

Atti del Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici Diocesani
per la Pastorale della Sanità

FRAGILITÀ PSICHICA E MENTALE

Un grido silenzioso a cui rispondere
come Chiesa e come Società

Chianciano Terme, 5-7 giugno 2006

Nota

Questo notiziario viene inviato a tutti i vescovi della CEI, ai direttori degli Uffici diocesani per la Pastorale della Sanità, ai Membri della Consulta Nazionale, a esperti e collaboratori. Quanti altri desiderassero riceverlo, possono farne richiesta all'Ufficio Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità (Via Aurelia, 468 - 00165 Roma - Tel. 06/66398456 - Fax 06/66398427 - e-mail: past_san@chiesacattolica.it).

Indice

Notiziario – Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 2 – Novembre 2006

Preghiera	pag. 5
Introduzione	
Mons. Sergio Pintor	pag. 6
<i>Fragilità psichica e mentale: un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa</i>	
Fra Pascual Piles	pag. 8
<i>Fragilità psichica e mentale: dimensioni del problema e interventi terapeutici.</i>	
<i>La crisi della relazione interpersonale</i>	
Tonino Cantelmi.	pag. 17
<i>“La depressione: prevenzione, cura e accompagnamento”</i>	
Claudio Mencacci.	pag. 26
<i>Alcune forme di fragilità e di disagio psichico (ritardi mentali, autismo...) problematiche, cura e accompagnamento</i>	
Alda Pellegrini.	pag. 96
<i>I malati mentali: problematiche, cura e accompagnamento</i>	
Gianfranco Palma	pag. 107
<i>Fragilità psichica e mentale: attese e speranze dalla ricerca scientifica e farmacologia</i>	
Emiliangelo Ratti	pag. 114
TAVOLA ROTONDA:	
<i>Fragilità psichica e mentale: organizzazione delle cure, strutture e territorio</i>	
don Roberto Vesentini	pag. 119
<i>Il Servizio Adolescenti dell'Ospedale “Villa Santa Giuliana” di Verona</i>	
Amedeo Bezzetto	pag. 122

<i>Aspetti clinici ed organizzativi nella cura delle psicosi in fase iniziale. Un'esperienza presso l'Unità di ricovero volontario per giovani adulti a Villa Armonia Nuova</i> Francesco Riggio, Monica Centogambe, Marzia Fabi, Marilena Casabona, Sandro Casini	pag. 125
<i>Esperienze</i> Leone Magalini	pag. 132
TESTIMONIANZE: <i>La storia di Samuele</i> <i>La storia di Chiara</i>	pag. 135 pag. 137
<i>Fragilità psichica e mentale: la presenza nel territorio e la risposta delle comunità cristiane</i> Don Maurizio Chiodi	pag. 141
<i>Comunicazione sulla "Nota pastorale" della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute</i> S.E. Mons. Giuseppe Merisi.	pag. 150
Conclusioni Mons. Sergio Pintor	pag. 157



reghiera

Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?
Improvvisamente un'immensa pesantezza è caduta su di me,
e non so dove fuggire.
Non ho più voglia di vivere.
Dove sei Signore?
Trascinato senza vita, verso un deserto immobile,
soltanto ombre circondano le mie frontiere.
Come posso uscirne?
Pietà di me, mio Dio...
Come una città assediata, mi circondano, mi opprimono,
mi soffocano l'angoscia, la tristezza, l'amarezza, l'agonia.
Come si chiama tutto questo?
Nausea?
Tedio della vita?
...Non dimentico, Gesù, Figlio di Dio e servo del Padre, che
là, nel Getsemani...il tedio e l'agonia ti oppressero fino a
farti versare lacrime e sangue.
Una pesante tristezza di morte inondò la tua anima,
come un mare amaro...
Ma tutto passò!
Io so, che anche la mia notte passerà.
So che squarcerai queste tenebre, mio Dio,
e domani spunterà la consolazione.
Cadranno le grosse mura e di nuovo potrò respirare.
La mia anima sarà visitata e tornerà a vivere...
Grazie, mio Dio, perché tutto è stato un incubo,
soltanto l'incubo di una notte che è già passata.
Adesso donami pazienza e speranza.
E si compia in me, la Tua volontà, mio Dio. Amen.

Ignacio Larranaga



Introduzione

Mons. SERGIO PINTOR

Direttore Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salute

Il tema scelto, *“Fragilità psichica e mentale. Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come società”* è di grande attualità e di notevole urgenza. Ad alcuni elementi che già da diversi anni sono oggetto di attenzione e studio, si sono aggiunte progressivamente nuove problematiche, sorte di recente, con riflessi nell’ambito sociale, politico, medico, sanitario, culturale. La presente riflessione si colloca poi centralmente, nel cammino della chiesa italiana, scandito dal quarto Convegno ecclesiale nazionale, in specie nella dimensione della fragilità.

L’ascolto del “grido silenzioso”, suggestivamente menzionato nel titolo, rimanda alla provocazione che questa fragilità continuamente rivolge a tutti, grido di cui si fa voce lo Spirito del Signore provocando il cammino delle comunità cristiane. Richiamo urgente che il compianto mons. Ugo Donati Bianchi (vescovo di Urbino - Urbania - Sant’Angelo in Vado) espresse con particolare efficacia, pronunciando come un testamento, nella sua incisività omiletica: “Chiesa, svegliati! Il grido di chi soffre non può aspettare!” Questo “grido silenzioso” vuol dire anche altro. Nel contesto specifico del disagio mentale significa anzitutto mettersi in ascolto dei bisogni delle persone che vivono condizioni di fragilità psichica, dei sofferenti e delle loro famiglie.

L’ascolto è il primo atteggiamento a cui si è chiamati accostando questa realtà, non sfuggendo a questo grido, senza celarsi in risposte teoriche, unilaterali, qualche volta perfino ideologiche. Le diverse scuole di pensiero, le modalità di approccio al problema dal punto di vista psicologico, psichiatrico, sociale, politico, sono tutte legittime. Non è consentito tuttavia prendere le mosse da mentalità unilaterali trascurando il primato della persona, con i suoi bisogni estremamente singolari, diversificati. Non si tratta di optare per una legge contro un’altra o di semplificare il dibattito intorno all’opportunità o meno di determinate strutture. Leggi e apparati devono sempre restare fedeli alla dimensione di un servizio autentico alla persona, sottoposte quindi a continue e idonee rivisitazioni e modifiche. Un tale atteggiamento di apertura, confronto e convergenza sul primato della persona, è fondamentale perché vi possa essere un dialogo costruttivo ad ogni livello: ecclesiale, sociale e, nella più vasta accezione, politico.

Un giorno, una donna impiegata presso l’Ospedale romano del Bambin Gesù, con una figlia mentalmente disturbata, si è rivolta agli uffici CEI per la Pastorale Sanitaria. Le opportunità offerte

dalla sua professione rendevano improbabile che il problema fosse di reperire un medico o una struttura sanitaria. In effetti, la situazione dolorosamente descritta dalla donna, è stata la storia di sua figlia che a 18 anni si rifiuta di dare gli esami di maturità e inizia a bighellonare nelle piazze, che entra a far parte di una setta satanica, che rimane incinta dando alla luce un figlio che le viene sottratto e dato in adozione. La storia di una giovane donna che da 11 anni vive smarrendo i propri sentieri, ospite di una comunità terapeutica da cui fugge in continuazione. Quella donna era una madre stremata da un lungo calvario, che voleva esprimere davanti alla chiesa il suo grido, la sua richiesta di aiuto. Il tema scelto, per riflettere e capire qualcosa in più del mondo complesso della malattia e della salute, rimanda a questo grido, al dramma di tante situazioni familiari simili a questa.

Un convegno pastorale non può comunque sottrarsi alla prova dell'esistenza, della concreta esperienza del dolore e dell'amore. Accanto alle storie che esprimono le molte "grida silenziose" di questo tempo, la chiesa vuole essere madre, maestra e quindi sempre discepola: solo così, apprendendo, saprà anche generare ed insegnare.

F

fragilità psichica e mentale: un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa

Fra PASCUAL PILES - Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio (Fatebenefratelli)

Premessa

Saluto tutti i partecipanti e quanti compongono il tavolo presidenziale. Ringrazio per l'invito a presentare questa mia riflessione come conferenza inaugurale di questo Incontro.

Già quando ho ricevuto l'invito avevo intravisto delle difficoltà per essere presente, a causa dei miei diversi impegni, e perché conciliare i viaggi con le presenze nei diversi luoghi non mi è facile. Pensando che l'Incontro avrebbe avuto luogo a Roma ho accettato con piacere. Quando ho visto che invece si sarebbe tenuto presso le Terme di Chianciano, mi sono reso conto che era impossibile arrivare da Cracovia a Roma nel primo pomeriggio e poi essere tra voi per partecipare al Convegno.

Ne ho parlato con Fra Pietro Cicinelli, Consigliere Generale del nostro Ordine e rappresentante legale della Curia Generalizia in Italia, oltre che Vicepresidente operativo in questo sessennio dell'Ospedale San Giovanni Calibita all'Isola Tiberina. Fra Pietro ha accettato gentilmente di sostituirmi in questa occasione, e di leggere la mia riflessione. Lo ringrazio sentitamente per la sua disponibilità.

Spero che queste mie parole possano essere d'aiuto a tutti i partecipanti: ai rappresentanti regionali e diocesani di Pastorale della Salute, ai loro più stretti collaboratori, a quanti sono interessati al tema, per il lavoro che stanno realizzando e al quale sono stati chiamati a partecipare.

1. Chiarimenti e punto centrale del tema

Sono ormai 18 anni che faccio parte del Governo Generale dell'Ordine, mentre prima avevo ricoperto per 6 anni la carica di Provinciale. La mia esperienza pastorale nel campo della salute mentale risale ai primi nove anni apostolici della mia vita quando, dopo aver terminato gli studi, ho seguito molto da vicino l'evoluzione del campo della Psichiatria a livello generale nel mondo, e in particolare nell'Ordine e nella società. Oltre agli studi che ho realizzato in altri campi, ho ottenuto una laurea in Psicologia Clinica.

Prima di addentrarmi nella materia, vorrei soffermarmi un po' sui termini. Il titolo del Convegno inizia facendo riferimento alla fragilità psichica e mentale.

La *fragilità* è inerente al nostro essere. Noi, come persone, siamo dei beni finiti. Il bene per eccellenza, il bene infinito è Dio. Ciò significa che, oltre ai tanti elementi positivi del nostro essere, siamo caratterizzati anche dalla fragilità.

Questa fragilità si è espressa in diversi modi, secondo i periodi storici, e attualmente l'essere umano, come in altri momenti, ha una fragilità che potremmo definire epocale.

Senza voler avere una visione negativa della realtà, la persona e la stessa Chiesa hanno una propria storicità, rispondendo in ogni momento alle sue esigenze.

Certe impostazioni della nostra società favoriscono il fatto che l'essere umano abbia delle espressioni concrete della fragilità, caratteristiche del nostro momento.

Quanto mi accingo a citare ha degli elementi positivi, ma possiede anche le espressioni di una fragilità epocale della quale tutti siamo partecipi: la forma di organizzare oggi la politica; la pretesa di costruire una società del benessere; il raggiungimento dello sviluppo e della qualità della vita; le nuove necessità che abbiamo creato e che richiedono una immediata soddisfazione; certi tipi di dipendenze che tutti conosciamo, e che sono il frutto della società dei consumi; il tipo di educazione che abbiamo impostato; i punti cardine che si vanno imponendo nell'impostazione esistenziale del nascere, vivere e morire...

Tutto ciò incide nell'essere personale e per questo ci mostriamo con una fragilità propria, caratteristica della nostra epoca.

Ciò nonostante, dobbiamo dire che nelle nostre impostazioni esistenziali parliamo di crescita umana e spirituale, per avere una piena salute psichica e mentale, per giungere a quell'armonia e a quell'equilibrio che sono necessari per vivere correttamente nella società e dare il nostro contributo per agevolare la convivenza civile e formare una società giusta, equilibrata, non soltanto nel Paese in cui viviamo, ma adoperandoci affinché ogni angolo della terra possa godere della qualità della vita.

Il movimento della crescita umana contrasta con le impostazioni negative che nuocciono alla nostra fragilità e che scaturiscono dal modo di vita che viene promosso.

Abbandonando il tema della fragilità, entriamo ora nella parte *psichica o mentale*.

Possiamo affermare che l'elemento psichico entra di più nella definizione della personalità completa, mentre quello mentale nella definizione della conoscenza. Credo inoltre che questi termini siano stati usati in modo diverso: uno più nel senso del patologico, mentre l'altro è associato di più alla normalità, ma li usiamo indistinta-

mente in una descrizione dell'insieme della personalità e nei richiami che facciamo al patologico e alla normalità. Ad esempio, posso citare un lavoro nel campo della salute mentale per affermare che mi dedico alla sua promozione o al suo trattamento; oppure posso dire che godo di una buona salute mentale, o che invece ne ho poca.

Il terzo aspetto sul quale vorrei soffermarmi è quello del *grido silenzioso*. Si tratta di un binomio di parole che usiamo per definire una realtà contrapposta, che ha un proprio senso in un linguaggio metaforico. Simili a questo sono il concetto di fedeltà creativa, o quello della nuova evangelizzazione. Noi siamo soliti usare quello di gestione carismatica. Normalmente un grido non è certo silenzioso, anche se un detto popolare afferma che ci sono silenzi più eloquenti di tante parole. Nella conclusione parleremo di quale tipo di grido silenzioso siamo chiamati a realizzare.

È in questo ambito che dobbiamo impegnarci come Chiesa, una Chiesa che annovera un'esperienza di salvezza che si perpetua da Gesù di Nazaret, che è venuto sulla terra per portarci la Buona Novella, e che si è incarnato affinché tutti avessero la vita, e l'avessero in abbondanza (cfr. Gv 10, 10). Gesù vuole trasmettere a tutti questa vita, come fonte di salute, come possibilità per dare un senso alla nostra esistenza, e per illuminare, con la parola e con la vita, anche quella degli altri.

2. Un intento descrittivo

Vorrei ora parlare della mancanza di salute mentale e delle manifestazioni di fragilità psichica nelle persone.

Le malattie mentali ci sono sempre state. La Bibbia, soprattutto nel Nuovo Testamento, parla spesso delle persone possedute dal male (cfr. Mt 17, 18; Lc 10, 17-19). Ne parlano anche altre culture o tradizioni. Questa nozione esiste ancora nelle concezioni ancestrali dell'esistenza.

Senza entrare nella realtà ontologica delle possessioni, oggi conosciamo le malattie mentali propriamente dette, con manifestazioni esteriori di comportamento, psicosi o nevrosi, sulle quali hanno una certa incidenza sia la struttura della personalità di un individuo, sia i fattori ambientali che incidono negativamente sul suo essere.

Il trattamento di questi disturbi, come certamente molti di voi sanno, avviene con farmaci appropriati ma anche con interventi di tipo psicoanalitico, psicologico e sociale, che aiutino il paziente, a livello individuale o di gruppo, a prendere coscienza della propria situazione e a ricercare pur nella difficoltà l'equilibrio necessario per poter avere una vita autonoma.

Ci sono altri tipi di difficoltà nelle persone, difficoltà che sono direttamente connesse alle loro capacità cognitive, e che pertanto interessano la personalità, dovute a deficit mentali, totali o parziali, con un grado di disabilità che viene definito grave, medio o lieve.

In questo caso, offriamo a queste persone delle possibilità di apprendimento grazie all'aiuto della psicologia pedagogica, per accrescere le loro capacità, per promuovere abitudini comportamentali e per acquisire una certa autonomia, tutelata nei casi in cui non può essere totale, aiutando questi malati a vivere meglio.

Oltre a queste forme di fragilità, oggi ci sono malattie nel campo della salute mentale, alle quali sarà dedicato uno spazio in questo convegno, che sono molto diffuse, come ad esempio la depressione, l'autismo, ecc. Sono anche il frutto della fragilità del nostro tempo: sono la dipendenza dall'alcool, dalle droghe, disturbi che riguardano la sfera sessuale, la dipendenza dal gioco, ecc. Vorrei ricordare anche la malattia di Alzheimer.

Più nel passato che nel presente, forse a causa della vergogna e per l'aspetto dei malati, c'era un atteggiamento di *occultamento* della malattia, come se si volesse negare una realtà evidente. In alcuni casi si cercava di nascondere la cosa affinché il malato, proprio per il fatto che gli altri non conoscevano la sua situazione, potesse vivere un'esistenza normale.

Sono stati creati dei luoghi appositi in cui rinchiodare queste persone, con stili di vita molto controllati, per non dire di repressione. La società si difendeva da loro, e si sentiva tranquilla perché erano *sorvegliati* ed avevano un proprio spazio esistenziale. Le persone cosiddette "normali" potevano vivere tranquillamente, senza le difficoltà di convivenza che potevano verificarsi per gli eventuali scatti di pazzia da parte di questi malati.

Era cosa comune etichettare o *stigmatizzare* queste persone e le loro famiglie. I due atteggiamenti descritti poc'anzi erano il frutto di questo modo di procedere.

Ancora oggi si sta cercando di superare la stigmatizzazione delle singole persone o dei loro familiari, a causa di queste malattie.

L'accettazione della malattia mentale è stata ed è ancora molto difficile, e con essa il fatto che comporti l'impostazione di un trattamento riservato non soltanto ai malati ma anche ai loro familiari. Dire o sentire che una persona va dallo psichiatra significa subire un'emarginazione da parte dell'ambiente circostante.

Grazie a Dio abbiamo fatto grandi progressi nel trattamento di queste malattie. Possiamo disporre di metodi psicologici, analitici e sociali che aiutano molto, assieme ai farmaci e al modo di agire nei confronti di queste persone e di aiutarle. Gli atteggiamenti che ho descritto scaturivano dai trattamenti del passato riservati a queste malattie, con gli abusi che non di rado si verificavano.

Il nostro fondatore, San Giovanni di Dio, all'inizio della propria vocazione attraversò una profonda crisi teologica. Siamo nel

1537. Ebbe dei comportamenti che portarono la gente a ritenerlo pazzo, e per questo venne ricoverato nella sezione dei malati mentali dell'Ospedale Reale di Granada. Lì sperimentò sulla propria pelle i trattamenti che erano riservati ai malati. Denunciò questo trattamento disumano, e la cattiva gestione delle risorse che il Re metteva a disposizione per curare questi malati. Quando venne dimesso, aveva maturato il fermo proposito di fondare un ospedale in cui le persone prive di senno potessero essere curate come egli desiderava.

È necessario dire che questi malati attraversano momenti e situazioni in cui sono come annebbiati, a causa dell'angoscia che li opprime, e per questo hanno degli atteggiamenti pericolosi e aggressivi nei confronti di sé stessi ma anche degli altri. Questi casi, conosciuti dal pubblico in generale, in parte giustificano gli atteggiamenti di difesa e di paura di fronte a una realtà considerata pericolosa.

Bisogna sottolineare inoltre che nel processo di trattamento e di accettazione di questi malati, ci sono state famiglie che hanno dedicato loro tanto affetto e si sono dimostrate molto disponibili nell'affrontare il processo di convivenza o di trattamento, collaborando in tutto e per tutto con gli specialisti. Sono state famiglie veramente esemplari.

Non dobbiamo dimenticarci poi dell'affabilità e dell'atteggiamento di collaborazione di certe popolazioni, laddove sono presenti queste Istituzioni, che si sono dimostrate cordiali collaborando al processo di libertà che poco a poco e con l'aiuto dei farmaci o di altre terapie è stato offerto a questi pazienti, che hanno iniziato a passeggiare tra le persone e a frequentare i giardini pubblici o i bar del posto, avendo con loro un atteggiamento di rispetto e di cordialità.

4. Il grido silenzioso nelle risposte date

Oltre alle forme negative di comportamento, abbiamo già segnalato quelle positive di molte famiglie e di certe popolazioni che convivono con i centri orientati ai pazienti che hanno dei problemi mentali.

Possiamo affermare con soddisfazione che è stata data una risposta positiva da parte degli operatori professionali che si sono dedicati a questi malati, e che è stata data una risposta altrettanto positiva da parte della Chiesa.

Sebbene le istituzioni create per la cura o per la custodia dei malati siano state contrassegnate da una difesa da parte della società nei confronti dell'aggressività che talvolta essi mostravano, non è stato sempre possibile controllarli, anche facendo ricorso a strumenti di coercizione; ma è altrettanto vero che sono stati fatti tanti passi avanti per giungere, attraverso lo studio e la ricerca, alla conoscenza del mistero che avvolge le malattie mentali, applicando il trattamento più adeguato per queste persone.

Sia a livello di farmaci, sia a livello di stile di terapia, nel XX secolo sono stati fatti notevoli progressi, potendo intervenire con farmaci specifici che hanno aiutato, nelle personalità *dualistiche* e *paranoiche*, a far ritrovare ai pazienti un certo equilibrio, e formulare una valutazione più obiettiva della realtà e pertanto promuovere risposte meno distaccate, aiutando poi la mobilitazione dei pazienti *catatonici* nelle loro posture di freno e di rallentamento delle reazioni, che hanno eliminato l'aggressività, aiutando la persona a rasserenarsi attraverso l'effetto tranquillizzante e di controllo dell'angoscia, ecc.

Dall'altra parte, gli apporti della psicanalisi, della psicologia profonda, della sociologia e lo studio dei blocchi nei rapporti interpersonali, hanno permesso a chi ne soffre di prendere consapevolezza della situazione, agevolando il processo di normalizzazione del loro comportamento.

La Chiesa annovera molte istituzioni che si sono dedicate a questo campo. È vero che ciò è stato fatto secondo le modalità e la forma di vedere la realtà proprie del tempo, ma è altresì vero che abbiamo avuto comportamenti profetici nel dedicarci alle persone fragili mentalmente o psichicamente, nella umanizzazione dell'assistenza, nella creazione di spazi adeguati ai bisogni dei pazienti, nel portare avanti una battaglia tesa a ottenere le risorse necessarie per un'assistenza di qualità, e aderendo alle nuove tendenze che volevano la rottura delle barriere che emarginavano i malati, favorendo invece un processo di normalizzazione del trattamento.

Non posso citare qui tutte le figure della Chiesa che si sono dedicate a questo campo. A mo' di esempio, vorrei soltanto richiamare il modo di agire del nostro Fondatore, San Giovanni di Dio, che dopo aver patito la triste esperienza di essere trattato come un malato di mente, maturò questa decisione: "Gesù Cristo mi conceda il tempo e mi dia la grazia di avere un ospedale, dove possa raccogliere i privi della ragione, e servirli come desidero io". Siamo nel 1538-1539.

Questo "come desidero io" si è concretizzato secondo le possibilità che egli aveva a disposizione, ma ha portato l'Ordine a compiere uno sforzo costante per vivere un'ospitalità di qualità nel servizio ai malati.

All'inizio del XIX secolo, in Francia, uno dei nostri Confratelli, Paul de Magallon, fu il fondatore di vari centri psichiatrici nel Paese, ed ebbe contatti con Philippe Pinel (1785-1826), considerato il padre della psichiatria, che ebbe parole di elogio per il modo di agire del nostro Confratello nel campo della salute mentale.

Nella seconda parte dello stesso secolo, il XIX, San Benedetto Menni, italiano, fautore della restaurazione dell'Ordine in Spagna e fondatore delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, ebbe un orientamento preferenziale per i malati mentali in entrambi i suoi progetti, creando delle istituzioni specifiche in luoghi soleggiati, con edifici a parte, grandi giardini e camminamenti per le

passaggiate dei malati, con l'applicazione dei bagni come terapia e della terapia elettrica come possibilità di attuazione efficiente nel cervello, la libertà nell'ambito dell'istituzione secondo lo stato dei pazienti, ecc.

Molte religiose hanno dedicato la propria vita a questi malati nei centri pubblici, e ciò vale anche per i sacerdoti che hanno svolto le funzioni di cappellani, oltre che per tanti operatori cattolici e volontari.

Ogni persona è chiamata a strutturare la propria personalità. In ciò distinguiamo diverse tappe: infanzia, adolescenza, gioventù, maturità e tarda età.

Servendoci degli aiuti esterni, che possono venire dalla famiglia, dalla società, dalle amicizie, dagli studi e dalla Chiesa, dobbiamo aiutare la crescita del nostro essere personale e costruirlo partendo dalle basi innate che ciascuno di noi possiede.

La nostra meta è giungere a vivere dando un senso alla nostra esistenza, facendo in modo che il nostro essere personale sia autonomo, libero, con una coscienza ben formata, con un equilibrio che è il frutto dell'insieme di diversi elementi: fisico, intellettuale, emotivo, sociale, spirituale e religioso.

Come agenti di pastorale dobbiamo conoscere bene queste necessità per aiutare, assieme ad altri, le persone nel loro processo di maturazione, affinché possano dare un significato alla loro esistenza.

Dobbiamo lavorare nel campo della fragilità delle persone nelle loro necessità che riguardano la sfera della salute mentale; dobbiamo conoscere le scienze umane e l'esperienza in campo teologico nel suo contributo al superamento della fragilità delle persone; dobbiamo lavorare su noi stessi per poter offrire agli altri la salute mentale.

La conoscenza della persona nella sua situazione è molto importante per avere un modo di agire che sia illuminante. Se ci troviamo ad operare in istituzioni o servizi orientati a promuovere la salute mentale o psichica, dobbiamo saperci integrare nelle équipes già presenti e appoggiare, nella nostra posizione, quello che potrebbe essere il processo di ricostruzione di una persona, partendo dalla sua fragilità. Dobbiamo basarci sull'esperienza della nostra fede in Gesù di Nazaret nella Chiesa, come elemento unificatore, sanante, che ci aiuta con criteri ed esperienze specifici da vivere con un senso profondo. Dobbiamo fare in modo che la fede sia elemento sanante anche per gli altri, e perciò in alcuni momenti dobbiamo misurare l'opportunità dell'annuncio esplicito quando ci troviamo di fronte una persona che non è nella condizione di assimilarlo.

Con la visione psico-analista della realtà, la religione è stata considerata come una proiezione, come l'espressione di una nevro-

si, la si è valutata senza nessun fondamento, considerando la morale che abbiamo promosso come fonte di repressione e apportatrice di conflitti nelle personalità che devono essere liberate. Siamo chiamati ad essere testimoni di una vita sana, di una fede sana, che sia fonte di salute, che sia basata sull'amore che Gesù Cristo ha avuto per le persone, molte delle quali, nella loro fragilità, hanno ricevuto da Lui quell'aiuto necessario per essere ricostruite: la samaritana (Gv 4, 7), l'adultera (Gv 8, 3), la donna peccatrice dalla quale erano usciti sette demoni (Lc 8, 2), ecc.

Una parte molto importante della persona è costituita dalla sua *affettività* e in essa dalla sua *sessualità*. Nel processo di ricostruzione di una persona, entrambe rivestono grande importanza. Gli affetti, espressi in modo adeguato da parte delle persone, possono essere d'aiuto. Non si può negare la sessualità ai malati mentali o alle persone che hanno delle disabilità intellettive, e che pertanto spesso non sono responsabili delle conseguenze dell'espressione di questa sessualità.

Come Chiesa non sempre abbiamo avuto un chiaro approccio a questo argomento. La Chiesa si preoccupa di illuminare in questo campo, per superare le carenze che si sono verificate nel passato. Giovanni Paolo II ha affermato che non si può negare la dimensione sessuale di queste persone, ma che sono ancora allo studio le forme in cui essa può esprimersi (Simposio Internazionale su "Dignità e diritti della persona con handicap mentale", Vaticano 8 gennaio 2004). La nostra Istituzione, nei tanti centri psichiatrici che possiede nel mondo, ha cercato di affrontare questa realtà.

Un secondo elemento è quello di tenere conto del nostro intervento corretto e congiunto con il resto dell'équipe terapeutica nei casi in cui la fragilità mentale entra nell'elemento religioso. Ad esempio, ci sono persone paranoiche che si credono Dio o Gesù Cristo; persone con psicosi che hanno deliri mistici o allucinazioni che considerano come apparizioni del Signore, della Madonna o dei Santi; persone che soffrono di ossessioni religiose, di scrupoli, ecc.

Un modo di agire adeguato, che segua le direttive dell'équipe terapeutica, deve poter agevolare il recupero del senso della vita e della salute mentale nel paziente, che quando è in crisi si trova in una situazione di estremo bisogno.

Un terzo elemento è avvicinare l'esperienza religiosa alle persone con handicap mentale. Dobbiamo preoccuparci, nei servizi di pastorale, di impostare delle celebrazioni adattate pedagogicamente, nelle quali si faccia meno uso della parola e più dei segni, e sia dato spazio alla partecipazione dei pazienti con dialoghi adeguati, aneddoti gradevoli e nelle quali ci sia apertura alla partecipazione

al sacramento attraverso la comunione, indipendentemente dal fatto che ci sia qualcuno che non arrivi a comprendere appieno il significato della presenza di Gesù nel sacramento e che la percepisca soltanto secondo le proprie possibilità.

7.
Conclusione:
in cosa deve
consistere oggi il
nostro grido
silenzioso

- 7.1 Termino la mia riflessione. Credo che la nostra posizione non dev'essere quella di avanzare gridando, ma neanche quella di allontanarci dalla realtà. Non possiamo tacere. La posizione della Chiesa è quella di essere consapevole della nostra realtà, della salute mentale delle persone, cercando di promuovere nell'ambito delle sue possibilità quanto possa servire alla salute mentale. La società ce ne sarà sempre grata.
- 7.2 Siamo in Italia, e non possiamo dimenticarci di dire che la Legge 180/78, promossa dal Prof. Franco Basaglia, ha dato un notevole contributo. Dobbiamo riconoscere però che ci sono delle difficoltà. Dire che non esistono malati mentali è un'affermazione troppo assoluta, secondo il mio parere. Certamente questi malati devono vivere in modo diverso da quello in cui hanno vissuto nel passato, ma non possiamo abbandonarli senza alcun sostegno.
- 7.3 Come operatori di pastorale sanitaria dobbiamo approfondire molto il nostro contributo al superamento della fragilità psichica e mentale delle persone. Nella riflessione ci sono delle "piste" di attuazione. Facendo affidamento sulla nostra fede in Cristo e sulle scienze umane dobbiamo essere persone sane mentalmente, e che possano contagiare questa salute mentale.
- 7.4 Oltre a quanto facciamo con la pastorale, dobbiamo promuovere nelle nostre istituzioni dei Servizi adeguati in favore delle persone che necessitano di un miglioramento della loro salute mentale o di un trattamento specifico. I malati di mente, le persone con handicap mentale, sono i più poveri tra i poveri. Il nostro Ordine in Africa ha fatto un'opzione preferenziale per questi poveri, che nella società locale sono totalmente rifiutati, perché considerati ancora come posseduti dagli spiriti maligni. Negli ultimi anni abbiamo aperto centri di salute mentale in Malawi, e più precisamente a Mzuzu; a Nampula in Mozambico; a Thies e Fatick in Senegal, e nella città di Agóé-Nyivé in Togo.
- 7.5 Vorrei terminare con una testimonianza personale: ringrazio Dio per avermi chiamato a vivere come consacrato nella Chiesa e nella società nel servizio ai malati mentali o a coloro che hanno bisogno di salute mentale. Prima di entrare a far parte del governo dell'Ordine ho dedicato nove anni a queste persone. Spero di potermi dedicare di nuovo a loro quando terminerà il mio servizio di animazione e governo. Sembra che il momento stia per giungere.



fragilità psichica e mentale: dimensioni del problema e interventi terapeutici. La crisi della relazione interpersonale

TONINO CANTELMÌ

Presidente dell'Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici

La dimensione del problema

L'uomo alle soglie del terzo millennio, soprattutto nelle opulente e tecnofile società occidentali, manifesta una fragilità inquietante.

Alcuni dati recenti diffusi dall'OMS ci aiutano a farci un'idea della dimensione della fragilità psichica di cui soffrono gli uomini e le donne del nostro tempo.

Quasi sessantamila persone si sono uccise in Europa in un anno, oltre un milione in tutto il mondo e quasi 20 milioni di persone hanno tentato il suicidio senza riuscirci.

In tutto il mondo, circa 450 milioni di persone soffre di un disturbo psichico. Nel 2000 i disturbi mentali costituiscono oltre il 13% del carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato; questa percentuale è addirittura superiore a quella attribuita al cancro. Comparato al risultato del 1990, ci si aspetta che il contributo dei soli disturbi mentali aumenti del 15% nei prossimi 20 anni.

In Italia, nel 2004 è stato condotto il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali effettuato in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana, promosso dall'OMS a livello mondiale, dall'Unione Europea e in Italia dall'ISS.

Da questo studio risulta che in Italia, circa 3 milioni e mezzo di persone soffrono di un disturbo mentale affettivo o d'ansia.

La *depressione*, in particolare, sta diventando un'emergenza mondiale, colpisce circa 340 milioni di persone in tutto il mondo. Nel 2002 il disturbo depressivo copriva il 4,5% di tutto il carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato (WHO, 2004d). Costituisce la principale causa di disabilità di molte nazioni europee.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, entro il 2020 la depressione sarà la patologia più diffusa dopo le malattie cardiovascolari.

Questo significa che la depressione unipolare da sola spiegherà un terzo di tutto il disagio mentale mondiale causato da condizioni neuropsichiatriche, e che diventerà il più importante disturbo mentale da affrontare.

I dati italiani sembrano confermare l'allarme mondiale relativo alla depressione: ne soffre un milione e mezzo di persone, molti anziani, ma soprattutto le donne, che rappresentano i due terzi dei malati. Non solo: un depresso su due rischia una ricaduta nel giro di pochi anni.

I soggetti più a rischio sono le donne, anche per le loro caratteristiche fisiche, in particolare per la presenza di ormoni come gli estrogeni. Le probabilità di soffrire di depressione aumentano proprio in età fertile, ma la forma più subdola in cui si manifesta la malattia è la depressione post parto, spesso non riconosciuta, che colpisce con più facilità le donne che in genere soffrono seri dolori pre-mestruali o di tiroide.

È inoltre in forte aumento la depressione fra i *giovani*: secondo uno studio condotto in Italia l'8% dei giovani soffre di disturbi d'ansia e il 5% di depressioni gravemente limitanti. Inoltre per sette ragazzi su cento, che hanno oggi fra i 18 e i 24 anni, la malattia è cominciata prima della maggiore età. Lo stress da competizione, i ritmi di crescita accelerati, la solitudine, gli ambienti relazionali più complessi, le minori occasioni di gioco: aspetti questi che sembrano avere pesanti ripercussioni sulla loro salute mentale.

Come riconoscere il "male oscuro"?

Alcuni segnali sono: apatia o ridotta volontà, una diminuzione della capacità di fare o prendere decisioni, defaillance cognitive a livello di memoria o di attenzione. Ma anche sintomi più evidenti, come inappetenza, insonnia, o dolore senza alcuna spiegazione fisica.

I *disturbi d'ansia*, come la depressione, sono fra i più diffusi disturbi psichiatrici, nonostante variazioni culturali. Circa il 14% ne soffre lungo il corso della propria vita, anche perché questo tipo di disturbo compare facilmente per la prima volta durante l'infanzia e l'adolescenza.

Per i bambini, i disturbi d'ansia rappresentano la più comune forma di psicopatologia con una percentuale annua media del 10%.

In Italia quasi due milioni e mezzo di persone soffrono di un disturbo d'ansia, in particolare:

- 250.000 di disturbo da attacchi di panico,
- 1.125.000 di fobie specifiche,
- 400.000 di fobia sociale,
- 330.000 di DPTS.

I *disturbi del comportamento alimentare* (DCA) sono patologie psichiatriche caratterizzate da una serie di convinzioni e comportamenti distorti incentrati su cibo, peso e corpo, che si presentano parallelamente alla diffusione di abitudini alimentari e stili di vita sempre più improntati alla ricerca della perdita di peso, che, nelle situazioni più estreme, portano a mettere a rischio la stessa sopravvivenza della persona. Queste problematiche sono in costante aumento nei paesi industrializzati. In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e le loro varianti subcliniche, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte del 1-3% per la bulimia nervosa e dello 0,5%-1 per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da un minore numero di sintomi rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile.

L'OMS afferma che le patologie di tipo anoressico e bulimico rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

L'aumento della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), da soli o in codiagnosi con altri disturbi, in particolare nella popolazione femminile giovanissima ed adolescenziale, ma anche nella prima età adulta, ha assunto negli ultimi anni, un rilievo significativo.

Secondo i dati diffusi in una nota stampa dall'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP), in Italia il fenomeno è sempre più in crescita.

Il 75% delle donne si considera troppo grassa, l'80% ha fatto una dieta prima dei 18 anni, il 35% ha avuto episodi di abbuffate, mentre la prevalenza di comportamenti di vomito auto indotto è del 25-35%; avrebbe infine a che fare con un'alimentazione e comportamenti di controllo disfunzionali ben il 25% delle donne e il 10% dei maschi.

L'età più a rischio per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione (DA) è tra i 15-19 anni, fascia in cui cade il 40% dei soggetti affetti.

Le cause di questi disturbi sono molteplici: genetica, tratti di personalità, influenze ambientali, sociali e familiari.

Gioco d'azzardo, lavoro, internet, shopping compulsivo, sesso: sarebbero queste le nuove dipendenze che si vanno sempre più diffondendo anche nella società italiana, e che in modo particolare ci svelano il senso di vuoto che permea la vita di molti e ci restituiscono uno spaccato di quella crisi della relazione che rende le persone così vulnerabili e sofferenti.

Il quadro che mostriamo emerge da alcuni dati diffusi dalla Società italiana interventi sulle patologie compulsive (SIIPAC).

La *dipendenza da lavoro (work fixation)* riguarda tra il 6% e l'8% della popolazione lavorativa italiana: i risultati sono una vita familiare e sociale distrutta, ansia, depressione e patologie correlate.

Da *shopping compulsivo* sarebbe affetto il 5% della popolazione.

Per *dipendenza sessuale (sex addiction)* si intende una sindrome in cui la persona è eccessivamente preoccupata del sesso, con persistenti pensieri sessuali intrusivi e distraenti che la spingono a intraprendere attività sessuali ripetitive e compulsive anche "contro la sua stessa volontà".

I dipendenti da sesso (*sex addicts*) non sono più capaci di controllare o di posporre sensazioni e attività orientate al sesso, incuranti della propria salute e sicurezza (comportamenti sessuali a rischio). Mano a mano che la preoccupazione per il sesso aumenta in termini di energia e di tempo dedicati, il soggetto si trova a seguire una routine o un rituale a cui seguono – una volta realizzati i desideri sessuali – sentimenti di negatività, vergogna, disperazione e confusione.

La dipendenza da sesso (*sex addiction*) generalmente si manifesta per stadi:

- *preoccupazione*: fantasie continue su prospettive o situazioni a sfondo sessuale;
- *ritualizzazione*: una tipologia di attività sessuale o situazione è spesso stereotipata e ripetitiva;
- *compulsione*: attività sessuale sfrenata incurante delle conseguenze negative e del desiderio di fermarsi;
- *disperazione*: senso di colpa, rimorso, vergogna per l'incapacità di controllare il proprio comportamento;
- altri problemi comportamentali, spesso legati a dipendenza da sostanze o disturbi dell'alimentazione.

Carnes negli Stati Uniti conta una prevalenza di 3-6%. Sono coinvolti sia uomini che donne, ma sono più uomini ad essere dipendenti dal sesso. Si parla di una percentuale di 70-80% di uomini e 20-30% di donne.

La *Internet-dipendenza* o "*Retomania*" o "*Internet Addiction Disorder*" (*IAD*) riguarderebbe fino al 12% degli adulti e più dell'8% degli adolescenti in Italia. L'abuso di internet sarebbe determinato da un senso di vuoto, da un vissuto di solitudine e dalla difficoltà di investire la realtà off line. In alcuni casi estremi, la partecipazione alla realtà on line è finalizzata alla negazione di quella concreta, quotidiana, avvertita come minacciosa.

Questa dinamica, in un certo senso, è simile a quella che si verifica nel caso della dipendenza da sostanze.

Prima tappa verso la rete-dipendenza o “fase iniziale”

È caratterizzata dall'attenzione ossessiva e ideo-affettiva a temi e strumenti inerenti l'uso della rete, che genera comportamenti quali controllo ripetuto della posta elettronica durante la stessa giornata, ricerca di programmi e strumenti di comunicazione particolari, prolungati periodi in chat.

Seconda tappa o “tossicofilia”

È caratterizzata dall'aumento del tempo trascorso on-line, con un crescente senso di malessere, di agitazione, di “mancanza di qualcosa” o di “basso livello di attivazione” quando si è scollegati (una condizione paragonabile all'astinenza).

Inizialmente ciò era accompagnato anche da un notevole aumento delle spese, che spesso rappresentava un lieve fattore di inibizione della tossicofilia, oggi pressoché irrilevante, date le numerose possibilità di rimanere a lungo collegati a basso costo. Restano, tuttavia, importanti indicatori di tossicofilia il malessere soggettivo off-line e l'abuso on-line, spesso anche nelle ore lavorative e nelle ore notturne, in cui si è disposti a rinunciare anche al sonno.

Terza tappa o “tossicomania”

È la fase in cui la rete-dipendenza agisce ad ampio raggio, danneggiando diverse aree di vita, quali quella lavorativa, delle relazioni reali e quella scolastico-lavorativa e in cui si rilevano problemi di scarso profitto, di assenteismo scolastico-lavorativo e di isolamento sociale anche totale.

I più importanti tipi di *Internet Addiction Disorder* sono i seguenti:

Cybersex addiction, il sesso virtuale: attività che provocano eccitazione sessuale come la ricerca di materiale pornografico, gli incontri in chat erotiche.

Cyber relational addiction, la dipendenza da relazioni virtuali. Consiste in un bisogno costante di instaurare relazioni amicali o affettive con persone incontrate on-line anche molto lontane fisicamente. Le applicazioni internet maggiormente utilizzate a questo scopo sono la posta elettronica, le chat e le newsgroup.

Information overload, letteralmente sovraccarico cognitivo. Si tratta del bisogno di reperire una quantità smisurata di informazioni con lo scaricamento continuo di materiale dai diversi siti incontrati o cercati durante la navigazione, con il rischio – appunto – di un sovraccarico di informazioni che ne impedisce un buon uso.

Computer addiction, la dipendenza in questo caso si riferisce ai giochi virtuali interattivi (MUD's). I partecipanti giocano ed interagiscono tra loro nascondendo la loro vera identità e costruendosene un'altra. Il potenziale attrattivo dei giochi di ruolo è molto forte e può far cadere nella trappola della dipendenza e di una falsa iden-

tità i soggetti con una scarsa autostima, timidi, che rifiutano se stessi. La falsa identità e l'anonimato veicolano, distogliendo il soggetto da sane relazioni affettive, desideri e illusioni sostituendo pericolosamente la vera realtà con quella virtuale.

La salute mentale è la vera frontiera della medicina. E lo stigma, cioè la vergogna, l'emarginazione e l'isolamento, è ancora una barriera all'accesso alle cure. *Vulnerabilità*, questa è la parola chiave per gli psichiatri. È come se in ciascuno di noi ci fosse una soglia di protezione mentale, superata la quale si manifesta la vulnerabilità individuale alla patologia mentale. Certo, vulnerabilità e soglia sono concetti che richiamano al patrimonio genetico e ad elementi biologico-costituzionali: è come se ognuno di noi, in altri termini, nascesse già con una qualche vulnerabilità ed una certa soglia di tolleranza allo stress. Tuttavia esperienze favorevoli nelle prime fasi dell'infanzia, ma nel corso della vita in genere, possono minimizzare la vulnerabilità ed incrementare la soglia di resistenza. Ovviamente eventi sfavorevoli, soprattutto la perdita di rapporti significativi o la mancanza di accadimento, modificano in senso peggiorativo la soglia delle manifestazioni psicopatologiche. Con questo bagaglio (vulnerabilità e soglia) affrontiamo la vita e quello che comunemente chiamiamo stress. Le richieste ambientali, le incredibili accelerazioni dei nostri tempi, le pressioni, i bisogni impropri suscitati da modelli mediatici, insomma questa società vorace e impietosa, che impone ritmi, competitività e ambizioni impatta con la nostra vulnerabilità-soglia individuale. Ed ecco che l'uomo d'oggi si trova a fare i conti con il dolore oscuro della depressione, con l'implacabile senso di allarme ed irrequietezza dell'ansia o con altro ancora e, in modo subdolo, cerca sollievo in vecchi paradisi oppiacei (ancora 300.000 persone affollano i nostri SERT) o cocainici, o in nuovi paradisi telematici (un piccolo esercito di tecnodipendenti alla ricerca di emozioni, a volte erotiche, a volte ludico-aggressive, a volte davvero indecifrabili). Questa è l'epoca, per esempio, di coloro che dipendono non già da una sostanza, ma da un comportamento. Un malessere, spesso sottosoglia (cioè che non esplose sempre in chiare e franche patologie mentali), è diffuso molto di più delle già numerose patologie mentali: è l'esercito dei "malati" normali, un po' depressi, un po' ansiosi, un po' compulsivi, che ogni mattina si alzano per andare al lavoro o da qualunque altra parte sperando in sollievi vaghi ed indefiniti e che alla sera tornano nei loro letti malinconici e rassegnati.

"L'infelicità crea un terreno favorevole per tutti i tipi di dipendenza".

Vale la pena soffermarsi sul fenomeno delle nuove dipendenze, in particolare quella legata a internet, perché mostra in maniera

chiara il disagio culturale del nostro tempo. Al di là delle diverse componenti che possono contribuire ad originare i diversi casi di rete-dipendenza, la caratteristica costante che fa da sfondo ad ogni dipendenza da internet è la capacità della rete di illudere di rispondere a molti bisogni umani, consentendo di sperimentare dei vissuti importanti per la costruzione del Sé e di vivere delle emozioni sentendosi, al contempo, protetti.

Il disagio culturale del nostro tempo si annoda attorno a 3 punti fondamentali:

1. le mode giovanili (pearking, tatuaggi, branding, sport estremi, gare di velocità) rappresentano il bisogno di sentire, di sperimentare sensazioni nuove (*"sensation seekers"* - Zuckerman, 2000), che mina la capacità di instaurare relazioni interpersonali durature, perché il criterio ultimo dello stare insieme è ciò che l'altro mi fa sentire, ciò che di nuovo mi suscita. Quando non c'è più nulla che sento, vado in cerca di altro, da sperimentare, da sentire attraverso i sensi e le emozioni.

La realtà on line offre il vantaggio di fornire gratificazioni immediate, per la sua disponibilità pressoché continua.

Inoltre, l'universo virtuale rappresenta una fonte di attrazione per coloro che sono predisposti allo sviluppo anche di altre forme di dipendenza comportamentali o da sostanze.

Infine, è stata rilevata di frequente anche tra i cosiddetti *"sensation seekers"*, cioè coloro che ricercano continuamente nuovi stimoli, per raggiungere un livello ottimale di attivazione.

2. Alla crescita del *narcisismo*, favorito e rappresentato dal consumismo sfrenato, dalla costante esibizione di comportamenti sfacciatamente esibizionistico/egocentrici proposte da pubblicità e mass media, dal culto del successo, dal "must" della realizzazione individuale ad ogni costo. I giovani d'oggi tendono ad identificarsi con questo tipo di modelli esterni proposti di volta in volta dai mass media, creando un'immagine di sé grandiosa, perfetta e vincente, che ha bisogno continuamente degli altri che possano confermarla. Ogni relazione è vissuta in funzione di questa possibile conferma. La possibilità di entrare in profondità nelle relazioni diventa pressoché impossibile, perché tutto ruota attorno al mantenimento di questa illusione di perfezione di sé, mentre in una relazione interpersonale è inevitabile entrare in conflitto e questo mostra aspetti negativi di sé difficili da accettare. Per questo, tende a evitare il conflitto e la possibilità di una relazione profonda. Il mettersi in gioco realmente può mandare in frantumi questa illusione. Per questo si teme fortemente il conflitto, che svela all'uomo la propria realtà.

Questo è facilmente intuibile, osservando quanto avviene, ad esempio, nelle chat rooms. In esse assistiamo a relazioni estremamente mentalizzate: una buona parte di esse si costruiscono

nella mente di chi le vive. Sono molto forti le tendenze ad idealizzare l'interlocutore, a creare un personaggio ideale, in cui le parti "mancanti", quelle che non conosciamo, vengono colmate dall'immaginazione personale. La relazione stessa risente di questa forte tendenza alla fantasmizzazione.

La comunicazione nelle chat è dominata dalla sensazione, spesso illusoria, di essere capiti e di capire, di condividere le emozioni proprie ed altrui. L'illusorietà, molto spesso, si rende evidente nel momento in cui si decide di abbandonare l'ambiente virtuale per quello reale. Spesso quello che accade e che si tende a comprendere solo a posteriori è che la comunicazione, fino a quel momento, è stata interiorizzata e rivolta prevalentemente a se stessi.

La modalità di conoscenza on line sembra fornire anche la falsa impressione di poter conoscere in brevissimo tempo una persona. Tale modalità sembra essere in grado di annullare la quantità di tempo necessaria per la conoscenza reciproca, l'incertezza e le piccole frustrazioni che si incontrano progressivamente in tale processo. Eppure, si tratta di una convinzione errata: non a caso, una parte delle relazioni instaurate on line non riescono a superare la prova della realtà.

3. La tendenza sempre più forte di tollerare *l'ambiguità sessuale*, di creare il mito dell'androgino, la possibilità di essere maschio o femmina, l'immagine eccentrica e confusa dei sessi nel rock e nella pubblicità/moda.

Nelle stanze virtuali si può sperimentare la propria identità in tutte le sue sfumature, cambiando l'età, la professione e perfino il sesso di appartenenza, ascoltando le reazioni degli altri e maturando delle convinzioni, attraverso il confronto con altre personalità più o meno reali.

La recita nel "teatro on-line" diventa perfino dichiarata e condivisa nelle *Mud (Multi User Dimensions)*, in cui il gioco di ruolo viene esaltato ai limiti della fantasticheria e in cui, all'ombra del personaggio che si interpreta, si possono tirare fuori, rimanendo al sicuro, perfino gli istinti più crudeli. I rischi sono quelli legati ad ogni situazione che consenta di far emergere e di soddisfare i bisogni più profondi e inconsapevoli: si sperimentano parti di sé che potrebbero sfuggire al controllo, soprattutto quando si dispone di uno strumento di comunicazione che consente di rimanere "uomini e donne senza volto", una condizione che potenzialmente può favorire la comparsa di comportamenti guidati da una minima morale.

Quali le risposte? Certo, le terapie per il disagio mentale non mancano: le psicoterapie fanno riferimento a modalità sempre più validate scientificamente e i farmaci mostrano progressi straordinari.

Alcune tecniche (psicoterapie) ed approcci hanno dimostrato la loro efficacia in relazione a diversi disturbi mentali e comportamentali. Queste sono la terapia comportamentale, la terapia cognitiva, la terapia interpersonale, le tecniche di rilassamento e le terapie brevi di supporto (counselling) [...] Diversi tipi di psicoterapia, in particolar modo quella *cognitivo-comportamentale* e quella interpersonale, sono efficaci nel trattamento dell'ansia, delle fobie, delle dipendenze da sostanze e nel trattamento di sintomi psicotici quali la mania e le allucinazioni (OMS, 2001).

Sappiamo che il 70% di coloro che soffrono di un disturbo dell'umore quale l'ansia o la depressione recupera pienamente se trattato con psicoterapia cognitiva e farmaci antidepressivi (OMS, 2003).

Tra i diversi approcci, si sono dimostrati spesso efficaci quelli ad impostazione cognitivo-comportamentale, basati sul riconoscimento delle emozioni e del collegamento tra emozioni, pensieri e comportamenti, sull'insegnamento di migliori abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi, sulla definizione di obiettivi personali, sulla esposizione graduale alle situazioni temute, su tecniche di rilassamento muscolare e di respirazione lenta, sulla prevenzione delle risposte non volute e sul controllo dei comportamenti impulsivi, sull'approfondimento dei problemi del qui e dell'ora (Progetto Nazionale Salute Mentale, ISS, Roma).

Ma anche qui si sta aprendo una strada nuova ed affascinante: i gruppi di auto-aiuto. Spontanei, ma attenti ai contributi della scienza, generosi e gratuiti, i gruppi di auto-aiuto costituiscono una risorsa straordinaria: un ex-depresso sa cosa dire ad un depresso, e così una ex-anoressica e molti altri ex. Condividere il dolore, lo attenua, costruire reti abbatte l'isolamento e incoraggia a proseguire cure difficili e spesso problematiche. Persino in rete i gruppi di auto-aiuto, nei più svariati settori, costituiscono una novità inarrestabile. È come se, dinnanzi al dolore, l'uomo non possa non riscoprire la solidarietà.

“L

a depressione: prevenzione, cura e accompagnamento

CLAUDIO MENCACCI

Direttore Dipartimento salute mentale, Fatebenefratelli



La Depressione: prevenzione, cura e accompagnamento



Claudio Mencacci

Dipartimento di Psichiatria A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano



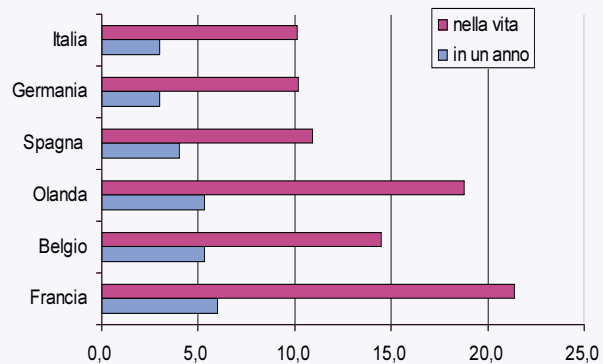
La Diffusione

- **340 milioni** di persone con depressione nel mondo
- L'OMS indica la **Depressione come 2° malattia** più diffusa al mondo dopo i disturbi cardiocircolatori.
- Dalle 6 alle 11 persone su cento soffrono di depressione

ECNP Task Force on "Size and burden of mental disorders in Europe 2005"

- Ogni anno il 27% della popolazione europea soffre di un disturbo mentale (93milioni),
- il rischio life time è del 50% della popolazione

Depressione maggiore : prevalenza



Aspetti specifici

1. Il 50% dei disturbi mentali sono in Comorbidità (depressione + ansia)
2. La maggior parte dei disturbi si manifestano nei bambini e **negli adolescenti**, in un periodo chiave per il loro sviluppo cognitivo, personale, relazionale etc
3. Ad eccezione che per uso di sostanze, schizofrenia e disturbo bipolare, **le DONNE** hanno un rischio molto più alto di ansia, depressione, disturbi somatoformi e di comorbidità



PND 2005 : Prevalenza della depressione				
Depressione maggiore in Italia dai 18 anni in poi Studio ESEMED 2002				
		Uomini	Donne	totale
In un anno	N	397.784	1.022.874	1.432.596
	%	1,7	4,2	3,0
Nella vita	N	1.520.940	3.263.455	4.784.394
	%	6,5	13,4	10,1



“Le stesse differenze tra disturbi depressivi e condizioni mediche croniche sono rimaste significative anche dopo 2 anni dalla valutazione basale ($p < 0,05$), eccetto per la depressione sottosoglia rispetto all'insufficienza renale congestizia e al diabete mellito di tipo 1”

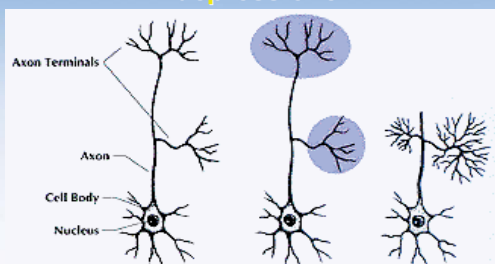
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



La plasticità neuronale svolge un ruolo cruciale nella fisiopatologia e terapia di alcuni disturbi psichici

Biggio G, 2004

La perdita di plasticità dei neuroni noradrenergici e serotonergici costituisce un fattore cruciale nella fisiopatologia della depressione



Biggio G, 2004

“For over 100 years a central assumption of neuroscience has been that new neurons are not added to the adult mammalian brain”

This conclusion is false

“Neurogenesis in the adult brain: death of a dogma”

Charles G. Gross

Nature Review- Neuroscience (2000)

Biggio G, 2004

**Ippocampo
CA3 e Giro Dentato**

Stress/Depressione

↑ Glucocorticoidi
↓ BDNF/CREB



**Diminuita neurogenesi
Atrofia/morte
neuronale**

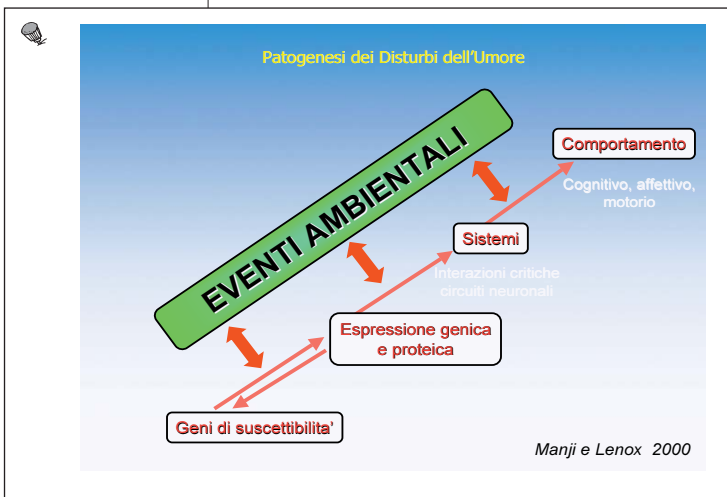
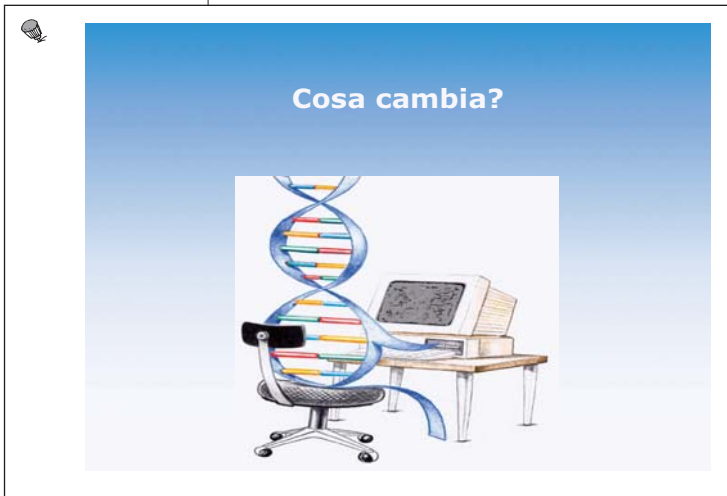
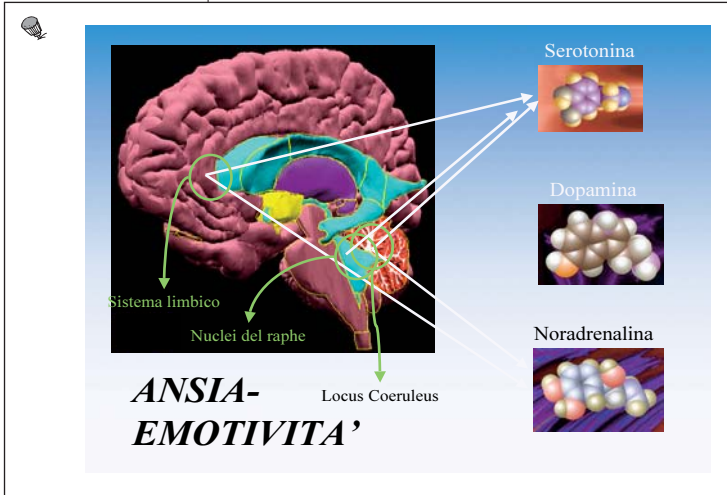
Antidepressivi

↑ NA/5HT
↑ BDNF/CREB
↓ Glucocorticoidi



**Aumentata neurogenesi
Aumentata sopravvivenza
e crescita**

Modificato da Duman et al., 1999



Loss-of-Function Mutation in Tryptophan Hydroxylase-2 Identified in Unipolar Major Depression

Report

Xiaodong Zhang,¹ Raul R. Gainetdinov,¹ Jean-Martin Beaulieu,¹ Tatyana D. Sotnikova,¹ Luciano H. Buhr,¹ Heekyoung B. Bhamidimarri,¹ David A. Schwartz,² K. Ranga R. Kirshman,³ and Marc G. Caron^{1,4}
¹Department of Cell Biology
 Center for Models of Human Disease
 Institute for Genome Sciences and Policy
²Department of Pulmonary, Allergy,
 and Critical Care Medicine
³Department of Medicine
⁴Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
 Duke University Medical Center
 Durham, North Carolina 27710

Summary

Dysregulation of central serotonin neurotransmission has been widely suspected as an important contributor to major depression. Here, we identify a (G1463A) single nucleotide polymorphism (SNP) in the rate-limiting enzyme of neuronal serotonin synthesis, human tryptophan hydroxylase-2 (TPH2). The functional SNP in TPH2 replaces the highly conserved Arg441 with His, which results in ~60% loss of function in serotonin production when TPH2 is expressed in PC12 cells. Strikingly, SNP analysis in a cohort of 67 patients with unipolar major depression revealed that nine patients carried the mutant (1463A) allele, while among 249 controls, three subjects carried this mutation. In addition, this functional SNP was not found in a cohort of 60 bipolar disorder patients. Identification of a loss-of-function mutation in TPH2 suggests that defect in brain serotonin synthesis may represent an important risk factor for unipolar major depression.

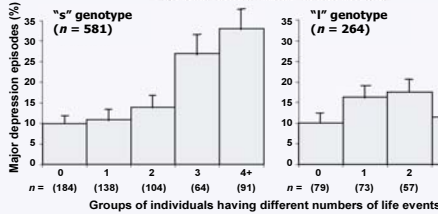
2004). Numerous studies have suggested associations between various neuropsychiatric disorders and genes that modulate central serotonergic neurotransmission, such as the 5-HT transporter (5-HTT) (Lesch et al., 1996; Caspi et al., 2003; Murphy et al., 2003), 5-HT receptors (Lesch, 1998; Grangay et al., 2000; Bonsora and Tecott, 2000; Gordon and Hon, 2004; Malhotra et al., 2004), and monoamine oxidases (Shih et al., 1999), as well as the rate-limiting enzymes in 5-HT synthesis, tryptophan hydroxylases (TPH1 and TPH2) (Zhang et al., 2003; Harvey et al., 2004).

TPH1 and TPH2 belong to the superfamily of aromatic amino acid hydroxylases, which also includes tyrosine hydroxylase (TH) and phenylethylamine hydroxylase (PAH). These four enzymes share considerable structural similarity and require the same cofactors for function (Friedrich, 1999; Jiang et al., 2000). In contrast to TPH1, which controls most of peripheral 5-HT synthesis (Cole et al., 2003; Walther et al., 2003), TPH2 was recently discovered and found to be neuronal specific and predominantly expressed in brain serotonergic neurons originating from raphe nuclei (Walther et al., 2003; Patel et al., 2004). We have previously identified a functional (C1473G) single nucleotide polymorphism (SNP) which results in the replacement of proline with arginine at position 447 in mouse TPH2 (Zhang et al., 2004). Expression of mutant P447R in PC12 cells revealed an ~55% decrease in 5-HT levels as compared to wild-type P442. Moreover BALB/cJ and DBA/2J inbred mice carrying the homozygous mutant (P447R) alleles showed 50%–70% reduction in the rate of synthesis of cortical and striatal 5-HT accompanied by ~40% reduction in 5-HT tissue content when compared to C57BL/6J and 129/OlaJ inbred mice carrying homozygous wild-type (P442) alleles. Intriguingly, these strains of mice display significantly different behaviors and responses to antidepressants (Zhang et al., 2004). These observations

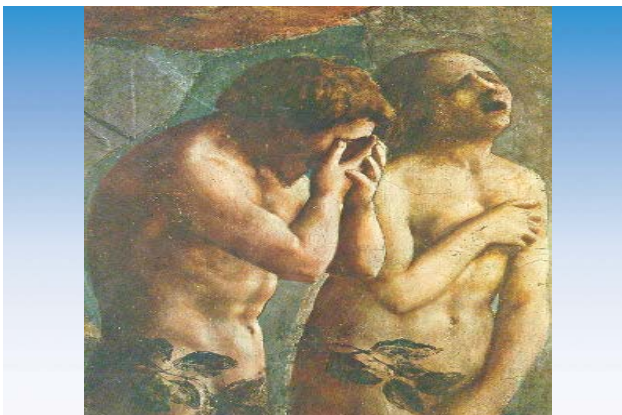
Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene

Avshalom Caspi,^{1,2} Karen Sugden,¹ Terrie E. Moffitt,^{1,2*} Alan Taylor,¹ Ian W. Craig,¹ Honalee Harrington,² Joseph McClay,¹ Jonathan Mill,¹ Judy Martin,¹ Antony Brathwaite,¹ Richie Poulton¹

18 JULY 2003 VOL 301 SCIENCE www.sciencemag.org



....."Individuals with one or two copies of the **short allele** of the 5-HTT promoter polymorphism exhibited more depressive symptoms, diagnosable depression, and suicidality in relation to stressful life events than individuals homozygous for the **long allele**.".....



Masaccio "cacciata dal paradiso terrestre"



The role of serotonin in human mood and social interaction Insight from altered tryptophan levels

Simon N. Young*, Marco Leyton

Department of Psychiatry, McGill University, 1033 Pine Avenue West, Montreal, Québec, Canada H3A 1A1

Received 14 May 2001; received in revised form 3 July 2001; accepted 9 July 2001

Abstract

Alterations in brain tryptophan levels cause changes in brain serotonin synthesis, and this has been used to study the implication of altered serotonin levels in humans. In the acute tryptophan depletion (ATD) technique, subjects ingest a mixture of amino acids devoid of tryptophan. This results in a transient decline in tissue tryptophan and in brain serotonin. ATD can result in lower mood and increase in irritability or aggressive responding. The magnitude of the effect varies greatly depending on the susceptibility of the subject to lowered mood or aggressivity. Unlike ATD, tryptophan can be given chronically. Tryptophan is an antidepressant in mild to moderate depression and a small body of data suggests that it can also decrease aggression. Preliminary data indicate that tryptophan also increases dominant behavior during social interactions. Overall, studies manipulating tryptophan levels support the idea that low serotonin can predispose subjects to mood and impulse control disorders. Higher levels of serotonin may help to promote more constructive social interactions by decreasing aggression and increasing dominance. © 2002 Elsevier Science Inc. All rights reserved.



End-point

- Studio attraverso la raccolta di Questionari.
- Ricerca su 1.304 pazienti :
 - Iposocialità
 - Non ricerca di nuovi contatti (<novelty seeking)
 - Ridotta partecipazione alla vita sociale

(Indagine Doxa 2003, Morselli 2002)



Anche i familiari riducono la vita sociale
Si sentono stigmatizzati dall'ambiente (68%)





Depressione malattia del Silenzio



Il disadattamento sociale come dimensione trascurata

- Poiché il disadattamento sociale persiste per mesi dopo la remissione sintomatologica, se la guarigione venisse definita come assenza di incapacità e di disfunzione, oltre che di sintomi, molti pazienti nei trial clinici sarebbero considerati al massimo in

REMISSIONE PARZIALE



Depressione e solitudine

Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely?

M L Stek et al. Am J Psychiatry 162:178-180, January 2005

OBJECTIVE: The impact of depression and perceived loneliness in the oldest old is largely unknown. The authors studied the relationship between the presence of depressive symptoms and all-cause mortality in old age, especially the potential distorting effect of perceived loneliness. **METHOD:** Within a prospective population-based study of 85-year-olds, the 15-item Geriatric Depression Scale and the Loneliness Scale were annually applied in all 476 participants with a Mini-Mental State Examination score of 18 points or more. **RESULTS:** Depression was present in 23% and associated with marital state, institutionalization, and perceived loneliness. When depression and perceived loneliness were assessed during follow-up, neither depression nor perceived loneliness had a significant effect on mortality. However, those who suffered from both depression and feelings of loneliness had a 2.1 times higher mortality risk. **CONCLUSIONS:** The data suggest that the increased mortality risk attributable to depression in the presence of perceived loneliness may result from motivational depletion.



Article

Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs

Kenneth S. Kendler, M.D.
John Myers, M.S.
Carol A. Prescott, Ph.D.

Objective: Compared to men, women have larger and more intimate social networks and higher rates of major depression. Prior studies have suggested that women are more sensitive to the depressive effects of low social support, but most of these studies had substantial methodologic limitations.

Method: In two interview waves at least 4 years apart, 1,057 pairs of opposite-sex dizygotic twin pairs ascertained from a population-based register were assessed. The authors predicted risk of major depression in the year before the wave 2 interview from levels of social support assessed at wave 1.

Results: Women reported higher levels of global social support than their twin brothers. Global social support at wave 1 predicted risk for major depression at wave 2 significantly more strongly in fe-

male than in male members of these pairs, and the same effect was seen when the analysis controlled for the history of major depression in the year prior to wave 1. Women were more sensitive than men to the depressive effects of low levels of social support, particularly from the co-twin, other relatives, parents, and spouses. Levels of social support did not explain the sex difference in risk for major depression.

Conclusions: Emotionally supportive social relationships are substantially more protective against major depression for women than for men, while these effects cannot explain sex effects on the prevalence of major depression; they do suggest important sex differences in pathways of risk. Clarification of the nature of the causal links between low social support and depression in women is needed.

(Am J Psychiatry 2005; 162:250-256)

Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

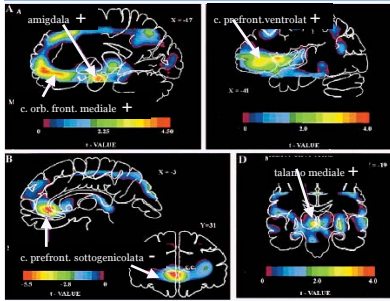
Naomi I. Eisenberger,^{1*} Matthew D. Lieberman,¹
Kipling D. Williams²

Science

A neuroimaging study examined the neural correlates of social exclusion and tested the hypothesis that the brain bases of social pain are similar to those of physical pain. Participants were scanned while playing a virtual ball-tossing game in which they were ultimately excluded. Paralleling results from physical pain studies, the anterior cingulate cortex (ACC) was more active during exclusion than during inclusion and correlated positively with self-reported distress. Right ventral prefrontal cortex (RVPFC) was active during exclusion and correlated negatively with self-reported distress. ACC changes mediated the RVPFC-distress correlation, suggesting that RVPFC regulates the distress of social exclusion by disrupting ACC activity.

correlati neurometabolici della depressione maggiore

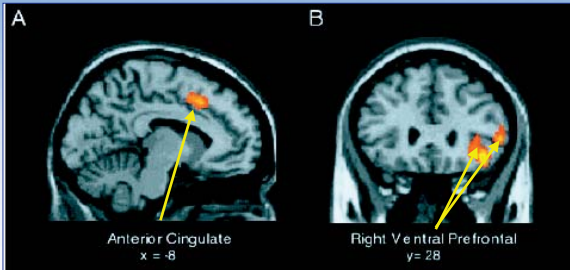
ruolo contrapposto dell'amigdala, della corteccia orbitofrontale mediale e ventrolaterale rispetto alla corteccia prefrontale sottogenicolata (studio PET)



iperattivazione delle regioni di controllo, modulazione o inibizione delle espressioni emotive (amigdala, c. orbitale mediale e ventrolaterale) e ipometabolismo di quelle di modulazione della risposta viscerale e di valutazione del "rewarding". (c. prefrontale sottogenicolata)

(da Drevets e coll., 2000)

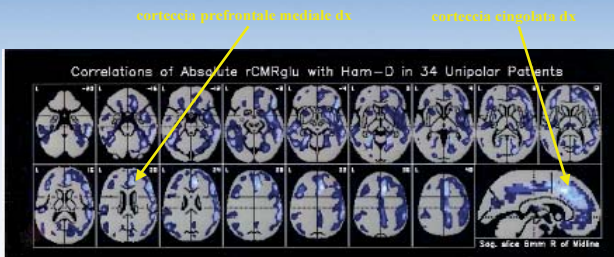
attivazione della corteccia del cingolo anteriore e della corteccia ventrale prefrontale destra in risposta alle situazioni di esclusione



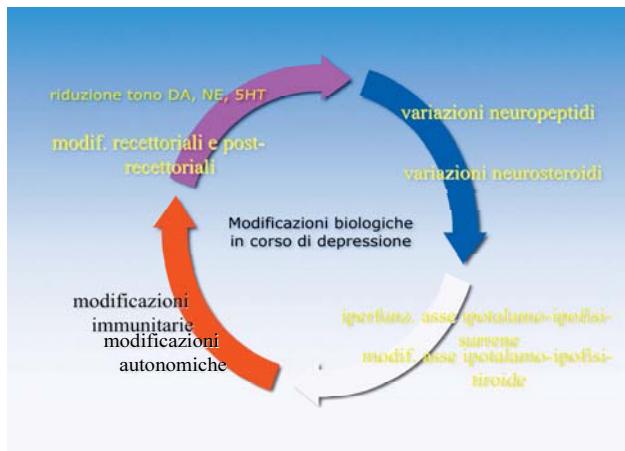
Guazzelli M, 2004
(da Eisenberger et al., 2003)

correlati neurometabolici della depressione

correlazione inversa tra metabolismo cerebrale del glucosio e gravità della depressione (HAM-D)



Kimbrell e coll. 2002
Guazzelli M 2004



Depressione: Complicanze Biologiche

ATTIVAZIONE PIASTRINICA:

↑ aggregazione piastrinica, ↑ reattività PTL

ALTERATA ATTIVITA' DEL SNA:

modificazioni della Heart Rate Variability

IPERFUNZIONE DEL SISTEMA (H-P-A):

↑ CA7, ipercortisolemia basale

STRESS PROTRATTO

↓ livelli NE e 5HT : amplificazione risposta allo stimolo
↓ funzione inibitoria di ippocampo su asse HPA

Depressione: Complicanze Biologiche

MECCANISMI COMPORTAMENTALI:

fumo, non compliance, dieta, isolamento sociale
(↑ FC, ↑ cortisolemia, ↑ tono simpatico)

DISTURBI DEL SONNO:

modifiche fase REM e sonno profondo
insonnia di risveglio

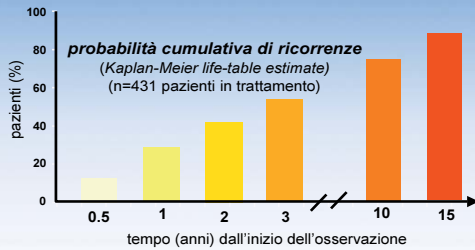
DISFUNZIONE ENDORFINICA:

↓ β-endorfine ↓ soglia dolore

Ur et al., 1992
Leonard, 2001



Ricorrenze da un "Episodio Indice" di MDD



Lavoni et al. *Int J Meth Psychiatry* 1994; 4: 211-229.
Keller. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 17): 41-45.
Mueller et al. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1000-1006.

Esploriamo l'Adesione al trattamento

- Da 1/4 a 1/3 sospendono l'assunzione della terapia entro il primo mese di trattamento
- Più del 40% la sospende entro il terzo mese
- 3/5 dei pazienti non raggiungono dosaggi terapeutici





“La depressione è una malattia diffusa e debilitante con ampie ripercussioni personali ed economiche sugli individui, le loro famiglie e la società”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

“L’impatto della depressione si estende al di là dei principali sintomi, come l’umore depresso e la perdita di energia, e intacca la qualità di vita degli individui, inclusa la capacità di essere funzionali socialmente, di mantenere e provare piacere dalle relazioni e dal lavoro e di provvedere finanziariamente a se stessi e alla propria famiglia”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Inoltre, le famiglie dei pazienti depressi possono essere esse stesse a maggior rischio di disturbo depressivo maggiore. Gli stress aggiuntivi risultanti dalle relazioni interpersonali possono creare un circolo vizioso, contribuendo alla natura cronica, ricorrente della depressione”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“La diminuita capacità di lavoro e la ridotta produttività lavorativa come anche l'utilizzo delle strutture sanitarie e di altri servizi sociali contribuiscono complessivamente al significativo peso sociale della depressione, con costi stimati negli Stati Uniti intorno ai 43,7 bilioni di dollari nel 1990”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Comunque, il miglioramento sintomatico non porta necessariamente a miglioramenti nella funzionalità psicosociale, e fattori quali la compliance al trattamento possono significativamente ridurre le percentuali di esito positivo al di fuori del setting dello studio clinico”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Nonostante il diffuso e significativo peso imposto dai disturbi depressivi, non solo gli individui depressi rimangono frequentemente sottodiagnosticati o non trattati, ma l'usuale sistema di cura che i pazienti ricevono è spesso insufficiente per riconoscere adeguatamente sia i loro sintomi sia la loro ridotta funzionalità sociale”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



Definizione delle funzioni sociali

La qualità di vita è un concetto multidimensionale che racchiude, e fondamentalemente è influenzata da:

- **stato di salute (presenza o assenza di una malattia o di un disturbo e sua gravità)**
- **incapacità [qualsiasi restrizione o mancanza di capacità (risultante da una difficoltà) ad eseguire una normale attività]**
- **difficoltà (qualsiasi perdita o anormalità delle strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche)**

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Paykel ha descritto la funzionalità sociale come *una capacità dell'individuo di svolgere funzioni all'interno del suo usuale ambiente*”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Wells e collaboratori hanno esaminato la funzionalità e lo stato di benessere di 11.242 pazienti non ospedalizzati e hanno scoperto che i pazienti depressi sono soggetti a significative difficoltà in molteplici domini di funzionalità comparabili o maggiori rispetto a quelli provati dai pazienti con altre condizioni mediche croniche”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Alcuni tipi di depressione sembrano essere particolarmente associati ad una funzionalità sociale ridotta. Per esempio, pazienti con depressione doppia generalmente sembrano avere peggiore difficoltà sociale rispetto a quelli con depressione maggiore o distimia pura”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“In uno studio con follow-up a 2 anni, Hays et al. hanno valutato la funzionalità sociale basale in pazienti con diagnosi di distimia (n=48), depressione doppia (n=61) o depressione maggiore (n=76). Utilizzando due item sulla funzionalità sociale della SF-36, essi dimostrarono differenze basali statisticamente significative tra i pazienti con depressione maggiore e i pazienti con depressione doppia ($p < 0,05$)”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“In uno studio osservazionale con follow-up a 2 anni condotto da Hays et al. sono stati inclusi più di 2000 adulti con depressione, diabete, ipertensione, infarto miocardico recente e/o insufficienza cardiaca congestizia. Sebbene miglioramenti nello stato funzionale siano stati osservati in 428 pazienti con disturbo depressivo, le limitazioni sono risultate simili a, o peggiori di, quelle manifestate dai pazienti con altre condizioni mediche croniche”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Confrontando i valori basali, i pazienti con disturbi depressivi manifestavano una funzionalità sociale significativamente peggiore ($p > 0,05$) rispetto ai pazienti con altre condizioni, eccetto per quelli con depressione sottosoglia rispetto ai pazienti con insufficienza cardiaca congestizia”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Le stesse differenze tra disturbi depressivi e condizioni mediche croniche sono rimaste significative anche dopo 2 anni dalla valutazione basale ($p < 0,05$), eccetto per la depressione sottosoglia rispetto all'insufficienza renale congestizia e al diabete mellito di tipo 1”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Gli inibitori selettivi del reuptake di serotonina sono stati inclusi anche in studi clinici, in cui è stata valutata la funzionalità sociale, e hanno dimostrato capacità migliorative sulla funzionalità sociale nel tempo”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Se la terapia antidepressiva riduce semplicemente i sintomi depressivi, la difficoltà sociale potrebbe persistere e portare a ulteriori cadute personali e professionali e a cicli di demoralizzazione”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



“Le difficoltà nella funzionalità sociale associate a disturbi depressivi sono serie e diffuse. Esse interessano non solo l'individuo, ma anche i matrimoni, le famiglie e l'ambiente di lavoro. Deficit nella funzionalità sociale spesso persistono dopo guarigione sintomatica; se non trattate, tali difficoltà persistenti possono contribuire a una prognosi negativa nel lungo termine nei pazienti depressi”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

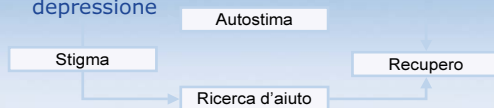
“Nella pratica clinica, si raccomanda che un approccio integrato includa una valutazione della funzionalità sociale oltre alla valutazione standard dei sintomi!”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Scarsa conoscenza della malattia depressiva nella popolazione in generale

Defeat Depression Campaign UK 1992-1997

Riduzione dello stigma associato alla depressione



2) Fornire un programma educativo sulla depressione e sul suo trattamento

Le Cure



Difficoltà all'adesione

- Riduzione del peso 95%
- Schizofrenia/ esercizi 90%
- Ipertensione 75%
- Diabete 65%
- Depressione 57%
- Artrite reumatoide 50%
- Asma/Pillola anticoncezionale 45%
- Cefalea/calcoli renali 25%

Processo di Neurogenesi

Proliferazione - Maturazione cellulare - Differenziamento



Efficacia dei farmaci antidepressivi nel tempo

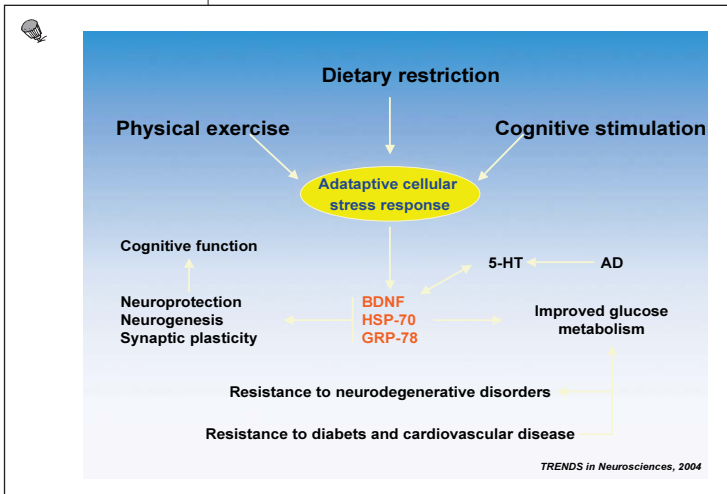


STRESS

**Fattori trofici
Steroidi
Neurogenesi**

**Glucocorticoidi
Amm. Eccitatori
Polimorfismi**

Biggio G 2004



Per tutti gli antidepressivi di vecchia generazione il rischio di drop-out nei trial clinici controllati risulta maggiore rispetto agli SSRI

North of England Evidence Based Guideline Development Project
Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, Centre for Health Economics University of York 1997

Antidepressant (Trials)	Relative Risk (approx.)
Amineptine (2 trials)	1.1
Amitriptyline (25 trials)	1.1
Clomipramine (12 trials)	1.1
Desipramine (4 trials)	1.1
Dothiepin (7 trials)	1.1
Doxepin (3 trials)	1.1
Imipramine (30 trials)	1.1
Lofepramine (1 trial)	1.1
Maprotiline (7 trials)	1.1
Mianserin (9 trials)	1.1
Moclobemide (8 trials)	1.1
Nortriptyline (1 trial)	1.1
Trazodone (3 trials)	1.1
Overall (112 trials)	1.1

Favours SSRI ← Favours alternative

Sicurezza e tossicità degli antidepressivi

Tossicità letale, morti per milione di prescrizioni

Molecole	Numero di prescrizioni (migliaia)	Morti totali	Morti/milione di prescrizioni (95% CI)
Antidepressivi Triciclici	74598	2598	34.8 (33.5 to 36.2)
Inibitori MAO	1 203	24	20.0 (12.8 to 29.7)
SSRI	47 329	77	1.6 (1.3 to 2.0)
Venlafaxina	2 570	34	13.2 (9.2 to 18.5)
Mirtazapina	324	1	3.1 (0.1 to 17.2)

Buckley & McManus *BMJ* 2002;325:1332-3

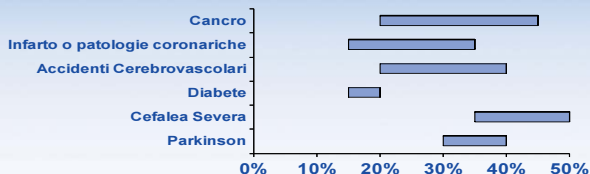
Indicazioni terapeutiche dei comuni AD in commercio

	Depressione Maggiore	Disturbo di Panico	GAD	Fobia Sociale
Fluoxetina	+	-	-	-
Paroxetina	+	+	-	-
Fluvoxamina	+	-	+	+
Sertralina	+	+	-	-
Citalopram	+	+	+	+
Venlafaxina	+	-	-	-

Per i TCA l'utilizzo nella pratica clinica si limitava a Depressione Maggiore e talvolta al Disturbo di Panico

Comorbidità di ansia o depressione con patologia organica

Prevalenza di depressione in diverse patologie organiche



Dati tratti da Carney, 1998; Forrester et al., 1992; Chemerinski et al., 2000; Slaughter et al., 2001; Breslau et al., 2000; Glassman et al., 1998.



La comorbidità con patologie organiche

Talvolta la sintomatologia psichiatrica viene ricondotta ad una fisiologica risposta adattativa alla patologia medica per cui ci si aspetta che la persona "reagisca" alla condizione patologica, altre volte la sintomatologia viene riconosciuta ma non trattata per non complicare il trattamento farmacologico già in atto utilizzando un gradiente di priorità: "prima affronto e stabilizzo la condizione medica poi mi occupo della patologia psichiatrica".

I nuovi AD hanno reso più sicuro e dunque più frequente il trattamento della patologia psichiatrica in comorbidità con patologie organiche



PREVENZIONE Depressione

Tentati Suicidi negli Adolescenti

Gravidanza e post partum

Anziani



Suicidio

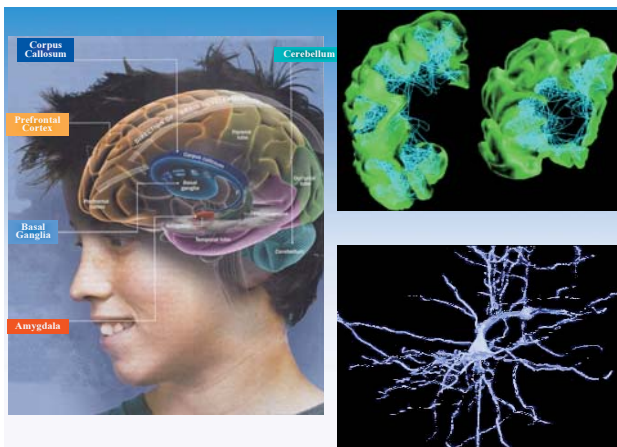
Dati Europei

Nella UE circa 58.000 cittadini muoiono ogni anno per suicidio, cifra superiore al numero annuo di morti causate da incidenti stradali, omicidi o HIV/AIDS

Guerra USA - Vietnam Nord 1961-1973

- 54.708 soldati USA deceduti
- Negli stessi anni, tra le persone di età inferiore ai 35 anni rimaste negli USA 101.732 morirono suicide
- Negli USA tra il 1987 e il 1996 l'epidemia AIDS ha causato circa 15.000 morti in meno rispetto al suicidio
(Jamison 2003)

- Aumento progressivo su scala globale dell'incidenza del suicidio nella seconda metà del Novecento (OMS)
- L'aumento non si è distribuito uniformemente in tutte le classi di età, ma ha colpito prevalentemente le persone in età adolescenziale o nella prima età adulta
- Nel 1950 la maggioranza delle morti per suicidio avveniva tra persone di età superiore ai 45 anni, nella seconda metà del secolo il rapporto tende a invertirsi





Nerve Proliferation...

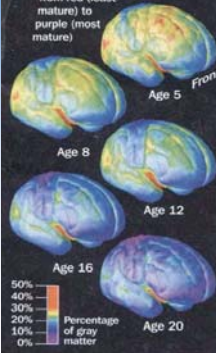


...and Pruning



Time-Lapse Brain

Gray matter thins as the brain matures. Here, 15 years of brain development are compressed into five images showing a shift from red (least mature) to purple (most mature)



DEPRESSIONE

Prevalenza: 1% nei bambini
3% negli adolescenti

Solo il 25% dei bambini depressi riconosciuti e trattati (National Institute of Clinical Excellence)?



STORIA NATURALE

- Durata: fino a 6-9 mesi
- Guarigione: 90% entro 1-2 anni (media 3-4 mesi)
- Cronicizzazione: 10% (diagnosi e trattamento)
- Guarigioni parziali (ansiosa o apatico-anedonica)
- Recidive (40-50% a 5 anni): ambiente, esordio, gravità di episodi precedenti, comorbidità, terapie.
- Disturbo bipolare (20-30% a 5 anni?): familiarità
- Depressione doppia (distimia con periodici episodi depressivi maggiori)



RISCHIO SUICIDARIO

Seconda-terza causa di morte tra 14 e 25 anni.
Sesta causa di morte tra 6 e 14 anni.
12% della mortalità in adolescenza in USA.

Rischio suicidario maggiore nel disturbo bipolare

In Italia (ISTAT) il suicide rate nei maschi di 15-19 anni è passato da 27.3 per milione (1969) a 48.3 (1994), mentre è sceso nelle femmine da 23.2 a 10.8. Il massimo del rischio suicidario maschile è nel nord Italia (57.1).



EPIDEMIOLOGIA Disturbo Bipolare

- . Il 10% dei DB esordisce prima dei 12 anni, ed il 20% tra i 12 ed i 18 anni (Chengappa et al., 2003).
- . Studi epidemiologici su adolescenti riferiscono una prevalenza dell'1%, ma con un'ulteriore 5% sottosoglia, con compromissione funzionale (Lewinshon et al., 1995).
- . Incertezze nelle stime epidemiologiche:
Quale è il quadro clinico del DB nel bambino?



IMPLICAZIONI DELLA COMORBIDITA'

Il DB in età evolutiva è frequentemente (50-70%) associato ad altri disturbi psichiatrici

La identificazione delle comorbidity può consentire di individuare specifici sottotipi, più omogenei sul piano clinico, prognostico e terapeutico (es. comorbidity internalizzata vs. esternalizzata).



La comorbidità con disturbi d'ansia è ampiamente rappresentata in pazienti con disturbo bipolare ad esordio precoce.

L'esordio dei disturbi d'ansia precede quello del disturbo bipolare (fase iniziale "internalizzata").

La probabilità di sviluppare un disturbo bipolare aumenta nel caso di disturbi multipli di ansia.

La bipolarità ansiosa ad esordio precoce potrebbe rappresentare un possibile specifico fenotipo all'interno dello spettro bipolare.



CANNABINOIDI, SINDROME AMOTIVAZIONALE E USO DI SOSTANZE



nella società post-industriale le condizioni di poliabuso sono sempre più generalizzate...



un report del National Center on Addiction and Substance Abuse ha segnalato che i giovani dai 12 ai 17 anni che fumavano marijuana facevano successivamente uso di cocaina tra le 17 e le 85 volte di più dei controlli



I CONFINI DELLA "DOPPIA DIAGNOSI"



LE POLITICHE IN MATERIA DI DIPENDENZE IN EUROPA: LA SITUAZIONE

- IL CONSUMO DI DROGHE NON ACCENNA A DIMINUIRE: NELLE FASCE GIOVANILI RIMANE STABILMENTE ALTO, CON UNA PERCENTUALE DOPPIA RISPETTO AGLI ADULTI: **SI STIMA CHE NON MENO DI UNA PERSONA SU CINQUE IN EUROPA ABBA PROVATO ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA UNA DROGA ILLECITA**
- I TOSSICODIPENDENTI DEFINITI COME "CRONICI" RAPPRESENTANO LO 0,5% DELLA POPOLAZIONE EUROPEA



"SINDROME AMOTIVAZIONALE" IMPLICAZIONI NEUROPSICOLOGICHE

Studi realizzati su studenti di college che fumano marijuana in modo rilevante e per periodi di tempo significativi (da 6 mesi a 25 anni) hanno dimostrato **deficit neuropsicologici** quali: problemi a livello delle funzioni esecutive, dell'attenzione, dell'apprendimento di nuove parole, della fluenza verbale, indebolimento delle abilità sintetiche, analitiche e psicospaziali (capacità di differenziare tempo e spazio), difficoltà di selezionare e processare correttamente le informazioni e povertà di concentrazione, tutti elementi questi che persistono alla fase di intossicazione. Tali osservazioni suggeriscono che i deficit cognitivi riscontrati siano il derivato di disfunzioni temporanee a livello prefrontale

(Galanter, Kleber, 2003)



"SINDROME AMOTIVAZIONALE" IMPLICAZIONI COMPORTAMENTALI

Studi più recenti, anche realizzati con la PET, hanno dimostrato che gli effetti a livello del SNC si manifestano nelle aree prefrontali che guidano l'attenzione, permettono di focalizzare e promuovono l'adattamento ai cambiamenti nell'ambiente e nuovi apprendimenti (a parità, rispetto ai controlli, dei livelli di funzionamento premorbo) (Galanter, Kleber, 2003)

Tali implicazioni, neuropsicologiche e comportamentali, che in precedenza erano riferite proprio alla sindrome amotivazionale, oggi identificano la "sindrome cronica da cannabinoidi" che spesso si presenta però, sul piano clinico, mascherata, dall'impiego di altre sostanze assunte contemporaneamente

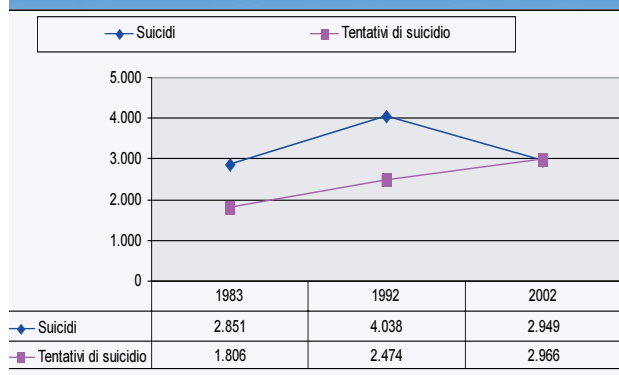
Problemi aperti per i teen agers che usano cannabinoidi

Per milioni di giovani che fanno uso di THC, gli effetti cumulativi sullo sviluppo intellettuale e sulla personalità saranno dannosi proprio in relazione alle sfide della condizione adulta. Considerando il potenziale educativo e lavorativo di un giovane che manifesta una compromissione a livello della memoria, delle abilità di apprendimento o delle motivazioni, la perdita di risorse umane e i costi sociali conseguenti si riveleranno negli anni sempre più drammatici

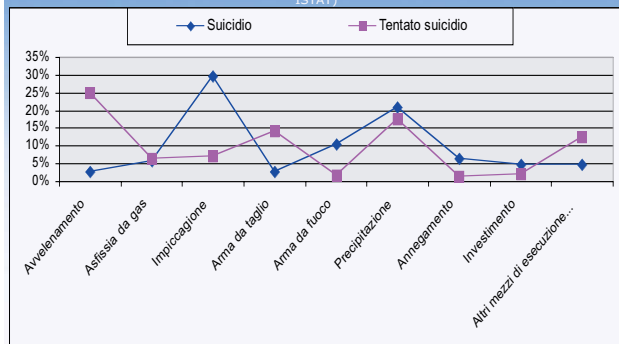


Numero di suicidi e tentati suicidi in Italia negli anni 1983, 1992, 2002

Dati ISTAT



Suicidi e tentati di suicidio accertati in Lombardia dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per alcune notizie sul fatto. Anno 2003 Regione Lombardia (Dati ISTAT)





Il futuro della farmacoterapia con antidepressivi

Nonostante ci siano molti farmaci e psicoterapie disponibili per il trattamento della depressione, la cura dei soggetti depressi è ancora lontana dall'essere ottimale..... può solo migliorare gli outcome se applicata razionalmente e in collaborazione con il paziente.

Baldwin 2003



Epidemiologia del tentato suicidio in adolescenza



Cenni sul suicidio giovanile

Il suicidio è un fenomeno adulto e maschile

Età più colpita: 25 – 54 anni
Rapporto M/F da 2:1 a 4:1

L'Italia è un paese a basso tasso

6 ragazzi e 2 ragazze ogni 100.000 ab. (età 15 – 24, Cantor)

Tuttavia il suicidio giovanile

è in aumento: dal 1952 a 1995 tasso triplicato nei < 25 anni maschi

è una delle prime cause di mortalità: seconda causa di morte tra 15 - 24 anni i età presenta rischi di contagio

Il TS come fattore di rischio

Il TS è il più importante indicatore di rischio suicidale

Il 40 – 60 % delle morti è preceduta da almeno un tentativo di suicidio

Un t.s. eleva la probabilità di morte di 15 volte per i ragazzi, di 9 per le ragazze

Variabili correlate al suicidio ma non predittive



Psicopatologia
Eventi di vita
Variabili socio economiche

Caratteristiche del TS

E' tipicamente giovanile



Relazione fra t.s. e suicidi:
adulti 20:1
giovani < 25 40-100 : 1 (Fonagy)
100-200 :1 (OMS)

E' tipicamente femminile



Rapporto F / M da 2:1 a 10:1
Tendenza a una riduzione delle differenze

E' un fenomeno ripetuto



Il 50% degli adolescenti con ts, ritenta entro due anni dal primo gesto

L'avvelenamento è il metodo più diffuso

I dati ufficiali in Italia

Minori di 18 anni



valore medio 119 t.s. all'anno
tasso 4- 6 ogni 100.000 ragazzi stessa età

Minori di 24 anni

aumento numerico rispetto ai < 18

1990	82
1991	103
1992	110
1993	155
1994	141
1995	147
1996	145
1997	122
1998	116
1999	117
2000	110
2002	85

Nel caso dei t.s., la sottostima del fenomeno appare ancor più drammatica e fuorviante che nel caso del suicidio

Verso una stima dei t.s.

Due linee di ricerca

Registrazioni nei centri sanitari

Pronto soccorso, medici di base, reparti psichiatria, neuropsichiatria infantile
Vantaggi
 Decodifica di situazioni ambigue
Limiti
 Solo ts con conseguenze sanitarie



sottostima

Questionari self-report

Somministrati a scuola, su larga scala, anonimi
Vantaggi
 Grandi popolazioni giovanili
Limiti
 Drammatizzazione risposte



sovrastima

Rilevazioni nei centri sanitari

Paese	Anno	Ts maschi / 100.000	Ts femmine / 100.000
Norvegia	1991	85	230
Danimarca	1991	60	206
Olanda	1989-92	44	192
Svizzera	1989-90	76	279
Svezia	1989-91	74	220
Finlandia	1989-93	230	277
Inghilterra	1989-92	300	790
Italia (Padova)	1991	17	188
Italia (Rimini)	1997-98	35	314

Frequenza t.s. in età 15 - 19, n° ogni 100.000 abitanti stessa età

Studi self-report

Paese	Anno	Età	T.s. M e F/100
Svizzera	1997	15 - 20	3,0 %
Svizzera	1996	14 - 19	2,3 %
Danimarca	1996	15 - 24	5,0 %
N. Zelanda	1995	16	3,0 %
N. Zelanda	2001	21	7,5 %
Australia	1997	15 - 16	5,1 %
Canada	1995	14 - 18	2,0 %
Italia (PV)	1996	13 - 19	2,8 %
Italia (Bo)	2000	15 - 16	5 %

Percentuale dei soggetti che dichiarano di aver tentato il suicidio negli ultimi 12 mesi



Ipotesi su Milano

Quanti sono in un anno i t.s. giovanili nella provincia di Milano?

Ipotesi centri sanitari

26 su 100.000 ab.	tasso medio maschi da ricerche italiane
65 250.000 ab.	ab. maschi 10-25 anni Provincia Milano
251 su 100.000 ab.	tasso medio femmine da ricerche italiane
627 250.000 ab.	ab. femmine 10-25 anni Provincia Milano
692 su 500.000 ab.	popolazione di riferimento maschi e femmine



Ipotesi su Milano

Ipotesi self - report

Popolazione di riferimento Soggetti di età compresa tra i 10-25 anni Provincia Milano	500.000
Percentuale italiana di t.s. da self-report	4 %
!!	20.000



Un'ipotesi integrata su Milano



LE MANIFESTAZIONI PSICHICHE NEI CICLI VITALI DELLA DONNA

Fasi di passaggio tra normalità e patologia



a cura di
Claudio Mencacci
Roberta Anniverno

PACINEditore

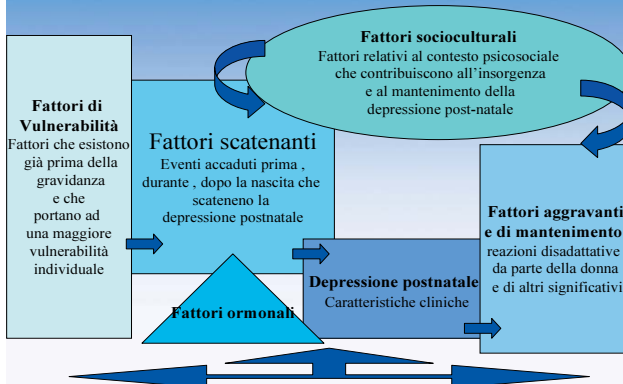
DEPRESSIONE POST-PARTUM



“ UN LADRO CHE RUBA LA MATERNITA’ ”



IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE DELLA DEPRESSIONE POSTNATALE





MATERNITY BLUES

- Con il termine tristezza post-partum si intende una sindrome benigna e transitoria in cui coesistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi psichici
- La sintomatologia è caratterizzata da:
 - deflessione timica con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
 - labilità emotiva, disforia, ansia
 - insonnia, calo ponderale
 - **si evidenzia generalmente al 3-4 giorno dopo il parto, risolvendosi spontaneamente entro una settimana**



E' importante identificare le donne con maternity-blues poiché il 20% di esse presentano un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto

(Kennerly & Gath, '89; Najman et al 2000)



FATTORI DI RISCHIO

- **PREDISPONENTI**
vulnerabilità neurobiologica a depressione ed ansia
- **PRECIPITANTI**
caduta di estrogeni dopo il parto
bambino prematuro in cura intensiva/ problematico
gravidanza non desiderata
- **DI MANTENIMENTO**
Mancata diagnosi
Mancanza di supporto, difficoltà socioeconomiche
(A. Graziottin 2005)





PREVALENZA – IMPATTO DELLA PRECEDENTE STORIA PSICHIATRICA

Storia di depressione maggiore	25%
Storia di depressione post-partum	50%
Depressione maggiore in gravidanza	33%
Nessuna storia di depressione	2 - 5%



FATTORI DI RISCHIO

Beck CT: Predictor of post-natal depression; update, Nurs res, 2001

- Anamnesi psicopatologica positiva per depressione
- Anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici
- Disforia premestruale
- Sentimenti ambivalenti, modalità ansioso-depressive durante la gravidanza
- Gravidanza non desiderata, giovane età
- Maternity blues
- Breve intervallo tra le gravidanze
- Eventi di vita stressanti
- Basso peso neonatale (Barynn et al, 1999)
- Frequenti problemi di salute del bambino (Mandi et al, 1999)
- Rapporti conflittuali con compagno/ difficoltà di relazione con il bambino



DEPRESSIONE POST PARTUM

- Esordisce generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto e la sintomatologia diventa ingravescente manifestandosi clinicamente verso il 4-5 mese
- la massima frequenza corrisponde ad un periodo che va dai tre mesi ai sei mesi dopo il parto, con segnalazioni di casi anche fino ai nove mesi dal parto.
- La sua incidenza varia dal 9 al 22% e si manifesta prevalentemente nel **primo trimestre post-partum**





DEPRESSIONE PUERPERALE

- Ha le caratteristiche della depressione maggiore
- La donna presenta **per almeno 2 settimane** :
 - > Umore disforico
 - > Mancanza di piacere ed interesse nelle abituali attività
 - > Almeno 4 dei seguenti sintomi:
 - Dist. del sonno, dell'appetito, iperattività motoria o letargia, stanchezza
 - difficoltà di concentrazione, sensi di colpa, bassa autostima, sentimenti di impotenza e disvalore, pensieri suicidi

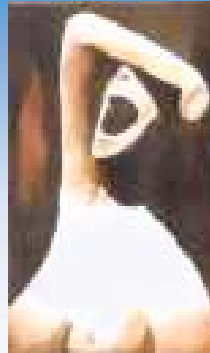
**Non trattata dura 6 mesi o più
Il 25% ne soffre oltre l'anno**

(Morris- Rush et Al, 2003; Graziottin 2003)



PSICOSI POST-PARTUM

- L'esordio di solito inizia 3 settimane dopo il parto e spesso anche nell'arco di pochi giorni
- I sintomi includono deliri, allucinazioni, oscillazioni timiche dalla depressione, all'irritabilità all'euforia, disturbi del sonno e rimuginazioni ossessive sul bambino



LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel postpartum diminuisce la capacità di prendersi cura del neonato in modo adeguato
- Whiffen e Gothb (1989) trovarono che le madri con depressione postpartum percepivano i loro bambini di due mesi come più "seccanti" ed avevano più difficoltà nell'accudimento del bambino





LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- In una coorte di 193 donne puerpere inglesi, le 112 intervistate rispetto alle percezioni provate verso il nascituro dopo la prima settimana dal parto **il 40% delle primipare ed il 25% delle multipare riferivano un'iniziale sensazione di indifferenza** verso il bambino
- A **tre mesi** dal parto le madri che erano risultate clinicamente depresse esprimevano più facilmente **sentimenti di indifferenza e di rifiuto** verso il loro bambino rispetto alle madri non depresse

Robson and Kumar, 1980



LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel post-partum sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'adeguata relazione con il proprio figlio.
- Nel periodo postpartum le madri depresse manifestano difficoltà nell'interazione con i loro neonati, incluso un minore contatto visivo durante l'allattamento (Livingood, Dean, Smith, 1983) e minore piacevolezza e reciprocità (Field, 1984; Field et al, 1985)



IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- I figli di madre depressa tendono ad essere scontenti, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei controlli di madri serene

A. Graziottin 2005





IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio prospettico americano su 49 donne sposate, caucasiche, primipare alla 6a settimana postpartum:
- ✓ Condizioni di stress nel bambino (complicazioni perinatali e temperamento) erano significativamente associati alla depressione puerperale
- ✓ I bambini di madri depresse venivano sgridati con più difficoltà, risultavano lamentosi e poco adattabili rispetto a bambini di madri non depresse

Hopkins et al, 1987



IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio australiano ha confrontato i bambini che piangono di madri con depressione puerperale (29) rispetto a madri non depresse (44).
- ✓ A tre mesi i neonati di madri depresse piangono significativamente di più dei bambini di madri non depresse mentre a sei mesi si osservava una piccola differenza rispetto ai due gruppi in relazione al pianto del bambino
- ✓ Non si osservavano differenze significative rispetto al temperamento dei neonati nei due gruppi

Milgrom et al 1995



IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio canadese ha reclutato 113 donne durante la gravidanza di queste 88 donne hanno completato lo studio con questionari (GHQ, STAI, Pitt Depression) alla 33esima 36esima settimana di gestazione ed a 5 mesi dopo il parto
- ✓ Una riduzione dell'umore nel puerperio ed un aumento dell'ansia sono risultati significativamente correlati ad un aumento di comportamenti del neonato quali: frequenza del pianto, aumento dei tempi di addormentamento, modalità lamentose, e coliche.

Miller et al 1993





IL NEONATO E LA MADRE DEPRESSA

CS. Minkovitz et Al. 2005

- I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure
- Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni
- Significativo aumento di abuso fisico (Tatano Beck, 2003)



L'invecchiamento della popolazione mondiale è un fenomeno globale che produce vaste conseguenze economiche, sociali e politiche. Una persona su 10 ha oggi oltre 60 anni.

Entro il 2050 un individuo su 5 avrà dai 60 anni in su.



La popolazione anziana è sempre più urbanizzata.

Dal 2010 la gran parte della popolazione anziana nel mondo - il 51% - vivrà in aree urbane.

Attualmente le persone dagli 80 anni in su rappresentano l'11% della popolazione ultra sessantenne

Entro il 2050 gli ultra ottantenni rappresenteranno il 27% di questa fascia demografica.



La maggior parte degli anziani - il 55% - sono donne.
La maggior presenza di donne rispetto agli uomini sale al 65% tra gli ultra ottantenni.
Nel 1990 si contavano circa 8 milioni di "ultra anziani" aventi più di 80 anni.
Nelle proiezioni questa cifra sale rapidamente fino a:

- 25 milioni nel 2010
- 60 milioni nel 2030
- 160 milioni nel 2050



Benché varie forme di disturbi mentali possano insorgere tardi, essi non sono una componente inevitabile del processo di invecchiamento.

Ciononostante si calcola che, dei 32 milioni di americani sopra i 65 anni:

- 4 milioni soffrono di disturbi che riducono alla demenza (malattia di Alzheimer)
- 5 milioni (circa) provino gravi sintomi depressivi
- 1 milione soffrono di depressione maggiore



Un recente sondaggio commissionato dalla Geriatric Psychiatry Alliance ha rilevato che il 93% degli americani ritiene che la depressione sia una reazione "normale" e inevitabile alla malattia e non una malattia in sé.

La verità è che, a prescindere dall'età e dalle situazioni, la depressione non è "normale".

E' una malattia che può essere trattata efficacemente.



La depressione è il disturbo più comune e la prima causa di suicidio tra gli anziani.

Benché solo il 13% della popolazione statunitense superi i 65 anni di età, il 20% di tutti i suicidi si riscontra in questa fascia di età. Negli uomini di 75 anni e più, il tasso di suicidi è più alto che in qualsiasi altro gruppo di età, a livello mondiale. Il 90% di quelli che si suicidano soffre di almeno una malattia mentale diagnosticabile o di un disturbo da abuso di sostanze.



GLI ADULTI ANZIANI DI FRONTE ALLA DEPRESSIONE

Dati relativi a depressione e adulti anziani:

- La depressione in tarda età colpisce circa 6 milioni di adulti, ma solo il 10% di essi viene curato.
- La depressione non è un fenomeno da considerarsi normale nella vecchiaia, contrariamente a quanto crede il 58% degli adulti anziani.
- Sintomi depressivi sono presenti in circa il 15% dei membri di una collettività con oltre 65 anni di età. La frequenza di stati depressivi negli istituti per malati cronici sale in alcune aree fino al 25%.
- La frequenza di suicidi negli adulti anziani è di oltre il 50%, più elevata di quella di tutta la popolazione.



Depressione e patologie mediche

- L'ambiente in cui è trattata la patologia medica può indurre depressione per....

- ✓ Isolamento
- ✓ Deprivazione affettiva e sensoriale
- ✓ Rinforzo di dipendenza





LA DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

- Comune e trattabile
- Sottodiagnosticata e sottotrattata
- Ad elevato rischio suicidario
- Ad elevato tasso di ricadute
- Peggiora la prognosi delle malattie somatiche
- **Non è una risposta normale alla vecchiaia**



L'INVECCHIAMENTO AUMENTA IL RISCHIO DI DEPRESSIONE?

L'età, di per sé, non è un fattore di rischio associato a depressione.

Gli anziani in buona salute e con un funzionamento normale, non hanno un rischio più elevato di sviluppare depressione rispetto agli adulti giovani.

Sono i fattori associati legati a problemi di salute, disabilità funzionale e isolamento sociale che aumentano il rischio di depressione.

Robert E. Roberts (Am J Psy, 1997)

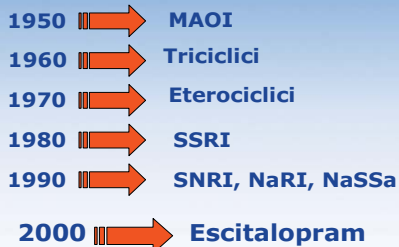


LA DEPRESSIONE FA MALE COME IL FUMO

I soggetti depressi insieme ai soggetti fumatori hanno una probabilità del 34% maggiore della norma di andare incontro a patologie croniche.

Michigan University 1999

L'Evoluzione degli Antidepressivi



Documentazione sulla efficacia degli AD



Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders. A systematic review

JR Geddes
 (Lancet febb 2003)

Review di 32 RCT su un totale di 4410 pazienti

N° STUDI

TRICICLICI	15
MAOI	4
SSRI	10
NARI	2
(ALTRI)	1
TOT.	32



Conclusioni (1)



Il prolungamento della terapia antidepressiva riduce del 70% il rischio di ricadute, con mantenimento dell'effetto protettivo fino a 36 mesi.

Geddes, 2003



TERAPIE DI MANTENIMENTO: DURATA e STRATEGIE

**Strategie psicologiche (a)Terapia Combinata
b)Terapia Sequenziale**

Strategie psicoeducazionali

**Strategie per compliance (concordance +
adherence)**



Interventi psicosociali

- Psicoterapia interpersonale
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoeducazione
- Auto-aiuto



Le Psicoterapie Individuali (APA)

- Le Tecniche comportamentali (BT)
- Le Terapie Cognitive (CT)
- La Psicoterapia Interpersonale (IPT)
- La Psicoterapia Psicodinamica breve (BPT)



Le Psicoterapie Individuali per DDM

- BT efficacia riscontrabile nei casi con minore gravità iniziale del DD
- CT è sovrapponibile ai farmaci e alle altre psicoterapie, meglio dell'assenza di trattamento o a trattamenti blandi. Indicata in DDM+D.EvitanteP
- IPT più efficace della CT nei pazienti con DDM e tratti ossessivi di personalità
- BPT non ancora adeguatamente provata nella fase acuta con studi controllati



Le Psicoterapie Individuali per DDM

- Nella terapia in fase acuta DDM (moderata) i dati indicano che gli interventi psicoterapici hanno complessivamente un'efficacia analoga a quella degli antidepressivi. BT e CT risultati analoghi a IPT e BPT
- Nella terapia DDM (Grave) il trattamento farmacologico è di pari efficacia rispetto alla IPT , ma superiore alla CT/BT.



TERAPIA COMBINATA (prescrizione simultanea di farmaci e psicoterapia)

- DDM lieve o moderato : i dati non consentono di stabilire una significativa superiorità della terapia combinata rispetto ai trattamenti singoli
- DDM grave, ricorrente, cronico: la terapia combinata sembra rappresentare un intervento effettivamente vantaggioso rispetto ai farmaci o alla psicoterapia applicati singolarmente.



Terapia Sequenziale

(fase terapia in acuto con farmaci ed una terapia di continuazione e mantenimento di tipo psicoterapico)

- a) I vantaggi dipenderebbero dal fatto che i farmaci in fase acuta indurrebbero un iniziale miglioramento clinico, con successiva mobilitazione delle risorse e delle motivazioni del pz. che favorirebbe l'esito del successivo intervento psicoterapico.
- b) I pazienti che beneficiano meglio della integrazione psicoterapia + farmacoterapia sono quelli che non ottengono una remissione completa dopo il primo trattamento

(Frank)



Rischio di cronicizzazione

- I disturbi dell'umore hanno un esito a lungo termine più cronico di quanto comunemente si ritenga
- Nei follow up a 11-27 anni (Angst 1996) la percentuale di cronicità era dell' 11 - 25 %
- Nello studio NIMH-CDS (Keller 1998) dopo 5 anni il 12% non era ancora guarito
- La prevenzione delle ricorrenze è un passo importante per ridurre il rischio crescente di cronicità

“Se la terapia antidepressiva riduce semplicemente i sintomi depressivi, la difficoltà sociale potrebbe persistere e portare a ulteriori cadute personali e professionali e a cicli di demoralizzazione”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Se ci sono tanti antidepressivi disponibili perchè ne abbiamo bisogno di nuovi?



Limiti degli Attuali Antidepressivi

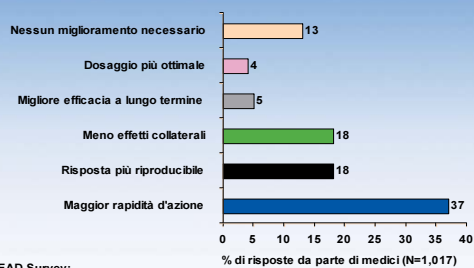
- **Latenza di Risposta**
- **Incremento di Dosaggio**
- **Effetti Collaterali**
- **Sintomi residui**
- **Scarsa Adesione:
in acuto e nel lungo periodo**
(Greden 2002)



Come migliorare la compliance?



Fattori che migliorerebbero la soddisfazione del paziente con i nuovi antidepressivi



AHEAD Survey:

Austria, France, Germany, Great Britain, Italy, Spain, Sweden, Switzerland

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks, 2003

Il Punto di Vista dello Psichiatra



Efficacia clinica
Rapidità di azione
Tollerabilità

Depressione: Quale Antidepressivo ?

- Efficace
- Ben tollerato
- Senza effetti di tipo cognitivo
- Sicuro in overdose
- Privo di interazioni farmacologiche

Valutazione della Efficacia

Escitalopram vs Citalopram

- Escitalopram ha dimostrato superiorità statistica nella variazione del punteggio totale MADRS alla ottava settimana
- ha dimostrato una **significativa riduzione** dei sintomi depressivi **già dopo una settimana di trattamento**
- determina un miglioramento statisticamente significativo dell'item tensione interna alla prima settimana
- assicura percentuali di risposta e remissione statisticamente superiori a citalopram
- ha dimostrato maggiore efficacia nella sottopopolazione con MADRS ≥ 30

Studi di confronto

- **Escitalopram vs Venlafaxina XR**

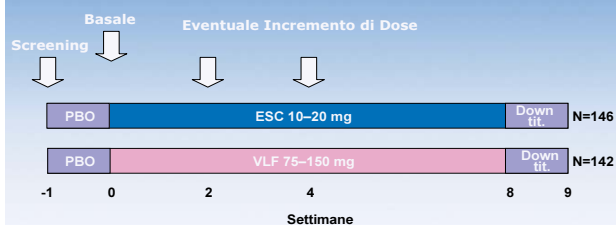


Escitalopram vs Venlafaxina XR

Sono stati condotti due studi:

Autore	Confronto	Schema	Durata
Montgomery et al, 2003	Escitalopram 10-20 mg/die vs Venlafaxina XR 75-150 mg/die	Dose flessibile	8 settimane + 1 settimana riduz dose
Bielski et al, 2003	Escitalopram 20 mg/die vs Venlafaxina XR 225 mg/die	Dose fissa	8 settimane

Escitalopram vs Venlafaxina XR

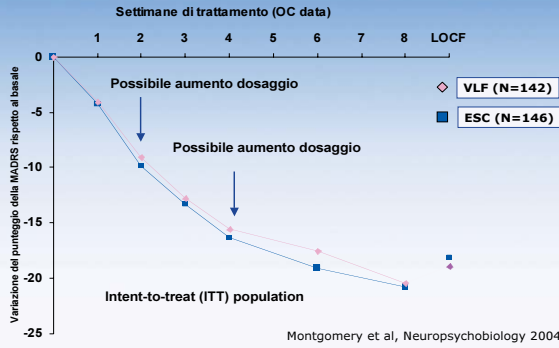


Montgomery et al., SCNP 2003

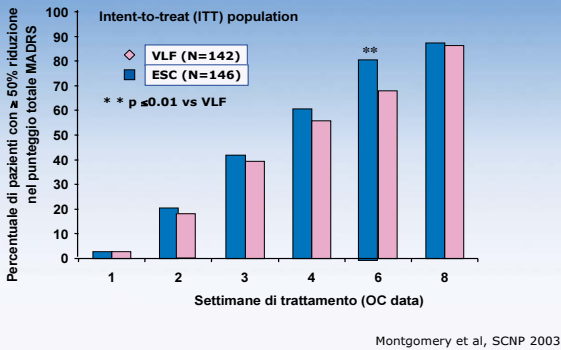
Disegno

- **Studio doppio cieco randomizzato**
- **8 settimane trattamento e 1 settimana di down titolation**
- **Dose flessibile**
 - 10-20 mg escitalopram
 - 75-150 mg venlafaxina XR
 - (eventuale incremento di dose a 2 o 4 settimane in base alla CGI-I)
- **Depressione Maggiore**
- **N = 288 pazienti**
- **Parametro di efficacia primario: MADRS**

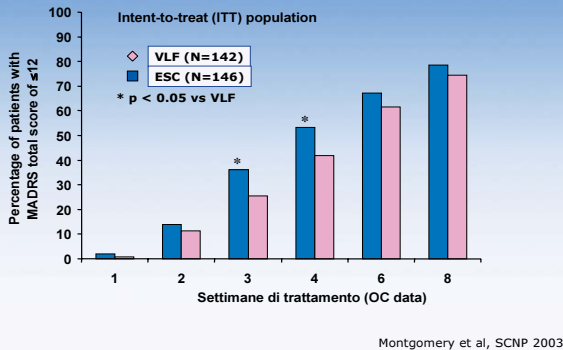
Escitalopram vs Venlafaxina XR: Punteggio MADRS



Escitalopram vs Venlafaxina XR: risposta

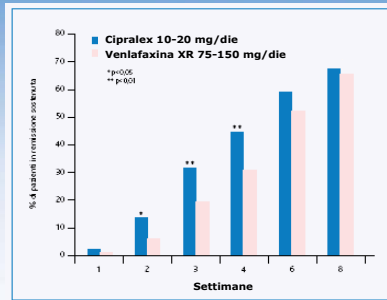


Escitalopram vs Venlafaxina XR: remissione





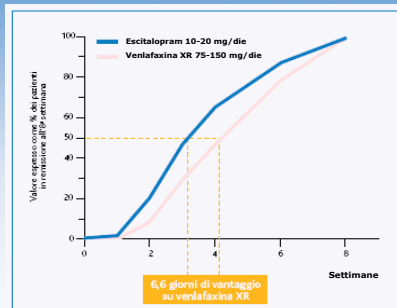
Remissione Sostenuta



Montgomery et al, Neuropsychobiology 2004



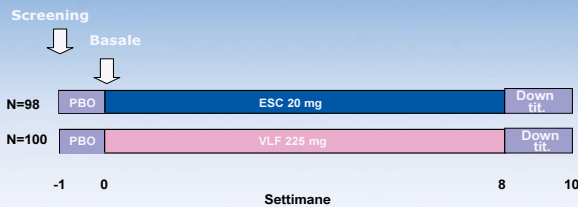
Remissione Sostenuta



Montgomery et al, Neuropsychobiology 2004



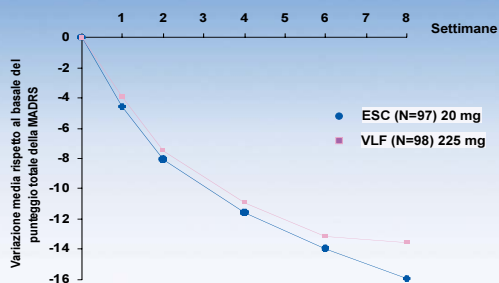
Escitalopram vs Venlafaxina XR



Disegno

- **Studio doppio cieco randomizzato**
- **8 settimane trattamento**
- **Dose fissa**
 - 20 mg escitalopram
 - 225 mg venlafaxine XR
- **Depressione Maggiore (HAMD \geq 20)**
- **N = 198 pazienti**
- **Età: 18–65 anni**
- **MADRS, HAMD, CGI-I, CGI-S**

Escitalopram vs Venlafaxina XR: Punteggio MADRS



Bielski et al, ECNP 2003

Parametri d'efficacia

Variatione (media \pm DS) dei principali parametri di efficacia dal basale all'endpoint

Variatione vs Basale	Escitalopram (N=97)	Venlafaxina XR (N=98)
MADRS	-15.9 \pm 1.1	-13.6 \pm 1.0
HAMD	-14.9 \pm 0.9	-12.9 \pm 0.9
CGI-I*	2.2 \pm 0.1	2.4 \pm 0.1

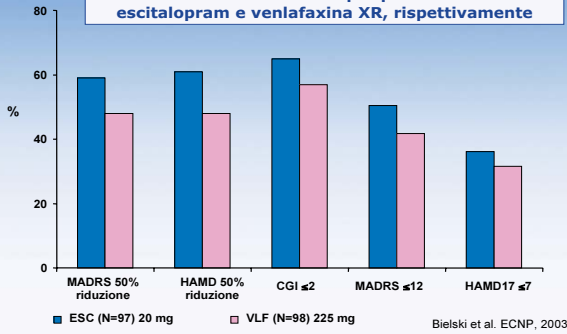
*Per CGI-I, i valori rappresentano i punteggi medi all'endpoint

Bielski et al, ECNP 2003



Frequenza di risposta e remissione

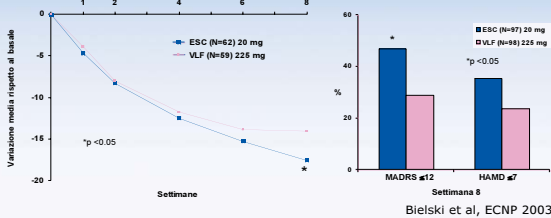
All'endpoint la percentuale di pazienti con una MADRS ≤ 10 è di 41% e 37% per pazienti trattati con escitalopram e venlafaxina XR, rispettivamente



Pazienti severamente depressi: MADRS ≥ 30

A: La variazione del punteggio MADRS a fine trattamento è risultata significativamente superiore con escitalopram rispetto a venlafaxina

B: A fine trattamento escitalopram ha dimostrato una differenza statisticamente significativa in termini di remissione (MADRS)



Valutazione della Efficacia

vs Venlafaxina XR 75-150 mg/die

- Escitalopram 10-20 mg/die mostra un'efficacia almeno sovrapponibile a venlafaxina XR nel miglioramento della sintomatologia depressiva
- Escitalopram 10-20 mg/die mostra percentuali di remissione sempre numericamente superiori e statisticamente superiori a partire dalla terza settimana
- I pazienti trattati con Escitalopram raggiungono la remissione sostenuta 6.6 giorni prima di quelli trattati con Venlafaxina XR