

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

1

Le alterazioni del tono emotivo-affettivo vanno assumendo una priorità crescente come causa di disagio nell'età giovanile. La loro conoscenza permette di mettere in atto interventi di prevenzione e cura tempestivi, evitando o quanto meno riducendo, la strutturazione di personalità borderline e/o con disturbi del tono dell'umore, in particolare di tipo bipolare.

È utile per i discenti che i docenti si pongano gli obiettivi di seguito delineati.

1. Ampliare la dimensione conoscitiva della mente e rafforzare la capacità decisionale.
2. Comprendere la richiesta di salute psicologica espressa come bisogno.
3. Saper ascoltare e comprendere, sviluppando la capacità di ascolto e la componente empatica.
4. Saper rispondere, accettando e sostenendo (contenere e non sostituirsi).
5. Rafforzare l'autostima, l'efficacia emozionale e il saper pensare.
6. Favorire l'accettarsi e apprezzarsi per come si è.
7. Promuovere l'accettare e apprezzare l'altro per come è, anche nei suoi bisogni speciali.
8. Prendere consapevolezza che la disabilità è una restrizione per la partecipazione alla vita sociale che un soggetto vive quotidianamente e sperimenta nelle varie situazioni di vita.

9. Imparare ad essere disponibili e partecipativi.

10. Prendere piena consapevolezza che si sta cooperando e partecipando a costruire qualcosa e che il proprio contributo è significativo.

Che cosa si intende per disturbi dell'affettività

Il bisogno psicologico di essere ascoltati, accolti e compresi (che rientra nel bisogno primario di sicurezza e protezione, in quello di appartenenza e di stima) accompagna le persone durante tutto il percorso di crescita e sviluppo psicofisico. Questo bisogno si manifesta e si evidenzia, in modo particolare, nei disturbi dell'affettività e specificamente in quelli depressivi.

Per disturbo dell'affettività si intende tutto l'insieme sindromico dei disturbi che comportano un'alterazione del tono emotivo¹-affettivo e del comportamento.

I disturbi affettivi, nei quali si inseriscono i disturbi d'ansia e depressivi, hanno una prevalenza² media nella popolazione del 2,5%. Il tasso di incidenza³ del disturbo depressivo è maggiore nelle donne, si presenta in età adolescenziale e con massima espressione nella fascia di età compresa tra 30 e 49 anni (da *Studi epidemiologici*, Dubini e Faravelli).

I disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia rappresentano la quota maggiore di richieste che per-

vengono ai medici di Medicina generale e alle ASL.

Si ritiene che la prevalenza annua dei disturbi d'ansia sia l'8% degli utenti assistiti dai medici di Medicina generale. Il peso della disabilità indotta dai disturbi d'ansia è inferiore soltanto a quello della depressione e quattro volte superiore a quello della schizofrenia, a causa della loro maggiore diffusione nella popolazione.

Il sintomo che caratterizza i disturbi d'ansia è l'ansia, un'esperienza comune del tipo reazione acuta di allarme, quando l'ansia diviene invasiva la chiamiamo angoscia. Il sintomo ansia quindi caratterizza la categoria.

Nella pratica medica si utilizzano dei sistemi di classificazione dei disturbi di interesse psichiatrico.

Si adopera il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, DSM-IV-TR⁴ (American Psychiatric Association, 2000) o la *Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*, ICD-10 (World Health Organization, 1992).

Questi strumenti sono organizzati in modo descrittivo e non riescono a render conto in modo esaustivo delle determinazioni o implicazioni di carattere relazionale. Fa eccezione la classificazione 0-3 anni, proposta dal *National Center for Clinical Infant Programs* di Washington (1994), nella quale è presente un asse specificamente centrato sulla valutazione della relazione genitore-bambino.

1. Per tono emotivo-relazionale intendiamo il colorito di base, di fondo, di un essere umano che caratterizza lo stato d'animo abituale sia con se stesso sia nella relazione con gli altri. Umore: disposizione di fondo verso un certo stato d'animo (allegria, tristezza, depressione), caratteristica costante della personalità; indole, temperamento, carattere.

2. Per prevalenza si intende il rapporto tra numero di eventi sanitari registrati in una popolazione in un momento specifico (o in un breve lasso temporale) e numero di individui della popolazione osservati durante lo stesso periodo.

3. L'incidenza è una misura matematica di frequenza, utilizzata negli studi epidemiologici, che misura il numero di nuovi casi di una data malattia in un determinato periodo (un mese, un anno).

4. Si sta passando all'utilizzo del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

Queste classificazioni sono insufficienti per la visione relazionale ed evolutiva. Inoltre, non emerge la storia personale, familiare e sociale né la previsione prognostica.

I disturbi sono identificati in modo sindromico⁵ sintomatologico ed è formulata una diagnosi multiassiale, cioè su più assi.

Quali sono i sintomi dei disturbi d'ansia?

Sintomi prevalenti sono definiti "somatici", con palpitazioni, dispnea e difficoltà respiratorie, tremori, dolori addominali e toracici, sensazioni di svenimento, cefalea, sudorazione, parestesie, faticabilità, nausea e vomito, irrequietezza, urinazione frequente, palpitazioni, vampate, vertigini, insonnia, debolezza, dispnea.

I soggetti tendono ad un ipercontrollo sul comportamento. Prevalgono inoltre modalità rappresentative distorte e disfunzionali, con catastrofizzazione e autosvalutazione, quale conseguenza della distorsione cognitiva.

Gli aspetti psicofisiologici nei disturbi d'ansia

Si ha un ipertono del sistema nervoso simpatico, con frequenza cardiaca e respiratoria accelerata anche a riposo. Talune risposte riflesse si accentuano e si ha una prevalenza dei processi catabolici del metabolismo.

Si ritrova un aumento cronico dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del flusso ematico a livello dell'amigdala e del giro del cingolo. L'area di Broca presenta riduzione del flusso ematico.

Si rileva un'attivazione del sistema catecolaminergico a livello della midollare del surrene, con incremento dell'adrenalina e un'attivazione ge-

neralizzata delle fibre simpatiche postgangliari e incremento di noradrenalina. I recettori alfa e beta adrenergici sono "stimolati ed eccitati".

Distinguiamo i seguenti termini: ansia e stress

L'ansia è una percezione apprensiva di un pericolo o di una sventura, accompagnata da un sentimento di alterazione dell'umore o da sintomi somatici di tensione.

È sperimentata soggettivamente e, talvolta, assume un carattere paralizzante, è simile alla paura, ma se ne differenzia per mancanza di un oggetto e/o è sproporzionata rispetto all'entità della minaccia.

In clinica di solito si distingue l'ansia *patologica* dalle normali paure, seguendo il criterio cronologico-statistico (persistenza di una paura oltre la sua età "fisiologica") e quello comportamentale, ritenendo disfunzionale un'attivazione emotiva eccessiva nella frequenza con cui si verifica, nell'intensità con cui si manifesta e nella sua durata (Kendall et al., 1992).

Lo stress è una risposta fisiologica di tipo adattativo a un evento, detto stressante, e procura modificazioni fisiologiche e comportamentali oggettivamente misurabili.

La classificazione dei disturbi d'ansia

Allo scopo di fornire un criterio classificatorio dei disturbi d'ansia si fa riferimento al manuale DSM-IV con i suoi criteri diagnostici e la classificazione dell'ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, usato per classificare i disturbi d'ansia dell'infanzia.

Il termine disturbo è puramente descrittivo.

Nel **DSM-IV**, acronimo di *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV*, i **disturbi d'ansia** sono catalogati principalmente:

- disturbo di panico con e senza agorafobia;
- fobia sociale;
- fobie specifiche;
- disturbo ossessivo-compulsivo;
- disturbo post-traumatico da stress;
- disturbo acuto da stress;
- disturbo d'ansia generalizzato.

Manifestazione costante in questa categoria è la presenza di *attacchi di panico* e di *agorafobia*.

L'**attacco di panico** (DAP) si manifesta come "un preciso periodo di intensa paura" associata all'improvviso e rapido manifestarsi, per esempio, di palpitazioni, tachicardia, sudorazione, tremori fini, sensazione di soffocamento, dolore o fastidio al petto, disturbi addominali, sensazione di svenimento, paura di impazzire o perdere il controllo, paura di morire, vampate di calore.

L'**agorafobia** si presenta con ansia nel trovarsi in luoghi o situazioni dalle quali sarebbe difficile allontanarsi o non potrebbe essere possibile ricevere aiuto. Il soggetto conseguentemente evita luoghi e situazioni secondo lui scatenanti o le vive con l'ansia preannunciata di un attacco di panico. Di solito il soggetto richiede la presenza di un conoscente come accompagnatore.

Il **disturbo post-traumatico da stress** si presenta in seguito ad un evento traumatico che il soggetto ha vissuto o ha assistito e in cui si è verificata una morte o una minaccia di morte o si sono avute gravi lesioni o una minaccia all'integrità propria o di altri. L'evento traumatico è rivissuto persistentemente attraverso il ricordo,

5. Sindrome è l'insieme di segni e sintomi.

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

o con sogni spiacevoli ricorrenti, con un vissuto di ripetizione di un nuovo e minaccioso accadimento. Il soggetto mette in atto comportamenti di evitamento agli stimoli associati al trauma, come evitare pensieri, luoghi, attività o persone che riportano al trauma, e inevitabilmente ne consegue una ridotta partecipazione ad attività significative. L'affettività gradualmente si riduce e la progettualità va decrescendo. Il soggetto è irritabile e facile agli scoppi di collera, manifesta ridotta concentrazione, diviene ipervigile. I sintomi, che superano il mese in durata, procurano disagio rilevante nel funzionamento sociale e lavorativo.

Il **disturbo d'ansia generalizzato** si manifesta con ansia e preoccupazione eccessive e si associa a irrequietezza, facile affaticamento, difficoltà di concentrazione, tensione muscolare, irritabilità, alterazioni del sonno. Il funzionamento sociale e lavorativo è compromesso. I sintomi durano da almeno sei mesi e si manifestano per lo più quotidianamente.

L'ICD-10 classifica le *sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi*.

Le *sindromi fobiche* comprendono:

- agorafobia, con o senza sindrome di attacchi di panico;
- fobie sociali;
- fobie specifiche (isolate);
- altre sindromi fobiche.

Fra le altre sindromi ansiose figurano:

- sindrome da attacchi di panico;
- sindrome ansiosa generalizzata;
- sindrome mista ansioso-depressiva;
- altre sindromi ansiose miste.

La *sindrome ossessivo-compulsiva* si caratterizza per:

- prevalenti pensieri e ruminazioni ossessive;
- prevalenti azioni compulsive (rituali ossessivi);
- associazione di pensieri ossessivi e azioni compulsive.

Le *reazioni a gravi stress* e le *sindromi da disadattamento* comprendono:

- reazione acuta da stress;
- sindrome post-traumatica da stress;
- sindrome da disadattamento.

Le *sindromi dissociative (da conversione)* comprendono:

- amnesia dissociativa;
- fuga dissociativa, ecc.

Le *sindromi somatoformi* comprendono:

- sindrome da somatizzazione;
- sindrome somatoforme indifferenziata;
- sindrome ipocondriaca;
- disfunzione vegetativa somatoforme, a seconda dell'apparato interessato.

Le **sindromi somatoformi** si caratterizzano, per la presenza di sintomi somatici, con richiesta di continue indagini mediche, negando le rassicurazioni del medico e ignorando palesemente il risultato negativo delle indagini stesse. Si lamenta una ridotta attenzione da parte degli altri. Il soggetto *in un periodo di almeno due anni* manifesta sintomi somatici multipli, variabili e una sintomatologia gastrointestinale, cardiovascolare, genitourinaria o del tessuto cutaneo.

I disturbi d'ansia nell'età evolutiva o dello sviluppo

L'ICD-10 cataloga i disturbi d'ansia in età evolutiva e dello sviluppo in sindrome d'ansia da separazione dell'infanzia, sindrome fobica dell'infanzia, sindrome di ansia sociale dell'infanzia, disturbo da rivalità fra fratelli e sindrome ansiosa generalizzata dell'infanzia.

La **sindrome d'ansia da separazione dell'infanzia** è contraddistinta da ansia eccessiva con preoccupazione non realistica manifestata dal bambino alla separazione da adulti significativi della famiglia, con i quali intrattiene un profondo legame (in genere la figura materna). Il bambino teme che vadano

via e che non ritornino o che muoiano. La paura della separazione rappresenta l'oggetto principale dell'ansia e compare nei primi anni dell'infanzia. I soggetti con ansia da separazione di solito si comportano normalmente in presenza della figura primaria di attaccamento, ma mostrano un'intensa ansia alla separazione da tale figura o qualora ne avvertono l'eventualità. Si associa con problemi significativi del funzionamento sociale.

La **sindrome fobica dell'infanzia** riguarda paure che accompagnano il bambino nel suo sviluppo e che diventano eccessive e persistenti o assumono carattere di una certa gravità. Di solito, la sindrome interferisce con il normale funzionamento dell'individuo e con la vita di relazione o sociale. La durata del quadro sindromico è di almeno quattro settimane.

La **sindrome di ansia sociale dell'infanzia** è caratterizzata da un'eccessiva diffidenza verso gli estranei e da apprensione sociale o ansia nei confronti di situazioni e figure nuove o poco familiari. I sintomi presentano un'intensità tale da rendere quasi impossibili i normali rapporti interpersonali. L'ansia degli incontri sociali va oltre i limiti normali per l'età del bambino. L'ansia e la diffidenza insorgono in età precoce. Il funzionamento sociale e scolastico è limitato e giunge fino all'evitamento sociale.

Il **disturbo da rivalità fra fratelli** è frequente nella maggioranza dei bambini con un certo grado di difficoltà emozionale alla nascita di un fratello. Se questo raggiunge una severità e persiste associandosi a problemi dell'interazione sociale, si parla di disturbo.

La **sindrome ansiosa generalizzata dell'infanzia** si caratterizza per uno stato di ansia eccessiva e di preoccupazione irrealistica. L'ansia ha un carattere pervasivo; non è collegabile a particolari fattori o stimoli ambientali.

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

La diagnosi dei disturbi d'ansia

Per la diagnosi dei disturbi d'ansia, oltre al colloquio medico paziente, si utilizzano anche scale di valutazione, tra le quali una delle più utilizzate è la **HAM-A** o **HRSA** (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*). Questa scala non è però in grado di distinguere tra i diversi tipi di disturbo, ma è la più sensibile a rilevare gli effetti delle terapie in questi soggetti.

La valutazione si basa su un'intervista liberamente condotta dal medico sui sintomi presenti nella settimana antecedente al colloquio.

La scala HAM-A esplora 14 categorie di sintomi: umore ansioso, umore depresso, disturbi somatici muscolari, disturbi sensoriali somatici, sintomi cardiovascolari, sintomi respiratori, sintomi gastrointestinali, sintomi genito-urinari, sintomi vegetativi, tensione, paure, insonnia, deficit intellettuale e il comportamento della persona ansiosa durante l'intervista.

Tali sintomi sono valutati su una scala da 0 a 4, dove 0 significa che il sintomo non è presente e 4 significa che il sintomo è fortemente presente.

I disturbi dell'umore

Il DSM- IV divide questa sezione in tre parti:

- la prima parte riporta la descrizione degli *episodi di alterazione dell'umore*;
- la seconda si occupa di *disturbi dell'umore*;
- la terza riporta le *specificazioni* che descrivono l'episodio di alterazione dell'umore più recente.

È opportuno soffermarsi sull'*episodio depressivo maggiore* e sul *disturbo depressivo maggiore*.

L'**episodio depressivo maggiore** si caratterizza per la presenza dei seguenti sintomi, almeno cinque o più: umore depresso per quasi l'intera giornata, diminuzione notevole dell'interesse o del piacere per quasi tutte le attività, perdita di peso importante,

alterazione del sonno con insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, mancanza di energia o faticabilità, autosvalutazione o senso di colpa marcata, alterazione del flusso del pensiero con capacità ridotta, pensieri ricorrenti di morte.

Il disagio derivante compromette notevolmente il funzionamento sociale.

Il **disturbo depressivo maggiore** si contraddistingue per il verificarsi di due o più episodi depressivi maggiori. Gli episodi vanno classificati in lieve, moderato e grave.

In questa sezione, si fa riferimento al **disturbo distimico** che si connota per la presenza di umore depresso durante il giorno e per la durata di almeno due anni. Si accompagna a ridotto appetito o ad iperfagia, insonnia o ipersonnia, ad astenia, autostima bassa.

Biologia della depressione

Si ha una disregolazione di diversi sistemi trasmissivi del sistema nervoso centrale (SNC), particolarmente dei recettori noradrenalina e serotonina.

Durante l'episodio depressivo si rileva una diminuzione di neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina) in specifiche aree cortico-cerebrali.

Si reperta poi un'alterazione delle funzioni ipotalamiche, con disfunzioni neuroendocrine.

È frequente il rilievo di alterazioni del sonno con ridotta latenza REM, aumentata densità REM, anomala distribuzione circadiana del sonno REM e riduzione del sonno ad onde lente.

Eziologia della depressione

In numerosi casi di depressione si è notato il ruolo predisponente di fattori genetici; dagli studi sui gemelli è emerso che se un gemello monovulare soffre di depressione, c'è il 70% di probabilità che anche l'altro gemello ne soffra; i parenti di primo grado di una persona che soffre di depressione hanno il 15% di probabilità di amma-

larsi, mentre i parenti di secondo grado hanno un rischio del 7% circa.

Il rischio nella popolazione generale di ammalarsi di depressione è del 3-5% circa.

I figli di persone con problemi depressivi, anche se adottati fin dalla prima infanzia, presentano un rischio di depressione 3 volte più elevato rispetto ai figli della famiglia adottante.

Altri fattori favorevoli alla depressione sono le condizioni relative alle fasi più importanti dello sviluppo (0-3 anni, attaccamento e reciprocità, vissuti di perdita e abbandono). Si è visto che i bambini che perdono i genitori in fasi precoci dello sviluppo risultano maggiormente predisposti alla depressione da adulti. La presenza di validi sostituti genitoriali riduce però il rischio. Negli adulti, l'estrema solitudine può determinare un maggiore rischio di ammalarsi di depressione.

Life event (eventi di vita stressanti/supporto affettivo)

Alcuni eventi della vita comportano un significativo rischio di depressione: perdita di persone amate e significative, assistenza ai malati (malati di Alzheimer), perdita del lavoro, trasferimenti, cambiamenti di ruolo e posizione (pensionamento o cambiamenti nel lavoro o in famiglia), conflittualità cronica, difficoltà economiche, sovravoro, malattie fisiche (specialmente quelle croniche).

La depressione non altera la consapevolezza di sé e della realtà, è una malattia dell'intera persona che perde energia fisica e psichica, vitalità, speranza e coraggio e manifesta con un intenso disagio.

I segni clinici della depressione

I sintomi clinici della depressione comprendono: affaticabilità, diminuita capacità di concentrazione, perdita della capacità di entusiasarsi e provare piacere (*apatia*), tristezza, pensiero del

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

futuro con atteggiamento negativo, irritabilità, ansia e insonnia. Sono frequenti anche le idee suicidarie.

Il rendimento sul lavoro peggiora per la diminuzione della concentrazione e dell'efficienza.

Sussiste timore nel rapporto con gli altri. Il rimanere a casa è vissuto come un fallimento.

I sintomi della malattia depressiva si classificano a seconda dell'area coinvolta:

- **sintomi inerenti il tono dell'umore** (sensazione di tristezza, preoccupazione, depressione, perdita di interesse e di piacere nelle cose, perdita di energia, vitalità, speranza, progettualità);
- **sintomi fisici** (disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, affaticabilità e diminuzione dell'energia, perdita di interesse in numerose attività, compreso il sesso, sintomi gastrointestinali, come bocca secca, nausea, costipazione, dolori inspiegabili, rallentamento o agitazione psicomotoria);
- **sintomi inerenti la cognizione** (pensieri negativi riguardanti se stessi, il presente e il futuro, ruminazioni depressive cioè pensieri pessimistici ricorrenti, scarsa concentrazione, perdita di memoria, difficoltà a prendere decisioni, sensazione che possa accadere qualcosa di pericoloso e paure esagerate, disperazione, pensieri di morte e idee di suicidio, pensieri irreali di colpa, malattia, povertà).

In genere, la componente d'ansia è più rilevante al mattino e appare collegata al conflitto tra la volontà di governare la casa e la mancanza di energia e motivazione.

I sintomi tipici della malattia depressiva sono più intensi al mattino che alla sera. Si fa ora riferimento alla **depressione mascherata**. Il paziente depresso può manifestare ed esternare la depressione in forma prevalentemente soma-

tica, attribuendo il proprio malessere ad una malattia somatica. Può porre l'accento sui sintomi fisici della depressione piuttosto che su quelli psichici. Questo perché, in genere, si ha una prevalenza dei sintomi somatici della depressione, che conduce il soggetto a considerarsi maggiormente accettato e capito dal medico. Questo gli evita lo "stigma" di una malattia mentale e gli fa assumere il "ruolo di malato".

L'episodio depressivo

L'ICD-10 caratterizza l'episodio depressivo con la presenza di almeno quattro sintomi (due principali):

- umore depresso;
- perdita di interesse e di piacere;
- diminuita energia;
- variazioni dell'appetito e del peso;
- disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia);
- rallentamento psicomotorio o agitazione;
- bassa autostima;
- senso di colpa;
- difficoltà di concentrazione;
- idee di morte.

Scale e questionari per diagnosticare la depressione

Si utilizzano frequentemente delle scale di valutazione per lo stato depressivo quali:

- *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD o Ham-D);
- la **scala di Beck**;
- la **scala di Zung**.

Si utilizza inoltre il *Questionario sulla qualità della vita*.

Il **Questionario SF-36** questionario riguarda lo stato di salute del paziente. Le sue caratteristiche principali sono la brevità (mediamente sono necessari non più di 10 minuti per compilarlo) e la precisione (è uno strumento valido e riproducibile). Iniziato a sviluppare negli anni Ottanta del XX secolo ne-

gli Stati Uniti d'America, in qualità di questionario generico multi-dimensionale, è stato introdotto in Italia a metà degli anni Novanta nell'ambito del progetto IQOLA, traducendolo e adattandolo culturalmente. Lo sviluppo del questionario italiano è avvenuto in diverse fasi che hanno visto la sua somministrazione a più di 10.000 soggetti. Ad oggi sono disponibili un manuale di utilizzo, un'ampia bibliografia e un database di riferimento, con dati normativi su un campione di 2031

soggetti rappresentativi della popolazione italiana datato 1995. È in fase di discussione e studio una seconda versione del questionario (SF36-V2). Il questionario si articola in 36 domande che permettono di riunire 8 diverse scale e si riferiscono infatti concettualmente a 8 domini di salute:

- *AF – attività fisica* (10 domande);
- *RP – limitazioni di ruolo* dovute alla salute fisica (4 domande) e *RE – limitazioni di ruolo* dovute allo stato emotivo (3 domande);
- *BP – dolore fisico* (2 domande);
- *GH – percezione dello stato di salute generale* (5 domande);
- *VT – vitalità* (4 domande);
- *SF – attività sociali* (2 domande);
- *MH – salute mentale* (5 domande);
- una singola domanda sul *cambiamento nello stato di salute*.

Il questionario SF-36 può essere auto-compilato oppure può essere somministrato nella forma di una intervista sia telefonica sia faccia a faccia. Tutte le domande, tranne una, si riferiscono ad un periodo di quattro settimane precedenti la data di somministrazione.

La validità delle 8 scale che lo compongono è stata largamente studiata in gruppi noti di pazienti. Gli studi di validazione hanno dimostrato che questo questionario ha capacità discriminanti nei confronti di popolazioni con problemi psichiatrici o problemi fisici. Inoltre, permette di discriminare

I disturbi dell'affettività: alcune riflessioni

tra gruppi di popolazione con condizioni mediche severe da gruppi di popolazione che risultano moderatamente malati o sani.

Il decorso dalla depressione

Nella maggior parte dei casi la depressione compare dopo i 30 anni. Un episodio depressivo spesso guarisce entro alcuni mesi, soprattutto se adeguatamente curato. Non è infrequente che ad un primo episodio depressivo ne seguano altri. In alcuni casi la depressione diviene cronica o sub-cronica.

La distimia

È caratterizzata da una condizione depressiva non molto grave ma persistente nel tempo (almeno 2 anni). Presenta spesso un decorso cronico ed è accompagnata da sintomi nevrotici come fobie, disturbi ipocondriaci o somatoformi. La funzionalità sociale e lavorativa di solito è poco compromessa.

Se vi è un'alternanza con episodi di moderata euforia (*ipomania*), prende il nome di *ciclotimia*.

È un disturbo depressivo cronico con sintomatologia moderata, che può avere esordio tardivo o precoce. L'esordio tardivo è connesso a episodi depressivi e si manifesta con umore depresso, scarsa vitalità, perdita di interessi e consapevolezza di malattia. È previsto l'impiego di farmaci antidepressivi.

L'esordio precoce è connesso a disturbi di personalità e si manifesta con disforia, irritabilità, disturbi della percezione di sé, scarsa consapevolezza. La gestione di questo disturbo deve avvenire a lungo termine.

Le complicazioni della depressione

Sono rappresentate dalla presenza di sintomi psicotici, deliri congrui con

l'umore come povertà, rovina, colpa, indegnità, espiazione, deliri non congrui con l'umore come persecuzione, influenzamento, gelosia.

Alcol e sostanze

La depressione può indurre abuso di sostanze come tentativo di automedicazione. L'abuso di sostanze può a sua volta causare depressione, disforia, ansia e la cosiddetta *sindrome amotivazionale*⁶.

Il concomitante abuso di sostanze può rendere la depressione resistente ai trattamenti.

Sono frequenti le idee di suicidio, con desiderio di morire e talvolta realizzazione fattuale dell'idea. Permane la sensazione che la vita non valga la pena di essere vissuta.

Il trattamento della depressione

Il trattamento è farmacologico con l'utilizzo di farmaci antidepressivi ai quali possono essere associati benzodiazepine, stabilizzanti dell'umore e antipsicotici, a seconda del giudizio del medico psichiatra e del medico di fiducia. È utile sempre un supporto psicoterapico. Ultimamente, a parere di molti è consigliata una psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale. La psicoterapia, come unica modalità di trattamento, va impiegata nelle forme lievi di depressione. Dagli studi su pazienti con disturbo depressivo maggiore grave o ricorrente, la combinazione della psicoterapia e della farmacoterapia è risultata migliore dell'intervento con un singolo trattamento.

Riconoscere per prevenire i disturbi dell'affettività

I disturbi dell'affettività tendono a cronicizzarsi se non precocemente individuati e correttamente trattati. Essi

causano, se non trattati precocemente e in modo efficace, la caduta in una diversa partecipazione alla vita sociale e lavorativa (disabilità).

Le conseguenze più frequenti di un disturbo dell'affettività non trattato o trattato in modo inadeguato sono: ridotta autonomia, difficoltà relazionali e lavorative con elevato costo sanitario e sociale da utilizzo di farmaci, indagini sanitarie, riduzione della frequenza scolastica e delle ore lavorative.

La qualità di vita si abbassa, l'autostima si riduce e il modo di pensare perde di efficacia o diviene "rigido", con isolamento sociale e rinunce.

Da ricerche effettuate si è rilevato che i tassi di suicidio sono superiori a quelli della popolazione generale.

Secondo uno studio australiano, i disturbi dell'affettività incidono per il 70% nel produrre disabilità nella popolazione, pari a circa il 20% di quella causata da tutte le malattie.

È fondamentale conoscere i trattamenti dei disturbi dell'affettività la cui efficacia sia stata dimostrata attraverso rigorosi dati scientifici, secondo i criteri della *Evidence Based Medicine (Medicina Basata sulle Prove di Efficacia)*.

È necessario inoltre migliorare la qualità di vita della persona con disturbo di ansia e depressivo e identificare i sintomi principali dei disturbi dell'affettività e su quali basi poggia il loro trattamento.

Cenni sulla terapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale

I cardini in comune sono l'educazione sulla natura dell'ansia e dell'angoscia, le tecniche per la gestione dei sintomi fisici dell'ansia e del panico, la ristrutturazione cognitiva per gestire i pensieri che accentuano l'ansia, le tecniche di esposizione graduale alle situazioni evitate o fonte di ansia.

6. La sindrome amotivazionale si manifesta con apatia, indifferenza affettiva, mancanza di interesse per il futuro, per i rapporti sociali e per il lavoro. Colpisce molti consumatori cronici di cannabis.