

SOS PSICHE

*I disturbi
dell'*
UMORE

**LA DEPRESSIONE E GLI ALTRI
DISTURBI DELL'UMORE**

Serie di AUTO-AIUTO

Hanno contribuito alla stesura, traduzione e correzione del testo la sede regionale PSICHE FRIUULI e la sezione PSICHE2000 di Conegliano-Vittorio Veneto.
L'opuscolo viene distribuito nell'ambito delle associazioni aderenti al Comitato Promotore di SOS PSICHE.

Prima edizione: maggio 1996

© 1995-1996 SOS PSICHE, PSICHE FRIULI e PSICHE 2000 di Conegliano - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da SOS PSICHE e dell'associazione americana NAMI.

L'opuscolo non è in vendita.

L'invio gratuito è subordinato al pagamento della quota sociale e/o all'avvio di campagne informative, di sensibilizzazione o promozionali.

Introduzione

Chi non ha provato nel corso della propria vita un periodo di depressione? Si stima che almeno il 20-30% delle persone abbiano sperimentato sintomi depressivi per svariate cause (lutti, delusioni, problemi economici, ecc.)

Il "male oscuro", ovvero la depressione, è un problema di grande importanza, dai costi sociali sempre più elevati e certamente da non sottovalutare o ignorare.

SOS PSICHE ha deciso di affrontare l'argomento "Depressione" per due principali motivi. Il primo deriva dal fatto che spesso lo schizofrenico è affiancato da un familiare depresso, condizione questa più che giustificata, dato il grave peso che le famiglie debbono sopportare. Il secondo è costituito dalla necessità di rivalutare attentamente la depressione, non come semplice *esaurimento* ma come vera e propria grave malattia che purtroppo può anche sfociare nel suicidio.

Con questa pubblicazione speriamo di fornire le informazioni necessarie alle famiglie e agli amici in rete, rimandando a letture specializzate e testi disponibili presso le associazioni aderenti e promotrici di SOS PSICHE.

Un particolare ringraziamento va ai familiari della associazione americana NAMI, all'associazione FAMI di New York e al Dr. Demitri Papolos, autore dell'opuscolo *Disturbi dell'umore*, da cui è stato tratto parte del materiale utilizzato per questo opuscolo ed al Dott. Paolo Zucconi, psicoterapeuta che ha curato l'edizione italiana, adattandola ed ampliandola.

IL COMITATO PROMOTRE DI SOS PSICHE

RINGRAZIAMENTI

All'Associazione Usa NAMI che ha fornito il materiale e in particolare Mr. D.J. Jaffe del gruppo FAMI di New York.

Il Dott. Paolo Zucconi psicoterapeuta presso lo studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, V.le Venezia, 291 - Udine (tel. 0432-233006) che ha curato la versione italiana, adattandola ed ampliandola

Il Dr. Demitri Papolos, Dept. of Psychiatry, New York, che autore della versione americana de "I disturbi dell'umore".

Duplicazione in lingua italiana autorizzata da NAMI
National Alliance for the Mentally Ill - Stati Uniti

Sommario

I disturbi dell'umore	7
Che cosa è un «disturbo dell'umore»?	7
Quali sono i sintomi?	8
I disturbi terminano da soli?	9
Quale è l'andamento dei disturbi dell'umore?	9
Come vengono trattati i disturbi dell'umore?	9
La Depressione	11
Quante vittime miete «il male oscuro»?	11
Quali sono le cause della depressione?	11
La depressione può indurre ad un cambiamento di opinione verso se stessi?	12
Quale differenza c'è tra la depressione e la schizofrenia?	12
Depressione o demenza?	13
Stati depressivi indotti da malattie o da farmaci	13
Stati depressivi ed altre patologie	13
Si può guarire dalla depressione?	14
Le terapie per combattere la depressione	15
Ipnosi Clinica	15
La psicoterapia	15
ECT o terapia elettroconvulsivante	16
Quali farmaci sono utilizzati per trattare la depressione?	16
Antidepressivi triciclici	17
Anti Mao (Mono Ammino Ossidasi)	17
Antidepressivi Eterociclici	18
Antidepressivi Serotonergici	18

Consigli per pazienti depressi	20
Come sostenere il depresso	22
Alcuni consigli per i familiari	22
Quando l'umore è elevato	23
Quali farmaci vengono prescritti per curare gli episodi maniacali ed i disturbi bipolari?	24
Per saperne di più: libri e testi	25
A chi rivolgersi? Indirizzi utili	26
.....	28

Maggiori informazioni sui disturbi neurobiologici possono essere reperite leggendo la pubblicazione *Disturbi neurobiologici* di SOS PSICHE, giugno 1995 che può essere richiesta tramite l'accesso al nostro sito.

I disturbi dell'umore

«Depressione», «maniacalità», «disturbo bipolare» e «ciclotimia» sono termini usati per descrivere un gruppo di disturbi, spesso gravi, caratterizzati da alterazioni del tono dell'umore.

Negli Stati Uniti si stima che più di 20 milioni di persone provano una esperienza di disturbo dell'umore durante la loro vita. Diversi casi, sfortunatamente, non vengono individuati e di conseguenza non vengono trattati.

Negli ultimi 10 anni è stato impiegato molto tempo ed energie da parte dei ricercatori per capire meglio questi disturbi ed individuare nuove modalità di trattamento.

I trattamenti più moderni sono sicuri ed efficaci e consentono alle persone ammalate di un disturbo dell'umore di condurre una vita produttiva ed efficiente.

Questo opuscolo è stato preparato per illustrare l'andamento di alcuni di questi disturbi - con particolare riguardo alla depressione - e spiegare come essi possono influire sulla vita delle persone e come possono essere curati.

Che cosa è un «disturbo dell'umore»?

Il termine si riferisce ad una alterazione dell'umore non dovuta ad altri disturbi fisici o mentali. L'umore, accompagnato da molti altri sintomi associati, può presentarsi anormalmente o estremamente depresso (depressione) o esageratamente euforico (maniacalità) per un certo periodo. Solitamente si distingue una depressione più grave, con probabile alterazione biochimica a livello cerebrale, familiarità e marcata compromissione sociale e lavorativa (depressione maggiore) da manifestazioni depressive meno invalidanti (depressione minore). Anche se non è sempre facile distinguere tra depressione minore e depressione maggiore, tale distinzione è importante ai fini terapeutici in quanto per le depressioni maggiori è indispensabile un intervento farmacologico di competenza psichiatrica, mentre di norma nelle minori è necessario l'intervento psicoterapico.

Anche nel caso di umore anormalmente e persistentemente elevato si distingue una forma meno grave (**ipomaniacalità**) da una forma più grave caratterizzata da marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o tale da richiedere l'ospedalizzazione (**maniactalità**).

Inoltre la stessa persona può anche sperimentare nel corso di un anno episodi alternati di depressione maggiore e maniactalità (**disturbo bipolare**) oppure in un arco di tempo di almeno due anni provare numerosi episodi maniacali e numerose manifestazioni depressive (**ciclotimia**).

Quali sono i sintomi?

I sintomi più comuni sono i cambiamenti nelle abitudini del sonno, del livello quotidiano di attività ed energia, dell'appetito, del tono dell'umore, della stima di sé, nel modo di pensare, di comunicare, cambiamenti nelle abitudini sessuali e nelle relazioni interpersonali.

Ognuno di noi prova variazioni dell'umore, alternando periodi di tristezza e gioia: le persone che sperimentano i disturbi affettivi portano queste emozioni ad un grado estremo, associandole ad un insieme di sintomi patologici.

I periodi di depressione sono caratterizzati da:

- scarso appetito e significativa perdita di peso o all'opposto incremento dell'appetito e del peso corporeo;
- disturbi del sonno;
- perdita di energia: eccessivo affaticamento e stanchezza
- diminuzione del livello di attività, che può risultare incrementato o decrementato;
- perdita del piacere sessuale
- diminuita capacità nel concentrarsi e nel pensare;
- sentimenti di inutilità o di eccessiva colpevolezza;
- pensiero ricorrente di morte, propositi o tentativi di suicidio.

I periodi di **ipomania** o **gli stati più gravi di maniactalità** sono caratterizzati da:

- umore persistentemente elevato (euforia), irritabilità;
- diminuito bisogno di dormire;
- incremento delle attività;
- incremento delle attività sessuali o lavorative o sociali;

- aumentata velocità nella espressione verbale;
- alta stima di sé.

Nelle forme bipolari e nella ciclotimia gli episodi su elencati si verificano ciclicamente. Di solito un periodo di depressione è seguito da un periodo di maniacalità (o ipomaniacalità) o viceversa.

Qualche tali volta i periodi sono separati da altri periodi nei quali la persona si comporta in modo normale o molto vicino alla normalità.

I disturbi terminano da soli?

All'inizio il disturbo dell'umore può non essere così apparente. Alcune persone hanno episodi poco frequenti, a carattere lieve, e non ritengono di aver bisogno di trattamento o non riconoscono di essere ammalati. Di solito gli episodi di malattia sono limitati nel tempo; la malattia va e viene, durando da pochi giorni a parecchi mesi e si alterna a periodi anche di alcuni anni di relativa normalità e stabilizzazione dell'umore.

Senza alcun trattamento la frequenza della malattia e i sintomi più gravi tendono ad aumentare nel corso degli anni e a complicarsi con altri disturbi associati.

Gli episodi maniacali e depressivi si presentano con modalità diverse da persona a persona e si notano anche differenze, in una stessa persona, da un episodio a quello successivo.

Quale è l'andamento dei disturbi dell'umore?

Più del 75% degli individui risponde bene ai trattamenti; quasi tutti i pazienti rispondono favorevolmente. Molti individui che si sottopongono alle cure e seguono quanto prescritto possono condurre una vita produttiva ed utile, nonché raggiungere un certo equilibrio ed una vita soddisfacente. Senza cure farmacologiche e psicologiche le persone soffriranno ripetutamente a causa della loro malattia, saranno ricoverate in ospedale e non avranno una vita produttiva.

Come vengono trattati i disturbi dell'umore?

Alla base di un trattamento che conduca a risultati soddisfacenti e duraturi sta una accurata e seria valutazione psicologica al fine di diagnosticare con più esattezza possibile il tipo di disturbo e altri eventuali disturbi maggiori o della stessa gravità. Vanno inoltre considerate le

risorse della persona (abilità possedute, sostegno familiare, motivazione, quoziente di intelligenza, ecc.) al fine di predisporre le migliori strategie di intervento più adatte alle caratteristiche del paziente.

Il trattamento può essere prevalentemente psicoterapico (individuale o di gruppo) oppure preferenzialmente farmacologico se trattasi di depressione grave, comunque integrato a successivi interventi di psicoterapia per essere efficace. Nei casi di gravi di maniacalità si rivelano più efficaci gli interventi farmacologici con sali di litio.

Spesso nei casi più gravi è necessario un breve periodo di ricovero, in condizioni di trattamento sanitario obbligatorio data l'inconsapevolezza del paziente verso la sua condizione, per evitare al soggetto di esporsi a gravi conseguenze derivanti dal suo comportamento.

Il trattamento è diretto a ridurre la durata e l'intensità degli episodi e prevenire le ricadute. È molto di aiuto tenere accuratamente delle note circa i precedenti episodi (intensità e durata) per confrontare gli sforzi attuati nei trattamenti e determinare se c'è una regolare vulnerabilità stagionale.

La Depressione

Quante vittime miete «il male oscuro»?

Si stima che in Italia almeno una persona su dieci è vittima della depressione.

Alcuni studi confermano che il 30 per cento delle persone hanno affrontato, durante la loro vita, variazioni dell'umore a causa di gravi problemi (lavorativi, lutti, ecc.).

Molti depressi non si dichiarano e secondo una statistica dell'OMS sei casi su dieci non vengono neppure diagnosticati. In Italia alcune statistiche parlano di tre milioni di malati.

La linea europea conta una incidenza pari al dieci per cento sulla popolazione: un aumento che si può dedurre anche dai dati sui suicidi. Tra i giovani si nota un incremento del 20 per cento.

La fascia di età più colpita va dai 25 ai 60 anni.

Quali sono le cause della depressione?

Numerosi sono i modelli che spiegano le cause della depressione. Tra loro sono per lo più complementari nel senso che tutti contribuiscono a spiegarla. Secondo un modello più recente la depressione, come anche altri disturbi mentali, si spiega sulla base della interazione tra vulnerabilità personale, eventi stressanti e scarse abilità sociali (teoria stress-vulnerabilità).

Pertanto si suppone che certe persone abbiano una predisposizione congenita (probabili alterazioni metaboliche degli ormoni tiroidei, della serotonina e della noradrenalina) tanto da renderle più vulnerabili nel caso di scontro con eventi stressanti negativi non desiderati di tipo "perdita" (ad. es. divorzio, lutti, separazioni).

Ciò che determina l'insorgere di disturbi dell'umore è la mancanza o il basso grado di abilità sociali del soggetto nell'affrontare adeguatamente l'evento stressante.

Un altro accreditato modello della depressione ne spiega l'insorgenza quando nell'affrontamento di una serie di eventi stressanti negativi incontrollabili la persona sperimenta una mancanza di controllo del

proprio comportamento su tali avvenimenti (teoria della impotenza acquisita).

Secondo Beck, uno dei massimi esperti mondiali della depressione, l'incontrollabilità non si trova tanto negli eventi quanto nella testa della persona depressa sottoforma di schemi mentali formati da convinzioni distorte ed aspettative disfunzionali che causano le reazioni affettive e le manifestazioni comportamentali tipiche del disturbo.

La depressione può indurre ad un cambiamento di opinione verso se stessi?

L'umore è associato a ciò che una persona pensa. Durante i periodi di depressione il soggetto riflette sul passato, ricordando ciò che ha perso o i suoi fallimenti ed ha aspettative negative riguardo il futuro.

I pensieri negativi (di svalutazione) possono avere il sopravvento, come ad es.: «Nessuno si prende cura di me», «Il mondo è terribile», «Non valgo nulla», «Mi va tutto storto», «Sono sicuro che non ce la farò», «Sono un fallimento». A causa di queste riflessioni la stima di sé, nel corso di alcuni mesi, risulta seriamente compromessa.

Lunghi periodi di depressione possono condurre al desiderio di morire o anche a formulare ipotesi di suicidio, comunque ad allontanarsi dagli altri ed escludersi socialmente. Nelle forme depressive gravi va fatta una valutazione del rischio di suicidio.

Quale differenza c'è tra la depressione e la schizofrenia?

Sono entrambe classificate tra i disturbi mentali. Genericamente la schizofrenia è considerata una malattia mentale le cui caratteristiche più evidenti sono le allucinazioni (vedere o sentire o sentire cose che gli altri non vedono o non sentono) e i deliri (convinzioni personali o credenze fermamente sostenute non condivise dalla maggior parte delle persone). Nella schizofrenia di solito vi sono alcuni sintomi depressivi ed in certi disturbi depressivi più gravi vi possono essere anche allucinazioni o deliri.

Solo una accurata valutazione psicologica del paziente da parte dello specialista (psichiatra o psicologo clinico) potrà definire e differenziare la diagnosi.

Depressione o demenza?

La demenza è un disturbo mentale degenerativo caratterizzato da un progressivo declino non spontaneo delle facoltà cognitive e di molte funzioni fisiologiche.

La più frequente forma di demenza è la **malattia di Alzheimer** che nella sua fase iniziale si manifesta con l'umore depresso, disturbi di attenzione e di memoria, sintomi questi che si riscontrano pure nelle manifestazioni depressive, tanto che non sempre si riesce a distinguere la demenza dalla depressione senza l'aiuto di un professionista esperto.

Solitamente il paziente demente tende a minimizzare i disturbi di memoria mentre il depresso riferisce disturbi attentivi e di memoria sproporzionati rispetto a quanto si può rilevare attraverso un accurato esame neuropsicologico. Inoltre mentre il depresso può di sua iniziativa rivolgersi ad uno studio psicoterapico, il demente quasi mai si presenta da solo se non in compagnia dei suoi familiari.

Stati depressivi indotti da malattie o da farmaci

Determinati farmaci (ad es. la reserpina, un farmaco che veniva utilizzato nella ipertensione) la cui assunzione riduce la presenza di importanti mediatori chimici come la serotonina e la noradrenalina sono in grado di provocare una sindrome depressiva che può anche assomigliare ad un episodio depressivo maggiore.

Inoltre patologie organiche come le **disfunzioni tiroidee**, **malattie virali** oppure **lesioni cerebrali** possono provocare disturbi dell'umore.

In tali casi la diagnosi non è di disturbo dell'umore, ma di sindrome organica dell'umore.

Stati depressivi ed altre patologie

Le manifestazioni depressive si accompagnano spesso a molti altri disturbi invalidanti. Tipici sono i sintomi depressivi che fanno parte del quadro clinico di pazienti psicotici (in particolare in schizofrenici e schizoaffettivi).

Manifestazioni depressive si riscontrano inoltre nel **lutto non com-**

plicato, nel disturbo dell'adattamento e possono riscontrarsi anche nel disturbo post-traumatico da stress.

In tali casi in cui la depressione è uno dei sintomi di disturbi più pervasivi non viene fatta diagnosi di depressione ed il trattamento sarà conseguente alla diagnosi. Nell'anziano talvolta riesce difficile distinguere una depressione maggiore da una demenza in quanto la demenza si caratterizza anche da una sintomatologia depressiva.

In tutte queste situazioni e altre ancora sarà la competenza e la sensibilità clinica del professionista (psichiatra o psicologo-psicoterapeuta) a stabilire l'esatto peso dei fenomeni depressivi sul funzionamento del paziente e a fare una diagnosi differenziale.

Si può guarire dalla depressione?

Dalla depressione si può guarire nel 70-95% dei casi, secondo Beck. Tutti i tipi di depressione ottengono una buona risposta alla psicoterapia, particolarmente se di orientamento cognitivo-comportamentale.

Per le depressioni gravi - solitamente per le depressioni maggiori - l'intervento psicoterapico individuale non è sufficiente: è consigliabile associare, in certi casi anticipare, alla psicoterapia cognitiva-comportamentale un intervento farmacologico per compensare le alterazioni biochimiche. In casi particolari l'intervento farmacologico sortisce risultati migliori se integrato da una psicoterapia di gruppo.

Prognosi più favorevoli si hanno con i pazienti intellettivamente normodotati, privi di altre psicopatologie invalidanti e con familiari collaborativi. La prognosi è inoltre correlata all'età del paziente, alla durata e alla gravità del disturbo depressivo.

Le terapie per combattere la depressione

Oltre alla terapia farmacologica, cui largamente si fa ricorso, esistono altre terapie che possono essere attuate congiuntamente ad essa o anche attivate autonomamente:

Ipnosi Clinica

E' una tecnica terapeutica molto diffusa praticata esclusivamente da psicologi o da medici qualificati formati presso una Scuola post-universitaria di ipnosi clinica. Può essere utile nel caso di disturbi depressivi minori per indurre nel paziente maggior motivazione alla vita ed ottenere gratificazioni, anche se è preferibile integrarla con altre strategie psicoterapeutiche.

La psicoterapia

E' indicata per tutti i tipi di depressione. I migliori risultati si ottengono con psicoterapie cognitivo-comportamentali, indipendentemente dall'uso di farmaci.

Per le depressioni gravi è preferibile abbinare o, in certi casi, anche anticipare alla psicoterapia cognitivo-comportamentale un intervento farmacologico.

I depressi gravi sembra rispondano meglio ad una psicoterapia e farmacoterapia integrata in cui si trovano a collaborare nella cura del paziente lo psichiatra (per la prescrizione dei farmaci) e lo psicoterapeuta (iscritto nell'apposito elenco presso l'ordine degli psicologi o presso l'ordine dei medici).

Se lo psicoterapeuta applica una terapia cognitivo-comportamentale è preferibile che oltre all'autorizzazione del proprio ordine professionale ad esercitare la psicoterapia abbia conseguito presso una scuola quadriennale di formazione post-universitaria il diploma di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale.

ECT o terapia elettroconvulsivante

Altrimenti detta elettroshock, era impiegata come terapia d'elezione per la depressione grave prima del 1950.

Consiste nell'applicare, sotto anestesia, una coppia di elettrodi al capo di una persona e far passare attraverso di essi la corrente elettrica per un breve intervallo di tempo.

Oggi, sebbene più raramente di un tempo, viene applicata in casi di depressione grave che non hanno risposto in maniera adeguata alla terapia farmacologica oppure nel caso di pazienti come donne gravide gravemente depresse, anziani e cardiopatici in cui gli effetti collaterali dei farmaci non sono sopportabili.

Essa risulta efficace in circa l'80-90% dei casi trattati di pazienti gravi.

Quali farmaci sono utilizzati per trattare la depressione?

Per le persone che soffrono di manifestazioni depressive diagnosticate come depressione maggiore esistono dei farmaci antidepressivi molto efficaci. La moderna ricerca dimostra che la contemporanea somministrazione di farmaci ed una psicoterapia costituiscono la miglior forma di trattamento. Alcuni pazienti depressi hanno solo un episodio di depressione maggiore e non hanno poi più ricadute. In questi casi non è necessaria la prescrizione di antidepressivi a lungo termine.

Il numero di episodi depressivi e la loro gravità aiuta a decidere circa i benefici e i rischi legati alla cura farmacologica.

Parecchi tipi di farmaci sono utilizzati per trattare la depressione. Tutti forniscono gli stessi benefici ma possono indurre diversi effetti collaterali.

I farmaci più usati sono gli antidepressivi, anche se non tutti i pazienti depressi rispondono positivamente al trattamento.

A differenza di altri psicofarmaci essi non danno quasi mai dipendenza o assuefazione.

Diversi sono i gruppi di antidepressivi: antidepressivi triciclici, antiMao, antidepressivi eterociclici, antidepressivi serotoninergici (si rimanda ad altre letture di SOS PSICHE).

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI

Questi farmaci, che non vanno confusi con gli stimolanti, sembra sollecitino le cellule nervose (neuroni) nel modulare l'attività della serotonina e noradrenalina di cui il depresso pare sia carente.

I loro effetti terapeutici si manifestano, in genere, anche dopo tre o quattro settimane della loro somministrazione per via orale. Somministrati per iniezione (es. *Anafranil*) il loro effetto è un po' più rapido, però il paziente sconta maggiori effetti collaterali. La durata degli effetti terapeutici e la loro efficacia variano da individuo ad individuo.

Essi sono considerati farmaci di prima scelta nel trattamento delle depressioni maggiori e la loro somministrazione continua, per diversi mesi, anche dopo i primi segnali di guarigione, a dosi minori che vengono progressivamente ridotte (terapia di mantenimento) allo scopo di ridurre la probabilità di ricaduta.

La varietà di antidepressivi triciclici in commercio offre la possibilità di una scelta mirata in base alle caratteristiche del paziente, alla storia della sua depressione ed alla limitazione di effetti collaterali.

Ad esempio in caso di depressione con disturbi del sonno e cefalea può essere preferito il *Laroxyl*, inoltre questo farmaco sembra più indicato quando si richiede anche un maggior effetto sedativo in seguito ad una depressione agitata. L'*Anafranil* è anche cardiotonico e può essere preferito in caso di trattamento di disturbi ossessivo-compulsivi ed ha un costo relativamente più basso di altri.

Come tutti i farmaci anche gli antidepressivi triciclici hanno effetti collaterali spiacevoli: in linea di massima sono sconsigliati a cardiopatici, vanno somministrati con cautela in pazienti epilettici, possono causare secchezza alle fauci, stitichezza, difficoltà ad urinare, alterazioni del funzionamento sessuale, agitazione estrema con euforia, incubi, oltre ad altri problemi elencati nei foglietti illustrativi dei singoli farmaci. Si raccomanda a coloro che assumono tali farmaci di evitare l'uso di alcolici in quanto essi potenziano l'effetto sedativo dell'alcol sull'organismo.

ANTI MAO (Mono Ammino Ossidasi)

Sono farmaci che bloccano la distruzione di quei neurotrasmettitori (sostanze chimiche responsabili della trasmissione di impulsi nervosi) generalmente stimolanti (le monoamine) di cui il depresso pare sia poco

dotato. I loro effetti si manifestano tra la prima e la terza settimana di somministrazione anche con dosaggio minimo terapeutico (es. 10 mg. al giorno di Parmodalin). Sono meno efficaci degli antidepressivi triciclici e considerati antidepressivi di seconda scelta, ma possono essere utilizzati per quei numerosi pazienti che soffrono anche di ansia, fobie e attacchi di panico e che non hanno risposto positivamente agli antidepressivi triciclici.

Ai pazienti che assumono tali farmaci si raccomanda un particolare regime dietetico (come ad esempio l'evitare formaggi fermentati, yogurt, fegato, cavia e altro) e restrinzioni farmacologiche (alcuni farmaci da banco e altri) in quanto la loro associazione può provocare crisi ipertensive acute con cefalea pulsante. Comunque in caso di dubbio è opportuno consultare telefonicamente lo specialista che ha prescritto tali farmaci. In caso di trattamenti prolungati gli AntiMAO possono dar luogo ad effetti collaterali come tremori, insonnia, agitazione, nausea, secchezza delle fauci, difficoltà ad urinare.

ANTIDEPRESSIVI ETEROCICLICI

Sono così chiamati un gruppo di antidepressivi molto eterogeneo utilizzati per i loro minori effetti collaterali rispetto ai triciclici e agli AntiMAO.

Rispetto ai triciclici hanno maggior rapidità di eliminazione da parte dell'organismo. In compenso non sono ancora così largamente sperimentati come lo sono i triciclici. Tra questi farmaci, vedi ad es. *Trittico* e *Ludiomil* (chimicamente simili) sono più indicati in una depressione agitata, quando si richiede anche un maggior effetto sedativo iniziale. Nel caso di depresso sottopeso con problemi di inappetenza può essere utile il *Ludiomil* che tra l'altro produce effetti terapeutici più rapidi dei triciclici. Inoltre il *Maneon*, stimolante della dopamina (neurotrasmettitore che nei depressi è più basso della norma), può aumentare la libido dove altri antidepressivi la deprimono.

ANTIDEPRESSIVI SEROTONINERGICI

Gli antidepressivi serotoninergici agiscono sulla serotonina, un neurotrasmettitore carente nel depresso. Tra questi molto noto è la fluoxetina (ad es. *Prozac*, *Fluoxen*) utilizzato, con scarsi e a volte ancora completamente sconosciuti effetti collaterali, preferenzialmente in depressi bulimici ed obesi (ad alte dosi blocca l'appetito) rispetto

agli antidepressivi noradrenergici (es. *Ludiomil*) che favoriscono l'appetito. Inoltre la fluoxetina assieme alle fluovoxamine (altro antidepressivo attivo sulla serotonina) sembrano preferenziali per disturbi ossessivo-compulsivi.

Il *Prozac* pare sia attivo per la stimolazione della libido più orientata verso la relazione coniugale là dove antidepressivi dopaminergici (es. *Maneon*) stimolano più l'amore extraconiugale.

Consigli per pazienti depressi

Curare la depressione da soli? Non illudetevi. L'aiuto di uno specialista è indispensabile. Quando la malattia è lieve alcuni semplici comportamenti possono in certi casi aiutare a star meglio:

- Fissate un'ora precisa in cui alzarvi dal letto, non dopo le nove del mattino;
- Pianificate la propria giornata programmando compiti semplici e graduali. Per esempio: preparare la lista della spesa, immaginare di fare la spesa, andare a piedi a fare degli acquisti, cucinare un uovo sodo.
- Camminate almeno 20 minuti al giorno, nelle ore più luminose senza portare occhiali da sole. Se non vi sentite di affrontare una passeggiata sedetevi vicino ad una finestra aperta: la luce allontana il malumore.
- Praticate la ginnastica nascosta. Salite alcuni gradini, in punta di piedi, per sollecitare i muscoli del polpaccio. Dopo la doccia strofinatevi energicamente. Quando guardate la televisione ruotate le caviglie e massaggiatemi le mani.
- Controllate il vostro respiro. Sdraiatevi sul letto o sedetevi su una sedia comoda due volte al giorno, ed eseguite il seguente esercizio: mettete una mano sullo stomaco e una sul petto. Inspirate l'aria dal naso sollevando lo stomaco e sempre attraverso il naso buttatela fuori più lentamente possibile, senza forzare. Allenatevi gradualmente finché riuscirete a fare otto respiri al minuto.
- Anche l'alimentazione influisce sull'umore pertanto sono preferibili i carboidrati (pasta, pane, cereali), anche i cavoli, la soia, le arachidi, il lievito di birra che hanno effetti positivi. Secondo recenti ricerche dell'Istituto Pasteur in Francia l'aglio contiene un componente (S-Allyl-Cysteine) che offre benefici analoghi a quelli del Prozac pertanto sono consigliati almeno tre spicchi d'aglio al giorno. Anche la cioccolata ha effetti simili a quelli del Prozac. Sono invece sconsigliati i cibi psicostimolanti come caffè ed alcol.

A. Beck, uno dei maggiori esperti mondiali sulla depressione, consiglia di tenere un diario; espediente che aiuta a contrastare la tendenza a vedere tutto nero.

Ecco cosa bisogna fare:

- La sera prima programmate le attività del giorno seguente in modo da avere qualcosa da fare ogni ora della giornata.
- Elencate quello che avete fatto durante il giorno, anche se si tratta di azioni banali.
- Programmate qualche attività piacevole che in passato vi gratificava da fare nella prossima settimana.
- Indicate a fianco di ogni attività svolta quanto piacere vi ha dato - con un voto da uno a cinque - e quanto siete stati abili a farla.
- Trascorso un certo periodo e quando vi sentite di farlo cominciate ad annotare i cambiamenti di umore e i pensieri collegati con le attività svolte durante il giorno.
- Non è necessario completare l'attività programmata ma sforzarsi di iniziarla trascrivendo eventuali pensieri che ostacolano la sua realizzazione.

Come sostenere il depresso

La cura per combattere la depressione è molto ma non è tutto. Fatto molto importante per la cura dell'individuo depresso è la possibilità di poter affiancarle una persona, meglio se non appartenente al nucleo familiare del paziente o anche un volontario.

La presenza di una *persona comprensiva* estranea e sensibile, accettata dall'individuo depresso, può essere determinante per sollecitare la persona a compiere brevi passeggiate, farle compagnia, ad ascoltare i suoi problemi ed aiutarla a trovare il lato comico o ironico delle situazioni. Trovare il lato umoristico o ironico anche nelle situazioni più difficili e fare una sana risata aiuta a combattere la depressione. Si può stimolare il riso anche assistendo a films comici. L'umorismo, anche se sforzato, spesso distrae il depresso dai suoi sentimenti di tristezza.

Alcuni consigli per i familiari

Nell'evolversi della malattia o nella sua cronicizzazione i familiari possono trovarsi in serie difficoltà e perdere la pazienza. Infatti l'individuo depresso tende a scaricare tutte le sue difficoltà sui familiari.

Finché è possibile è necessario mantenere l'autocontrollo e comunicare con il depresso cercando di incoraggiarlo nei piccoli cambiamenti. Risposte del tipo «capisco», «So che presto tornerai ad essere te stesso», «Oggi hai un aspetto molto migliore», «Noi siamo al tuo fianco», «Abbiamo bisogno di te» e via così possono costituire un valido punto di partenza per sostenere il depresso e migliorare il suo stato di salute. E' pure importante che i familiari osservino modificazioni positive, anche minime, del comportamento del depresso e gratificarlo per ciò che ha fatto o ha detto nella direzione del cambiamento.

In certi casi, quando il depresso si lamenta o piange può essere opportuno distogliere l'attenzione e non assecondare le sue lamentele per poi concedergli ampia attenzione appena smette di lamentarsi. Così si evita di promuovere comportamenti non desiderati (il pianto, il lamento, l'autocommiserazione) e si valorizzano quegli atteggiamenti che si desidera vengano ripetuti con maggiore frequenza.

Quando l'umore è elevato

Diverse persone che hanno provato periodi di elevazione dell'umore a causa di un disturbo ipomaniacale o maniaco-dipolare dicono di sentirsi meglio di ogni altro periodo della loro vita. Essi possono non capire perché qualcun altro identifica la loro esperienza come anormale o parte della malattia. Si sentono eccitati, hanno un aumento dell'energia, si sentono più creativi, attivi, più intelligenti, più forti sessualmente e sono capaci di portare a termine cose che non hanno mai pensato di riuscire a fare. Dormire per loro sembra non essere necessario. I loro piani e le decisioni sono spesso al di fuori della loro portata e dalle loro reali capacità e risorse.

Perciò nei periodi «alti» di maniacalità possono anche credere di avere abilità che in realtà non possiedono. Questi periodi possono essere seguiti da un crollo ed un forte scoraggiamento al termine del periodo di elevazione. Le decisioni intraprese in questi periodi sono tipicamente caratterizzate da impulsività e imprudenza, dallo spendere in modo insensato e da altri eccessi (sessuali, alcoolici, gioco d'azzardo, ecc.) che sono abbastanza comuni.

Questi periodi di grande esaltazione, esagerata autostima ed importanza di sé, e senso di potere possono causare confusione ed indurre alla perdita di contatto con la realtà - spesso in modo più evidente agli altri che non a chi sperimenta tale stato di esaltazione.

Questa euforia non realistica sembra essere la causa che induce il paziente a non partecipare al trattamento; si tratta di un comportamento sbagliato che, sfortunatamente, aggrava la malattia.

Per tali soggetti è necessario un trattamento specialmente farmacologico e nei casi di grave maniacalità caratterizzati da eccessi comportamentali socialmente pericolosi si può ricorrere al trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.).

Con i pazienti maniacali più che psicoterapia può essere utile un intervento psicologico di sostegno per aiutarli a comprendere la loro malattia e favorire la collaborazione nell'assunzione necessaria di farmaci.

Quali farmaci vengono prescritti per curare gli episodi maniacali ed i disturbi bipolari?

Il carbonato di litio fu introdotto nel trattamento dei disturbi psichiatrici nei primi anni '50, ma solo dal 1970 i sali di litio vennero universalmente accettati per la cura degli episodi maniacali e dei disturbi bipolari.

Dal momento che si è scoperto che tale farmaco è inefficace se il suo livello nel sangue è molto basso, mentre è fortemente tossico se la sua concentrazione nel sangue supera determinati parametri, ne consegue che il suo utilizzo, particolarmente impegnativo, dipende da specifici esami ematochimici (litiemia) cui il paziente va sottoposto prima della sua prescrizione e durante il trattamento, soprattutto nelle sue fasi iniziali.

Il farmaco, sottoforma di carbonato o compresse di glutammato di litio, agisce in una quindicina di giorni con risultati positivi sul 78-80% degli episodi maniacali. Associato ad antidepressivi triciclici risulta talora efficace per depressioni ricorrenti, per depressi non rispondenti alla terapia con triciclici e per disturbi bipolari con paziente in fase depressiva, in quanto sembra che i sali di litio potenzino l'azione degli antidepressivi sulla serotonina.

Gli effetti collaterali dei sali di litio possono ridursi se il paziente li assume a stomaco pieno, non assume diuretici e tiene sotto controllo l'uso del sale da cucina.

Nel caso compaiano tremore, spossatezza, irrequietezza, vertigini, difficoltà nell'articolazione della parola, fruscii nelle orecchie, eruzioni cutanee è necessario rivolgersi allo specialista.

Nei casi di episodi maniacali e sindromi bipolari, in alternativa ai sali di litio possono essere somministrati farmaci come il *Tegretol* o il *Depakin*, antiepilettici con effetto antimaniacale simile a quello ottenuto con l'impiego del litio. Possino anche essere assunti insieme ai sali di litio se questi si sono rivelati poco efficaci.

Per saperne di più: libri e testi

A. Beck, *La Depressione* - Bollati Boringhieri

Anna Salvo, *Depressione e sentimenti* - Mondadori

Serena Zoli, *E liberaci dal male oscuro* - Longanesi

P. Breggin, *La pillola della felicità* - Sansoni

P. Kramer, *Listening to Prozac*

Alexander Lowen, *La depressione e il corpo*, Ed. Astrolabio

A. Beck e R. Greenberg, *Coping with Depression*, Institute for Rational living, New York, 1974

A chi rivolgersi? Indirizzi utili

Bari

- Centro di Psicofarmaco terapia, prof. G. Rutigliano, tel. 080/5473808

Bologna

- Clinica di psichiatria Ottonello, viale Pepoli, 5 - tel. 051/434059.

Cagliari

- Ospedale S. Giovanni di Dio, Centro di Farmacologia Clinica, Prof. Maria Del Zompo, tel. 070/6092320
- Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari, Dott. Luca Pani, tel. 070/669014-662769

Catania

- Clinica Psichiatrica, via Doria 6, tel. 095/330533

Firenze

- Ospedale Careggi, Clinica Psichiatrica, viale Morgagni,85, tel. 055/427711

Genova

- Ospedale S. Martino, viale Benedetto XV 10, tel. 010/35351-354001.

L'Aquila

- Ospedale S.M. di Collemaggio, Clinica Psichiatrica, Prof. A. Rossi, tel. 0862/778835

Milano

- Ospedale Fatebenefratelli, Servizio di Psichiatria, via S. Vittore 12, tel 0/6363;
- Ospedale S. Raffaele, Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, via Olgettina, 60 - tel. 02/26431.
- Istituto per la ricerca e la prevenzione della depressione e dell'ansia, via S. Calimero 11, tel. 02/58320453-58320466: fornisce consigli ed informazioni sulla malattia e sui centri in cui si cura;
- Centro medico integrato per lo studio, la diagnosi e la terapia degli stati depressivi, Casa S. Pio X, via S. Nava, tel. 02/695011;
- Dip.to di Scienze Neuropsichiatriche, Ospedale S. Raffaele, Via Prinetti,29, tel. 02/26433206

Napoli,

- Clinica Psichiatrica I policlinico di Napoli, largo Madonna delle Grazie, prof. Mario Maj, tel. 081/566502

Oristano

- Servizio di Igiene Mentale della Usl 5 di Ghilarza, Dott. Giampaolo Minnai, tel.

0785/560200.

Parma

- Clinica psichiatrica Universitaria, P.za Matteotti, tel. 0521/592111

Pisa

- Ospedale S. Chiara, Centro per l'ansia e la depressione, via Lungarno Pacinotti, Prof. Giovanni Cassano, tel. 050/592111.

Roma

- Policlinico Gemelli, Istituto di Psichiatria, largo Vito 1, tel. 06/30151-33054922
 - Università La Sapienza, III Clinica Psichiatrica, viale dell'Università 30, tel. 06/4454765;
- I Clinica Psichiatrica, Prof. G. Bersani, tel. 06/491340; Prof. Paolo Pancheri, tel. 06/491340
- Aretaeus, via Crescenzo 42, tel 06-687445
- Clinica Belvedere Montello, via Belvedere Montello 56, Prof. Athanasio Koukopoulos, tel. 06/6240333

Torino

- Clinica Psichiatria Universitaria, prof. Luigi Ravizza, tel. 011/6634848

Treviso

- Ospedale Ca' Foncello, servizio psichiatrico diagnosi e cura, prof. A. Rizzoli, tel. 0422/322624
- Ambulatorio di Psicologia Clinica dell'Università di Padova, Borgo Cavalli - Trattamento di gruppo: Prof. Sanavio, tel. 0422/594308

Trieste

- Istituto di Clinica Psichiatrica, Ospedale S. Giovanni, prof. Gianni Muscettola, tel. 040/571077-3997301.

Verona

- Istituto di psichiatria, psicologia medica dell'Università di Verona, Policlinico Borgo Roma, tel. 045/8074692-8074583
- Centro Didasco, via Cesare Abba 17, tel. 045/918677.

Ogni Ulss dovrebbe disporre di un Centro di Salute Mentale. Chiamando il centralino dell'Ospedale più vicino potrete recuperare informazioni circa gli orari di apertura e i servizi offerti.

Per ulteriori informazioni chiedete la guida *INDIRIZZARIO DELLE STRUTTURE TERAPEUTICHE*, distribuito SOS PSICHE: contiene indirizzi utili su Comunità di accoglienza, Cliniche, Centri, Ospedali ed Istituti.

Grazie per il tuo contributo a SOS PSICHE,
con il quale è stato possibile reperire informazioni e
stampare questo opuscolo.
Sostieni le nostre attività e partecipa alle riunioni
contattando la Sede più vicina.

Il Comitato Promotore di



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è ancora aperta; ci sono alcuni contatti in corso per coinvolgere altre associazioni a carattere nazionale e locale.

Le associazioni hanno raccolto l'eredità e le finalità di un precedente sito avviato nel 1994, che è stato il primo sito Europeo per la salute mentale gestito autonomamente dalle famiglie.

Il servizio ha come finalità principale quella di fornire una corretta informazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali, pubblicando indirizzi utili sulle strutture di ricovero e segnalando le associazioni di familiari esistenti in Italia.

L'obiettivo principale di questo sito è di raccogliere il maggior numero di informazioni da mettere a disposizione dei familiari, cittadini e pazienti.

Le associazioni promotrici offrono la propria esperienza e disponibilità offrendo spazio web alle associazioni di familiari che si identificano con le nostre finalità.

Il Comitato Promotore ha steso uno Statuto che regola la partecipazione alle iniziative, a disposizione degli interessati.