'affetto che non può più offrire al compagno deceduto.

Ulteriori eventi che possono favorire l'insorgere della depressione sono la **perdita del lavoro** e il **pensionamento**, scelto o forzato. La perdita di ruolo, delle attribuzioni e delle aspettative a esso connesse, la rottura degli equilibri precedentemente formati, la sensazione di non essere più utili e produttivi, possono determinare una perdita di senso della propria vita e del proprio valore ed essere fattori predisponenti allo stato depressivo.

La perdita del lavoro determina un peggioramento della propria condizione di salute e aumenta la probabilità di ammalarsi. Ritrovarsi senza un'occupazione a causa della chiusura dell'azienda, di un licenziamento, o anche per un abbandono spontaneo, provoca un maggior rischio di incidenza di diversi disturbi quali diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e disagi psichici. Perdere l'impiego comporta, oltre al danno finanziario, la privazione di un proprio status sociale che contribuisce al mantenimento di una buona salute mentale. In tale situazione le persone provano sentimenti simili a quelli del lutto per la scomparsa di una persona amata o alla rottura di un rapporto importante per la propria vita.

Come per il lutto si attraversano alcune fasi tipiche: shock iniziale con relativa inconsapevolezza di quanto accaduto, rabbia per l'impossibilità di cambiare la situazione, unita a un senso di impotenza e frustrazione. In seguito emerge la vergogna, associata a un senso di inefficacia e alla paura di deludere i propri cari.



L'autostima si abbassa notevolmente e la depressione può diventare l'espressione della constatazione della perdita. Accettare l'accaduto è la fase finale del processo ma non tutti riescono a uscirne con facilità. Se si riscontrano significative difficoltà è utile rivolgersi a un professionista per superare l'angoscia della perdita, la destabilizzazione legata al cambiamento di identità, il senso di fallimento per non essere riusciti a mantenere il ruolo acquisito, quindi giungere ad accettare quanto avvenuto e ricostruire se stessi. Perdere il lavoro può essere infatti un'opportunità per cambiare, per realizzare intimi desideri in passato accantonati, scoprendo risorse inesplorate.

È importante comprendere la complessità della situazione e aiutare il soggetto a ricollocarsi almeno mentalmente costruendo differenti ruoli, favorendo strutturazioni alternative, scoprendo nuovi obiettivi e significati del proprio vivere, modificando o rinforzando elementi già esistenti.

È sconsigliabile che un anziano depresso viva da solo, in quanto la depressione tende a porre in rilievo proprio il tema della solitudine e la malattia stessa tende ad amplificare la sensazione di essere abbandonato e lasciato solo.

Se la condizione depressiva è di lieve entità, risulta importante che le persone a cui l'anziano è legato gli facciano visita quotidianamente e facciano sentire la loro presenza anche con telefonate frequenti.



Un discorso a parte merita il tema del **suicidio** nell'anziano. Il tasso di suicidio in questa popolazione risulta maggiore rispetto ai giovani depressi, più elevato negli uomini e spesso preceduto da una consultazione del proprio medico nel mese o nella settimana precedente. Il tasso di riuscita è elevato, contrariamente a quanto avviene nei soggetti più giovani e il gesto viene spesso commesso al mattino.

CURA E PREVENZIONE

La depressione può essere curata, indipendentemente dall'età, anche nell'anziano il compito può risultare più ostico per la frequente presenza di malattie somatiche e di eventuali condizioni di salute precarie. La terapia, se svolta con attenzione e scrupolo, può raggiungere ottimi risultati.

Il trattamento della depressione nell'anziani può comprendere interventi di tipo farmacologico, attraverso la somministrazione di alcuni antidepressivi e sedativi (ansiolitici, ipnotici non barbiturici), psicoterapico (psicoterapia psicodinamica, cognitiva, sistemica familiare) individuale e di gruppo, psicosociale.

Il ricovero sarebbe preferibilmente da evitare, poiché l'anziano tende a vivere male i cambiamenti. Diverso è il caso in cui si riscontri un elevato rischio di suicidio, quando il soggetto si opponga alle cure e rifiuti di alimentarsi e prendersi cura di sé, o quando risulti impossibile offrirgli assistenza adeguata.



Gli anziani che riescono a trovare interessi, impegnarsi in attività fisiche, mentali e sociali gratificanti, saranno molto più difesi nei confronti dei problemi dell'invecchiamento e dal pericolo di squilibri emotivi.

A livello preventivo è importante aiutare l'anziano a meditare su se stesso, rivedere il modo di essere nel mondo e ad avventurarsi nella terza età con uno spirito e degli obiettivi differenti, più adatti a ciò che tale momento della vita può offrire.



Stare vicino a chi è depresso

Un aspetto che non sempre viene preso in considerazione è che intorno a una persona affetta da depressione ne vivono altre che, il più delle volte, si trovano in difficoltà nello stargli accanto.

Parliamo nello specifico dei familiari e di coloro che gli vogliono bene. E se consideriamo che dagli ultimi studi sembra pensabile che entro il 2020 la depressione sarà la seconda malattia più diffusa al mondo, capiamo che stiamo parlando di davvero tante persone.

La depressione è una malattia dolorosa e frustrante, ma non solo per chi ne è il protagonista principale, ma anche per chi gli sta attorno: i vissuti vanno dall'impossibilità di essere di aiuto, alla rabbia per certi atteggiamenti, sino ad arrivare a una profonda tristezza per lo stato d'animo della persona amata. Ciò che "fa male" sono i suoi comportamenti, il suo modo di vedere e percepire la realtà, la sua arrendevolezza. Il depresso fa fatica anche a relazionarsi con gli altri: assume un atteggiamento di chiusura; diminuisce la propria comunicazione, sia verbale, sia emotiva; risulta persino indifferente alle sofferenze altrui. Appare chiuso in un suo mondo nel quale è difficile entrare, sembra volersi isolare e allontanare dagli altri e non pare più in grado di analizzare razionalmente la realtà. Il commento abbastanza frequente dei parenti è: "Non è più lui/lei, non lo/la riconosco più", un'affermazione che è carica del senso di impotenza provato da chi vede il proprio caro "cambiato, trasformato", non più corrispondente cioè a quella persona con la quale è abituato a confrontarsi e rapportarsi.

Come abbiamo visto precedentemente, l'individuo che è in preda a un disturbo dell'umore non riesce a individuare e vivere momenti di serenità, mettendo tra sé e la vita una sorta di cortina di negatività che non gli permette neanche di lasciarsi aiutare o guidare da chi desidera invece riportarlo alla vita sociale. Questo atteggiamento è stato da alcuni autori definito "*helplessness*", che potremmo tradurre con "inaiutabilità", indicando cioè quella particolare condizione interna in base alla quale il malato si sente male, ma non sa come esprimerlo, si sente solo, ma non ha voglia di cercare nessuno, ma soprattutto non riesce a identificare nulla e nessuno contro cui scagliarsi e arrabbiarsi, percependo questa condizione come interna e non sapendo come chiedere aiuto e cosa chiedere. Riconoscere la depressione nei nostri cari non è quindi cosa facile; potremo notare sintomi fisici, psichici e relazionali, che ci faranno porre degli interrogativi, da rivolgere ai medici e/o agli specialisti.

COSA NON FARE

Ciò che bisogna fuggire è la tentazione di **negare la situazione**, perché spaventati o inesperti. Come già accennato, talora certi episodi depressivi sono peggiorati in quanto a sintomatologia, durata e intensità, proprio perché non affrontati nel tempo e modi adeguati, portando così la cura e la remissione della patologia a tempi e modalità più complessi.

Parimenti da evitare sono quei comportamenti legati ai **luoghi comuni popolari**, che considerano la depressione come mancanza di volontà e debolezza, spronando per contro a “reagire”. Frasi tipiche di questi pensieri sono: “Fatti forza”, “Su, devi reagire”, “Non è niente ...”. In questo modo il paziente avrà la netta impressione che gli altri non lo capiscano a fondo, e non riescano neanche minimamente a immaginarsi i suoi reali stati d'animo. Dopo aver provato profondi sentimenti di inadeguatezza e di incapacità a fronteggiare le esperienze di vita, coglierà l'impossibilità da parte degli altri di potergli essere di aiuto, sprofondando ancor più nel baratro della sua disperazione e solitudine.

Questi pensieri possono essere acuiti dai condizionamenti agiti dalla società moderna, che porta a ritenere desiderabili e indispensabili concetti quali il benessere costante e spensierato, l'assenza di problemi, la massima efficienza e la felicità a tutti i costi. In quest'ottica il malumore, il malessere e un certo ripiegamento in se stessi non sono assolutamente accettabili e quindi vengono fuggiti, anche tramite la negazione. Il sentimento che ne consegue è di vergogna verso il proprio stato d'animo, portando così le persone che soffrono di depressione a nascondere la propria condizione, che sarebbe secondo loro indice per il resto della comunità di inefficienza, non adeguatezza sociale, se non addirittura di malattia mentale.

In altri casi ci può essere la tendenza a **fare da soli**, risolvendo in famiglia la questione: si ricorre così a informazioni generiche reperite da parenti, amici o su internet, si traggono conclusioni generali e aspecifiche o, peggio, si assumono farmaci in base all'efficacia testata da altri o alle informazioni riportate sui foglietti illustrativi. Ma l'errata od omessa diagnosi può favorire il cronicizzarsi della malattia, interferendo in modo grave sulla qualità della vita.

I CORRETTI ATTEGGIAMENTI DI AIUTO

Ciò che invece è utile è, paradossalmente, non voler risolvere i problemi al depresso, dando soluzioni confezionate da noi, quindi non necessariamente adeguate al suo modo di essere e sentire, né cercare di suggerirgli analisi concrete della realtà che in quel momento non è in grado di cogliere e quindi far sue. È utile aver ben presente che il familiare sofferente ha una sua individualità e specificità e che sarebbe un errore attribuire universalmente pensieri e valutazioni secondo l'età, le fasi della vita o le circostanze.

L'atteggiamento più idoneo è usare l'**empatia**, quell'atteggiamento secondo cui si ascolta l'altro, la sua sofferenza e i suoi stati d'animo, cercando di mettersi al suo posto e immaginando su di noi i suoi vissuti interni. La famiglia può cioè, smettendo di rendersi protagonista in positivo o negativo della guarigione, assumere quella posizione di ascolto e di supporto, senza voler a tutti i costi guidare i passi del depresso, ma comprendendo e condividendo con lui la difficoltà e la sofferenza che pervade la vita di tutti i giorni.



Alla persona che soffre di depressione sarà di supporto percepire che gli altri riescono a **stargli vicino**, rispettando i suoi tempi e le sue esigenze, senza chiedergli di essere diverso da come è in quel momento (anche perché non ne ha le potenzialità). Chi gli sta accanto dovrà riuscire a tollerare la poca disponibilità alla comunicazione, il senso di colpa, l'ipercritica e la tendenza a pensieri circolari, volti cioè a domande alle quali non riuscirà a dare risposte, ma che anzi accentueranno il senso di depressione. Nonostante si potrà percepire una certa insofferenza verso quegli atteggiamenti sconsolati e senza speranza, verso i quali verrà la tentazione di protestare, anche in modo forte, meglio riuscire a porsi in quella posizione di silenzioso supporto e calda comprensione, avendo comunque ben presente che non si potrà in alcun modo essere artefici o condizionare la guarigione, ma che si potrà solo essere dei buoni compagni di viaggio.

In ultimo, ma assolutamente prioritario, l'aiuto migliore che si può offrire alle persone depresse è il motivarle e aiutarle a **far ricorso a medici e specialisti**, i quali, formati ad hoc, potranno somministrare farmaci e indirizzare alla terapia nel modo migliore per il caso che si presenta. In caso contrario, oltre all'incistamento del disturbo, che vedrà una remissione più lenta e complicata, si potrebbero verificare delle complicazioni quali abuso di alcol o di sostanze, per arrivare a un peggioramento del quadro clinico sino al versante psicotico.



Why Mylan? See Inside.

Da 50 anni ci occupiamo di salute, ma un nostro punto di forza non è mai cambiato: cercare sempre di fare ciò che è giusto. Trasformiamo le parole in fatti, producendo farmaci equivalenti di elevata qualità a costi sostenibili e collaborando con il tuo farmacista per consentirgli di fornirti le informazioni di cui hai bisogno.

See Inside.



Acquisisci il codice o visita
www.SeeInsideMylan.it
per saperne di più.

 **Mylan**

Seeing
is believing