

SOS PSICHE

*L'altalena
dell'Umore
La depressione*

Serie di AUTO-AIUTO

Stesura, traduzione e correzione del testo presso la sede regionale di PSICHE FRIULI.

L'opuscolo viene distribuito nell'ambito delle associazioni promotrici del Comitato di SOS PSICHE ed attraverso il sito internet SOS PSICHE.

Prima edizione: aprile 2000

Seconda edizione, riveduta e corretta: aprile 2000

© 1997-2000 SOS PSICHE, Psiche Friuli - Carlino UD - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da SOS PSICHE, da Psiche Friuli e dall'Istituto Nazionale Americano per la salute mentale. Si precisa che il copyright è applicato al solo documento tradotto in lingua italiana; il testo in americano può essere liberamente distribuito.

L'opuscolo non è in vendita.

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

Ringraziamo per la collaborazione offerta:

L'Autore dei testi:

Dott. Paolo ZUCCONI

Psicoterapeuta comportamentale e cognitivo

Clinico di Neuropsicologia e Psicoterapia

V.le Venezia, 291 - Udine Tel. 0432/233006

La rivista "Diagnosi & Terapia"



Sito Internet: <http://www.det.it>

Email: det@village.it

© **SOS PSICHE** – *L'altalena dell'Umore - la depressione*

Sommario

LE MANIFESTAZIONI PSICOPATOLOGICHE DI QUANDO IL TONO SCENDE E QUANDO È TROPPO ELEVATO	7
QUANDO L'UMORE E' TROPPO BASSO	9
Depressione	9
Depressione maggiore	10
Depressione minore	11
Disturbo depressivo breve ricorrente	12
Distimia	12
Disturbo disforico premestruale	13
Disturbo dell'umore ad andamento stagionale	13
Sindrome organica dell'umore	15
Depressione nella persona anziana	16
Quali sono le cause della depressione?	18
Altri disturbi caratterizzati da manifestazioni depressive	20
Le cure	23
Si può guarire dalla depressione?	23
QUANDO L'UMORE SALE	28
Maniacalità	29
Difficoltà diagnostiche	30
Episodio ipomaniacale	31
Le cure	32

GLI STATI MISTI (DEPRESSIONE ASSOCIATA ED EUFORIA).....	34
ALTRI DISTURBI CARATTERIZZATI DA UMORE ESPANSO E STATO MISTO	36
Le cause	37
LE OSCILLAZIONI DEL TONO DELL'UMORE	39
Disturbi bipolari	39
Ciclotimia	40
QUALE È IL DECORSO DEI DISTURBI DELL'UMORE? ...	41
COME VENGONO TRATTATI I DISTURBI DELL'UMORE? ..	42

LE MANIFESTAZIONI PSICOPATOLOGICHE DI QUANDO IL TONO SCENDE E QUANDO È TROPPO ELEVATO

L'umore è lo stato d'animo che ci accompagna durante il giorno. A differenza delle emozioni e dei sentimenti, rivolti specificatamente verso persone o oggetti, l'umore investe l'intero campo della nostra esperienza. La collera verso qualcuno o la rabbia per qualcosa di frustrante possono trasformarsi in umore triste, mentre un sentimento di amore verso una persona oppure una gratificazione ottenuta può invadere la nostra esperienza sotto forma di umore allegro e piacevole. L'umore può rimanere stabile nel tempo oppure può variare, in misura relativamente modesta, anche nel corso di una giornata e, a seconda delle circostanze situazionali o ambientali, può abbassarsi o innalzarsi così che ognuno di noi prova variazioni dell'umore, alternando periodi di tristezza e gioia, più o meno intense. Solitamente, nella maggior parte delle persone, l'umore è lievemente orientato in senso depressivo e le eventuali variazioni dipendono di norma da come sono state soddisfatte le nostre esperienze infantili di gratificazione e privazione. Vi sono tuttavia persone che presentano variazioni patologiche dell'umore: alcune in direzione

marcatamente depressiva, altre in direzione dell'umore elevato, altre ancora provano simultaneamente una commistione di depressione ed eccessiva euforia, altre infine vivono momenti di alterazione oscillanti tra la depressione e l'euforia. In tutti questi casi l'umore è disturbato ed i disturbi dell'umore si caratterizzano sia dalla tonalità prevalente (alta o bassa) sia dalla sua durata ed intensità, sia pure dalla modalità della manifestazione che di norma si associa ad altri sintomi significativi come i cambiamenti nelle abitudini del sonno, il livello quotidiano di attività ed energia, i cambiamenti dell'appetito, della stima di sé, del modo di pensare e di comunicare ed infine i cambiamenti nel desiderio e nelle abitudini sessuali.

QUANDO L'UMORE È TROPPO BASSO

Depressione

Il più noto di tutti i disturbi dell'umore, un tempo definiti affettivi, è la depressione che consiste come dice la parola stessa, in un abbassamento della tonalità che, solitamente, si accompagna pure a scarso appetito e significativa perdita di peso o, all'opposto, incremento dell'appetito e del peso corporeo, risvegli precoci, perdita di energia con eccessivo affaticamento e stanchezza, diminuzione del livello di attività, perdita del piacere sessuale, diminuita capacità nel concentrarsi e nel pensare sentimenti di inutilità o di eccessiva colpevolezza pensieri ricorrenti di morte e propositi o tentativi di suicidio. Si stima che in Italia almeno **una persona su dieci** è vittima della depressione ed alcune statistiche parlano di più di tre milioni di malati.

Molti depressi non si dichiarano oppure neppure fanno di avere tale disturbo, che spesso viene confuso con uno stato d'ansia o un disturbo fisico, e secondo una statistica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) **sei casi su dieci non vengono neppure diagnosticati.**

La depressione colpisce prevalentemente una fascia d'età che va dai 25 ai 60 anni ed in una percentuale fra l'1% ed il 28% presenta un decorso cronico. Spesso però sentiamo persone che dicono di avere o di avere avuto in passato la depressione poiché questa patologia è stata loro riferita anche solo verbalmente, da qualche specialista cui si sono rivolte.

Ma dire semplicemente depressione è, dal punto di vista clinico, molto generico, non costituisce una diagnosi specifica in base alle classificazioni diagnostiche internazionali, non permette una prognosi e non agevola il professionista sulla scelta terapeutica più efficace.

Infatti i clinici diagnosticano almeno otto tipologie depressive ovvero otto diverse modalità di essere depressi, dove ciascuna ha una sua prognosi e richiede un diverso e specifico intervento terapeutico.

Depressione maggiore

Il disturbo depressivo più invalidante viene classificato come depressione maggiore.

Si caratterizza da umore depresso presente per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno per almeno due settimane, accompagnato da almeno altri quattro dei sintomi depressivi sopra anticipati, comunemente associati alla depressione.

Trattasi della forma più grave di depressione, ad

esordio acuto, con probabile alterazione biochimica a livello cerebrale (carenza di una o più delle seguenti sostanze: *serotonina*, *noradrenalina* e *dopamina* e marcata compromissione sociale e lavorativa.

È stata pure dimostrata una predisposizione familiare che favorisce lo svilupparsi della patologia ed in tanti casi si è riscontrata depressione maggiore pure tra i familiari di primo grado delle persone affette da tale invalidante disturbo.

Proprio per la presenza di definite alterazioni biochimiche riscontrabili a livello ematico, nel liquido cefalorachidiano o nelle urine è necessario pianificare un intervento farmacologico mirato, antecedente o, talvolta, in contemporanea ad un necessario intervento psicoterapico strutturato.

Depressione minore

Episodi depressivi meno gravi, con minore compromissione nel funzionamento sociale e lavorativo ed infine con una quasi assenza di anomalie a livello di chimica cerebrale vanno solitamente diagnosticati come depressione minore curabile con un intervento psicoterapico strutturato in regime ambulatoriale.

Disturbo depressivo breve ricorrente

Si diagnostica inoltre un disturbo depressivo breve ricorrente quando i sintomi depressivi si presentano almeno una volta al mese per un intero anno con durata media dell'episodio da due a quattro giorni, non coincidente però, nella donna, con il ciclo mestruale.

Distimia

Quando invece sintomi depressivi di minore gravità sono presenti da almeno due anni e fanno parte ormai della esperienza quotidiana dell'individuo che solitamente riferisce di "essere sempre stato così" si è probabilmente di fronte ad una depressione ad andamento cronico, spesso esordita con modalità subdola ed insidiosa già durante la fanciullezza o l'adolescenza (ad esordio precoce), che i clinici diagnosticano come distimia. Ha una prevalenza nel sesso femminile e la si riscontra con maggior frequenza nella fascia di età compresa tra i 18 e 45 anni. Tipico di tale disturbo è il presentarsi sovente in associazione con altre psicopatologie come la depressione maggiore (in questo caso si diagnostica una depressione doppia, di maggior gravità e di prognosi peggiore), vari disturbi d'ansia, disturbi

alimentari, disturbi di personalità e disturbi da abuso di sostanze.

Disturbo disforico premenstruale

Un'altra manifestazione depressiva, tipicamente femminile, è il disturbo disforico premenstruale che differisce dalla "sindrome premenstruale" per la presenza di gravi sintomi depressivi invalidanti la propria vita sociale o lavorativa, spesso associati a rabbia, irritabilità (da cui il termine "disforico") ed intensa ansia, attivi durante l'ultima settimana della fase luteinica (tra l'ovulazione e l'inizio della mestruazione) e con remissione pochi giorni dopo l'inizio delle mestruazioni (fase follicolare).

Disturbo dell'umore ad andamento stagionale

Un altro disturbo dell'umore depresso, diffuso prevalentemente nelle aree geografiche più settentrionali, è il *Seasonal Affective Disorder* come lo definiscono i clinici statunitensi (in acronimo SAD che in inglese significa 'triste') o *disturbo dell'umore ad andamento stagionale*, dovuto ad una carenza di esposizione alla luce solare che esordisce solitamente durante la stagione autunnale con remissione a

primavera avanzata, anche se in tanti casi l'esordio viene posticipato con inizio in inverno e risoluzione in estate.

Le persone che soffrono del disturbo accusano durante tale periodo pure una mancanza di energia, affaticabilità, basso desiderio sessuale, sonnolenza oppure difficoltà di risveglio mattutino, aumento dell'appetito con particolare predilezione per dolci o paste (fame di carboidrati), aumento ponderale, riduzione della produttività e tendenza all'evitamento e al ritiro sociale.

Spesso le donne riferiscono anche un peggioramento della "sindrome premestruale". Talvolta certi sintomi si presentano in forma contraria, comunque disturbante rispetto a quanto avviene nei mesi estivi, ad esempio anziché sonnolenza una persona può riferire insonnia.

Tali sintomi richiedono comunque sempre una accurata valutazione clinica da parte di un esperto psicoterapeuta al fine di formulare una diagnosi corretta e differenziale rispetto a patologie affini tenendo pure presente che i sintomi possono essere anche attivi in forma minore ed in una fascia temporale più ristretta (da gennaio a marzo) talché la depressione stagionale viene diagnosticata a livello subclinico, sotto forma di "winter doldrumus" o "winter blues".

Oggi essa si cura con successo terapeutico del 75-85% tramite la **light therapy**. La terapia della luce o fototerapia è un trattamento terapeutico non farmacologico di prima scelta che consiste nella

somministrazione di intensi livelli di luce tramite un sofisticato sistema di illuminazione, composto da speciali bulbi fluorescenti ad avanzata tecnologia, che diffondono attraverso uno schermo a piano inclinato la luce ad ampio spettro, sovrapponibile a quello solare, con temperatura dei colori identica a quella diurna (5500 gradi Kelvin) e indice di resa del colore da 91 al 96%. Tale apparecchiatura psicosanitaria in possesso di qualificati professionisti certificati (psicoterapeuti o psichiatri) viene utilizzata ambulatorialmente tra l'altro anche per certe psicopatologie umorali ad andamenti ciclico come lo è il già citato "disturbo disforico premestruale".

Sindrome organica dell'umore

Si riscontrano pure stati depressivi indotti da malattie o da farmaci. Infatti determinati farmaci (ad esempio la *reserpina*, un farmaco utilizzato nella ipertensione) la cui assunzione riduce la presenza di importanti mediatori chimici come la *serotonina* e la *noradrenalina* sono in grado di provocare una sindrome depressiva secondaria che può anche assomigliare ad un "episodio depressivo maggiore". Inoltre patologie organiche come le disfunzioni tiroidee (in particolare l'ipotiroidismo), infezioni virali (come ad esempio l'AIDS), oppure lesioni cerebrali (come il

trauma cranio encefalico) possono provocare disturbi dell'umore depresso.

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

Depressione nella persona anziana

La depressione nella persona anziana merita un discorso a parte. Essa, più frequentemente tra i celibi, presenta una prevalenza del 25 % ed un elevato rischio suicidario.

Solitamente viene sottodiagnosticata per le sue caratteristiche atipiche. Infatti l'anziano non solo può essere colpito da forme recidivanti di un tipico disturbo dell'umore esordito anni prima, in quanto questi disturbi si protraggono fino ad età avanzata, ma può pure incorrere in un episodio depressivo importante, non correlato a predisposizione familiare ma più legato al ruolo degli eventi stressanti, alle patologie internistiche e ai processi di invecchiamento del sistema nervoso centrale, comportanti alterazioni biochimiche e modificazioni della morfologia cerebrale. Sintomi importanti da valutare per la formulazione della diagnosi di episodio depressivo singolo ad esordio tardivo (qualora non ricorrano episodi depressivi precedenti ed in assenza di demenza) sono l'agitazione psicomotoria, l'eccessiva attenzione somatica, la preoccupazione ipocondriaca, la labilità emotiva e rimuginazioni mentali su sensi di

colpa e tematiche di persecuzione.

Si consideri infine che tutte le manifestazioni depressive qui evidenziate possono indurre anche ad un cambiamento di opinione verso se stessi in quanto l'umore è associato a ciò che una persona pensa.

Durante i periodi di depressione il soggetto riflette sul passato, ricordando ciò che ha perso o i suoi fallimenti ed ha aspettative negative riguardo al futuro. Spesso i pensieri negativi, di svalutazione globale, come ad esempio i seguenti: “Nessuno si prende cura di me”, “il mondo è terribile”, “Non valgo nulla”, “mi va tutto storto”, “Sono sicuro che non ce la farò”, “Sono un fallimento” possono avere il sopravvento. A causa di queste riflessioni la stima di sé, nel corso di alcuni mesi, risulta seriamente compromessa.

Lunghi periodi di depressione possono poi condurre al desiderio di morire o anche a formulare ipotesi di suicidio, comunque ad allontanarsi dagli altri ed escludersi socialmente.

Pertanto nelle forme depressive gravi va di norma fatta pure attenta e delicata valutazione del rischio di suicidio soprattutto se la persona ha manifestato l'intenzione di uccidersi ed in presenza di pensieri deliranti riferiti al senso di colpa e al fallimento.

Quali sono le cause della depressione?

Numerosi sono i modelli che spiegano le cause della depressione.

Questi sono per lo più complementari tra loro nel senso che tutti contribuiscono a spiegarla. Secondo un modello più recente forme più gravi di depressione, come anche altri disturbi mentali, si spiegano sulla base della **interazione tra vulnerabilità personale** tra eventi stressanti e scarse abilità sociali (*teoria stress-vulnerabilità*).

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

E ciò che determina l'insorgere di disturbi dell'umore non è l'evento in sé, ma la mancanza o il basso grado di abilità sociali del soggetto nell'affrontamento adeguato dell'evento stressante. (vedi anche Paolo Zucconi, I disturbi da stress. Diagnosi & Terapia ottobre 1996. pag. 5).

Un altro accreditato modello della depressione ne spiega l'insorgenza quando nell'affrontamento di una

serie di eventi stressanti negativi incontrollabili la persona sperimenta una mancanza di controllo del proprio comportamento su tali avvenimenti (*teoria della imptitenza acquisita*).

Secondo **A. Beck**, uno dei massimi esperti mondiali della depressione, l'incontrollabilità non si trova tanto negli eventi quanto nella testa della persona depressa sottoforma di schemi mentali formati da convinzioni distorte ed aspettative disfunzionali che causano l'umore depresso. I pensieri negativi che secondo i modelli di riferimento della terapia cognitiva scatenano la depressione riguardano le seguenti tematiche: opinione totalmente negativa di sé, autocritica ed autocondanna per presunti errori o difetti. interpretazione negativa di eventi e situazioni, aspettative negative riguardo al futuro, ingigantimento delle difficoltà e delle responsabilità desideri di fuggire dai problemi della vita e pensieri di suicidio.

Altri disturbi caratterizzati da manifestazioni depressive

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

Manifestazioni depressive si riscontrano inoltre nel "lutto non complicato", nel "disturbo dell'adattamento" e nel "disturbo borderline di personalità" e possono riscontrarsi anche nel "disturbo post-traumatico da stress". In tali casi in cui la depressione rappresenta uno dei sintomi più pervasivi e disturbanti, non viene fatta diagnosi di depressione ed il protocollo di trattamento sarà conseguente alla diagnosi accertata. Nell'anziano spesso riesce difficile distinguere una "depressione maggiore" da una "demenza", pertanto potranno risultare utili alcune note informative. La "demenza" è un disturbo mentale degenerativo causato da un progressivo declino non spontaneo delle facoltà cognitive e di molte funzioni fisiologiche. La più frequente forma di demenza è la malattia di Alzheimer che nella sua fase iniziale si manifesta proprio con l'umore depresso, e disturbi di attenzione e della memoria, sintomi questi che si riscontrano pure nelle manifestazioni depressive, tanto che non sempre si riesce a distinguere la demenza dalla depressione

senza l'aiuto di un diagnosta esperto. Solitamente il paziente demente tende a minimizzare i disturbi attentivi e di memoria sproporzionati rispetto a quanto si può rilevare attraverso un accurato esame neuropsicologico. Inoltre mentre il depresso può di iniziativa rivolgersi ad uno studio psicoterapico, il demente, non consapevole del suo disturbo, quasi mai si presenta da solo se non in compagnia dei suoi familiari.

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

Un'altra difficoltà di diagnosi differenziale la si può riscontrare nella valutazione della sintomatologia depressiva in pazienti affetti da “depressione maggiore” e da “schizofrenia”.

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

allucinazioni sono solitamente in remissione, si può riscontrare nel paziente un episodio depressivo maggiore.

Ma solo una curata valutazione psicologica del paziente da parte dello specialista (psichiatra o psicoterapeuta) potrà definire e differenziare la diagnosi.

Le cure

Si può guarire dalla depressione?

Dalla depressione si può guarire nel 70-95% dei casi, secondo quanto riferisce Beck. Prima del 1950 era impiegata come terapia d'elezione per la depressione grave l'E.C.T. o terapia elettroconvulsivante, altrimenti detta elettroshock. Consiste nell'applicare, sotto anestesia, una coppia di elettrodi al capo di una persona e far passare attraverso di essi la corrente elettrica per un breve intervallo di tempo. Oggi, sebbene più raramente di un tempo, viene applicata in casi di depressione grave che non hanno risposto in maniera adeguata alla terapia farmacologica oppure nel caso di pazienti particolari come donne gravide, anziani e cardiopatici in cui gli effetti collaterali dei farmaci non sono sopportabili. Essa risulta efficace in circa l'80-90% di pazienti gravi.

Tutti i tipi di depressione ottengono comunque una buona risposta alla psicoterapia, particolarmente se di orientamento cognitivo-comportamentale dove, secondo i più recenti studi di metaanalisi, si ottengono i risultati più lusinghieri, indipendentemente dall'uso dei farmaci.

Per le depressioni gravi, solitamente per le depressioni maggiori, l'intervento psicoterapico individuale non è sufficiente: è consigliabile associare, in certi casi anticipare, alla psicoterapia cognitivo-

comportamentale un intervento farmacologico per compensare le alterazioni biochimiche.

In casi particolari l'intervento farmacologico sortisce risultati migliori se integrato da una psicoterapia neocomportamentale di gruppo (coping training per la depressione).

La moderna ricerca dimostra che la contemporanea somministrazione di farmaci ed una psicoterapia cognitivo-comportamentale costituiscono la miglior forma di trattamento.

Alcuni pazienti depressi hanno solo un episodio di depressione maggiore e non hanno poi più ricadute; In questi casi non è necessaria la prescrizione di antidepressivi a lungo termine.

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

Dovendo ricorrere per necessità alla farmacoterapia, i composti chimici più usati sono **gli antidepressivi**, anche se non tutti i pazienti depressi rispondono positivamente al trattamento. A differenza di altri psicofarmaci essi non danno quasi mai dipendenza o assuefazione. Diversi sono i gruppi di antidepressivi: antidepressivi triciclici (come ad esempio l'*Anafranil* in presenza di disturbi ossessivo-compulsivi, *Laroxyl* in presenza di disturbi del sonno e cefalea, ecc...) antidepressivi eterociclici (ad esempio il *Ludiomil* per depressioni agitate, inappetenza e problemi di sonno, ecc.), antidepressivi serotoninergici (come il *Prozac* o il *Fluoxeren* per depressi bulimici ed obesi,

Seerotax in presenza di ansia sociale, e altri) ed infine gli **antiMao** (*Parmodalin, Aurorix, ecc..*) meno efficaci ma utilizzati per quei numerosi pazienti che soffrono anche di ansia, fobie e attacchi di panico e che non hanno risposto positivamente agli antidepressivi triciclici (v. PAOLO ZUCCONI, *Disturbi dell'umore: la depressione e gli altri disturbi dell'umore. 1995, SOS PSICHE*).

Prognosi più favorevoli si hanno con pazienti intellettivamente normodotati, privi di altre psicopatologie invalidanti e con familiari collaborativi. La prognosi è inoltre correlata alla età del paziente, alla durata e alla gravità del disturbo depressivo. Il lettore tenga comunque in considerazione che la cura per combattere la depressione è necessaria anche se non sufficiente.

Fatto molto importante per la cura dell'individuo depresso è la possibilità di poter affiancargli una persona come sostegno, meglio se non appartenente al nucleo familiare del paziente, anche un volontario. La presenza di una persona comprensiva estranea e sensibile, accettata dall'individuo depresso, può essere determinante per sollecitarlo a compiere brevi passeggiate, fargli compagnia, ascoltare i suoi problemi ed aiutarlo a trovare il lato comico o ironico delle situazioni. Trovare il lato umoristico o ironico anche nelle situazioni più difficili e fare una sana risata aiuta a combattere la depressione. Si può stimolare il riso anche assistendo a film comici o frequentando persone spiritose. L'umorismo, anche se sforzato,

spesso distrae il depresso dai suoi sentimenti di tristezza.

Va considerato inoltre, nell'evolversi della malattia o nella sua cronicizzazione, che i **familiari della persona depressa** possono trovarsi in serie difficoltà e perdere la pazienza. Infatti l'individuo depresso tende a scaricare tutte le sue difficoltà sui familiari.

Finché è possibile è necessario mantenere l'autocontrollo e comunicare con il depresso cercando di incoraggiarlo nei piccoli cambiamenti evitando colpevolizzazioni riferite ad una presunta cattiva volontà di reagire dell'ammalato (eventualmente chiedere l'opuscolo della collana di auto-aiuto di SOS PSICHE *Consigli per Famiglie e volontari*).

Risposte del tipo “capisco”, “so che presto tornerai ad essere te stesso”, “Oggi hai un aspetto migliore” “Noi siamo al tuo fianco”, “abbiamo bisogno di te” e via così possono costituire un valido punto di partenza per sostenere il depresso e migliorare il suo stato di salute.

E' pure importante che i familiari osservino modificazioni positive, anche minime, del comportamento del depresso e lo gratifichino per ciò che ha fatto o ha detto nella direzione del cambiamento. In certi casi, quando il depresso si lamenta o piange può essere opportuno distogliere l'attenzione e non assecondare le sue lamentele per poi concedergli ampia attenzione appena smette di lamentarsi.

Così si evita di promuovere comportamenti non desiderati (il pianto, il lamento, l'autocommiserazione) e si valorizzano quegli atteggiamenti che si desidera vengano ripetuti con maggiore frequenza.

QUANDO L'UMORE SALE

Di tutt'altro genere sono quei disturbi dell'umore che si manifestano nella direzione dell'umore elevato o espanso. Mentre il paziente depresso e' consapevole di aver contratto una malattia, riconosce che questa limita la propria vita quotidiana e pertanto si sottopone disponibilmente alle visite psicologiche per l'accertamento diagnostico, le persone che sperimentano un periodo di umore elevato dicono di sentirsi meglio di ogni altro periodo della loro vita e quindi non accettano di sottoporsi ad una valutazione clinica e tanto meno acconsentono di intraprendere una cura in quanto si reputano sani.

Essi si sentono eccitati, hanno un aumento dell'energia, si sentono più creativi, attivi, più intelligenti, più forti sessualmente e sono capaci di portare a termine cose che non hanno mai pensato di riuscire a fare.

Dormire per loro sembra non essere necessario, i loro piani e le decisioni sono spesso al di fuori della loro portata e dalle loro reali capacità e risorse.

Il loro tono dell'umore e' euforico e persistentemente elevato rispetto a quanto provavano in tempi precedenti: ciò, si badi, rappresenta un indice di anormalità che clinicamente si definisce con il termine scientifico di **maniacalità**.

Maniacalità

La maniacalità o “episodio maniacale” è una grave alterazione dell’umore che si caratterizza per l'*eccessiva euforia* o, in certi casi irritabilità, iniziata improvvisamente ed é presente per almeno una settimana.

Si accompagna ad almeno tre dei seguenti sintomi: diminuito bisogno di dormire, aumento dell’attività lavorativa o sociale rispetto a prima con incapacità di prevedere le conseguenze, desiderio sessuale elevato, alta stima di sé, aumentata velocità dell’espressione verbale, facile distraibilità, invadenza, vari eccessi comportamentali determinati da impulsività ed imprudenza.

Questi periodi di **grande esaltazione**, esagerata autostima, importanza di sé, possibile credenza di avere abilità non possedute e senso di potere possono causare confusione ed indurre alla perdita di contatto con la realtà, spesso in modo più evidente agli altri (familiari ed amici prossimi) che non a chi sperimenta tale stato di esaltazione

Per tali soggetti e’ necessario un trattamento esclusivamente **psicofarmacologico** e nei casi di grave maniacalità, caratterizzati da eccessi comportamentali socialmente pericolosi si può ricorrere al trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) con ricovero ospedaliero, data l’inconsapevolezza del paziente verso la sua condizione.

Difficoltà diagnostiche

In certi casi la persona richiede pure una visita specialistica lamentandosi dei familiari che limitano le sue esigenze oppure lamenta problemi sessuali da parte del partner manifestando contemporaneamente sentimenti di gelosia o persecuzione riuscendo a volte pure a trascinare in terapia il partner o gli stessi familiari.

Quasi sempre la persona si presenta giocosa, simpatica e coinvolgente e certi suoi comportamenti d'eccesso appaiono molto più evidenti di altri sintomi maniacali tanto da distogliere un clinico poco accorto o inesperto della corretta diagnosi di disturbo dell'umore.

È questo il caso di diversi pazienti che evidenziano, in un certo periodo, improvvisi abusi alcolici (o anche di altre sostanze) tanto da venire erroneamente diagnosticarli come alcolisti, o per la loro temporanea iperfagia considerati e curati per "bulimia" oppure presentano comportamenti sessuali eccessivi e troppo disinvolti tanto da azzardare le diagnosi di "satiriasi", per il maschio o "ninfomania" per la femmina o addirittura "irresponsabile sex" quale disturbo del controllo degli impulsi sessuali; spesso inoltre alcuni colleghi diagnosticano disinvoltamente "gioco d'azzardo patologico" in presenza di uno o più episodi maniacali caratterizzati proprio, come capita sovente, da gioco eccessivo con frequenti visite al casinò oppure con giocate insensate a lotteria, al lotto,

ai cavalli, alle carte o da dedizione entusiastica ad altri giochi d'azzardo fino all'indebitamento o all'insolvenza.

Episodio ipomaniacale

Una forma meno invalidante della maniacalità è l'*episodio ipomaniacale* dove la compromissione del funzionamento sociale o lavorativo non è tale da richiedere l'ospedalizzazione, comunque sempre importante per intervenire al più presto farmacologicamente considerando che gli episodi possono protrarsi a lungo ed intensificarsi evolvendo in episodi francamente maniacali.

E' curioso notare che l'individuo con spiccate caratteristiche ipomaniacali, in certi casi anche maniacali, se preso a "piccole dosi" non viene considerato disturbo, anzi risulta piacevole stargli insieme: è molto spiritoso, sempre allegro, iperattivo, ha sempre molte iniziative ed idee originali, è particolarmente attivo sessualmente, caratteristica quest'ultima considerata comunemente dai partner una normale virtù piuttosto che un difetto.

Infatti le persone che hanno a che fare con questi soggetti in modo superficiale percepiscono soltanto l'immagine di una persona efficiente che viene di norma descritta come arguta, brillante, coinvolgente, espansiva. Tutt'al più si dice di lei che è un po' strana o originale.

E non è raro trovare tali caratteristiche in stravaganti personaggi pubblici famosi per i loro eccessi, in alcuni politici instancabili impegnati in progetti iperbolici, in idealisti che si tuffano contemporaneamente in molteplici attività sociali o in esagerate iniziative politiche, in improvvisati economisti che elaborano piani e propongono entusiasti sistemi originali per far soldi, in creativi che passano da una invenzione all'altra, in persone affaccendate che inondano le redazioni dei giornali di lettere e comunicati vari.

Le cure

In tutti i casi di umore anormalmente e persistentemente elevato molto efficaci si sono rivelate le cure farmacologiche a base di **sali di litio**. Il farmaco, sotto forma di carbonato o compresse di *glutammato di litio*, agisce in una quindicina di giorni con risultati su episodi maniacali del 70-80%.

Gli effetti collaterali dei sali di litio possono ridursi se il paziente li assume a stomaco pieno, non assume diuretici e tiene sotto controllo l'uso del sale da cucina. Nel caso compaiano tremori, spossatezza, irrequietezza, vertigini, difficoltà nell'articolazione delle parole, fruscii nelle orecchie, eruzioni cutanee è necessario tornare dallo specialista.

In alternativa ai sali di litio possono essere somministrati farmaci come il *Tegretol* (carbamazepina) o il *Depakin* (valproato di sodio),

antiepilettici con effetto antimaniacale simile a quello ottenuto con l'impiego del litio.

Possono anche essere assunti assieme ai sali di litio se questi si sono rivelati poco efficaci.

GLI STATI MISTI (DEPRESSIONE ASSOCIATA ED EUFORIA)

Certi pazienti manifestano un disturbo dell'umore presentando contemporaneamente, in maniera fluttuante, sia i sintomi depressivi (maggiori o minori) sia i sintomi maniacali o ipomaniacali, precedentemente evidenziati, quasi ogni giorno per almeno due settimane. episodio misto In questo caso il clinico esperto diagnostica un episodio misto dove solitamente i sintomi maniacali, associati pure a irritabilità e/o ostilità e/o aggressività, risultano prevalenti rispetto a quelli depressivi.

Tale disturbo è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione delle capacità professionali, delle attività sociali e delle relazioni interpersonali da rendere necessario il ricovero.

Dal momento che i soggetti con “stato misto” sperimentano disforia (intesa come presenza di sintomi depressivi) rispetto ai soggetti maniacali puri è più probabile che cerchino aiuto sottoponendosi a valutazioni cliniche e conseguenti cure, anche se la risposta al trattamento farmacologico appare relativamente scarsa.

Ciò nonostante un trattamento con antiepilettici, come la carbamazepina ed il valproato di sodio, si dimostra efficace, molto più che il litio, soprattutto per quegli stati misti di origine organica (per abusi di sostanze o neuropatologie), mentre i pazienti che presentano casi

misti resistenti ai farmaci sembrano rispondere meglio al trattamento elettroconvulsivante.

Altri disturbi caratterizzati da umore espanso e stato misto

Anche nei casi dell'umore espanso una sintomatologia simil maniacale si accompagna spesso a molti altri disturbi invalidanti.

Ad esempio un eccessivo livello di euforia associato a reazioni umorali inadeguate rispetto alle circostanze, invadenza, iperattività ed impulsività lo si può riscontrare nel traumatizzato cranico con specifiche lesioni nella zona frontale. Un quadro clinico molto simile allo stato misto, con cui condivide iperattività discontrollo impulsivo, bassa tolleranza alla frustrazione e non coscienza alla malattia, viene presentato da pazienti con “disturbo dell'attenzione e iperattività”, tipico disturbo dell'età evolutiva che esordisce attorno al settimo anno d'età e che si mantiene solitamente in forma ridotta durante il corso della vita.

Anche in questi casi la diagnosi differenziale dipende sempre dall'esperienza, dalla competenza e dalla sensibilità clinica dello specialista.

Le cause

Le cause dei disturbi a prevalente umore espanso (maniacalità, ipomaniacalità e stato misto) si rifanno, come per la depressione maggiore, al modello comportamentale *stress-vulnerabilità*

Secondo tale modello determinati eventi stressanti (decessi, separazioni, divorzi, insuccessi scolastici o lavorativi, gravidanze, tanto per fare alcuni esempi) possono causare un disturbo dell'umore espanso quando la persona possiede una alta vulnerabilità psicobiologica e contemporaneamente è dotata di un basso repertorio di competenze sociali per risolvere le situazioni problematiche.

Si ritiene infatti che ogni individuo abbia, in parte ereditata ed in parte acquisita, una sua predisposizione probabilmente associata ad alterazioni metaboliche cerebrali, così che quando i fattori stressanti hanno superato la soglia individuale di vulnerabilità possono scatenare l'insorgenza di una alterazione patologica dell'umore in persone predisposte, purchè prive di adeguate abilità sociali di fronteggiamento dello stress.

La ridotta capacità di giudizio e l'impulsività delle azioni senza considerare le conseguenze da parte di soggetti a prevalente umore espanso possono richiedere l'intervento d. uno specialista in medicina legale o in psicologia e psicopatologia forense.

Ciò allo scopo di accertare con specifici test

neuropsicologici la perdita, o la riduzione della capacità di intendere, come inidoneità a capire le conseguenze dei propri atti, unitamente alla perdita o alla riduzione della capacità di volere che specificamente coinvolge sia il processo decisionale sia la capacità di pianificazione; abilità carenti nella maggior parte dei quadri clinici maniacali e misti.

La scemata capacità di intendere e volere dimostrata tramite una relazione peritale redatta dallo specialista in psicologia legale comporta in sede giudiziaria la nullità degli impegni sottoscritti relativi a quei comportamenti eccessivi che hanno portato ad esborso di denaro, all'indebitamento o all'insolvenza come possono essere gli acquisti imprudenti o i debiti di gioco.

Inoltre in presenza di reati per le esuberanze sessuali o per l'aggressività, tipiche del disturbo maniacale o misto, il paziente, se incapace di intendere e volere, non è imputabile, quindi non punibile.

Infine la dimostrazione in ambito psicologico-forense della perdita, se pur temporanea, della capacità di agire per "infermità di mente" comporta l'interdizione del paziente (privazione della capacità civile) affinché non possa più compiere, finché si trova in condizioni di malattia, quelle azioni imprudenti ed impulsive (come vendere, comprare o far contratti) di cui non riesce a valutare il rischio o il danno economico.

LE OSCILLAZIONI DEL TONO DELL'UMORE

Sono stati fin ora presentati al lettore i diversi disturbi dell'umore in direzione depressiva, cioè i diversi modi di manifestarsi della depressione, si sono esposte le alterazioni patologiche dell'umore elevato ed infine è stato presentato il disturbo misto dell'umore visto da vari clinici come una variante dello stato maniaco ("stadio III della mania") e considerati da altri come la terza polarità dei disturbi dell'umore.

Disturbi bipolari

Si riscontrano tuttavia nelle persone ancora altre modalità di umore disturbato quando le manifestazioni cliniche della depressione e quelle della maniacalità, ovvero dell'eccessiva euforia, si *alternano* nella vita della persona, con decorsi di varia durata temporale, dove in certi casi prevalgono le manifestazioni più depressive mentre in altri gli episodi di tipo maniaco. Questi disturbi che comportano l'alternanza di tonalità patologiche dell'umore assumono il nome scientifico di **disturbi bipolari** quando, almeno una volta nella propria vita, è stata esperita una depressione maggiore che si è alternata o con episodi di maniacalità (o ipomaniacalità o misti) oppure un

episodio maniacale si è ripetuto nel tempo. Si tratta di casi sconcertanti per coloro che vi devono convivere.

Improvvisamente di buon umore, la battuta, la sicurezza di raggiungere obiettivi e mete incredibili, la prorompente allegria e l'entusiasmo contagioso e, subito dopo, il mutismo, il volto che si oscura, un senso di morte che entra fin nelle ossa, insonnia crescente ed una reazione adombrata alla più piccola difficoltà della vita quotidiana.

Per i disturbi bipolari la risposta farmacologica migliore è tradizionalmente **il litio**, mentre con il paziente bipolare in fase depressiva risulta più efficace **l'uso del litio associato ad antidepressivi triciclici**, in quanto sembra che i sali di litio potenzino l'azione degli antidepressivi sulla serotonina.

Ciclotimia

Infine quando numerose manifestazioni depressive si alternano cronicamente, con numerosi periodi con sintomi ipomaniacali in un periodo di almeno 2 anni con esordio nell'adolescenza solitamente viene diagnosticato il disturbo denominato *ciclotimia*.

QUALE È IL DECORSO DEI DISTURBI DELL'UMORE?

All'inizio il disturbo dell'umore può non essere così apparente. Alcune persone hanno episodi poco frequenti, a carattere lieve, e non ritengono di aver bisogno di un trattamento o non riconoscono di essere ammalati. Di solito gli episodi di malattia sono limitati nel tempo; la malattia va e viene, durando da pochi giorni a parecchi mesi e si alterna a periodi anche di alcuni anni di relativa normalità e stabilizzazione dell'umore. Senza alcun trattamento la frequenza della malattia e i sintomi più gravi tendono ad aumentare nel corso degli anni e a complicarsi con altri disturbi associati.

Gli episodi maniacali e depressivi si presentano con modalità diverse da persona a persona e si notano anche differenze, in una stessa persona, da un episodio a quello successivo. Tra coloro che si sottopongono per tempo ad interventi terapeutici più del 75% risponde bene ai trattamenti; quasi tutti i pazienti rispondono favorevolmente.

Molti individui che si sottopongono alle cure e seguono quanto prescritto possono condurre una vita produttiva ed utile, nonché raggiungere un certo equilibrio ed una vita soddisfacente.

Senza cure farmacologiche e/o psicoterapiche le

persone soffriranno ripetutamente a causa della loro malattia saranno ricoverate in ospedale e non avranno una vita produttiva dal momento che la remissione spontanea è molto infrequente.

COME VENGONO TRATTATI I DISTURBI DELL'UMORE?

Alla base di un qualsiasi trattamento che conduca a risultati soddisfacenti e duraturi sta **una accurata e seria valutazione clinica**, comprensiva di opportuni test psicologici di personalità e reattivi psicometrici che misurino oggettivamente e con strumenti standardizzati la severità della tonalità affettiva patologica, come ad esempio l'inventario di Beck sulla depressione (B.D.I.).

Tale valutazione va condotta da uno specialista esperto, al fine di diagnosticare con più esattezza e specificità possibile il tipo di disturbo, la sua gravità e le altre patologie a questo associate, escludendo in prima battuta eventuali compromissioni organiche che presentino alterazioni dell'umore.

Vanno inoltre considerate le risorse della persona (abilità possedute, sostegno familiare, motivazione al trattamento; quoziente di intelligenza, livella culturale ecc.) al fine di predisporre le migliori strategie di intervento più adatte alle caratteristiche

del paziente oltre che alla patologia accertata, che portino la massima adesione terapeutica e riducano al minimo le eventuali controindicazioni.

Il trattamento può essere prevalentemente psicoterapico (individuale o di gruppo) oppure preferenzialmente farmacologico se trattasi di depressione grave, comunque sempre integrato a successivi interventi di psicoterapia per essere efficace a lungo termine.

Il trattamento é diretto a ridurre la durata, l'intensità e la frequenza degli episodi morbosi e a prevenire o ridurre al massimo le eventuali ricadute (purtroppo frequenti) trasferendo al paziente quelle abilità cognitive, comportamentali ed emozionali a ciò necessarie.

Nei casi gravi di maniacalità sono indispensabili, dopo aver preventivamente accertato la severità del disturbo, interventi farmacologici molto mirati.

E spesso nei casi gravi é necessario un breve periodo di ricovero, in condizioni di trattamento sanitaria obbligatorio data l'inconsapevolezza del paziente verso la sua condizione, per evitare al soggetto di esporsi a gravi conseguenze di tipo sociale o sanitario anche di rilevanza penale, derivanti dal suo comportamento troppo disinibito ed imprudente.

Il Comitato per



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è sempre aperta alle associazioni di familiari, alle istituzioni, enti, cooperative e realtà per la riabilitazione.

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

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

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

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

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

<http://www.sospiche.it/>