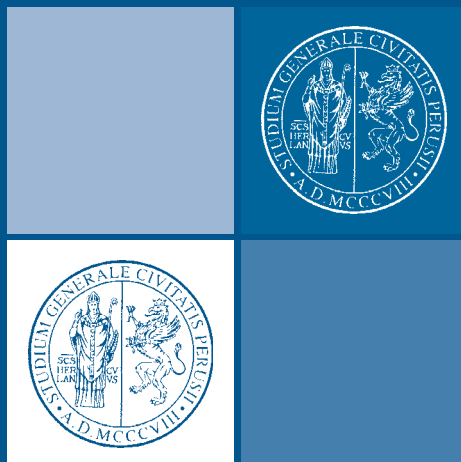


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



Modalità di abbonamento 2018

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
<http://cespes.unipg.it>
rivistecesper@gmail.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecesper@gmail.com

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 62, n.1, gennaio-marzo 2018

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNED), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giarelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcohol, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 62, n.1, gennaio-marzo 2018

	5	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriali</i>	7	Tullio Seppilli e la psichiatria <i>Tullio Seppilli and psychiatry</i> Francesco Scotti
	11	Promozione della salute, salutogenesi, depressione <i>Health promotion, salutogenesis, depression</i> Lamberto Briziarelli
<i>Monografia</i>		<i>Depressione tra prevenzione e cura</i>
	17	Depressione e depressioni <i>Depression and depressions</i> Gianfranco Nuvoli, Pietro Calcagno, Luigi Ferrannini
	35	Epidemiologia della depressione, tra fattori di rischio e fattori di protezione <i>Epidemiology of depression, between risk and protection factors</i> Carlo Romagnoli
	56	Le controversie sulla depressione <i>Issues on depression</i> Francesco Scotti
	66	Esiste la depressione dei bambini? Tra misconoscimento e inflazione <i>Does depression exist in children? Between misunderstanding and inflation</i> Maria Luisa Algini
	81	Depressione o depressività in adolescenza? <i>Depression or depressivity in adolescence?</i> Maria Grazia Fusacchia
	95	La depressione dell'anziano. <i>Primum Percipere</i> <i>The elderly depression. Primum Percipere</i> Luisa Bartorelli

- 108 Depressione e gravidanza
Depression and pregnancy
Renata Bortolus
- 125 La depressione in medicina generale: nuove e vecchie criticità
The depression in primary care: new and old criticalities
Tiziano Scarponi
- 135 La prevenzione del suicidio tra depressione e disagio sociale.
Considerazioni di salute pubblica
The prevention of suicide between depression and social hardship.
Public health considerations
Barbara D'Avanzo
- 149 Di fronte al terremoto, dentro di sé. Disagio e interventi
Face to face with the earthquake, inside of itself. Discomfort and interventions
Marco Grignani
- Errata Corrige* 160 ERRATA CORRIGE
Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica
Environment and social inequalities: an ecological approach to public health
Carlo Modonesi
- Documenti* 162 Da: Mental Health Action Plan 2013-2010/WHO
World Health Organization

In questo numero

Questo numero monografico di Sistema Salute “Depressione tra prevenzione e cura” curato da *Francesco Scotti* nasce dall’urgenza di parlare della depressione in quanto è stata assunta a problema sanitario del secolo. Il fine degli articoli raccolti è di aiutarci a valutare la fondatezza di questo allarme.

È stato chiesto agli autori, invitati a collaborare, di dare una definizione precisa del fenomeno a loro affidato, in modo che risalti la molteplicità dei problemi sussunti sotto la generica voce “depressione”. Nel paniere della depressione troviamo accumulati fenomeni diversi per origine, incidenza, approccio. D’altra parte è spesso accaduto che, come nel caso della depressione, vari autori abbiano allargato o ristretto la natura della patologia di cui si occupavano. Esempi illustri sono l’insufficienza mentale, il disturbo da deficit di attenzione e da iperattività, la malattia di Alzheimer che sono stati indebitamente allargati fino a comprendere fenomeni disomogenei con risultati terapeutici catastrofici: in questi campi non sempre l’autocritica dei ricercatori, quando è giunta, si è riflessa nella pratica clinica e, soprattutto, nella percezione sociale che, come è dimostrato oramai da molti anni, ha un ritardo notevole rispetto alle conoscenze scientifiche.

La disomogeneità dei contributi certamente non facilita la lettura, ma obbliga il lettore a confrontarsi con la molteplicità e con la sovrapposizione delle pratiche che esistono nella realtà di oggi. Esse sono fonte di conflitti difficili da gestire e spesso rendono ancora più complicati problemi non semplici. Chi ha sempre denunciato l’anomalia presente in tutta la sanità, ma in particolar modo in psichiatria, che “un singolo paziente potrebbe trovare risposte diverse in luoghi diversi”, troverà qui argomenti a proprio favore.

Infine esplicitare l’architettura generale del numero aiuterà a collocare più facilmente i singoli contributi.

I primi due articoli (*Gianfranco Nuvoli et al* e *Carlo Romagnoli*) sono destinati a creare una visione d’insieme: si occupano dell’epidemiologia e della presentazione degli aspetti clinici, con riferimento alle conoscenze scientifiche disponibili.

Prima di affrontare i singoli ambiti in cui si incontra e si cura la depressione, si è voluto accennare alle controversie (*Francesco Scotti*) in cui la depressione si trova coinvolta, legate al suo significato per la vita dell'uomo e ai diversi atteggiamenti che sono stati assunti per affrontarla. Si tratta dell'esplorazione di come i desideri e le paure dell'uomo vengano attivati dall'esperienza depressiva e di come essa sia vissuta in contesti diversi.

Queste cornici generali non ci esentano dai necessari approfondimenti, in cui si deve parlare della depressione del bambino (*Maria Luisa Alginì*), dell'adolescente (*Maria Grazia Fusacchia*), dell'anziano (*Luisa Bartorelli*), delle donne in gravidanza (*Renata Bortolus*). Molti aspetti particolari della depressione noi li conosciamo attraverso le esperienze fatte grazie ad un approccio terapeutico, e soprattutto psicoterapeutico. È stato quindi necessario illustrare le modalità in cui si realizza un aiuto in queste circostanze. È inevitabile che in tali casi prevalga un interesse clinico, che si caratterizza anche per una terminologia specialistica. Ma la problematica è conosciuta e affrontata anche in Medicina Generale (*Tiziano Scarponi*).

La depressione, poi, introduce al grande tema del suicidio, anche se non l'esaurisce (*Barbara D'Avanzo*).

Infine ci si è voluti interrogare sugli effetti delle grandi catastrofi sull'animo umano: per noi in Italia fortunatamente (si fa per dire) soltanto naturali (*Marco Grignani*). Già veniamo a contatto con i frutti di altre tragedie epocali delle quali sarà necessario parlare, non solo in termini di organizzazione dei servizi e di opportunità di intervento, ma anche di comprensione di fenomeni che già adesso ci appaiono difficilmente accessibili.

Editoriale

Tullio Seppilli e la psichiatria

Tullio Seppilli and psychiatry

Francesco Scotti

Con la morte di Tullio Seppilli si è chiusa una pagina importante della psichiatria umbra. Non che la sua vicenda si possa ridurre all'essersi interessato di psichiatria. Nella sua lunga storia di ricerca antropologica ci sono sicuramente pagine più importanti e contribuiti che hanno inciso in modo più significativo sull'accumulo della conoscenza. Ultimamente aveva deciso di esplorare i suoi vari pezzi di vita per rispondere alla domanda "perché si diventa antropologo", una domanda che egli innanzi tutto rivolgeva a se stesso, per soddisfare un bisogno di autocomprensione cui non aveva mai rinunciato (1).

Se parlo del suo interesse per la psichiatria è perché è ciò che conosco meglio di lui perché costituiva causa e contenuto dei nostri incontri, diventati più frequenti da quando ero entrato nel progetto "Per una storia della riforma psichiatrica in Umbria" nel 2010.

Tullio Seppilli confessava di avere da lungo tempo dei "ponti" (così li chiamava) con la psichiatria. In una nota autobiografica inserita nella presentazione del Quaderno dedicato alla "Nascita del movimento antimanicomiale umbro" (2) ricordava di aver *"partecipato intensamente al movimento con due differenti ruoli. Da un verso come consigliere della provincia di Perugia del Pci (1970-1980), in particolare Vice presidente della commissione consiliare per i servizi psichiatrici (la presidenza spettava, in base ad una prassi consolidata, alla minoranza democristiana), nonché proponente (in accordo con H. W. Schoen, capogruppo DC) della delibera provinciale per la costituzione del centro regionale umbro per la ricerca e la documentazione storico psichiatrica. Per altro verso come direttore dell'istituto di Etnologia e antropologia culturale che seguì il movimento con numerose tesi di laurea e attività di ricerca, e che ebbe dalla Provincia il compito di analizzare e sintetizzare le registrazioni delle proposte emerse dalle assemblee popolari realizzate nelle principali città del territorio provinciale al fine di discutere il progetto di regolamento dei nuovi centri di igiene mentale, già avviati sperimentalmente dal 1970 in alternativa al manicomio"*.

Sottolineava che il suo lavoro nel partito e nell'amministrazione si era svolto in collabora-

zione con gli operatori e i sindacati, nelle grandi assemblee dentro e fuori dal manicomio, per delineare le risposte alternative al bisogno psichiatrico rispetto a quelle offerte dall'istituzione che veniva contestata.

È stata questa una collocazione privilegiata che gli ha permesso di cercare direttamente, nel processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica, il modo giusto di integrare il ruolo politico e il ruolo tecnico, la giusta collaborazione tra i rappresentanti delle istituzioni e gli operatori al fine di costruire una psichiatria rinnovata. Pur non essendo un operatore della salute mentale si trovava nella posizione di poter verificare l'applicazione dell'idea che, per affrontare la malattia mentale, non fosse sufficiente una competenza specialistica ma occorresse la capacità di tenere sotto controllo tutti i meccanismi che fanno di un disturbo psichico una devianza o una causa di marginalità ed esclusione. Aggiungeva:

“Attualmente mi occupo della ricostruzione storica del movimento per conto delle istituzioni pubbliche e del sistema sanitario della mia regione lavorando sui documenti e con i protagonisti e i testimoni di quegli eventi, perché è necessario conservare la memoria di ciò che fu il manicomio, per costruire ogni giorno risposte adeguate alle situazioni che via via si profilano per combattere i tentativi, molto concreti, di tornare indietro” (3).

Se volessimo qui stendere solo un piccolo elenco di ciò che egli ha fatto per la psichiatria, dovremmo incominciare dalla testimonianza a favore del valore scientifico della conoscenza psichiatrica in un periodo in cui non andava assolutamente di moda parlare bene della psichiatria: egli riconosceva al punto di vista psichiatrico una dignità autonoma nella comprensione dei fenomeni umani. In una concezione sanamente materialistica dava spazio, nella costruzione del sapere sulla follia, agli apporti che venivano dalla biologia oltre che dalla psicologia. Per lui custodire la molteplicità delle fonti che confluivano a costituire la psichiatria era un modo concreto di fondare una critica delle ideologie che portavano a considerare ogni devianza, e quindi anche quella psichiatrica, come rivoluzionaria e produttrice di una lotta di liberazione, come pure di quelle posizioni che negavano la specificità del disturbo psichico ridotto ad epifenomeno di una violenza sociale. Questo non gli impediva di riconoscere il legame tra la espressività dei disturbi mentali, le condizioni di vita materiali e i condizionamenti storico-culturali. Con ciò applicava alla psichiatria le metodologie con cui si costruisce una antropologia medica.

La seconda caratteristica della sua posizione nei confronti della psichiatria è di aver sempre pensato ai problemi della salute mentale come parte dei problemi della salute in generale. L'aver riportato la salute mentale alla salute in generale e l'aver tradotto la conoscenza psichiatrica in conoscenza antropologica resterebbero tuttavia operazioni parziali e, soprattutto, operazioni scisse, se non fossero inserite in un progetto politico complessivo, riassumibile nella concezione della salute come un *bene comune*, da costruire e preservare.

“La parola beni comuni rinvia all’idea che delle cose appartengono alla collettività e non al singolo. È una reazione all’individualismo imperante, alla aggressività dilagante, alla competitività continua che è propria del sistema sociale in cui viviamo. Risponde all’esigenza che alcuni beni essenziali per la vita dell’uomo debbano sfuggire alla logica della proprietà privata, del mercato e del profitto e vadano tutelati dalla legge come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili per tutti.

Se si parla di sanità come bene comune ci si riferisce ad un sistema pagato con la fiscalità generale e distribuito secondo criteri di universalità” (4).

Per fare in modo che un bene diventi bene comune, e non solo bene pubblico, è necessaria la partecipazione di tutti gli interessati. Rimane aperto il problema di come aprire un servizio sanitario pubblico a nuove forme di discussione, partecipazione e gestione comunitaria dal basso dal momento che i meccanismi di iniziativa di controllo dal basso, previsti dalla legge 833, sono stati aboliti e sostituiti da un controllo dall’alto.

Forse non è un vanto eccessivo affermare che le condizioni per rendere la salute un bene comune sono state sperimentate in Italia per la prima volta dai movimenti che hanno portato al superamento del manicomio e alla costruzione di una psichiatria di comunità: la comunità si è riappropriata del problema non solo della salute mentale ma anche della malattia mentale, perché la conquista di un nuovo sistema assistenziale si è accoppiata con l’affermazione dei diritti di cittadinanza; le necessarie specializzazioni non sono state più un limite ad una fruizione universale dei servizi; la competenza dei cittadini è stata utilizzata per avviare un controllo dal basso della qualità degli interventi. Forse tutto questo è stato facilitato dallo scarso livello tecnologico delle prestazioni psichiatriche che non richiedono ospedali particolarmente attrezzati, e dall’arretratezza del sistema manicomiale, non più compatibile con il livello di sviluppo della società italiana degli anni ‘60.

A chi trovi eccessivo tale elogio della psichiatria si può dire che questa esemplarità, per altro distribuita in modo irregolare nella penisola, si è esaurita senza aver prodotto alcun effetto sul sistema sanitario tradizionale fondato sull’ospedale e sull’impermeabilità a qualsiasi partecipazione laica sentita come un attacco alla sacralità della specializzazione. Anche dalla constatazione di questa regressione è scaturita la necessità di una ricerca sulle origini e lo sviluppo della psichiatria umbra, al fine di cogliere i suoi punti di forza e di debolezza e di individuare cosa di essa fosse ancora vitale.

La ricerca, avviata nel 2003, è stata portata avanti dalla Fondazione Angelo Celli, di cui Tullio Seppilli era presidente. L’idea di Seppilli era che andassero recuperate le testimonianze di una cultura che aveva visto una diffusione soprattutto orale, profondamente legata alle esperienze pratiche piuttosto che a sapienti elaborazioni teoriche. Questo compito scaturiva da esigenze etiche che egli chiamava la sua opzione comunista, alla quale si è sempre mantenuto fedele.

“La mia opzione comunista ha giocato per l’antropologia: sul terreno dell’impianto generale, con il costante richiamo a contestualizzare idee, persone, istituzioni, accadimenti in un orizzonte storico, in un quadro sistemico; sul terreno operativo, con l’abitudine al lavoro di gruppo, a sentire gli altri e, almeno in prospettiva, a impostare e finalizzare l’esame empirico delle situazioni e opzioni pratiche dentro concrete strategie di intervento” (1).

Nella campagna di interviste, che si realizzò negli anni successivi, la particolare attenzione posta sulla ricostruzione del clima politico e degli aspetti amministrativi risente certamente dell’esperienza che Tullio Seppilli ha fatto in prima persona nel Consiglio Provinciale di Perugia negli anni ‘70; in particolare del lavoro svolto per coinvolgere la minoranza democristiana nel progetto di psichiatria rinnovata, strappandola alla critica ideologica e all’isolamento culturale che l’avevano caratterizzata fino ad allora. È stato questo il primo esempio del compromesso storico che in quegli anni si stava sperimentando; ma soprattutto è stato un modo corretto di gestire una egemonia culturale che non negava la propria impostazione marxista ma non si presentava come dominio bensì come servizio, rinunciando a parole d’ordine per cercare parole condivise.

Nel lavoro per l’elaborazione delle interviste e la raccolta dei documenti che avevano scandito le varie tappe del processo evolutivo della psichiatria umbra, si sente l’urgenza di far riemergere dall’oscuramento a cui sembrava condannata la ricchezza di quel periodo, un rinnovamento spesso celebrato nelle occasioni ufficiali ma sempre meno praticato nell’ultimo decennio. In questo compito egli impegnava tutte le sue risorse intellettuali e culturali, con lucidità e pazienza.

Chi lo ha frequentato in questi ultimi anni si è reso conto che la sua età avanzata non ha avuto la qualità di essere qualcosa di troppo, un residuo più o meno utile. Se fosse lecito un uso non convenzionale dell’aggettivo “avanzato” si potrebbe dire che è un’età disponibile per avanzare. Questa età, in cui ha raggiunto obiettivi importanti, egli l’ha vissuta nel modo più intenso e condiviso. La vita di Tullio Seppilli è la prova che la vecchiaia non esiste. Esistono le malattie più o meno sopportabili ed eventualmente mortali ed esiste una conclusione inevitabile. Se la vita è una sfida, esemplarmente tale a me sembra sia stata quella di Tullio.

BIBLIOGRAFIA

1. Seppilli T. Come e perché decidere di “fare l’antropologo”: una personale case history nella brasiliana São Paulo degli anni Quaranta. *L’uomo, Tradizione, Società, Sviluppo* 2014; 2: 67-84.
2. Giacanelli F. *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*. Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, 2014.
3. Seppilli T. Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni 60-70. In: Lupatelli P (ed) *I Basagliati*. Perugia, Crace, 2009.
4. Seppilli T. (intervista a cura di Nocentini C). Per una salute e sanità bene comune. *Animazione Sociale* 2013; 278: 3-12.

Promozione della salute, salutogenesi, depressione *Health promotion, salutogenesis, depression*

Lamberto Briziarelli

Riprendiamo, anche su Sistema Salute, la vecchia, buona abitudine delle testate precedenti, di richiamare l'attenzione sulla Giornata mondiale della salute. Generalmente lo facevamo nella rubrica Notiziario, riportando documenti dell'OMS o dedicandovi uno specifico scritto. Questa volta lo facciamo dedicando un intero numero ad una tematica che l'organizzazione sovranazionale considera giustamente di grande ed attualissima rilevanza, avendo chiamato la Giornata del 2017 "Parliamo di depressione".

L'allarme depressione tende a reiterarsi spesso, in forma più o meno estesa e l'ultima manifestazione si è avuta con la pubblicazione dei dati dell'Organizzazione mondiale della sanità ma i soli gridi di per sé non garantiscono una migliore presa di coscienza dell'emergenza, né la garanzia della presa in carico del problema scoperto. Sarebbe perciò opportuno che ci fosse una costante vigilanza e il monitoraggio delle misure messe in atto, anche per evitare di doversi, ad ogni allarme, porre la domanda se si tratti dell'aumento di gravità di un fenomeno conosciuto o dell'essersi finalmente accorti di un problema grave. I dati diffusi dall'OMS nel febbraio 2017 (riferiti all'anno 2015) avevano provocato un notevole allarme nella stampa e ne riferiamo esaustivamente in un successivo articolo.

I dati forniti da Eurostat nel marzo 2017 denunciavano una situazione europea più grave della media mondiale con quasi il 7% della popolazione che accusa sintomi depressivi. In Italia sembra andar meglio: solo il 4,3% della popolazione risulterebbe colpita, pari comunque a 2 milioni e mezzo di persone. Se poi, sempre in Italia, confrontiamo il bisogno di cura con la risposta sanitaria ad esso, sapremo che solo un depresso su tre riceve un aiuto e che vi è un ritardo di 3-5 anni tra la comparsa del disturbo e la sua presa in carico (1).

A partire da queste considerazioni abbiamo quindi ritenuto di dedicare questo numero alla depressione, nel tentativo di discutere l'attendibilità di questi dati, alla luce di un'analisi sulle modalità della loro rilevazione e delle differenze tra le classificazioni dei disturbi

che sono state applicate, il che rende meno trasparenti le cifre comunicate. Così come avere una visione su cosa si fa nel nostro Paese, attraverso gli scritti di studiosi impegnati nel campo specifico.

Ma, al netto degli sconti che una revisione permetterebbe, ce n'è abbastanza per domandarsi "che fare?" Una domanda semplice, anche banale, se si vuole ma di difficilissima risposta, quando la si consideri nella prospettiva della Promozione della salute. Cerchiamo di capire il perché.

In genere si afferma che ogni problema di patologia dovrebbe essere affrontato attraverso l'analisi di tre elementi: la patologia (etio-patogenesi, prevenzione, cura e riabilitazione), il contesto (l'ambiente nel suo complesso fisico e sociale, lo stato dei servizi), la popolazione interessata (con le misure di incidenza e prevalenza, distribuzione geografica e per stratificazioni sociali, differenze strutturali, ecc.). È nostro convincimento che troppo poco sia stato fatto in tal senso rispetto alla tematica di cui ci occupiamo in questo numero. Abbiamo ragione di ritenere che anche in questo settore delle malattie psichiche abbia fatto aggio la *mainstream* prevalente nella sanità: sufficiente attenzione alla cura, anche con operatori qualificati, scarsa propensione alla prevenzione, poche e sconnesse attività per il recupero e la riabilitazione. La politica sanitaria in larga misura resta sempre quella della medicina di attesa.

Le ricerche e l'impegno condotti dagli operatori del settore, di cui pure diamo esempi numerosi negli articoli pubblicati in questo fascicolo e nelle bibliografie in essi citati, non hanno trovato seguito sufficiente né un'opportuna quanto necessaria utilizzazione nelle politiche sanitarie.

Nella Promozione della salute, che pure ha avuto un riconoscimento formale nei Piani nazionali di Prevenzione, lo spazio dedicato alla salute mentale è poco praticato. Mentre è stato affrontato nel Piano nazionale per la salute mentale, emanato nel 2013 ed aggiornato nel novembre del 2016 ma in esso si parla esclusivamente di interventi nel settore della cura; le Linee guida per i servizi sanitari a ciò riservati seguono ovviamente questo indirizzo. Senza entrare nel merito dei contenuti di questo provvedimento, è importante sottolineare che esso dimostra ancora la forte separatezza delle faccende del corpo da quelle della mente (che si dovrebbero *pour cause* considerare del tutto assenti, cancellate dalla mente dei legislatori). La permanenza della divisione è rafforzata da ciò che spesso anche su queste nostre pagine è stato criticato: la scelta di Dipartimenti dedicati (prima abbiamo giustamente definiti riservati) che avrebbero subito, come è abbondantemente successo, una certa autarchizzazione, una verticalizzazione che li avrebbe separati dagli altri servizi, in particolare dalla medicina di base. Questo evento è stato fortemente stigmatizzato dagli stessi organismi internazionali che hanno indicato nella verticalizzazione dei servizi sanitari nel loro complesso (si pensi ai Dipartimenti di prevenzione o quelli delle Dipendenze) un'importante causa della crisi del Servizio sanitario italiano.

Ad onor del vero si deve ricordare che, all'origine, la creazione di servizi dedicati si era resa indubbiamente necessaria per salvaguardare l'evoluzione del movimento di rinnovamento della psichiatria, che avrebbe rischiato altrimenti una rapida involuzione; un vincolo necessario alla sopravvivenza di un apparato giovane che non avrebbe potuto sostenere altri problemi di assistenza né i frutti negativi di difetti organizzativi nell'assistenza sanitaria di base, come anche nella lotta fra ospedale e territorio, tuttora non eliminati. Purtroppo nel tempo non è stato risolto lo stesso problema dell'unità della salute mentale, non essendo riusciti a garantire al loro interno la coesione delle diverse specialità, realizzate in modo difforme nelle varie regioni: salute mentale, neuropsichiatria infantile, riabilitazione, dipendenze. Altrettante canne d'organo, che non connettono l'azione ambulatoriale con l'assistenza domiciliare, il ricovero ospedaliero, le attività residenziali, gli ospedali ed i centri diurni. L'attuale guazzabuglio delle REMS non aiuta certo la soluzione dei molti problemi.

Tutto ciò in presenza di un'elaborazione concettuale abbondante, specie a livello internazionale, accompagnata da prese di posizioni importanti e da documenti applicativi di spessore che hanno completamente dispiegato teoria e pratica della Promozione della Salute.

Una prima importante svolta si era avuta con la sostituzione, alla logica dei fattori di rischio, di una maggiore attenzione ai "determinanti di salute", attraverso la presa in considerazione dell'insieme dei fattori positivi e negativi che agiscono sulla complessità della persona inserita nel proprio ambiente di vita e di lavoro; tuttavia il contesto è stato prevalentemente esaminato sotto il profilo fisico ed i fattori considerati sono stati maggiormente quelli legati ai singoli fenomeni morbosi, senza una visione globale dell'individuo; in poche parole si è lavorato solo sui "determinanti di malattia" e poco su quelli "di salute".

I fattori di origine sociale restavano sottotraccia e sono stati messi in chiaro solo più tardi, con la creazione, da parte dell'OMS, di una Commissione apposita che ha emesso dopo qualche tempo un ponderoso ed esaustivo documento, su cui abbiamo dato notizia e discusso ampiamente anche su questa rivista, noto senza dubbio alla totalità dei nostri lettori. Nello spazio di tempo in cui si giungeva al completamento dei determinanti nelle due versioni, un geniale sociologo, Antonovski, a completamento di essi ha elaborato una teoria particolarmente interessante, Salutogenesi, che ha ridefinito in qualche misura la Promozione della salute nella sua applicazione pratica, esaltando – nella globalità del processo di sviluppo e conservazione della salute individuale – la collocazione centrale della persona, nella sua interezza, lungo tutto il ciclo della vita.

Questa teoria è stata pure presentata e discussa nella nostra rivista (2), nonché ben commentata ed arricchita in un volume (3) che sarà presentato a breve nel nostro Paese nella versione italiana.

Ce n'è dunque materia per lavorare appropriatamente in tal senso ma, purtroppo, la conoscenza è rimasta solo all'interno degli addetti ai lavori, studiosi ed operatori che fossero, spesso anche limitatamente a quelli che lavorano attorno al problema dell'Educazione sanitaria e comunque all'interno della sanità. Non è transitata nei livelli decisionali, sia centrali che periferici né ha trovato spazio nelle politiche complessive del Paese.

Su questo gap hanno certamente influito, limitando il discorso ai temi basilari della Promozione della salute (integrazione e interdisciplinarietà, non solo tra sanità e sociale bensì tra sanità e resto dei settori di governo del Paese, sia a livello centrale che periferico) due fenomeni – uno politico ed uno scientifico – che hanno largamente influenzato negli ultimi cinque lustri l'evoluzione della nostra società e non solo del servizio sanitario.

Dopo l'eliminazione dei due blocchi contrapposti e la fine della guerra fredda, con la dissoluzione dell'URSS e del blocco dei paesi dell'Europa orientale, si è affermato un credo politico unitario, basato sull'idea che solo il capitalismo fosse il sistema di governo delle società. Su questa base i *leader* delle due maggiori potenze mondiali, USA e Regno Unito, hanno promosso politiche economiche neo-liberistiche che hanno incentivato – in nome della libertà di ciascuno e di mercati liberi da ogni vincolo – un individualismo sfrenato che ha trasformato un motto latino virtuoso (*homo faber fortune suae*) in quello ben più pericoloso "*homo homini lupus*". In tutto il mondo occidentale si venivano cancellando progressivamente elementi preziosi affermatasi nel corso della seconda metà del '900: coesione sociale, solidarietà, comunità, il termine forse più interessante della Dichiarazione di Alma Ata. E contemporaneamente veniva portato un attacco violento allo Stato sociale dell'intero continente europeo e si mettevano in atto tentativi evidenti di smantellamento dei servizi sanitari nazionali e di quelli pubblici in particolare.

Un concorso all'esaltazione dell'individualismo veniva fornito, forse anche inconsapevolmente, dalla ricerca scientifica, in particolare nel campo della genetica. Dopo il grande successo di Kary Mullis con la scoperta della PCR ed il conseguente sequenziamento del DNA, la ricerca biomedica si è lanciata in una sfrenata individuazione di tutti i possibili siti genetici connessi con qualche patologia, da quelle più importanti a quelle più rare, determinando un salto all'indietro rispetto alla necessità della prevenzione e della più generale promozione della salute. In un prossimo futuro si sarebbe potuto intervenire a monte, individuando precocemente i siti premonitori e lavorare di conseguenza, magari con pratiche di ingegneria genetica atte a sostituire i geni difettivi ed anche (perché no? con la clonazione) far nascere individui con un DNA perfetto. Tentativo già tentato ben prima di Watson e Crick con la teoria di realizzare una razza pura ed abbiamo visto cosa si è allora combinato! Del tutto recentemente, celebrando il cinquantennale dalla comparso del volume "*La scimmia nuda*", il suo autore ha ripreso l'assioma della totale assimilazione dell'uomo agli altri animali, sostenendo che nel suo DNA – come in quello degli altri suoi simili a quattro zampe – siano scritti e predeterminati anche i suoi comportamenti.

Tutto ciò dimenticando ampiamente le smentite ed i conseguenti correttivi apportati dall'epigenetica al determinismo genetico.

Per la verità, con l'enorme avanzamento della farmacologia, delle tecnologie e dell'implantologia si era fatta già molta strada verso l'assimilazione del corpo umano ad una macchina: non c'è più bisogno di lottare contro i fattori di rischio, di controlli precoci, possiamo sostituire qualsiasi pezzo non funzionante, magari anche con quello di un animale appositamente allevato. Anche di organi sono state rapidamente allestite, talora alimentate addirittura dal traffico di corpi umani e da rapimenti di bambini.

Il lavoro da fare per contrastare questa deriva è senza dubbio enorme, non tanto per una difficoltà intrinseca ma per la complessità del campo di battaglia, di fronte ai tanti nemici presenti in quasi tutti i settori della società, la congerie di interessi costituiti che infesta ogni comparto del vivere civile, la debolezza delle istituzioni, la sfiducia dei cittadini, con l'aggiunta della confusione dei sistemi informativi e la crescente corruzione. Senza contare la scomparsa degli organismi intermedi di rappresentanza della popolazione che sono alla base dei populismi e dei sovranismi che minano la sostanza stessa della democrazia.

Si deve necessariamente avere contezza di ciò, per riprendere un discorso che è stato già fatto, il bisogno di ripercorrere una strada già intrapresa in passato, dopo i disastri in cui il Paese si è trovato alla fine della seconda guerra mondiale; *mutatis mutandis* il quadro complessivo è abbastanza simile, soprattutto perché manca, quasi nell'intera popolazione, quello che allora consentì di metter mano alla ripresa: la voglia di fare, la certezza di potercela fare, la speranza nel futuro, la solidarietà, la comunanza dei fini. Siamo infatti in presenza di una massa prevalentemente fatta di individui isolati, contrapposti e incapaci (o non desiderosi) di collaborare, un "vulgo disperso" che non sa dove andare, che insegue falsi miti e falsi profeti, non ha una meta precisa.

L'obiettivo è chiaro, dunque: applicare quanto già prodotto nello specifico prima ricordato; ma questo sforzo potrebbe non bastare, se non cambia il contesto generale e non saranno riportati in primo piano gli elementi che portarono alle grandi battaglie sociali degli anni '60 e '70, che produssero i risultati di quegli anni: ri-produrre una cultura politica, della salute e dello stato sociale, della solidarietà, sulla base dei valori fondamentali della Carta che sono più che mai validi, ora forse più di allora.

Rimanendo nell'ambito della sanità deve essere ripresa con forza la lotta per il riordino del Servizio sanitario e la riorganizzazione del governo della sanità secondo i principi fondamentali della 833, ristabilendo rapporti virtuosi fra Governo centrale e Regioni, correggendo i difetti macroscopici dell'aziendalizzazione delle ASL e stabilendo una nuova "e diversa *governance*" (per usare una parola tanto cara ai decisori attuali) rispetto a quella attuale che mostra falle enormi in quasi tutta l'Italia.

La storia non torna mai sui suoi passi, come molti dicono ma la società si sviluppa sempre lungo una strada che ha saliscendi continui, una sinusoidale che ha sempre gli stessi

alti e bassi, anche se gli strumenti sono mutati, le persone sembrano fatte diversamente; stiamo navigando di continuo in un mare che, anche quando appare calmo, ha sempre onde basculanti che hanno un vertice ed un fondo, che ci obbligano a scendere per poi risalire. Adesso siamo nella parte bassa dell'onda, sprofondati di molto e bisogna darsi da fare perché il vertice appare assai lontano, più in alto che mai. Con un impegno di tutti, altrimenti ancora una volta i gridi di allarme rimarranno lettera morta.

Ma il governo della sanità può, in attesa che si rimetta in moto quest'azione di ben lunga lena, può fare la sua parte, altrettanto importante. Il Governo centrale dovrà necessariamente, come oramai tutti unanimemente sostengono, riordinare le funzioni ed il funzionamento delle Regioni e delle Aziende sanitarie; entrambe queste ultime potranno a loro volta, senza alcun ostacolo, rientrando pienamente nelle loro attuali funzioni, riordinare e riorganizzare sul piano strutturale e funzionale i servizi attraverso:

- la completa integrazione fra sociale e sanitario
- l'integrazione funzionale tra i servizi specialistici
- il raccordo funzionale fra i servizi specialistici (ospedalieri ed ambulatoriali) e l'assistenza sanitaria di base
- il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata
- la formazione quali-quantitativa di nuovo personale adeguato e la riqualificazione degli operatori in servizio
- lo sviluppo di iniziative di Promozione della salute e di Educazione sanitaria della popolazione nei vari contesti e delle famiglie in particolare.

Le indicazioni operative per quanto sopra sono tutte ben documentate negli articoli che presentiamo in questo numero, che possono tutte essere realizzate con gli ordinari strumenti del governo, pianificazione e programmazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrannini L et al. Thirty-six years of Community psychiatry in Italy, *Journal of nervous and mental disease* 2014; 202(6): 432-439.
2. Lindstrom B, Eriksson M. From health education to health literacy: Implementing salutogenesis in educational sciences. *Sistema Salute*, 60,1, 2016: 41-54.
3. Lindström B, Eriksson M. The Hitchhikers Guide To Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research and the IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL); 2010.

Monografia

Depressione tra prevenzione e cura

Depressione e depressioni

Depression and depressions

Gianfranco Nuvoli*, Pietro Calcagno**, Luigi Ferrannini***

**Direttore SC Distretto 12, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL 3, Genova*

***Psichiatra Policlinico San Martino, Genova*

****Psichiatra, già Presidente della Società Italiana di Psichiatria*

Parole chiave: depressione, sindromi depressive, epidemiologia, anziano, suicidio

RIASSUNTO

Obiettivi: l'obiettivo dell'articolo è l'analisi del concetto di depressione, in considerazione delle attuali e profonde modificazioni della società con particolare riferimento alla popolazione anziana e al rischio suicidario

Metodi: partendo dagli aspetti definitori del concetto di depressione e delle sindromi depressive, viene valutato l'impatto epidemiologico di tali disturbi, individuando le possibili cause del loro progressivo incremento. Sono quindi identificate le caratteristiche delle sindromi depressive nella popolazione anziana, con riferimenti sia alla neurobiologia che alla clinica di questi disturbi. Viene infine affrontato il rischio suicidario valutandone epidemiologia, fenomenologia, psicodinamica, prevenzione, sostegno ai superstiti.

Risultati: il termine depressione, ormai diffuso nel linguaggio comune, fa riferimento ad un penoso stato d'animo che diventa malattia, secondo gli attuali sistemi classificativi, quando associato ad un corredo sintomatologico più ampio; nonostante la chiarezza da un punto di vista classificatorio, si evidenziano ancora difficoltà nella netta demarcazione dei suoi confini. Il progressivo aumento del riscontro di sintomatologia depressiva nella popolazione è attribuibile a vari fattori: migliore capacità diagnostica, modificazioni all'interno della società, aumento dell'età della popolazione e trasmissione di caratteri ereditari. Nell'età avanzata presenta caratteristiche peculiari e un complesso legame con le patologie dementigene. Il suicidio rappresenta la più grave complicità della depressione soprattutto nell'anziano in cui sono individuabili alcune caratteristiche distintive.

Autore per corrispondenza: aferrannini@libero.it

Conclusioni: Secondo le proiezioni dell'OMS le sindromi depressive diventeranno la principale causa di disabilità nel 2030. Il riconoscimento precoce e il trattamento adeguato di tale disturbo appare necessario al fine di ridurre la disabilità e la suicidalità. Appare infine importante fornire sostegno ai sopravvissuti dei morti suicida, ricordando anche della delicatezza e delle difficoltà in cui l'operatore sanitario stesso in tale condizione si trova.

Keywords: depression, depressive syndromes, epidemiology, elderly, suicide

SUMMARY

Objectives: the aim of this paper is to analyze the concept of depression, considering actual and deep society changes, with particular reference to elderly and suicide risk.

Methods: starting from the definition of depression and depressive syndromes, the epidemiologic burden of these diseases is shown, focusing on the possible reasons for their increase. Elderly depression characteristics are displayed, referring to both neurobiological and clinical features. In conclusion suicide risk is discussed with regard to epidemiology, phenomenology, psychodynamics, prevention and assistance to survivors.

Results: the term depression is commonly used in everyday language. It refers to painful mood state, which is considered illness, according to current classification system, when associated with a wider group of symptoms; despite its classification clearness, its boundaries are still blurred. The increase in incidence can be associated to multiple factors: improvement in diagnostic accuracy, society changes, aging of population, transmission of heritable characters. Specific features in elderly are found; moreover there is a complex link between depression and dementia. Suicide is the most serious complication of depression especially in elder population, where some peculiar hallmarks are found.

Conclusions: according with WHO depressive syndromes will be responsible of the main part of disability by 2030. Early diagnosis and effective treatment are needed to decrease disability and suicidality. Lastly offering assistance to suicide survivors is important, reminding delicacy and difficulties of the health worker role in this issue.

La parola, il male di vivere, la malattia: gli incerti confini della più importante sindrome psichiatrica

Depressione è diventato un termine di facile riscontro nella nostra attuale società, accettato molto di più di tanti altri termini che individuano una condizione di sofferenza o malattia mentale. Si può addirittura ritenere come il termine depressione non sia più gravato, o in misura decisamente inferiore al passato, dal significato stigmatizzante una volta attribuito ad esso.

Ma cosa si intende quando si parla di depressione? Ancora di più, quello che si intende e si conosce nel lavoro del medico e degli operatori sanitari che operano nel campo della salute mentale, è sovrapponibile a quanto inteso nel linguaggio popolare o giornalistico? La domanda è retorica, la risposta è evidentemente negativa. Vediamo di mettere un pò d'ordine.

La patologia prende il nome dal sintomo principale, la depressione del tono dell'umore, variamente descritta dai vari autori, che può essere identificata come una variazione dello

stato d'animo, cioè di quel modo di essere presenti a noi stessi, di "sentirsi", usualmente in maniera inconsapevole ed involontaria. Gli autori hanno parlato di umore plumbeo (1), stato d'animo triste, disperato; hanno descritto la impossibilità a provare gioia, piacere ed interesse nelle normali attività della vita.

L'umore depresso, anche con queste caratteristiche, cioè il sintomo "depressione del tono dell'umore", di per sè non identifica la malattia ma soltanto un penoso stato d'animo, che la malattia depressiva condivide con altre condizioni della vita umana, il lutto, la delusione, la tristezza ed altre ancora.

Cosa trasforma uno stato d'animo in una condizione degna di attenzione medica?

Intanto la fissità del sintomo, che affigge la persona senza variazioni importanti ed in maniera non relazionata agli eventi esterni. Sostanzialmente l'umore depresso appare stabile, immodificabile, non trascinabile. Ma non solo, per poter parlare di una condizione di chiara pertinenza psicopatologica, il tono dell'umore depresso deve associarsi ad un altro gruppo di sintomi (di cui il più importante è rappresentato dall'anedonia o perdita di piacere nelle attività della vita) che sono presenti in maniera stabile nella vita dell'individuo per molti giorni e per la maggior parte delle ore, tanto da modificarne in maniera chiara e riconoscibile l'impatto morboso e crearne una condizione di vita che possiamo inserire tra quelle disabilitanti(2). Senza tutte queste caratteristiche non è corretto parlare di malattia depressiva o anzi, in maniera più appropriata, di sindrome depressiva, quindi di una condizione nella quale gruppi di sintomi si associano in maniera prevedibile e frequente, ma di cui non è identificabile l'eziologia ed il decorso: dentro alla sindrome depressiva, sono verosimilmente comprese molte condizioni diverse, ipoteticamente descrivibili come malattie depressive, ma di cui, per insufficienza dei nostri sistemi d'indagine e diagnosi, non siamo in grado al momento di individuare con certezza differenze fenomenologiche e di decorso.

Da questo punto di vista si comprende come soprattutto la psichiatria anglosassone nel corso degli anni novanta (3) abbia proposto e messo in pratica la diagnosi standardizzata per ovviare alla debolezza dei procedimenti diagnostici in psichiatria. Tale operazione (un certo numero di sintomi all'interno di una lista pre-identificata ravvisabile per un predeterminato periodo di tempo, definito al minimo della propria entità) ha raggiunto solo un parziale successo ai fini della risoluzione della problematica, consentendo l'individuazione certa di casi conclamati ma la mancata possibilità di collocare in maniera chiara le moltissime situazioni in cui i rigidi criteri diagnostici non sono completamente rispettati, coniano l'orrenda definizione di " depressione sotto-soglia" per identificare tutte queste situazioni che coprono, tuttavia, almeno il 50% dei casi di sofferenza depressiva (4-5).

La debolezza diagnostica in campo psichiatrico non mostra ricadute importanti in tutte quelle situazioni in cui la sintomatologia depressiva è francamente conclamata e quindi facilmente riconoscibile (spesso prima dalla persona sofferente o dai suoi familiari che dal

medico o dallo psicologo) ma in tutte le situazioni sfumate, di infrequente presentazione fenomenologica o di decorso, in cui è indispensabile differenziare tra condizioni di patologia (in cui è necessario intervenire con strumenti clinici) da situazioni di dolore fisiologico o para-fisiologico (ad es. lutto, tristezza, delusione) ma anche da tutte le condizioni di fenomenologia frusta o poco frequente, che non fanno parte della patologia, che come tali con essa non devono essere confuse e che non risponderebbe positivamente ad un intervento medico. Ad oggi purtroppo non esistono criteri per delineare con certezza i confini della patologia, consentendo di discriminare tutte quelle condizioni in cui la presenza di stato d'animo depresso non identifica una condizione morbosa (6-7). Che fare allora? Pur non essendovi una risposta univoca per tutte le situazioni, si ritiene che l'esperienza del clinico, la possibilità di rivalutare nel tempo la persona ed il decorso dei sintomi, la possibilità di mantenere un rapporto empatico e quindi di accedere ad elementi diagnostici legati alla propria sfera emozionale, consentano di solito di individuare se non immediatamente, nel giro di un ragionevole numero di incontri, le condizioni che necessitano di intervento clinico, tralasciando tutte quelle condizioni che fanno parte della sfera esistenziale, emozionale dell'essere umano.

Certamente non hanno giovato alla comprensione del problema l'uso popolare del termine depressione che, come si diceva poc' anzi, ha perso buona parte del suo significato stigmatizzante e viene usato abitualmente per indicare le emozioni più disparate, quali la tristezza, la noia, il senso di fatica, l'ansia ecc.

In maniera contraria, ma sempre con esito confusivo, lo stesso termine si ritrova, quasi in maniera esclusiva, riportato sulla stampa nazionale ogni qual volta che l'articolista descriva un comportamento, spesso all'interno di un fatto criminoso o violento, legato ad un disturbo mentale. "Depressione" diventa la parola passe-partout per indicare in maniera più generale, qualunque disturbo del normale funzionamento psichico, comprendendo in questa accezione disturbi, usualmente più gravi o molto più gravi, che comprendono tutta la sfera della psicopatologia, quali la schizofrenia, la paranoia, i gravi disturbi di personalità, l'uso di sostanze, l'alcolismo, i disturbi bipolari ecc.

Questo maluso del termine non risulta senza conseguenze, rappresentando la lettura di fatti gravi attribuiti erroneamente a condizioni depressive, un elemento di ulteriore aggravamento della propria condizione morbosa per chi di depressione soffre davvero. Giudizi di disvalore, timore di perdere il controllo, sentimenti di disgusto ed indegnità sono non raramente portati all'attenzione del clinico scatenati dalla lettura di improvvidi report giornalistici.

Epidemia depressione: un fenomeno e le sue spiegazioni

Ha destato un notevole clamore ed interesse all'interno della comunità scientifica mondiale la divulgazione da parte dell'OMS di attendibili stime di proiezione nel futuro

rispetto ad incidenza e prevalenza delle principali sindromi cliniche (8). Da questi dati si rileva come la frequenza di diagnosi di patologia depressiva, già al momento la seconda per frequenza a livello mondiale (la prima nel genere femminile) si attesterà nel 2030 alla prima condizione morbosa per frequenza di diagnosi, superando le malattie cardiovascolari, attualmente ancora al primo posto.

Tale proiezione, giudicata assolutamente attendibile e seria, ha messo in luce un fenomeno che dal punto di vista epidemiologico appare quasi clamoroso nella sua imponenza e che ha immediatamente creato una serie di tentativi speculativi per cercarne la possibile spiegazione. Il fenomeno, descritto come “epidemia depressione” ha trovato difficili spiegazioni, certamente non univoche anche a causa della confusa situazione di inquadramento clinico e diagnostico che abbiamo cercato di descrivere nel precedente paragrafo. In realtà la depressione, anche quella correttamente diagnosticata, mostra significative differenze di incidenza/ prevalenza a seconda dei contesti di cura in cui vengono effettuate le rilevazioni. Se nel contesto di medicina generale circa un paziente su quattro mostra chiara sintomatologia depressiva, nelle RSA geriatriche la prevalenza supera nettamente il 50 % delle persone esaminate (9).

Ovviamente non è pensabile ridurre la spiegazione alla ricerca di un solo fattore eziologico; la complessità del mondo depressivo, che si dipana dalla condizione esistenziali a quelle di franca patologia, riconosce certamente diversi fattori intrecciati tra di loro in maniere indissolubile. Proveremo a tracciare i principali.

A) Aumento della capacità diagnostica e più puntuale riconoscimento del disturbo

Molto si è discusso rispetto all'ipotesi che l'aumento delle diagnosi di depressione corrispondesse effettivamente ad un aumento dei casi di patologia o non fosse più semplicemente dovuto ad una maggiore e più puntuale capacità di diagnosi legata all'affinamento diagnostico della classe medica, universalmente interessata a programmi di formazione specifici, ma anche alla maggiore conoscenza e considerazione della patologia all'interno della popolazione generale.

L'affinamento dei processi diagnostici in ambito sanitario è stato la conseguenza, voluta e auspicata, di programmi di formazione tesi a contrastare il fenomeno importante fino a qualche decade orsono del mancato riconoscimento (e conseguentemente di mancato o ritardato trattamento del disturbo) e quindi in qualche modo la formazione “ha pagato” rispetto ai suoi obiettivi. Non tanto lo specialista quanto il medico di medicina generale o *general practitioner* è stato oggetto di tali programmi formativi ai quali la classe medica ha risposto usualmente con interesse e partecipazione.

B) Il “Male di vivere” e la nuova società

La letteratura del novecento e di fine ottocento ha dato grande riscontro all'infelicità

dell'individuo, al male di vivere, alla sua mancata realizzazione, alla sofferenza come ineluttabile destino. A ciò ha rappresentato parziale bilanciamento l'ottimismo di origine scienziata-positivista che ha visto come la risoluzione o il miglioramento delle generali condizioni di vita, la possibilità di usufruire di una vita comoda e priva di pericoli, la possibilità di combattere efficacemente le più importanti malattie infettive, rappresentassero una serie di elementi tesi ad avvicinare sempre più la popolazione umana alla piena soddisfazione se non alla felicità.

Un dato tangibile di tutti i mutamenti sociali avvenuti è dato dall'allungamento della vita, fenomeno importante ed incontestabile. L'allungamento della vita non ha, tuttavia, trovato corrispondenza nel contemporaneo sperimentare condizioni di benessere psicologico, particolarmente nella terza età, come se, contrariamente a quanto atteso, la fine dei problemi reali avesse disvelato problemi poco compresi precedentemente, derivanti dalla sfera delle emozioni, delle esperienze, delle relazioni. In una parola soltanto dall'esser uomini e donne nella società contemporanea, indicata (a torto o a ragione) come poco attenta ai problemi dell'individuo e quindi elemento di specifico vissuto depressivo.

Da questo punto di vista alcuni elementi hanno attirato l'attenzione non solo dei clinici ma anche dei sociologi, come elementi di possibile sofferenza individuale. Possono essere costituiti dalla modificazione della considerazione verso la popolazione anziana, in una società che ha sposato il mito della bellezza e della gioventù, attribuendo alla persona anziana esclusive o prevalenti caratteristiche di disvalore (quindi depressive) senza ritrovare quegli elementi di valore che una volta venivano riconosciuti alla saggezza ed all'esperienza degli anziani. È anche possibile che ci sia una sostanziale diversità tra la persona che noi, oggi, consideriamo anziana, (ottantenne, se non novantenne, considerando come molti settantenni sia ancora in piena attività lavorativa) dall'idea di persona anziana, dei nostri progenitori, cioè di un cinquantenne, al massimo sessantenne.

La solitudine, la perdita del senso religioso, la fine di relazioni interpersonali legate alle modificazioni della struttura societaria, la insufficiente proposta di servizi da parte della società rendono ragione della frequente insoddisfazione delle persone anziane.

Ma, alla fine, la vera questione è se non pesi come fattore eziologico l'appartenere ad una società edonica, tesa al raggiungimento della massima soddisfazione personale, del piacere della autorealizzazione, eliminando progressivamente elementi una volta molto valorizzati come il sacrificio, la fatica, la rassegnazione. In poche parole il sapersi accontentare senza essere inseriti in un vortice di pretese ed attese crescenti mai completamente raggiunte in quanto irraggiungibili.

C) L'invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione, legato alle migliori condizioni di vita ed alla capacità di debellare od affrontare molte gravi condizioni patologiche, appare fenomeno diffuso

a livello mondiale, inizialmente a beneficio dei paesi occidentali e degli Stati Uniti-Giappone ma in rapida successione appare interessare anche le popolazioni africane ed asiatiche, in maniera rapida. Ciò ha comportato importanti modificazioni e della struttura sociale (basti pensare al sistema pensionistico) creando inevitabilmente le premesse per un allungamento della vita lavorativa ma anche per l'aumento percentuale della popolazione non produttiva. La società occidentale ha vissuto tali imponenti cambiamenti interrogandosi poco su di essi, al punto che si avverte adesso uno stridente contrasto per l'aumento numerico e di importanza della popolazione anziana e la valorizzazione dell'essenza produttiva dell'individuo, che pone immediatamente la popolazione anziana in una condizione di disvalore, di inutilità, di fragilità ai cambiamenti.

La società occidentale probabilmente non ha avuto la capacità di prevedere la rapidità e l'imponenza del cambiamento trovandosi di fatto impreparata ad offrire servizi e risorse alla popolazione anziana progressivamente crescente. Alcuni aggiustamenti sono stati trovati quasi per caso (ad esempio, il fenomeno delle badanti) ed hanno consentito di mantenere equilibri fragilissimi, altrimenti non possibili.

La generale crisi economica, modificando le risorse disponibili per i vari governi, ha reso necessarie modifiche a patti sociali pre-esistenti, creando spesso condizioni di drammatica insicurezza nella popolazione anziana. Tali modificazioni, decurtazione delle pensioni, riduzione degli ammortizzatori sociali, di fatto interessanti l'intera popolazione, hanno trovato un riscontro particolarmente drammatico e negativo proprio nella fascia senile. Le persone anziane, escluse dal ciclo produttivo, non possono che subire le decisioni governative, a differenza di chi, ancora inserito nel processo produttivo può porre in atto strategie di cambiamento o modificazione della propria gestione economica tali da controbilanciare la perdita. La fine unilaterale di patti sociali preesistenti ha generato nei singoli individui fenomeni di incertezza, insicurezza, disperazione che hanno spesso esiti anche drammatici dal punto di vista clinico.

L'aumento della sopravvivenza individuale ha ovviamente creato una maggiore rilevanza di tutte le condizioni morbose, di solito aventi decorso in cronicità, che si manifestano nell'età senile o che nella terza età si manifestano condizioni patologiche che costituiscono la parte assolutamente prevalente dell'impegno sanitario sulla popolazione in generale. Di queste condizioni morbose si è probabilmente sottovalutato il significato depressivo, sia perché molte di esse mostrano stabilmente sintomi depressivi nella fenomenologia del quadro morboso, sia perché l'impatto di una patologia cronica, dolorosa ed invalidante ha evidentemente una ricaduta in senso depressivo reattivo.

D) Fine della "selezione naturale"

La depressione non è certamente una malattia, come abbiamo visto, ma neanche può essere considerata una sindrome su base genetica. Tuttavia, in molte condizioni

depressive è riconoscibile una componente eziologica di tipo genetico, poco valutabile in peso da caso a caso, che usualmente come fattore concausale può dare origine al disturbo depressivo. Certamente moltissimi geni sono coinvolti nell'eziologia delle sindromi depressive ed ancora poco sappiamo del loro significato e modalità di espressione. Tuttavia due considerazioni possono essere già postulate: si tratta di geni recessivi, quindi silenti dal punto di vista fenomenologico se non quando, in associazione o in particolari condizioni esprimono la loro manifestazione depressiva; come tali, quindi come geni depressivi vengo trasmessi all'interno della popolazione.

La sindrome depressiva non risulta incompatibile, di solito, se non in alcuni casi, con la possibilità di generare una discendenza trasmettendo quindi i geni "malati", le possibilità di cura lo hanno ulteriormente reso più probabile, assicurando maggiore sopravvivenza e benessere agli individui affetti da depressione e quindi facilitando la possibilità di trasmettere il patrimonio genetico, perpetuando quindi la presenza di geni sensibili nella popolazione generale.

La depressione della persona anziana e le sue cause: cosa ne sappiamo in realtà?

Il lungo discorso fatto nel paragrafo precedente, anticipa la trattazione delle cause della depressione, o del livello di conoscenze in materia al momento possedute dalla comunità scientifica.

La complessità e multiformità delle sindromi depressive rendono ragione del fatto che l'eziologia delle stesse sia ad oggi ancora imperfettamente conosciuta. È probabile che le forme senili condividano con le forme depressive dell'età adulta almeno la maggior parte dei fattori eziologici. Si tratta certamente di una plurima fattorialità epidemiologica che si stratifica a partire dal patrimonio genetico dell'individuo, dalle prime esperienze di vita, l'ambiente familiare ed educativo. Molti ampi studi epidemiologici hanno messo l'accento su precoci esperienze traumatiche infantili, di cui peraltro non esiste una condivisa valutazione sull'importanza (10). Non sembrano esistere precoci esperienze traumatiche che specificatamente siano in relazione con episodi depressivi, nel senso che molti di questi eventi sono alla base di condizioni morbose di diverso significato psicopatologico, non solo di tipo depressivo. Altrettanto non sembra esistere (oppure assai raramente) una costellazione genetica che porti invariabilmente ad una condizione di tipo depressivo. In ogni circostanza sembra che la condizione eziologica si sviluppi sempre nella peculiare interazione (per quell'individuo) tra genetica ed ambiente, interazione che conosciamo nella sua drammatica decisività, ma per la quale possediamo ancora insoddisfacenti strumenti di indagine.

Ma volendo definire meglio l'eziologia delle sindromi depressive, pur partendo da una situazione generale già complessa e confusa è necessario cominciare ad introdurre una

fondamentale distinzione tra le varie forme depressive, che potrebbe certamente rendere ancora più complessa la trattazione ma che appare di fondamentale importanza per il clinico.

Cioè è necessario distinguere tra tutte quelle forme depressive ad esordio giovanile o nell'età adulta e tra forme morbose ad insorgenze nel senio e presenio e domandarsi se codeste riconoscono una particolarità o diversità dei fattori eziologici rispetto all'insieme dei disturbi depressivi. Dell'importanza di fattori esistenziali, che sponendosi ad un particolare assetto genetico-personologico, su cui probabilmente hanno influito in maniera problematica non solo le esperienze infantili ma quelle della vita, si è già detto. Altrettanto si è fatto menzione che l'aumento della durata di vita ha reso più frequenti, evidenti, gravi e prolungate molte patologie croniche di persone portatrici di sintomi della sfera depressiva. Usualmente poco considerato è il fatto che l'impiego di molti farmaci anche di uso comunissimo, prescritti nell'intento di combattere le molte condizioni morbose che affiggono la terza età, espone chi ne fa uso a effetti collaterali sull'umore noti per categorie di medicinali di prescrizione comune. Alcuni antiipertensivi, immunomodulatori, steroidi, antineoplastici, preparati psicoattivi possono manifestare un chiaro effetto depressivo (11-12).

Si dirà successivamente dell'intreccio tra depressione e demenza, osservando fin d'ora il fatto che le due sindromi condividono molti sintomi comuni e che spesso vengono etichettati ed attribuiti alla depressione (mentalmente più tollerabile) comportamenti ascrivibili al decadimento cognitivo.

La depressione della persona anziana, tante somiglianze e qualche importante differenza nell'esperienza clinica

I manuali standardizzati più recenti non hanno accreditato significative differenze tra depressione dell'adulto e dell'anziano. Tuttavia l'esperienza clinica mostra invece differenze significative, che devono essere opportunamente conosciute e che riguardano, schematicamente la fenomenologia, il rischio di suicidio, il decorso.

Partiamo dalla fine, vi è intanto una differenza di decorso ben documentata dell'episodio depressivo: più prolungato e refrattario alle cure, anche più torpido nel rispondere positivamente al trattamento. In poche parole vi è probabilmente una maggiore tendenza alla cronicizzazione.

Schiacciante evidenza epidemiologica ci mostrano come il comportamento suicidario (particolarmente quello che viene portato a termine) sia specifico fenomeno senile, di gran lunga in maggiore prevalenza rispetto alla popolazione adulta. Il comportamento suicidario dell'anziano, mantiene la stessa distribuzione di genere (suicidio realizzato più frequente nel genere maschile, tentativo di suicidio più frequente nel genere femminile) mostra tuttavia caratteristiche psicodinamiche e di comportamento peculiari, che lo

identificano come problema sanitario di primaria importanza in qualunque società contemporanea (13).

La differenza più importante resta però nella presentazione. Particolarmente nei pazienti uomini, meno portati alla consapevolezza interiore, a riconoscere i sentimenti e a comunicarli, può mancare o essere molto sfumato il sintomo principale, cioè proprio la depressione dell'umore. Alcuni pazienti riferiscono stanchezza ed anedonia, altri insonnia ribelle, altri ancora sintomi fisici, quali dolori al rachide ed alle gambe, stipsi, cefalea, inappetenza ecc, che essendo condivisi da molte altre patologie sono spesso fuorvianti nella diagnosi. Solo la fissità del sintoma, la sua intrattabilità a comprovati sistemi di cura, un certo atteggiamento emotivo spesso non consapevole, possono orientare il medico esperto ad attribuire alla sfera depressiva sintomi che potrebbero trovare altre spiegazioni cliniche, conseguentemente a trattarli in maniera corretta.

Il quadro fenomenologico delle sindromi depressive può trovare una scolastica suddivisione in tre gruppi di sintomi:

- 1) psicologici, ad esempio ansia o depressione del tono dell'umore
- 2) biologici, ad esempio calo ponderale, inappetenza, turbe del sonno
- 3) cognitivi, come difficoltà di concentrazione, riduzione delle capacità menesiche e di ragionamento.

In talune persone il terzo gruppo di sintomi assume una connotazione quasi prevalente nel quadro clinico, dando l'impressione di una rapida insorgenza di un disturbo dementigeno. Tali situazioni, in realtà non particolarmente frequenti, rispondono positivamente al trattamento antidepressivo, consentendo un buon recupero prestazionale, diversamente da quello che succede nelle vere demenze. La problematica verrà sviluppata più approfonditamente, al momento basti pensare che ogni condizione depressiva si accompagna stabilmente ad un calo delle performances psichiche, in maniera variabile da individuo ad individuo, fino a raggiungere la disabilità più grave.

Depressione e demenza

Molte evidenze epidemiologiche hanno rilevato come depressione e demenza mostrino complessi rapporti dal punto di vista fisiopatologico ed eziologico. La presenza di sintomatologia cognitiva, stabilmente associata alla patologia depressiva, ha indirizzato verso questo settore clinico vari studi e ricerche, che hanno permesso di rilevare come il disturbo cognitivo abbia solo parzialmente significato processuale (e pertanto responsivo al trattamento) ma che sia presente come tratto fin dall'inizio dell'episodio depressivo e permanga come fattore disabilitante per l'intero corso del disturbo. I diversi domini cognitivi sono interessati alla problematica in maniera differenziata.

L'osservazione clinica in moltissime situazioni ha tuttavia permesso di evidenziare come tale condizione sintomatologica, presente come abbiamo detto nelle depressioni

ad inizio giovanile, si accentui spesso dopo diversi episodi indice e come nella senilità la caduta cognitiva mostri progressivo incremento di gravità interessando aree del funzionamento sociale ed interpersonale che esitano successivamente in un quadro di demenza. Altrettanto, però, si osserva che l'esperienza clinica insegna come, nel campo delle depressioni ad insorgenza nel senio, l'esordio possa avvenire insidiosamente con un complesso sintomatologico di tipo depressivo di cui "mima" la prevalente componente sintomatologica e solo il decorso districchi poi la complessa problematica di tipo diagnostico differenziale. È evidente come la sovrapposizione tra le due sindromi nell'età senile rappresenti di per sé un grave problema diagnostico, origine di difficoltà, errori ed inappropriati percorsi di cura. Pertanto si può tentare di schematizzare in questo modo i complessi rapporti fra le due sindromi:

- a) la depressione rappresenta il sintomo iniziale della demenza;
- b) la depressione rappresenta la reazione emotiva all'insorgenza (ed alla consapevolezza) del processo dementigeno;
- c) la depressione provoca la demenza.

Del primo punto si è già detto, per quanto riguarda il secondo punto si osserva come la demenza sia probabilmente l'unico disturbo della mente non gravato da aumento della probabilità di suicidio. Ciò è vero, incontestabilmente, tranne che per le fasi iniziali del disturbo, quando la reazione emotiva alla consapevolezza di essere interessati da una forma morbosa, grave, progressiva, inguaribile, caratterizzata dall'angosciante prospettiva di "perdere se stessi" può causare reazioni estreme. Non infrequentemente la manifestazione suicidaria assume o può assumere la manifestazione di omicidio-suicidio, recentemente ai rilievi della cronaca.

Dal punto di vista fisiopatologico tuttavia è il terzo punto che mostra maggiore significato ed importanza; cioè quello nel quale si osserva come, indubitabilmente non solo la depressione possa rappresentare la sintomatologia d'insorgenza del disturbo dementigeno ma come, per depressioni iniziate nel corso della vita adulta, possa provocarlo o favorirlo. I dati epidemiologici mostrano infatti come possa esservi una connessione di causalità o concausalità tra i due disturbi.

Osservazioni degli ultimi 15-20 anni hanno permesso di rilevare come le condizioni depressive siano da considerare patologie di tipo sistemico, caratterizzate da una costante, cronica attivazione pro-infiammatoria.

La ricaduta negativa sulla componente neuronale di una prolungata condizione infiammatoria sono ben note; sono descritti fenomeni di morte cellulare, ipotrofizzazione degli organi nervosi, rarefazione dei tessuti, riduzione delle arborizzazioni dendritiche. Non è chiaro se questi fenomeni siano diffusi con pari significato e gravità per il cervello in toto o non riguardino soprattutto alcuni organi nervosi (sono descritti particolarmente per ippocampo, amigadala e altre strutture profonde il cui significato fondamentale nei

processi di memoria è ben noto).

La connessione fisiopatologica tra i due disturbi potrebbe essere proprio rappresentata dalla ricaduta sul trofismo di alcuni determinanti organi cerebrali della condizione di prolungata attivazioni infiammatoria, tipica della patologia depressiva (14-16).

Il suicidio

Il suicidio rappresenta certamente la più grave complicanza della depressione nell'età senile. Si tratta di un fenomeno oggetto soprattutto nelle ultime decadi di approfonditi studi, che tuttavia presenta ancora diversi aspetti poco chiari e poco compresi e che rappresenta per il medico psichiatra e lo psicologo la massima sfida nel proprio lavoro. Prevenire il suicidio può essere considerato una parola d'ordine assoluta nel lavoro clinico. Del fenomeno descriveremo brevemente: epidemiologia, fenomenologia, psicodinamica, prevenzione, sostegno ai superstiti.

Dal punto di vista epidemiologico si osserva che, ubiquitariamente, il suicidio sia fenomeno tipicamente della senilità. Tutti i riscontri epidemiologici riportano dati congruenti, altrettanto viene rilevato in quanto mentre i tentativi di suicidio sono più frequenti nel genere femminile, i suicidi realizzati tre volte circa più frequenti nel genere maschile. Le ragioni di questa differenza nella prevalenza di genere sono molteplici: si è fatto riferimento alla maggiore impulsività ed abitudine al comportamento violento degli uomini rispetto alle donne, ma anche alla diversa distribuzione di fattori favorenti (es. alcolismo). L'uomo tende ad usare più facilmente strumenti o procedure letali (defenestramento, impiccamento, arma da fuoco, ecc). C'è poi un'altra sottile differenza: il tentativo di suicidio porta in sé un elemento comunicativo importante, spesso prevalente rispetto all'esito. È una comunicazione distorta, ma spesso importante e sofisticata, più corrispondente alla complessa psiche femminile, che non a quella semplice e draconiana del mondo emotivo maschile.

La fenomenologia, come si diceva è diversa da quello dell'adulto e del giovane, per la maggiore facilità alla letalità dei mezzi ed alla minore frequenza comunicativa dell'ideazione.

Il genere maschile, l'uso di alcool o sostanze, un lutto recente, la presenza di malattie croniche per sé o per i familiari, soprattutto se dolorose, pregressi tentativi di suicidio, improvvisa solitudine o difficoltà economiche, ed ovviamente la presenza di patologia psichiatrica sono tutti fattori di rischio che posso agire anche in senso scatenante.

Mentre il suicidio del giovane è rancoroso, di relazione e contrapposizione nei confronti del mondo degli adulti, di rabbia in maniera impulsiva, la psicodinamica del suicidio dell'anziano è completamente diversa. È il suicidio della disperazione, di chi non ha o non vede nessun futuro, è il suicidio della solitudine, mai relazionale, della "faccia contro il muro". Pertanto la frequenza comunicativa è assai ridotta, si calcola che

mentre nell'adolescente per un suicidio realizzato ci siano circa 200 tentativi di suicidio, nell'anziano il suicidio realizzato si confronta con 4-5 tentativi (17-18).

Affrontando ora sinteticamente il problema della prevenzione del suicidio, essa rappresenta da sempre un obiettivo primario del lavoro di chi si occupa di salute psichica, in modo particolare nella fascia di pazienti nei quali il comportamento suicidario è più frequente. La prevenzione ingloba certamente la rilevazione dei fattori di rischio e gli interventi atti a minimizzarli. Alcuni sono certamente interventi significativi sul piano medico (controllo dell'ansia, controllo del dolore, miglioramento della depressione, risoluzione dei deliri di rovina, ecc) altri di tipo psicologico (sostegno all'individuo ed alla rete familiare relazionale, contrasto della solitudine, ecc). È importante la prevenzione dell'uso/abuso di sostanze alcoliche.

Altri interventi hanno origine dal piano sociale, dalla messa a disposizione di servizi alla persona e dei servizi sanitari facili da raggiungere ed efficaci nel loro intervento.

Oltre ciò, l'elemento più importante da considerare è che di fronte a una comunicazione tremenda, ricevuta da un nostro simili che ci comunica la volontà di volersi sopprimere, le reazioni emotive sono spesso intense ed in qualche modo influenzano la risposta. La risposta può essere di "fuga" nel senso che l'impatto emotivo così pesante può non far sì che si cerchi ad allontanare il problema. Sarcasmo, negazione, superficialità, fretta, rabbia, valutazioni morali rappresentano modalità che ci allontanano dalla comprensione del problema. Perché invece bisogna ascoltare e "partecipare" empaticamente alla comunicazione?

Mantenere aperta la comunicazione col paziente che comunica di voler morire, cosa in sé difficile, come dicevamo, consente di raggiungere due obiettivi importantissimi: a) intanto consente di avere a disposizione elementi sullo stato clinico, sulla progettualità suicidaria, che altrimenti non sarebbero conoscibili, e quindi consente di valutare con maggiore attendibilità l'entità e l'attualità del rischio in atto; b) c'è tuttavia un secondo risultato fondamentale che si ottiene dall'ascolto del paziente e cioè che mentre ascoltiamo la persona col suo dolore ed il suo progetto suicida, apriamo lo spazio alla comunicazione interumana, empatica, affettiva, dando al paziente la certezza di non essere solo, aiutandolo a relativizzare i problemi e a rivalutarne il significato, in altre parole facendo decrescere, spesso in maniera molto marcata, la gravità del rischio suicida, basato spesso sulla convinzione di essere solo e di non avere la possibilità di trovare soluzioni alternative possibili oltre alla morte.

Aiutare chi rimane

Aiutare i familiari e gli amici di chi si è suicidato rappresenta un impegno con grandi difficoltà per i sanitari che si occupano del benessere psichico. La questione dell'aiuto alle persone legate al soggetto suicidatosi da una relazione d'affetto, ha ricevuto molta attenzione soprattutto nelle ultime due decadi, con moltissimi contributi, sia di esperienza

che dal punto di vista scientifico.

Le fasi del lutto sono simili a quelle che le persone attraversano in tutte le altre situazioni di perdita, l'atto suicida, per la sua sconvolgente carica di disperazione, sofferenza, rabbia e rifiuto, modifica spesso in maniera importante le varie fasi di elaborazione emotiva e le connota in maniera peculiare. La fase iniziale di solito è caratterizzata da sentimenti di incredulità, sbigottimento, sgomento. Vi è una fase successiva nella quale comincia l'elaborazione dolorosa del distacco e della perdita e nella quale comincia l'arrovellamento sul proprio ruolo, sul perché e sul significato del gesto, sulla evitabilità dello stesso.

Vi può essere la ricerca di ricostruire il mondo della persona deceduta, i suoi pensieri, i problemi, sono comuni e frequenti i sentimenti di colpa e la rabbia, espresse di solito come accuse eterodirette (verso i medici ed altri operatori sanitari) oppure in forma auto accusatoria. Il gesto suicida viene ritenuto come evitabile e causato da qualcosa o qualcuno, anche in forma di incapacità professionale. In questa fase non vengono espressi sentimenti di rabbia nei confronti del defunto, la cui espressione identifica una fase diversa e successiva della propria elaborazione emotiva, rappresentata dal permettersi sentimenti di rabbia legati alla percezione del rifiuto e della perdita, quindi consentendo di considerare non solo il suicida, ma anche i superstiti come vittime, bisognose di aiuto e commiserazione.

L'elaborazione in questa fase può assumere connotazioni o di tipo depressivo, legate soprattutto alla convinzione di aver provocato l'atto o di non averlo evitato, con sentimenti di disvalore verso di sé ed il proprio comportamento, oppure può avvenire in forma paranoide, cercando i colpevoli dell'atto ed iniziando tematiche ed atti rivendicativi, spesso sotto il profilo giuridico.

Sono comuni in questa fase sintomi della sfera depressiva a carico dei familiari ed amici, ma anche l'anedonia, l'astenia, l'inappetenza, l'insonnia, le crisi di pianto, la disperazione. L'elaborazione fisiologica del lutto richiede un tempo usualmente di qualche mese, nella fase successiva cominciano a ridursi i dolori emotivi più intensi, si fa strada la rassegnazione, i tentativi di comprendere e razionalizzare l'evento accaduto, la riduzione di intensità e gravità dei sintomi. Il superstite comincia di nuovo a riappropriarsi della propria vita e del futuro, elaborandolo con la normale progettualità.

La caratteristica dinamica delle varie fase aiuta immediatamente a capire come, nell'intervento di sostegno emotivo ai superstiti, il ruolo del sanitario debba essere modulato in maniera differente a seconda delle persone e dei momenti, comprendendo come la distanza emotiva negli incontri, la possibilità di una reale empatia sia fondamentale per poter realizzare un aiuto fruttuoso.

Se quindi nelle prime fasi converrà una posizione di ascolto e di accoglimento del dolore, nelle fasi successive potranno essere utili la delucidazione, l'informazione, la discussione delle decisioni prese e della loro motivazione. Una comunicazione franca ed aperta, priva

di omissioni e che tenga conto anche della possibilità di rilevare e discutere decisioni cliniche poi rivelatesi non risolutive, appare elemento utile nei confronti dell'incontro con i familiari (19-20).

Deve essere rilevato come elemento di difficoltà per gli operatori sanitari in queste fasi, il fatto che anche l'operatore coinvolto già da prima nella gestione del paziente poi suicidatosi, deve fare i conti prima di tutto con il fatto di trovarsi in una situazione emotiva terribile, in fase di lutto, aggredito e disconfermato nella propria capacità professionale. In poche parole, l'operatore sanitario si trova nella peggior situazione emotiva per avere un ruolo di aiuto, trovandosi a sua volta nella necessità di essere aiutato a gestire ed elaborare il fatto accaduto ed i propri sentimenti di colpa. Una soluzione univoca e generale al problema evidentemente non esiste; tuttavia l'esperienza, la formazione personale e la possibilità di elaborare in equipe l'accaduto rappresentano utili elementi di supporto al sanitario interessato.

Quale prevenzione della depressione è possibile?

Numerosi studi hanno mostrato come eventi stressanti di vita nell'età infantile come abusi, maltrattamenti, esposizione a violenza nell'ambiente domestico influenzino lo sviluppo, il funzionamento cognitivo e affettivo a lungo termine, determinando un aumentato rischio di patologia psichiatrica nell'età adulta in particolare del disturbo depressivo. Numerose sono le ipotesi eziologiche proposte per questa connessione e sempre più studi clinici supportano l'ipotesi secondo cui tale legame possa essere anche associato a fattori biologici, in particolare all'attivazione abnorme dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema immunitario, con le note alterazioni volumetriche cerebrali nell'età adulta a livello ippocampale e della corteccia orbitofrontale, regione, quest'ultima, implicata nella regolazione affettiva (21). Se quindi è vero che questi fattori espongono a un rischio concreto è altrettanto vero che non tutti i bambini esposti a tali drammatici eventi sviluppano nell'età adulta un disturbo psichiatrico. I concetti di resilienza e vulnerabilità derivano proprio dal riscontro di una differenza estrema nella risposta individuale a eventi avversi. In questo senso è celebre la metafora di Freud (22) in cui lo sviluppo della malattia mentale è paragonata al cristallo che cadendo per terra si frantuma non in modo casuale ma secondo delle precise linee di frattura predeterminate dalla struttura, benché invisibile, del cristallo stesso richiamando quindi alla presenza di specifiche vulnerabilità individuali. Viceversa si ricorre al concetto di resilienza, mutuato dalla fisica, per riferirsi alle capacità di adattamento alle avversità, ai traumi alle tragedie e infine a ogni fonte di minaccia (23), un processo quindi dinamico di adattamento al fine di mantenere integro il funzionamento psicofisico. La ricerca si sta sempre più interessando a questo tema e molteplici fattori sono stati individuati; il modello risultante è complesso e probabilmente ancora incompleto. La letteratura in questo campo è molto

vasta e cercheremo di riassumerla brevemente. Una suddivisione di tali elementi può essere fatta in genetici, epigenetici, ambientali, psicologici, neurochimici; questi non sono da intendere come entità separate e parallele, ma come fattori indissolubilmente correlati tra loro, che si influenzano in modo dinamico. Tra i sistemi neurochimici numerosi sono stati chiamati in causa come ad esempio il neuropeptide Y, l'asse ipotalamo ipofisi surrene, il BDNF (brain derived neurotrophic factor), i sistemi neurotrasmettitoriali noradrenergico, serotoninergico e dopaminergico, il glutammato, il sistema gabaergico e il sistema degli endocannabinoidi endogeni. Ciò che è stato dimostrato è anche intuitivo: polimorfismi dei geni che codificano per questi sistemi sono associati alla variabilità nella risposta allo stress in senso adattativo o maladattativo. L'espressione genica viene tuttavia modulata da meccanismi epigenetici: a queste alterazioni "strutturali" del DNA si associano le modifiche "funzionali" dell'espressione genica attraverso metilazione, demetilazione e modificazioni degli istoni. Più globalmente sono stati individuati alcuni circuiti cerebrali della resilienza come quello mesolimbico della ricompensa o quello della paura con implicate numerose aree (amigdala, ippocampo, corteccia prefrontale, corteccia orbitofrontale nucleo accumbens, ipotalamo ventromediale, nuclei del tronco encefalico). Le caratteristiche psicologiche individuali giocano un ruolo importante nella gestione delle avversità. La ricerca psicologica ha individuato una vasta quantità di variabili di cui possiamo citare l'ottimismo, il *re-appraisal* cognitivo (capacità di regolazione emotiva e rivalutazione di eventi negativi), strategie di coping attivo, utilizzo del supporto sociale, umorismo, esercizio fisico, comportamento prosociale, stile di attaccamento, *mindfulness*. Spostandosi all'esterno, l'ambiente in cui l'individuo cresce (relazioni familiari, sentimentali, tra pari, ambiente sociale) è determinante potendo svolgere un ruolo protettivo e quindi promuovendo resilienza o viceversa nocivo determinando vulnerabilità; in questo senso è importante poter fornire al bambino un ambiente amorevole, sano e supportivo in cui crescere evitando sì l'esposizione a stress non elaborabili ma offrendo l'opportunità di affrontare le sfide della vita (24-25). In questo senso possono essere immaginate politiche di educazione sulla genitorialità così come programmi di educazione infantile focalizzati sull'acquisizione di comportamenti adattivi.

Volendo attualizzare questo modello nell'età adulta appare quindi necessario individuare ed eliminare i fattori di rischio e parallelamente riconoscere e promuovere quelli protettivi. Ricerche epidemiologiche hanno messo in luce come tra i primi, siano associati in modo significativo ai disturbi depressivi il sesso femminile, il basso status socio economico, la presenza di malattie somatiche croniche, di deficit cognitivi, la perdita di contatti sociale, l'invalidità e eventi di vita stressanti (26-27). A titolo esemplificativo vogliamo proporre alcuni dati di letteratura che evidenziano come sia possibile intervenire fattivamente nella prevenzione dei disturbi depressivi. L'importanza della cura dello stile di vita è

stato sottolineato da più parti ad esempio attraverso l'eliminazione di fattori nocivi quali fumo (28) e sedentarietà (29). Numerosi studi hanno stabilito il legame tra attività fisica e sintomi depressivi. Ad esempio Chang e collaboratori, in un interessante studio prospettico a 25 anni sulla popolazione islandese, hanno mostrato come lo svolgere regolarmente attività fisica durante la mezza età protegga dallo sviluppo di depressione durante l'età più avanzata (30). L'altro fattore che più di tutti appare protettivo rispetto lo sviluppo di patologia depressiva risulta essere la partecipazione ad attività sociali. In uno studio condotto su un ampio campione di individui non depressi di età superiore ai 65 anni si è evidenziato come non solo lo svolgere attività fisica leggera, ma anche la partecipazione ad attività formative, l'utilizzo di un personal computer, la frequentazione di eventi presso circoli sociali fossero tutti fattori indipendentemente preventivi dello sviluppo di patologia depressive. Queste, per definizione, presuppongono il contatto con altre persone, prevengono quindi l'isolamento, aiutano a mettere in atto meccanismi di coping adattivi, rinforzano l'attaccamento ad altre risorse psicosociali come il supporto sociale, proteggono dal declino cognitivo (31).

BIBLIOGRAFIA

1. Bemis E, Pizza E, Lattanzi L, Perugi G. Depressione atipica, spettro bipolare e disturbo borderline di personalità. *Journal of Psychopathology*. 1999; 1.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
3. American psychiatric Association . *DSM III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3 th ed revised. Washington:American Psychiatric Press: 1987.
4. Hybels C, Blazer D, Pieper C. Toward a Threshold for Subthreshold Depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community survey. *Gerontologist*. 2001;41(3):357-365.
5. Hybels C, Pieper C, Blazer D. Sex Differences in the Relationship Between Subthreshold Depression and Mortality in a Community Sample of Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(3):283-291.
6. Gallo JJ, Anthony J, Muthen B. Age Differences in the Symptoms of Depression: A Latent Trait Analysis. *J Gerontol*. 1994; 49(6):251-264.
7. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*. 1999;60(3):820-6.
8. WHO. *The Global Burden of Disease 2004*. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Beekman A, Copeland J, Prince M. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999;174(4):307-311.
10. Pine D, Cohen E, Cohen B, Brook J. Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder?. *Am J Psychiatry*. 1999;156(1):133-135.
11. Czok M, Ćwiek A, Kurczab B, Kramarczyk K. Association between affective disorders and the usage of low and medium doses of corticosteroids. *Psychiatr Danub*. 2017;29(Suppl 3):495-498.
12. Tsutsui-Kimura I, Ohmura Y, Yoshida T, Yoshioka M. Milnacipran affects mouse impulsive, aggressive, and depressive-like behaviors in a distinct dose-dependent manner. *J Pharmacol Sci*. 2017;134(3):181-189.

13. Centers for Diseases Control. Suicide in the United States 1980-1992. Violence surveillance summary Series. No 1. Atlanta: US Department of Health and Human Services. 1995.
14. Hasselbalch B, Knorr U, Hasselbalch S, Gade A, Kessing L. The cumulative load of depressive illness is associated with cognitive function in the remitted state of unipolar depressive disorder. *Eur Psychiatry*. 2013;28(6):349-355.
15. McDermott L, Ebmeier K. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):1-8.
16. Snyder H. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychol Bull*. 2013;139(1):81-132.
17. De Leo D, Scocco P. Treatment and prevention of suicidal behaviour in the elderly. In K. Hawton & K. van Heeringen. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2000. 555-570.
18. De Leo D, Svetcic J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong?. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2010;19(1):8-15.
19. Grad O. Suicide survivorship: an unknown journey from loss to gain - from individual to global perspective. In K. Hawton. *Prevention and treatment of suicidal behavior*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
20. McIntosh JL. Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide Life Threat Behav*. 1993; 23(2):146-61.
21. Saleh A, Potter G, McQuoid D, Boyd B, Turner R, MacFall J et al. Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. *Psychol Med*. 2016; 47(01):171-181
22. Freud S. *Introduzione alla psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri; 2013.
23. American Psychological Association. *The Road to Resilience*. Washington DC: APA; 2010.
24. Wu G, Feder A, Cohen H et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013; 7 (10): 1-15.
25. Elisei S, Sciarra T, Verdolini N, Anastasi S. Resilience and depressive disorders. *Psychiatr Danub*. 2013 ;25 Suppl 2:S263-7.
26. Djernes J. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(5):372-387.
27. Groffen D, Koster A, Bosma H, van den Akker M, Kempen G, van Eijk J et al. Unhealthy Lifestyles Do Not Mediate the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Depressive Symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;1.
28. Cross-sectional and longitudinal associations of lifestyle factors with depressive symptoms in ≥53-year old Taiwanese — Results of an 8-year cohort study. *Prev Med*. 2013;57(2):92-97.
29. Tsutsumimoto K, Makizako H, Doi T, Hotta R, Nakakubo S, Shimada H et al. Prospective associations between sedentary behaviour and incident depressive symptoms in older people: a 15-month longitudinal cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;32(2):193-2000
30. Chang M, Snaedal J, Einarsson B, Bjornsson S, Saczynski J, Aspelund T et al. The Association Between Midlife Physical Activity and Depressive Symptoms in Late Life: Age Gene/Environment Susceptibility—Reykjavik Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;71(4):502-507.
31. Uemura K, Makizako H, Lee S, Doi T et al. Behavioral protective factors of increased depressive symptoms in community-dwelling older adults: A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 32 (2): e234-e231.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Epidemiologia della depressione, tra fattori di rischio e fattori di protezione

Epidemiology of depression, between risk and protection factors

Carlo Romagnoli

Medico specialista in sanità pubblica, socio ISDE, Staff Programmazione Epidemiologica ASL Umbria1

Parole chiave: depressione, epidemiologia, fattori di protezione, promozione della salute mentale.

RIASSUNTO

Introduzione: la depressione è collocata dall'OMS al primo posto nell'elenco delle condizioni che creano disabilità, avendo contribuito nel 2015 al 7,5% degli anni vissuti in disabilità.

Obiettivi e metodi: è pertanto opportuno fare il punto: a) sulle attuali caratteristiche epidemiologiche della depressione; b) sui fattori che proteggono dal suo sviluppo o lo rendono meno probabile; c) sui criteri per lo sviluppo di programmi di promozione e prevenzione della salute mentale, analizzando documentazione OMS e una selezione di pubblicazioni reperite nelle banche dati Pubmed e Cochrane.

Risultati: a) i dati OMS sulla epidemiologia della depressione evidenziano tra le tante informazioni una prevalenza del 4,4% come dato medio globale, un incremento dei casi dovuto in gran parte all'invecchiamento della popolazione globale ed un carico di malattia estremamente rilevante; b) le evidenze disponibili soprattutto sui determinanti distali sono consistenti e depongono per un approccio olistico nella promozione e prevenzione della salute mentale; c) in questa direzione il Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 contiene importanti indicazioni che dovrebbero essere tradotte quanto prima in costo efficaci piani locali di promozione della salute mentale.

Key words: depression, epidemiology, protective factors, promotion of mental health.

SUMMARY

Introduction: depression is placed by the WHO in the first place in the list of conditions that create disability, having contributed in 2015 to 7.5% of the years lived in disability.

Objectives and methods: it is therefore appropriate to make the point on: a) the current epidemiological characteristics of depression; b) the factors that protect against its development or make it less likely; c) the criteria for the development of mental health promotion and prevention programs, analyzing WHO

documentation and a selection of publications found in Pubmed and Cochrane databases.

Results: a) WHO data on the epidemiology of depression highlights: a prevalence of 4.4% as a global average, an increase in cases due mainly to the aging of the global population and an extremely significant disease load; b) the evidence available above all on the distal determinants is considerable and they lay down for a holistic approach in the promotion and prevention of mental health; c) in this direction the 2013-2020 Mental Health Action Plan contains important indications which should be translated into effective local health promotion plans as soon as possible.

1) Problematiche affrontate

In una ottica di sanità pubblica è fondamentale disporre di solidi dati epidemiologici sulle varie condizioni che determinano morte, disabilità e malattia. La transizione epidemiologica, che è iniziata nella seconda metà del secolo scorso nei paesi più industrializzati, si è ormai estesa a gran parte del globo terraqueo: la maggior parte degli abitanti della terra oggi vede le più serie minacce alle proprie condizioni di salute provenire dalle malattie cronico degenerative, in quanto a differenza di quelle di origine infettiva, sono caratterizzate da una serie di condizioni quali la multifattorialità, l'ingravescenza progressiva e la non curabilità – intesa come *restitutio ad integrum* – che pongono al centro dell'attenzione non solo il contributo che esse forniscono in termini di mortalità, ma soprattutto la disabilità correlata, che viene espressa in termini di anni di vita in salute perduti e le misure di promozione della salute e preventive in grado di ridurla.

La depressione – essendo uno dei principali disordini ascrivibili all'ampio settore della salute mentale – è un caso di studio peculiare in quanto presenta sia importanti *analogie* con le malattie cronico degenerative che alcune *peculiarità* che la distinguono da questo aggregato:

- i lunghi periodi di cura e di assistenza che sono richiesti dal forte carico di disabilità comportato dalle sue manifestazioni più gravi – che riducono le abilità relazionali e sociali di chi ne è affetto – così come gli importanti contributi che fornisce al carico globale di malattia nonché al determinarsi di una quota rilevante di suicidi, sostengono l'analogia,
- l'impossibilità di riferimento ad una patologia d'organo o di funzionamento, la disomogeneità e/o l'uso non univoco della diagnostica, oltre alla presenza di forme fasiche o guaribili con *restitutio ad integrum* per parte loro depongono per il mantenimento di uno specifico profilo a tale condizione.

In termini di programmazione epidemiologica, gli importanti carichi di disabilità e malattia comportati da molte forme di depressione giustificano l'importanza di studiarne i determinanti al fine di mettere a punto strategie efficaci che ne evitino l'insorgenza o riducano la parte di vita in cui le persone ne saranno affette e l'impatto sulla loro qualità della vita.

In particolare è necessario concentrare l'attenzione sui fattori di protezione, in quanto laddove si riesca ad estenderli anche ai contesti a maggiore rischio attraverso appropriati programmi ed interventi di promozione della salute, essi possono dare luogo a necessari e costo efficaci guadagni di salute.

2) Obiettivi

L'obiettivo generale di questo contributo consiste nel raccogliere le conoscenze epidemiologiche utili alla promozione della salute mentale ed alla prevenzione della depressione.

In questa prospettiva rappresentano obiettivi specifici:

- a) definire il profilo epidemiologico della depressione sulla base dei più recenti contributi conoscitivi forniti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla letteratura di settore con particolare riferimento a prevalenza, carico di malattia, e principali conseguenze invalidanti dei disturbi depressivi;
- b) definire un quadro dei fattori di rischio e soprattutto di quelli di protezione che possa fondare programmi ed interventi costo efficaci di promozione della salute mentale e di prevenzione primaria dei disturbi depressivi.

3) Materiali e metodi

3.1) Definizioni

Per l'OMS (1) il termine generico "depressione" deve essere inteso come una approssimazione esemplificativa dei "*disordini depressivi* caratterizzati da tristezza, perdita di interesse o piacere, sensi di colpa o bassa autostima, sonno o appetito disturbato, senso di stanchezza e scarsa concentrazione".

La depressione può essere di lunga durata o recidivante, compromettendo sostanzialmente la capacità di un individuo di lavorare, andare a scuola e far fronte alla vita quotidiana. Nella sua forma più grave, la depressione può portare al suicidio.

I disturbi depressivi comprendono due sotto categorie principali:

- disturbo depressivo maggiore/episodio depressivo, che coinvolge sintomi quali umore depresso, perdita di interesse e divertimento e diminuzione dell'energia; a seconda del numero e della gravità dei sintomi, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, moderato o grave;
- distimia, una forma persistente o cronica di lieve depressione; i sintomi della distimia sono simili all'episodio depressivo, ma tendono ad essere meno intensi e durano più a lungo.

3.2) Fonti e criteri

Sulla epidemiologia della depressione sono stati utilizzate come fonti:

- a) pubblicazioni OMS; b) l'ultima serie di stime sulla salute globale messa a disposizione dall'OMS per il 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates) comprende anche stime regionali specifiche per paese di morti, anni di vita persi e anni vissuti con disabilità per causa; c) studi epidemiologici sulla prevalenza della depressione

e altri disturbi mentali comuni sono stati intrapresi nel quadro delle interazioni che hanno portato alla stime pubblicate in letteratura nel 2000 e nel 2010 sul Global Burden of Disease (GBD) (2-6). d) Pubmed dove sono stati selezionati revisioni e studi reperiti con la parola chiave “incidence” and depression”, pubblicate tra il 1980 ed il 2017.

Sui fattori di rischio e protettivi per la depressione sono state utilizzate le banche dati: a) Pubmed dove sono stati selezionati revisioni e studi epidemiologici reperiti con le parole chiave “depression epidemiology”, “depression incidence”, “protective factors” e “depression” pubblicate tra il 2010 ed il 2017; b) Cochrane dove sono stati selezionate le revisioni reperite con le parole chiave “depression”, “prevention of depression” pubblicate tra il 2010 ed il 2017.

4) Risultati

4.1) Prevalenza dei disturbi depressivi

Stime affidabili e aggiornate della proporzione di una popolazione generale colpita da diverse malattie o condizioni di salute sono un elemento chiave per un'efficace politica sanitaria e per i connessi processi di pianificazione e valutazione, il che vale ovviamente ancora di più per fondare correttamente programmi ed interventi di promozione della salute mentale e di prevenzione primaria dei disturbi depressivi.

A livello globale (1) la proporzione della popolazione che nel 2015 era affetta da depressione è stata stimata essere del 4,4%, confermando quanto già emerso nelle precedenti pubblicazioni che avevano evidenziato nel 1990 un valore pari a 4,4% (incertezza 95%: 4,2-4,7%) e sempre di 4,4% (4,1-4,7%) nel 2005 e nel 2010.

La depressione è più comune tra le donne (5,1%) che tra gli uomini (3,6%). La figura 1 riporta gli intervalli di confidenza superiori e inferiori di tali stime per ogni regione dell'OMS.

La prevalenza varia in ciascuna regione OMS, andando dal valore più basso di 2,6% tra i maschi nella regione del Pacifico occidentale, fino al 5,9% tra le donne nella Regione Africana.

Stime specifiche per paese sono disponibili su <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>: per l'Italia la stima al 2015 (M+F) è pari al 5,1% ed interesserebbe 3.049.986 persone, evidenziando una maggiore prevalenza rispetto a quella media della Regione Europea.

A livello globale le proporzioni di soggetti affetti da disturbi depressivi variano con l'età (Fig 2), raggiungendo un picco negli anziani (sopra al 7,5% tra le donne di età 55-74 aa.) e il numero totale di persone che vivono con disturbi depressivi nel mondo è stimato in 322 milioni. Quasi la metà di queste persone vive nella Regione dell'Asia del Sud Est e in quella del Pacifico Occidentale, riflettendo la maggior numerosità della popolazione presente in tali aree che includono Cina e India.

Il numero totale di persone che vivono con disturbi depressivi è aumentato del 18,4% tra

Figura 1- Prevalenza dei disturbi della depressione (% di popolazione) per regione OMS (Fonte 1)

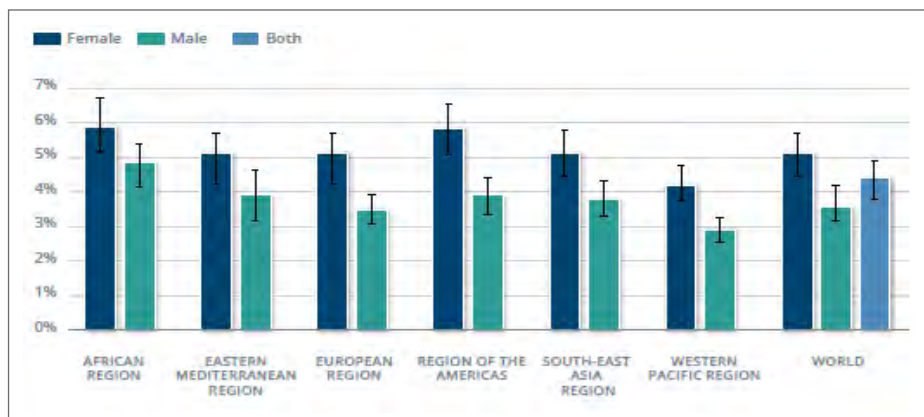
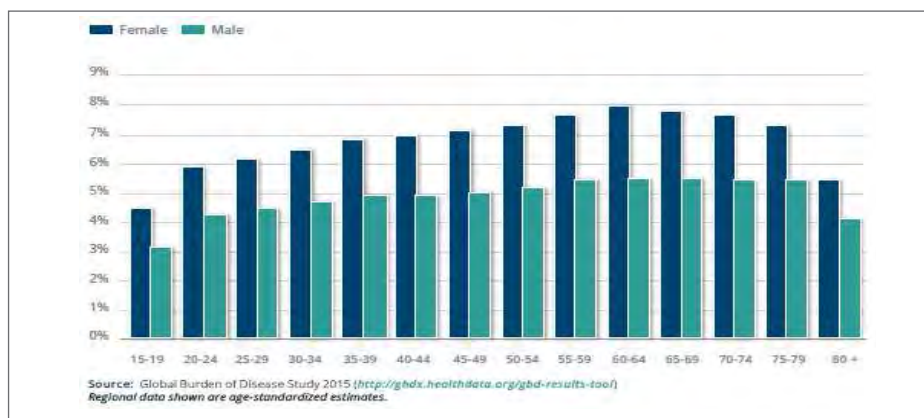


Figura 2- Prevalenza globale dei disturbi depressivi per età e sesso (%) (Fonte 1)



il 2005 ed il 2015 (6), il che riflette la crescita complessiva della popolazione mondiale in questo periodo, così come l'incremento proporzionale dei gruppi di età in cui questa condizione ha una maggiore prevalenza.

4.2) Incidenza dei disturbi depressivi

Pochi studi (4, 7-10) riportano valori annuali dei tassi di incidenza di MDD ed i dati si riferiscono a USA, Canada ed Etiopia. Le stime vanno dal 1,6% nelle femmine di età ≥ 18 anni, al 7,1% nelle femmine dai 15 ai 19 anni, negli Stati Uniti. Ferrari e colleghi hanno elaborato questi dati raggruppando (tab 1) le stime su tutti i gruppi di età

per calcolare una stima complessiva dell'incidenza annuale. Sebbene le stime congiunte sull'incidenza nelle donne fossero più alte delle stime maschili congiunte, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa relativo al sesso.

La durata media di un episodio di MDD è pari a 37,7 settimane.

Sex	Incidence, % (95% uncertainty)	Weight, % ^b
Female (<i>n</i> =3)	3.4 (1.9–6.3)	48.0
Male (<i>n</i> =3)	2.7 (2.0–3.7)	49.1
Total (<i>n</i> =1)	2.4 (0.7–8.4)	2.9
Overall (<i>n</i> =7)	3.0 (2.4–3.8)	100.00

n, Number of estimates in each group.
^a All *I*² statistics were > 86%.
^b Random-effects weights.

Tabella 1- Stime aggregate dell'incidenza annuale di disturbi depressivi (a). (Fonte: 4)

4.3) Co-morbosità

La depressione è un sintomo di presentazione di disturbi psichiatrici comuni come il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare e la schizofrenia. La depressione può anche essere il sintomo di presentazione di diversi disturbi neuro degenerativi, tra cui la malattia di Alzheimer, la demenza con corpi di Lewy, la demenza frontotemporale e la malattia di Parkinson (11). La depressione può anche causare deterioramento cognitivo ed è un fattore di rischio per la demenza¹. Nel Piano 2013-2020 per la salute mentale, l'OMS attesta che vi sono prove che la depressione predispone le persone a infarto miocardico e diabete, che a loro volta aumentano la probabilità di depressione (12).

Per quanto riguarda la co-morbosità nei bambini e negli adolescenti tra ansietà e depressione, Cummings et al. (13) esaminano i modelli concettuali esistenti e ne propongono alcuni per descriverne la genesi, segnalando che vi sono non trascurabili aree di sovrapposizione tra gli stessi:

- il primo modello riguarda i giovani con una diatesi per l'ansia, con conseguente co-morbosità con la depressione derivante da compromissione ansiosa
- il secondo modello si riferisce ai giovani con una diatesi condivisa per ansia e

1. Come risultato dell'intima relazione tra depressione e demenza, la differenziazione tra una causa psichiatrica e una causa neurologica di depressione e demenza può a volte essere molto difficile.

- depressione, che possono sperimentare entrambi i disturbi contemporaneamente
- il terzo riguarda i giovani con una diatesi per la depressione, con conseguente comorbidità con l'ansia derivante da compromissione della depressione.

4.4) Carico di malattia

I disturbi mentali portano a notevoli perdite nella salute e nelle capacità relazionali e sociale di chi ne è affetto: secondo il Piano di azione 2013-2020 per la salute mentale dell'OMS (12) le persone con disturbi mentali sperimentano percentuali sproporzionatamente più elevate di disabilità e mortalità: ad esempio, le persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una probabilità maggiore di morire del 40% -60% prematuramente rispetto alla popolazione generale, a causa di problemi di salute fisica che vengono spesso non curati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete e infezione da HIV) e del suicidio. Queste perdite possono essere quantificate a livello di popolazione moltiplicando la prevalenza di questi disturbi per il livello medio di disabilità loro associato in modo da dare stime degli anni vissuti con disabilità (YLD). Di norma gli YLD vengono aggiunti agli anni di vita persi (YLL) in modo da calcolare gli anni di vita con disabilità (DALY), che rappresentano la misura chiave utilizzata per valutare il Global Burden of Disease (GBD). Nel caso della depressione, non vi sono YLL attribuiti direttamente a questi disturbi nel calcolo del GBD; ne consegue che le stime di YLD rappresentano il totale stimato di DALY per i disturbi depressivi. Dato che la depressione è una condizione che porta ad una quota importante di suicidi (classificato in analisi GBD come "lesioni intenzionali") in questo paragrafo vengono presentati anche i dati di fonte OMS sul suicidio.

I risultati delle stime degli YLD regionali e globali prodotte dall'OMS sono riportate nella tabella 2. Le stime specifiche per paese evidenziano per l'Italia un carico di malattia pari al 7,8% nei due sessi (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_malattia/it).

Nel 2015 i disturbi depressivi hanno portato a un totale globale di oltre 50 milioni di Anni vissuti con disabilità (YLD). Oltre l'80% di questo carico di malattia che riguarda esiti non fatali si è verificato nei paesi a basso e medio reddito. I tassi variano tra le regioni dell'OMS, da 640 YLD ogni 100.000 abitanti nella Regione del Pacifico Occidentale a oltre 850 nel paesi a basso-medio reddito della Regione Europea.

Globalmente, i disturbi depressivi da soli forniscono il più grande contributo rispetto a tutte le altre condizioni patologiche alla perdita di salute non fatale pari al 7,5% di tutti gli YLD (1); Kessler e Bromet (14) al riguardo documentano associazioni statisticamente significative con una ampia tipologia di esiti avversi, in cui sono comprese: a) difficoltà nelle transizioni di ruolo (ad es., bassa istruzione, alta interruzione del rapporto coniugale, occupazione instabile); b) ridotta performance nel ruolo (bassa qualità del rapporto coniugale, bassa prestazione lavorativa, bassi guadagni); c) elevato rischio di insorgenza,

Depressive disorders	Total YLD (thousands)	YLD per 100,000	% of all YLDs	Rank cause
Low- and middle-income countries				
- African Region	7 229	731	7.9	2
- Eastern Mediterranean Region	4 049	685	6.9	2
- European Region	3 517	859	8.1	2
- Region of the Americas	5 106	844	9.3	1
- South-East Asia Region	13 967	724	7.0	2
- Western Pacific Region	10 525	640	7.2	2
High-income countries	9 608	839	7.9	2
World	54 215	738	7.5	1

source: WHO Global Health Estimates (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease)

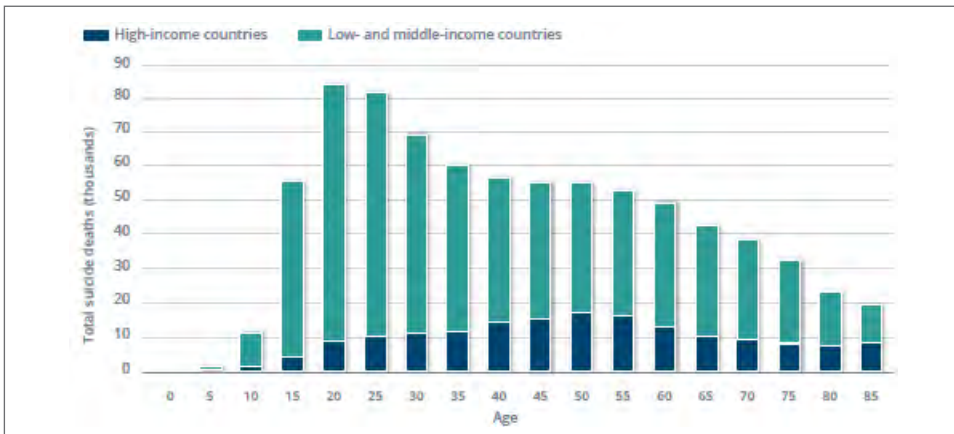
Tabella 2- Stime globali e regionali del carico di malattia dei disturbi depressivi (Fonte: 1)

persistenza e gravità di una vasta gamma di disturbi secondari e aumento del rischio di mortalità precoce a causa di disturbi fisici e suicidio.

4.4.1) Suicidio

Le stime sulla salute globale dell'OMS forniscono una valutazione completa della mortalità dovuta a malattie e lesioni per tutte le regioni del mondo. Nell'anno 2015, si stima che 788.000 persone sono morte a causa del suicidio; molti di più sono coloro che hanno tentato di suicidarsi ma sono morti. Nel 2015 il suicidio rappresentava circa

Figura 3- Numero globale di morti per suicidio, per classe di età e livello di reddito del paese. (Fonte 1)



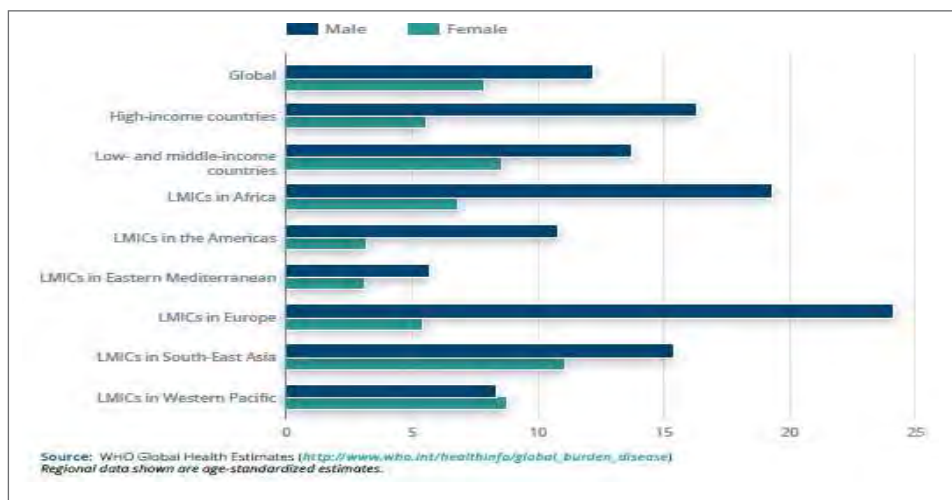
l'1,5% di tutte le morti in tutto il mondo, entrando così far parte delle 20 principali cause di morte.

Il suicidio si verifica durante tutto l'arco della vita ed è stato la seconda causa principale di morte tra 15-29 anni in tutto il mondo nel 2015. Il numero globale di morti per suicidio è in ogni classe di età sempre più elevato nei paesi a basso reddito, dove nelle classi di età 20-24 e 25-29 è 6 volte più frequente che nei paesi ad alto reddito

In termini di tassi, i suicidi globalmente raggiungono un valore superiore a 12 x 100.000 all'anno nei maschi e di 4 per 100.000 all'anno nelle femmine; ovunque più frequenti nei maschi rispetto alle femmine e nel 2015 hanno raggiunto un picco massimo pari ad oltre 24 per 100.000 nei maschi dei paesi a basso medio reddito della Regione Europea (fig.4).

4.5) Fattori di rischio e di protezione

Figura 4- Tassi di suicidio per sesso per 100.000 persone nel mondo e nelle regioni OMS (Fonte: 1)



In generale l'OMS (12) evidenzia che “determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, emozioni, comportamenti e interazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, quali le politiche nazionali, la protezione sociale, gli standard di vita, le condizioni di lavoro e i supporti sociali comunitari.

Se l'esposizione alle avversità in giovane età è un fattore di rischio prevenibile stabilito per i disturbi mentali, a seconda del contesto locale, alcuni individui e gruppi nella società possono essere esposti a un rischio significativamente maggiore di sperimentare problemi di salute mentale. Questi gruppi vulnerabili possono [ma non necessariamente] includere

membri di famiglie che vivono in povertà, persone con condizioni di salute croniche, neonati e bambini esposti a maltrattamenti e abbandono, adolescenti con esposizione precoce a uso di sostanze, minoranze etniche, popolazioni indigene, anziani, persone che subiscono discriminazioni e violazioni dei diritti umani, lesbiche, gay, bisessuali e transgender, prigionieri e persone esposte a conflitti, disastri naturali o altre emergenze umanitarie. L'attuale crisi finanziaria globale fornisce un potente esempio di fattore macroeconomico che ha comportato tagli ai finanziamenti, nonostante la concomitante necessità di maggiori servizi di salute mentale e sociali a causa di un aumento dei tassi di disturbi mentali e di suicidio nonché l'emergere di nuovi gruppi vulnerabili, ad esempio, i giovani disoccupati. In molte società, i disturbi mentali legati alla marginalizzazione e all'impoverimento, la violenza domestica e gli abusi, e il lavoro eccessivo e lo stress sono fonte di notevoli preoccupazioni, specialmente per la salute delle donne" (12).

Oltre a queste fondamentali indicazioni, nel caso specifico dei disturbi depressivi le revisioni selezionate per questo studio fanno emergere ulteriori elementi.

4.5.1) Aspetti metodologici

Perrino et al (15) assumono che: a) alcuni sottogruppi di giovani sono ad alto rischio di depressione e sintomi depressivi elevati e hanno accesso limitato a cure di qualità per la salute mentale; b) la ricerca indica che ci sono interventi efficaci per prevenire la depressione giovanile e sintomi depressivi e per svolgere un ruolo chiave nell'affrontare queste disparità di salute mentale riducendo i fattori di rischio per i giovani e migliorando i fattori protettivi; c) tuttavia, ci sono relativamente pochi interventi preventivi rivolti specificamente a questi sottogruppi vulnerabili, e le dimensioni campionarie di sottogruppi diversi in studi di prevenzione generale sono spesso troppo bassi per valutare se gli interventi preventivi funzionano altrettanto bene per i giovani vulnerabili rispetto ad altri giovani. Di conseguenza: a) sottolineano l'importanza e la necessità di *"equità scientifica"*, o uguaglianza ed equità nella quantità di conoscenza scientifica prodotta per comprendere le potenziali soluzioni a tali disparità di salute; b) evidenziano le possibili strategie per promuovere l'equità scientifica, tra cui: b.1) aumentare il numero di partecipanti alla ricerca di prevenzione da sottogruppi vulnerabili; b.2) condurre più analisi di sintesi dei dati e ricerca scientifica di implementazione; b.3) disseminare interventi preventivi che siano efficaci per i giovani vulnerabili e aumentare la diversità della forza lavoro di ricerca scientifica di prevenzione. Queste strategie possono aumentare la disponibilità di prove di ricerca per determinare il grado in cui gli interventi di prevenzione possono aiutare ad affrontare le disparità di salute mentale.

4.5.2) *Determinanti distali*²

Fisher e Baum (16) analizzano le implicazioni per la ricerca e per la promozione della salute dei **determinanti sociali della salute mentale**, a partire dal fatto che i determinanti sociali della salute sono diventati più importanti grazie al lavoro della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute e alla revisione delle disuguaglianze sanitarie in Inghilterra. Questi autori sostengono che queste relazioni hanno implicazioni significative per la promozione della salute mentale nei paesi sviluppati e producono un crescente interesse per la ricerca sulla influenza negativa che determinate condizioni sociali avverse possono avere sulla salute mentale o fisica agendo come fattori di stress cronico.

Stirling et al (17) in una revisione destinata ad approfondire il ruolo di **fattori di rischio e di protezione presenti a livello di comunità**, hanno evidenziato che la sicurezza della comunità di riferimento, l'appartenere ad un gruppo etnico minoritario e la discriminazione delle minoranze della comunità agiscono come fattori di rischio per i sintomi depressivi nei bambini in età scolare. Essi aggiungono anche che: a) se lo svantaggio della specifica comunità non ha raggiunto valori significativi nei risultati meta-analitici, le elaborazioni biostatistiche suggeriscono che il ruolo dello svantaggio può essere influenzato da altri fattori; b) è importante continuare gli sforzi per realizzare interventi a livello di comunità.

Tormod et al (18) hanno effettuato una ampia survey per indagare l'associazione tra i modelli di durata, i tempi e le specifiche sequenze con cui si determina l'**esposizione a basso reddito familiare durante l'infanzia** e sintomi di problemi di salute mentale in adolescenza, facendo emergere che l'esposizione alla povertà durante l'infanzia risulta associata con la maggior parte dei problemi di salute mentale nell'adolescenza. Non sono invece emerse evidenze relative a particolari tempi e sequenze di esposizione al basso reddito familiare.

Canivet et al (19) hanno realizzato uno studio di coorte con multipli follow-up per indagare l'effetto della **precarietà lavorativa** come fattore di rischio per la salute mentale nei giovani svedesi, evidenziando che il lavoro precario dovrebbe essere considerato un importante determinante sociale per il successivo sviluppo di problemi di salute mentale in giovani precedentemente mentalmente sani.

Garipey et al (20) hanno riesaminate sistematicamente le caratteristiche del **supporto sociale** (tipi e fonti) associati alla protezione dalla depressione durante i periodi di vita (infanzia e adolescenza, età adulta, età avanzata), evidenziando che le fonti di sostegno variavano durante i periodi di vita, con il sostegno dei genitori più importante tra i bambini e gli adolescenti, mentre gli adulti e gli anziani dipendevano maggiormente dagli

2. Comprendono quei fattori sociali ed ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e nella salute e influenzano l'azione degli altri determinanti di salute.

sposi, seguiti dalla famiglia e poi dagli amici. È stata notata una significativa eterogeneità nella misurazione del supporto sociale. Gli effetti erano più deboli in termini sia di ampiezza che di significatività negli studi di coorte.

Santini et al (21), ritenendo nel caso di una patologia importante come la depressione che l'associazione tra tale condizione e le **relazioni sociali** non fosse chiara, hanno condotto una revisione sistematica su questa problematica, i cui risultati più forti e consistenti riguardano i significativi effetti protettivi svolti da: a) supporto emotivo percepito; b) supporto strumentale percepito; c) reti sociali ampie e diversificate. Sono state trovate poche prove sul fatto che la connessione sociale sia collegata alla depressione, come è stato anche per le interazioni negative e sono stati rilevati i bias che possono derivare dall'uso di misure soggettive quali quelle riguardanti la percezione dei supporti emotivi e strumentali. Wyatt et Al (22) hanno realizzato una ampia revisione sistematica sulle **migrazioni** come fattore di rischio e di protezione per la depressione (e il suicidio) nei giovani americani di origine asiatica, nei nativi delle isole Hawai e delle isole del Pacifico, da cui emerge che specifiche manifestazioni nell'individuo di influenze sistemiche più ampie possono essere veicolate attraverso tre modalità intersecanti o sovrapposte:

- a. evolutivamente (cioè per effetto dei fenomeni biologici specifici delle diverse fasi della vita);
- b. attraverso la costruzione sociale, dove entrano in gioco macro fattori connessi con i meccanismi sociali relativi ad esempio al genere, ai processi di discriminazione e marginalizzazione ed allo stress legato alla acculturazione;
- c. attraverso meccanismi psicologici - cioè attraverso le modalità con cui il soggetto sente, pensa, si pensa e agisce - quali la autostima personale, le relazioni familiari e quelle tra pari, l'esperienza di violenze fisiche e relazionali (es.: bullismo), l'uso di sostanze psicoattive.

Scott SM et al (23) hanno effettuato una revisione su studi empirici sui **fattori etnici** che riportano scoperte riguardanti meccanismi di protezione negli adolescenti afroamericani e ispanici esposti a rischio di depressione al fine di identificare meccanismi di protezione chiave per diversi contesti di rischio che ottengono un supporto empirico. Dai 39 studi ritenuti idonei (tredici dei quali comprendevano più gruppi etnici sono emersi come meccanismi protettivi, almeno in via preliminare, per almeno un gruppo etnico e in almeno un contesto di rischio: lavoro, attività extrascolastiche, vicinanza padre-adolescente, familismo, sostegno materno, frequenza scolastica prevalentemente in scuole in cui prevalgono minoranze, composizione del quartiere, supporto non genitoriale, ragionamento induttivo genitoriale, religiosità, autostima, attività sociali e rapporti precoci dell'insegnante. Per investigare i meccanismi di protezione in modo più completo e accurato tra i livelli di influenza individuali, sociali e comunitari, gli autori raccomandano di usare strumenti biostatistici appropriati per l'analisi multivariata.

4.5.3) *Determinanti prossimali*³

Assareh et al. (24) in una revisione del 2015 hanno esaminato i **fattori biologici** che potrebbero sottendere le diverse risposte individuali ai lutti: mentre molte persone si adattano bene al lutto, alcune sviluppano risposte esagerate e/o patologiche e possono andare incontro ad un episodio depressivo maggiore. I fattori biologici studiati fino ad oggi in relazione ai risultati del lutto includono polimorfismi genetici, fattori neuroendocrini e marcatori immunologici/infiammatori. Inoltre, studi su animali hanno dimostrato le alterazioni dei neurotrasmettitori cerebrali e le variazioni nei livelli plasmatici dei fattori di crescita neurotrofici sotto l'influenza della perdita dei pari. Recenti studi hanno anche esaminato le basi biologiche della resilienza allo stress e avrebbero trovato un ristretto numero di polimorfismi genetici e di potenziali biomarcatori come fattori protettivi di fronte alle avversità. Al fine di validare il ruolo di questi fattori sono necessari appropriati studi longitudinali, al momento non disponibili (24).

Elisei e colleghi (25) osservando che esiste una considerevole variabilità nella risposta degli individui a condizioni ambientali avverse per cui, mentre alcuni sviluppano malattie psichiatriche come la depressione, altri sembrano molto capaci di affrontarlo hanno condotto una revisione della letteratura inserendo in PubMed le parole chiave **resilienza, vulnerabilità** e disturbi depressivi. Ne emerge che: a) se il termine resilienza è stato preso a prestito dalla fisica dove è usato per descrivere la capacità di un materiale di sopportare l'impatto senza incrinature, in psicologia, lo stesso termine si riferisce a un costrutto multidimensionale complesso e dinamico, che deriva dall'interazione di fattori neurobiologici, sociali e personali e indica la capacità di affrontare in modo adattivo lo stress e le avversità, preservando un normale funzionamento fisico e psicologico; b) la resilienza ha dimostrato di essere un fattore protettivo contro lo sviluppo di disturbi psichiatrici come la depressione; c) facendo un salto concettuale, i concetti di vulnerabilità e resilienza possono essere messi in relazione con la classificazione psicodinamica della depressione postulata da Gaetano Benedetti, che distingue quattro tipi di depressione: la prima a causa del fallimento dell'Io, la seconda alla perversione del Super-Io il terzo all'inibizione dell'Id e il quarto al collasso dell'ideale dell'Io. È possibile migliorare la resilienza dei soggetti depressi attraverso interventi farmacologici e psicoterapeutici.

Pemberton e Tyszkiewicz (26) hanno effettuato una revisione della letteratura da cui emergono diversi fattori di rischio e protettivi legati ai **vissuti individuali** considerati in grado di determinare variazioni dell'umore: a) dormire poco, avere interazioni sociali negative e sperimentare eventi negativi stressanti possono temporalmente precedere i picchi di umore depresso; b) al contrario, l'esercizio fisico e le interazioni sociali positive hanno dimostrato di prevenire successivi declini dell'umore. Gli stessi autori avvertono

3. Includono i fattori individuali ed i processi comportamentali attraverso cui viene influenzato direttamente lo stato di salute della persona.

che la maggior parte degli studi non usano modelli multivariati per l'analisi delle associazioni ma valutano i contributi unici di vari predittori, il che impedisce conclusioni definitive su quali fattori sono effettivamente predittivi dell'umore depresso.

Berk et al. (27) hanno effettuato una revisione della letteratura relativa al ruolo degli **stili di vita** nella depressione da cui risulta l'evidenza che il livello di attività fisica gioca un ruolo nel rischio di depressione e vi è una base di prove ampia e convalidata per l'esercizio come modalità terapeutica. Il fumo e l'abuso di alcool e sostanze sembrano essere fattori di rischio indipendenti per la depressione, mentre le nuove prove epidemiologiche confermano che la dieta sia un fattore di rischio per la depressione. Le diete di buona qualità appaiono protettive e le diete povere aumentano il rischio. Concludono pertanto che la modificazione dello stile di vita, con particolare attenzione all'esercizio fisico, alla dieta, al fumo e all'alcool, può avere un valore sostanziale nel ridurre il peso della depressione negli individui e nella comunità.

Cairns et al. (28) hanno realizzato una revisione volta ad individuare i fattori di rischio ed i **fattori protettivi** per la depressione durante l'adolescenza, che sono **modificabili da parte di persone di giovane età**, giungendo alla conclusione che i fattori di rischio implicati nello sviluppo della depressione per i quali esiste una solida base di evidenze e che sono potenzialmente modificabili durante l'adolescenza senza intervento professionale sono: uso di sostanze (alcool, tabacco, cannabis, altre droghe illecite e uso di poli assunzione); dieta; strategie di coping negative; e peso. Fattori protettivi modificabili dall'adolescente stesso, con una solida base di evidenze, sono una dieta sana e il sonno.

Mammen e Faulkner (29) hanno realizzato una revisione per esaminare se l'**attività fisica (PA)** è protettiva contro l'insorgenza della depressione, facendo emergere che la PA basale è negativamente associata al rischio di depressione successiva. La maggior parte di questi studi era di alta qualità metodologica, fornendo prove coerenti che l'attività motoria può prevenire la depressione futura e che qualsiasi livello di PA, compresi i bassi livelli (ad es. camminare <150 minuti /settimane), può prevenire la depressione, concludendo che, dal punto di vista della salute della popolazione, la promozione della PA può costituire una valida strategia di promozione della salute mentale per ridurre il rischio di sviluppare depressione.

Jespers et al. (30) hanno condotto una revisione sistematica di design al fine di valutare i benefici e i danni dell'**esercizio fisico** in pazienti con depressione in studi clinici randomizzati che hanno valutato l'effetto dell'esercizio nei partecipanti con diagnosi di depressione. I risultati primari erano la gravità della depressione, la mancanza di remissione e gravi eventi avversi (es. suicidio) valutati alla fine dell'intervento e i risultati secondari erano rappresentati dalla qualità della vita e gli eventi avversi come lesioni, così come la valutazione della depressione, gravità e mancanza di remissione durante il follow-up dopo l'intervento. Ne è emerso che gli *studi con minori rischi di bias sono*

molto pochi e non evidenziano alcun effetto antidepressivo dell'esercizio; parimenti non vi sono effetti significativi dell'esercizio sulla qualità della vita, gravità della depressione o remissione durante il follow-up. Dati per eventi avversi gravi e eventi avversi erano scarsi non permettendo conclusioni per questi esiti.

Cooney et al. (31) hanno pubblicato una revisione Cochrane su attività fisica per la depressione in cui concludono che l'esercizio è moderatamente più efficace di un intervento di controllo per ridurre i sintomi della depressione, ma l'analisi di studi metodologicamente robusti mostra solo un effetto minore a favore dell'esercizio. Rispetto alle terapie psicologiche o farmacologiche, l'esercizio sembra non essere più efficace, anche se questa conclusione si basa su alcune piccole prove.

Almeida (32) osserva che la depressione è un disturbo comune in *età avanzata*, associato con maggiore disabilità, costi e risultati negativi per la salute nel tempo. Sono disponibili trattamenti antidepressivi sotto forma di farmaci o psicoterapia, ma gran parte di quelli trattati non rispondono pienamente e la recidiva o la ricorrenza dei sintomi è frequente tra coloro che guariscono e ne deduce che una prevenzione efficace eviterebbe questi esiti negativi. L'autore pertanto: a) esamina in modo selettivo i dati di osservazione e di prova attualmente disponibili sulla prevenzione della depressione; b) analizza i fattori di rischio associati alla depressione; c) discute le strategie per la prevenzione primaria (inclusa quella universale, selettiva e indicata), secondaria e terziaria; d) valorizza le prove attualmente disponibili sugli interventi preventivi in quanto fattibili e con risultati iniziali promettenti; e) invita i professionisti della salute mentale a lavorare in modo collaborativo per sviluppare interventi preventivi primari, secondari e terziari che siano efficaci nel mirare sistematicamente i fattori di rischio rilevanti e possano essere facilmente adottati nella pratica clinica.

Rae et al. (33) hanno realizzato una revisione sistematica degli studi osservazionali che esaminano la *relazione tra dieta e depressione* in adulti sani, concludendo che vi sono indicazioni che gli schemi dietetici possono influenzare l'insorgere della depressione, ma su questo punto non è possibile trarre conclusioni definitive in quanto sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire la relazione dieta-depressione, preferibilmente sotto forma di forti studi prospettici metodologici che utilizzano metodi più omogenei.

4.5.4) Altri evidenze su altri approcci preventivi nella depressione

Dennis et al. (34) hanno attestato, in un revisione Cochrane, che gli *interventi psicosociali/ psicologici nella depressione post partum* complessivamente riducono significativamente il numero di donne che sviluppano depressione postpartum. Gli interventi promettenti includono visite domiciliari post-partum intensive professionali, supporto tra pari per telefono e psicoterapia interpersonale.

Hetrix et al. (35) hanno pubblicato nel 2016 una revisione Cochrane sull'efficacia degli

approcci cognitivo comportamentali nella prevenzione della depressione nel bambino e nell'adolescente. Nel complesso i risultati mostrano piccoli benefici positivi della prevenzione della depressione, sia per gli esiti primari dei sintomi depressivi auto-valutati post-intervento sia per la diagnosi di depressione fino a 12 mesi (ma non oltre). Le stime dei numeri necessari per trattare a beneficio (NNTB=11) si confrontano bene con altri interventi di sanità pubblica. Tuttavia, la prova era di qualità da moderata a bassa usando la struttura GRADE⁴ ed i risultati erano eterogenei. I programmi di prevenzione forniti a popolazioni universali hanno mostrato una mancanza di effetto che fa riflettere se confrontato con un controllo del placebo sull'attenzione. Gli interventi somministrati a popolazioni mirate, in particolare quelli selezionati sulla base dei sintomi della depressione, avevano dimensioni di effetto maggiori, ma raramente questi hanno usato un confronto placebo di attenzione e ci sono difficoltà pratiche inerenti l'attuazione di programmi mirati. Concludiamo che non ci sono ancora prove sufficienti per sostenere l'attuazione dei programmi di prevenzione della depressione.

Aalbers et al. (36) hanno pubblicato una meta analisi Cochrane sulla **musicoterapia nella depressione** i cui risultati indicano che la musicoterapia fornisce effetti benefici a breve termine per le persone con depressione. La musicoterapia aggiunta al trattamento come al solito (TAU) sembra migliorare i sintomi depressivi rispetto al solo TAU. Inoltre, la musicoterapia più TAU non è associata a più o meno eventi avversi rispetto al solo TAU. La musicoterapia mostra anche efficacia nel ridurre i livelli di ansia e migliorare il funzionamento degli individui depressi.

Meekums et al. (37) hanno esaminato in una revisione Cochrane le evidenze relative all'effetto preventivo della **danza/movimento** verso la depressione, concludendo che l'evidenza di bassa qualità di tre piccoli studi con 147 partecipanti non consente di trarre conclusioni definitive sull'efficacia della DMT per la depressione. Sono necessari studi più ampi di alta qualità metodologica per valutare la DMT per la depressione, con analisi economiche e misure di accettabilità e per tutte le fasce d'età.

Smith et al. (38) hanno pubblicato una revisione Cochrane sull'**agopuntura** trovando prove insufficienti per raccomandarne l'uso per le persone con depressione. I risultati sono limitati dall'elevato rischio di distorsioni nella maggior parte degli studi che soddisfano i criteri di inclusione.

5) Discussione e conclusioni

Nel complesso, anche nel caso della depressione ci troviamo ad affrontare una serie di difficoltà metodologiche comuni all'epidemiologia della salute mentale sui terreni della qualità e della rappresentatività. Infatti, per i disturbi della salute mentale il processo

4. GRADE è un approccio sistematico ed esplicito al giudizio sulla qualità delle prove e sulla forza delle raccomandazioni (<http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/ebm/learn/665072.html>)

fisiopatologico non è direttamente osservabile e la sua rilevazione risente, dato l'ampio spettro fenomenologico che lo caratterizza, di difficoltà ed eterogeneità interpretative necessariamente legate al contesto culturale, sociale ed economico: una percezione meno stigmatizzante della depressione può rendere ragione di tassi superiori di malattia auto dichiarata ma anche di quella diagnosticata. Le singole misure della depressione sono, difatti, altamente problematiche, perché occultano incertezza, compromesso di pregiudizi e distorsioni nei dati epidemiologici.

Questo ha giustificato il ricorso ai dati OMS e la loro valorizzazione, dato che tutte le altre misure prodotte da studi necessariamente locali risentono di bias che rendono ardui i confronti spazio temporali. Già sul terreno della prevalenza, se ci si allontana da questa fonte, si trovano in letteratura valori e tendenze molto diversi: nel rapporto OCSE 2017 (39) sulla salute mentale i valori che vengono presentati per diversi paesi europei differiscono da quelli OMS; sul terreno degli studi di incidenza la bassa numerosità degli studi disponibili rivela una difficoltà metodologica che affonda le sue radici nella pluralità di condizioni che alle diverse età della vita possono portare allo sviluppo di disordini dell'umore ed esitare in quadri più o meno franchi di disturbo maggiore della depressione. Anche le misure sul carico di malattia allontanano il benessere mentale dai determinanti sociali della salute, come la povertà e lo stato economico, per non parlare della loro interazione con gli altri stati patologici.

Tali limiti epistemologici si riscontrano abbondantemente negli studi riportati a proposito dei fattori di rischio/ benessere per la depressione, dove prendendo ad esempio il caso dell'attività fisica, le revisioni presentate, pur risultando basate su rigorose valutazioni della qualità degli studi, arrivano a conclusioni diverse: Mammen e Faulkner (29) concludono a favore del ruolo protettivo dell'attività motoria, Jespers et al (30) applicando la metodologia Grade escludono un numero crescente di studi che avevano sostenuto l'effetto protettivo finché questo scompare; la revisione Cochrane del 2013 pubblicata da Cooney (31) avvala una modesta efficacia: in effetti in molte delle revisioni cui si è fatto riferimento, gli autori sottolineano sia l'importanza di abbandonare le analisi uni variate a favore di modelli biostatistici multi variati, sia la difficoltà a standardizzare misure relative a fattori protettivi altamente soggettivi (es. la genitorialità efficace, la qualità delle performance nei ruoli sessuali, sociali e familiari, ecc).

Un'altra implicazione delle limitazioni metodologiche degli studi sulla depressione maggiore è che la natura trasversale di queste indagini rende impossibile determinare la direzione temporale delle associazioni tra depressione e variabili socio-demografiche. Ciò significa che, sebbene variabili come l'educazione e lo stato civile siano in genere considerati predittori di depressione, potrebbero effettivamente essere conseguenze o coinvolti in relazioni causali reciproche con la depressione (14).

Alcuni autori (40) ritengono che classificare i problemi di salute mentale nel gruppo

delle patologie che non danno esiti fatali sia sostanzialmente discutibile dato che vi è l'evidenza della riduzione sostanziale (10-20 anni) della aspettativa di vita nei pazienti con depressione ed altri disturbi di salute mentale. Secondo questi autori notevoli lacune sono presenti nella letteratura di revisione e la qualità delle revisioni incluse è in genere bassa. I rischi elevati di mortalità e suicidio nella depressione giustificano una priorità più alta per la ricerca, la prevenzione e il trattamento dei determinanti della morte prematura in pazienti psichiatrici.

5.1) Implementare le strategie per la promozione e la prevenzione nel campo della salute mentale

L'Oms nel Piano per la salute mentale 2013-2020 (12) valorizza le evidenze disponibili sui determinanti distali, che mostrano maggiore solidità rispetto a quelle sui determinanti prossimali e definisce conseguentemente una cornice olistica basata su sei orientamenti:

- 1) copertura sanitaria universale: indipendentemente da età, sesso, stato socioeconomico, etnia o orientamento sessuale, e seguendo il principio di equità, le persone con disturbi mentali dovrebbero essere in grado di accedere, senza il rischio di impoverire se stessi, a servizi sanitari e sociali essenziali che consentono loro di raggiungere il recupero e il più alto livello raggiungibile di salute.
- 2) diritti umani: le strategie di salute mentale, le azioni e gli interventi per il trattamento, la prevenzione e la promozione devono essere conformi alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e altri diritti umani internazionali e regionali strumenti.
- 3) pratica basata sull'evidenza: le strategie di salute mentale e gli interventi per il trattamento, la prevenzione e la promozione devono essere basati sulla prove scientifiche e/o migliori pratiche, tenendo conto delle considerazioni culturali.
- 4) approccio al corso di vita: politiche, piani e servizi per la salute mentale devono tenere conto dei bisogni sanitari e sociali a tutte le fasi del ciclo di vita, compresa l'infanzia, l'adolescenza, l'età adulta e l'età avanzata.
- 5) approccio multisettoriale: una risposta globale e coordinata per la salute mentale richiede una collaborazione con più settori pubblici come salute, istruzione, occupazione, giudiziario, alloggio, sociale e altri settori rilevanti come il settore privato, in base alla situazione del paese.
- 6) responsabilizzazione delle persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali: persone con disturbi mentali e le disabilità psicosociali dovrebbero essere responsabilizzate e coinvolte nella difesa della salute mentale, politica, pianificazione, legislazione, fornitura di servizi, monitoraggio, ricerca e valutazione.

Su queste basi l'OMS incardina nel Mental Health Action Plan 2013-2020 una sezione dedicata a implementare le strategie per la prevenzione e la promozione della salute mentale (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/) che prevede

due obiettivi globali:

- *obiettivo globale 3.1: l'80% dei paesi prevede almeno due programmi di promozione e prevenzione nazionali multi settoriali insalute mentale (entro il 2020);*
- *obiettivo globale 3.2: il tasso di suicidio nei paesi sarà ridotto del 10% {entro il 2020}.*

Nel testo sono inoltre delineate le indicazioni per la costruzione di programmi per la promozione della salute mentale:

- a) coinvolgere tutte le parti in causa nella sensibilizzazione per aumentare la consapevolezza dell'entità del carico di malattia associato ai disturbi mentali e la disponibilità di efficaci strategie di intervento per la promozione della salute mentale, la prevenzione dei disturbi mentali ed il trattamento, cura e recupero delle persone con disturbi mentali;
- b) sostenere i diritti delle persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali di ricevere dai governi supporti per sostenere le condizioni di svantaggio in cui versano;
- c) ottenere l'accesso ai programmi di alloggio e di sostentamento e, più in generale, a partecipare al lavoro, alla vita della comunità e alla vita civica affari;
- d) garantire che le persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali siano incluse nelle attività della comunità, come ad esempio, nel difendere i diritti umani e nei processi per riferire sull'attuazione della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e altre convenzioni internazionali e regionali sui diritti umani.
- e) introdurre azioni per combattere la stigmatizzazione, la discriminazione e altre violazioni dei diritti umani nei confronti di persone con problemi mentali disturbi e disabilità psicosociali.
- f) essere partner nello sviluppo e nell'attuazione di tutti i programmi pertinenti per la promozione e la prevenzione della salute mentale di disturbi mentali.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS Depression and other common mental disorder. Global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
2. Ustun TN, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C and Murray CJL Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Brit J Psych*, 2000; 184: 386-392.
3. Baxter A, Scott JM, Vos T and Whiteford H Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43: 897-910.
4. Ferrari A, Somerville AJ, Baxter A et al Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471-481.
5. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE et Al Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* 2013; 10: e1001547.
6. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-

- 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2015; 388: 10053.
7. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 79:163-178.
 8. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR and Andrews JA Adolescent psychopathology : I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102:133-144.
 9. Patten SB The duration of major depressive episodes in the Canadian general population. *Chronic Diseases in Canada* 2001; 22:6-11.
 10. Mogga S, Prince M, Alem A et al Outcome of major depression in Ethiopia: population-based study. *Brit J Psych* 2006; 189: 241–246.
 11. Schultz PE and Arora G Depression Continuum (Minneapolis Minn). 2015 Jun;21 (3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):756-71.
 12. OMS Mental health action plan 2013-2020. Geneva:WHO; 2012; pp 46.
 13. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull.* 2014 May; 140(3):816-45.
 14. Kessler RC, Bromet JE The epidemiology of depression across cultures *Annu Rev Public Health.* 2013; 34:119-138.
 15. Perrino T, Beardslee W, Bernal G et al Toward scientific equity for the prevention of depression and depressive symptoms in vulnerable youth. *Prev Sci.* 2015 Jul;16(5):642-51.
 16. Fisher M, Baum F. The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Dec; 44(12):1057-63.
 17. Stirling K, Toumbourou JW and Rowland B. Community factors influencing child and adolescent depression: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015 Oct;49 (10):869-86.
 18. Bøe T, Skogen JC, Sivertsen B et al Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: a longitudinal population based study of adolescents. [http:// dx. doi.org/ 10. 1136/ bmjopen- 2017-017030](http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017030)
 19. Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Östergren PO Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health.* 2016 Aug 2; 16:687.
 20. Gariépy G, Honkaniemi H and Quesnel-Vallée A Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry.* 2016 Oct; 209(4):284-293.
 21. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1; 175:53-65.
 22. Wyatt LC, Ung T, Park R, Kwon SC, Trinh-Shevrin C. Risk Factors of Suicide and Depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander Youth: A Systematic Literature Review. *J Health Care Poor Underserved* 2015 May; 26(2 Suppl):191-237.
 23. Scott SM, Wallander JL, Cameron L Protective Mechanisms for Depression among Racial/Ethnic Minority Youth: Empirical Findings, Issues, and Recommendations. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015; 18(4):346-69.
 24. Assareh AA, Sharpley CF, McFarlane JR and Sachdev PS Biological determinants of depression following bereavement. *Neurosci Biobehav Rev* 2015 Feb; 49:171-81.
 25. Elisei S, Sciarma T, Verdolini N and Anastasi S. Resilience and depressive disorders. *Psychiatr Danub.*

- 2013 Sep; 25 Suppl 2:S263-7.
26. Pemberton R et Fuller Tyszkiewicz Factors contributing to depressive mood states in everyday life: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016; Aug; 200:103-10.
 27. Berk M, Sarris J, Coulson CE, Jacqua FN. Lifestyle management of unipolar depression *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2013;(443):38-54.
 28. Cairns KE, Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2014 Dec; 169:61-75.
 29. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med.* 2013 Nov; 45(5):649-57.
 30. Jesper Krogh, Carsten Hjorthoj, Helene Speyer et al Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open* 2017; 7: e014820.
 31. Cooney GM, Dwan K, Greig CA et al Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD004366.
 32. Almeida OP Prevention of depression in older age. *Maturitas.* 2014 Oct;79 (2):136-41.
 33. Rahe C, Unrath M, Berger K. Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies. *Eur J Nutr.* 2014 Jun; 53(4):997-1013.
 34. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134.
 35. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ and Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD003380.
 36. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE et al Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD004517.
 37. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No: CD009895.
 38. Smith CA, Hay PPJ and MacPherson H. Acupuncture for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD004046.
 39. OCDE Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE 2017, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
 40. Chesney E1, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry.* 2014 Jun;13(2):153-60.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Le controversie sulla depressione *Issues on depression*

Francesco Scotti

Psichiatra, Docente della Scuola COIRAG di Roma, già Direttore del Dipartimento Salute Mentale della USL di Perugia

Parole chiave: depressione, società, linee guida, psichiatrizzazione della sofferenza, elogio della depressione, psicoterapia

RIASSUNTO

Obiettivi: esplorare le diverse forme di sofferenza per designare le quali si usa il termine depressione; come la depressione venga valutata nei diversi contesti di vita in cui ci si confronta con essa; quale connotazioni culturali essa abbia nel mondo occidentale; come, in una antropologia medica, abbia volta a volta subito opposti destini, dall'essere esaltata all'essere criminalizzata.

Metodi: confrontare l'uso popolare, l'uso clinico e l'uso antropologico di depressione; verificare se all'allarme epidemiologico sulla depressione corrispondano provvedimenti efficaci per la prevenzione e la terapia; valutare se all'aumento delle conoscenze sulla depressione corrispondano adeguamenti, qualitativi e quantitativi, dei servizi in Italia.

Risultati: la depressione è una patologia comune e diffusa; nel mondo occidentale rappresenta anche la patologia del secolo. Da qui l'interesse dei sociologi per questo tema, che segue a quello dei filosofi del secolo passato. L'allarme sulla gravità della depressione non ha portato, in Italia, un miglioramento nell'affrontarla: l'aumento di conoscenza non ha riscontro nella pratica.

Keyword: depression and society, guidelines, psychiatry of suffering, eulogy of depression, psychotherapy

SUMMARY

Objectives: to explore the different forms of suffering described by the term depression; the way in which depression is assessed in the different life contexts; its cultural connotations in the western world; the way in which, in the field of medical anthropology, sometimes it has been exalted, and sometimes criminalized.

Methods: to compare popular use, clinical use and anthropological use of depression; to verify if, in order

Autore per corrispondenza: francescotti@navigio.net

to face the epidemiological alarm on depression, effective measures for the prevention and the therapy have been taken; to evaluate whether the increase in knowledge on depression has been followed by qualitative and quantitative adjustments of services in Italy.

Results: depression is a common and widespread disease; in the western world it also represents the pathology of the century. Hence the interest of sociologists for this theme, which follows that of the philosophers of the past century. In Italy the alarm on the severity of depression has not improved the way it is faced the increase in knowledge has not had consequences in practice.

Premessa

Dobbiamo avere ben presente che il termine “depressione” viene usato come contenitore di ogni sofferenza, indipendentemente dalla sua origine; il che non contribuisce a offrirci quella chiarezza che sarebbe necessaria per affrontare un problema rilevante, soprattutto se si ha la pretesa di mettere in atto strategie efficaci di cura. È per questo motivo che non è sufficiente un approccio psichiatrico al problema ma occorre attivare altri punti di vista (antropologico, sociologico, psicologico), anche perché, nella stessa psichiatria, come aveva già notato sottilmente Cargnello fin dal 1960, ci sono “*tante varietà di accezione con cui il termine viene impiegato*” (1).

Si ha l'impressione, ma non esistono ricerche in proposito, che depressione sia il termine più spesso usato come autodiagnosi dei pazienti; ma il fatto che ci sia un uso scientificamente approssimato di esso non significa che in questi casi la situazione sia clinicamente irrilevante e non si accompagni a patologie serie.

Il primo utile insegnamento che possiamo trarre da questa complessità è che con l'uso del termine depressione è in primo piano il significato dell'evento sofferenza, piuttosto che una sua specificazione in termini di sintomi o un'indicazione sulla sua natura. Il paziente descrive l'effetto della sofferenza che investe tutta la sua persona e denuncia una incapacità ad affrontarla. Sarebbe superficiale limitarsi a verificare se il paziente è veramente depresso.

Dovremmo interrogarci invece sulle circostanze in cui la sofferenza si è manifestata, passando per la soggettività del paziente prima di oggettivare il disturbo, con strumenti di localizzazione o di misurazione. Per fare questo occorre invertire il percorso in cui una certa medicina tecnologica affronta malati e malattie riducendo al massimo il rapporto medico-malato, con l'intenzione di non farsi ingannare dalle bugie o dall'ignoranza del paziente, ma fallendo poi nell'alleanza necessaria a cogliere i segni precoci di patologie gravi e a garantire una fedeltà nella cura.

Depressione e società

In uno scritto del 1998 un sociologo che si è occupato del rapporto tra depressione e società si chiedeva: “Quali sono le ragioni e le implicazioni sociali per cui la depressione

ha acquistato il primato tra le patologie del profondo? E in quale misura essa è rivelatrice delle mutazioni dell'individuo nell'ultimo scorcio del XX secolo?" (2)

Rispondeva che è stata scelta come malattia di successo, cioè emblematica di un'epoca e di un mondo, perché nel momento in cui l'uomo si trova, nel mondo occidentale, ad essere più libero e più solo la depressione si manifesta "come una malattia della responsabilità, in cui predomina un sentimento di insufficienza: il depresso non si sente all'altezza, è stanco di dover diventare se stesso".

La forza delle pretese individuali e delle pressioni ambientali, le ambizioni che ne scaturiscono e che la realtà avversa spesso vanifica e umilia, vanno a costruire un negativo che ha le forme e le dimensioni della depressione: la depressione rappresenta, meglio di qualsiasi altro disturbo che sia stato in passato assunto a modello (l'ansia, l'ossessione, l'isteria o la schizofrenia) il fallimento dell'uomo moderno.

Qui siamo fuori di una questione di cause del disturbo mentale. Un emblema non è necessariamente una causa ma può essere accusato di favorire una certa inclinazione spontanea, in questo caso quella verso la depressione, universalmente presente.

Anche se della questione delle cause del disturbo mentale oggi si tratta con maggiore cautela di una volta inevitabilmente questa posizione contrasta con una concezione naturalistica della depressione, che ne fa solo una questione di disequilibrio tra neurotrasmettitori.

Le due posizioni, uscendo dal campo di pertinenza in cui sono nate, che è quello delle formulazioni ipotetiche, daranno luogo a prospettive pratiche differenti: da una parte si tenderà a modificare i parametri dell'organizzazione sociale e i rapporti tra singoli; dall'altra a intervenire con sostanze chimiche sempre più mirate a ristabilire un ordine biologico turbato.

Ma soprattutto è importante sottolineare che da questo confronto emerge una questione che attiene al valore esistenziale della malattia. Abbiamo a che fare con due atteggiamenti differenti rispetto al significato della sofferenza: il primo tendente a cercare un significato nella depressione, cosa essa dica all'uomo e sull'uomo, ad offrire una sponda alla comprensibilità della malattia e della sofferenza da parte del depresso e di chi si occupa di lui; il secondo è portato a negare, cancellandolo, ogni significato umano alla depressione, considerata come un difetto della macchina. Possiamo leggerlo questo come un conflitto tra discipline che un tempo era espresso in termini di inconciliabilità tra scienze naturali e scienze dell'uomo.

Un esempio tipico di questa querelle la troviamo in una battuta polemica di Guardini, spesso ripetuta con varie sfumature: "Troppo dolorosa è la malinconia e troppo a fondo spinge le sue radici nel nostro essere di uomini, perché la si debba abbandonare nelle mani degli psichiatri" (3). Ad essa si potrebbe replicare, altrettanto polemicamente, che per loro fortuna gli psichiatri sono abbastanza superficiali da non riuscire a impossessarsi

di ciò con cui vengono a contatto; sono tali per impedirsi di cadere essi stessi nei vortici che vedono davanti a sé, non potendosi distanziare dalla situazione a causa dell'urgenza del compito di cura. Non godono della dilazione dei tempi di contatto con le testimonianze della depressione, possibile nella riflessione filosofica.

Questa è la prima controversia in cui ci imbattiamo a proposito della depressione, che ci si presenterà in altre forme nel corso dell'articolo, sia che visitiamo la pratica, sia che frequentiamo la teoria.

A scuola

Qualche tempo fa un'insegnante di scuola media mi ha chiesto da che cosa avrebbe potuto capire, in classe, se un ragazzo era depresso. Da un medico amico suo aveva avuto questa indicazione: un alunno che assuma a lungo l'atteggiamento caratterizzato da un gomito appoggiato al piano del banco e la mano dello stesso arto sulla fronte a sostenere il capo, doveva essere sospettato di essere depresso. Ho evitato di stigmatizzare la facilità con cui certi medici trasformano ogni segno in sintomo e questo in malattia e sembrano poco interessati a capire la situazione che il presunto paziente si trova a vivere.

Mi sono invece concentrato sull'allarme da cui questa richiesta dell'insegnante scaturiva e come si fosse formata nella scuola la convinzione di un aumento dei casi di depressione in età evolutiva. Mi chiedevo se si trattasse di un reale aumento o dell'effetto di alcuni episodi drammatici di suicidio che avevano avuto risonanza nazionale.

In ogni caso vi era, da parte degli insegnanti, una maggiore attenzione allo stato di malessere psichico degli alunni e questo era un indice del fatto che si sentissero più responsabilizzati, accorgendosi di essere gli unici adulti ad offrire un contatto stabile. In situazioni in cui la vita in famiglia è sempre più precaria e frammentata, la scuola diventa l'unico luogo in cui i ragazzi provano a realizzare rapporti personali significativi con adulti e quindi ad esprimere la propria sofferenza e le difficoltà della vita che ne sono alla base, anche se non sempre ci riescono e non sempre trovano un'accoglienza e una comprensione adeguate.

Si potrebbe sostenere che la scuola sia rimasto l'unico luogo dove vi siano disponibili spazio e tempo per questo. E chiedersi poi quanto il successo delle attività di formazione e informazione dipenda proprio dalla buona qualità delle relazioni instaurate.

Se questi sono i termini della questione, quello che si realizza nella scuola è tutto fuorché un lavoro di diagnosi.

Anzi è bene, proprio per preservare la capacità di ascolto a tutto campo dei bisogni degli allievi, che i compiti di prevenzione e di cura dei disturbi psichici in età minorile siano svolti dai servizi di territorio in grado di accogliere la collaborazione della scuola, di offrire ai ragazzi modalità di accesso non stigmatizzanti, programmi di sostegno agli insegnanti in difficoltà, a stabilire contatti con la famiglia per attivarne la presenza.

Non è il caso di trasformare gli insegnanti in psichiatri o di psichiatrizzare ogni situazione che, in età evolutiva, provochi allarme. Perché c'è sempre il rischio, e non solo in età evolutiva, di vedere ogni comportamento inatteso, ogni conflitto, come un segno di malattia mentale, aumentando così le difficoltà relazionali invece che cercare la via per ridurle.

Come viene affrontato il problema in Italia?

Ma su quale sistema potrà contare oggi in Italia chi si trovi ad aver bisogno di un aiuto contro la depressione per sé o per altri di cui abbia responsabilità?

Non si può dire che in Italia, sia al livello degli specialisti della salute mentale, sia a livello dei ricercatori impegnati in programmi scientifici, sia a livello dell'informazione e quindi dell'attenzione da parte dell'opinione pubblica, il problema della depressione sia stato trascurato. Per avere la misura dell'efficienza dell'apparato sanitario nell'affrontare il problema sarà bene innanzi tutto esaminare il principale documento, ed anche il più recente, che è stato presentato in Italia sulla depressione. Faccio riferimento al documento sulla "Definizione dell'umore e i disturbi gravi di personalità" (2014) che viene dopo il "Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale" (2013).

Entrambi i documenti, presentati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome e approvate in sede di tavolo Stato-Regioni, sono il frutto di una fase di ripensamento sulla attività di assistenza.

Nel "Piano nazionale" era stato sottolineato che *"i dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuro-psichici e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti... con disturbi gravi"*.

In risposta a queste esigenze i "Percorsi di cura" sviluppano una politica psichiatrica che trova la sua ragion d'essere nella constatata disomogeneità di programmazione e di esercizio da parte dei singoli DSM, con una generale sottovalutazione dei disturbi mentali gravi, quasi che l'abolizione degli OP possa comportare la scomparsa di quella patologia che li aveva alimentati, e sviluppano un dettagliato piano di intervento centrato sulle procedure da adottare per far fronte alle necessità diagnostiche e terapeutiche presentate dai casi psichiatrici gravi, distinti secondo la nosografia attuale.

Un grande spazio quindi viene dedicato ai Disturbi depressivi (Diagnosi codificata dall'ICD10 sub F 32 ed F 33). Secondo la metodologia delle linee guida i "Percorsi" rappresentano la sintesi della migliore esperienza clinica disponibile oggi in Italia e saranno certamente di aiuto a chi debba imparare il mestiere di psichiatra mettendogli a disposizione non solo un inquadramento semplice e rigoroso dei disturbi mentali gravi ma anche un serie ben costruita di domande di controllo che lo aiuteranno a non commettere errori. Saranno utili per verificare la coerenza di intervento dei servizi e dei

professionisti che agiscono sul campo.

Sfortunatamente l'efficacia di un sistema di *Linee guida* dipende anche, e soprattutto dalle caratteristiche organizzative dei servizi che devono applicarle: una organizzazione inadeguata e risorse insufficienti danneggiano innanzi tutto due fattori, le modalità comunicative all'interno dell'équipe e l'efficienza dei rapporti con gli altri servizi sanitari, che sono correlati con l'efficacia del trattamento e quindi con gli esiti della cura.

La conclusione che ne ho tratto è che il ritardo in Italia non è di tipo conoscitivo ma di tipo pratico, perché oggi ogni richiesta di cura deve fare i conti con una sempre più marcata riduzione, quantitativa e qualitativa, di una risposta.

Oggi l'omissione di intervento e il ritardo nella presa in carico sono sempre più dovuti alla regressione del movimento di rinnovamento dei servizi di salute mentale. Non solo non ci sono più stati investimenti in risorse professionali, ma non sono stati promossi programmi di informazione e partecipazione in grado di attivare risorse extraprofessionali, essenziali per il buon uso delle risorse finanziarie disponibili. In assenza però di garanzie operative necessarie per garantire sia la continuità della presa in carico che le necessarie collaborazioni per affrontare i casi più complessi, un maggior dettaglio nelle prescrizioni diventa solo una fonte di maggior lavoro con il rischio che sia vissuto come un nuovo carico burocratico, fonte di complicazioni in una medicina che diventa sempre più difensiva.

Si potrebbe concludere che in Italia sono stati disegnati molti bei percorsi ma, purtroppo, mancano le strade per renderli fruibili.

In questa condizione di penuria i confini vaghi della diagnosi di depressione costituiscono una ulteriore difficoltà legata al rischio di richieste incongrue che vanno a gravare sulle già scarse risorse dei servizi. Si attiva un atteggiamento difensivo con il rischio che vengano etichettate come incongrue situazioni che non lo sono.

Sono stati segnalati due fenomeni negativi per la salute dei cittadini: il primo è un ritardo considerevole tra la comparsa del disturbo depressivo e il primo intervento di cura; il secondo è che costantemente resta fuori di ogni contatto medico una parte considerevole dei malati.

Questi fattori paradossalmente costituiscono un elemento di tutela per la funzionalità dei servizi perché, se fossero superati, porterebbero ad una pressione insostenibile dei servizi (i quali dovrebbero essere potenziati molto oltre le risorse attualmente disponibili). Accanto a questi fenomeni ne troviamo un altro che agisce con conseguenze opposte.

Psichiatrizzazione della sofferenza

Il movimento opposto ai precedenti è quello che porta a svuotare di significato ogni forma di sofferenza. È vero che una sofferenza a cui non si possa riconoscere un motivo è anche senza possibilità di consolazione. Anche per questo è così difficile aiutare il malato depres-

so a sopportare la propria sofferenza.

Non vi è nessun elemento di realtà a cui si possa riportare, non c'è un nemico da cui fuggire, un colpevole a cui chiedere ragione, una causa che si possa combattere. È forse per questo che i malati, quelli più gravi, si inventano – delirando – colpe mai commesse o malattie mai esistite, o privazioni mai subite.

Ma l'espressione che una sofferenza senza motivo sia insopportabile può essere capovolta: una sofferenza con motivi ben precisi, ma che non trovi condizioni di consolazione, diviene insopportabile. Hanno questo destino una perdita, un lutto, la debolezza legata ad una malattia, il futuro che si chiude o la mancanza di speranza, che non trovino più modalità di supporto che prima erano offerti da un'organizzazione della famiglia e della società non più disponibili. Il rischio che corrono le persone in queste situazioni è che l'unico rimedio al loro dolore venga dallo psichiatra.

La situazione viene psichiatrizzata: la sofferenza si trasforma in sintomo da curare. Viene applicata la logica del trascurare il dolore, e per far ciò silenziarlo, finché la situazione non sia superata o dimenticata. La psichiatrizzazione di ogni sofferenza, che si concreta in un intervento "specialistico", in genere una prescrizione di farmaci, non è dovuta alla cattiveria o all'ignoranza degli psichiatri, ma ad una richiesta che viene da una solitudine irrimediabile. Così un lutto e ogni forma di perdita, un abbandono, una delusione, una solitudine non vengono più considerate situazioni umane da elaborare ma disguidi da cancellare.

Non si tratta di questioni contingenti ma di risposte alle domande che ci facciamo quando viene in primo piano il confronto con la depressione in quello che essa significa per il singolo o ci dice sulla natura dell'essere umano. Quello che in esse io considero sbagliato ci dice come sia difficile mantenere uno spazio libero da pregiudizi quando affrontiamo domande sul senso delle esperienze di sofferenza. Timori e desideri hanno più peso nel definire le posizioni di quanto ne abbia il riferimento a quel poco che veramente conosciamo sul destino dell'uomo.

Elogio della depressione

In quest'ordine di pensieri è impossibile, parlando della depressione, non accennare ad un'altra questione delicata con cui ci confrontiamo sia nella comunicazione scientifica, sia negli sforzi per aumentare la comprensione di ciò che avviene realmente, da parte dei non addetti ai lavori. Per questa ho usato la formula "elogio della depressione".

Prendiamo in considerazione quella che oserei chiamare una valorizzazione eccessiva della malattia.

Come ha detto una delle più importanti studiose dell'argomento "il possibile legame tra genio e follia è una delle nozioni più antiche e persistenti della nostra cultura, ed anche

delle più controverse” (4)¹. In particolare l’elogio della depressione, benché non manchino esempi in epoche precedenti, è soprattutto nel romanticismo che ha avuto un impulso ed esso ancora resiste alle critiche che pure hanno cercato di contestarlo.(5) A volte si è trattato di una vera e propria moda cui i poeti, e gli altri artisti, dovevano aderire, perché l’abnormità psichica veniva considerata prova di autenticità espressiva; per cui, se non si aveva la fortuna di provare sensazioni particolari spontaneamente, era opportuno far ricorso a sostanze che le provocassero. La continuazione di questa illusione sul rapporto tra genio e follia si basa sul pregiudizio che una persona mentalmente sana non possa “fare stranezze” e debba rispettare tutte le regole conosciute come buone in un certo contesto culturale. Ne scaturisce la teoria che, se applichiamo il concetto di normalità alla definizione della salute, dovremmo per coerenza applicarla ad ogni settore della vita, all’arte, alla moralità, alla legalità: ogni atteggiamento, comportamento, giudizio che ci appaiano strani perché ancora non si capiscono, sarebbero sintomo di malattia. È lo stesso modo di pensare per cui ogni estraneità viene considerata una stranezza.

Si potrebbe pacificamente uscire da questo conflitto affermando che la vita normale, la creazione artistica e la malattia depressiva condividono esperienze emotive simili, con differenti gradi di espressione: i normali si tengono per sé le proprie esperienze spiacevoli, salvo confessarle in relazioni intime; gli artisti vengono a contatto con sentimenti particolarmente intensi a causa di un lavoro che li obbliga a spremere dal proprio animo tutto il vivibile; i malati sono travolti dalle sofferenze e non possono porvi argine senza una cura. Non vi è dubbio che vi siano artisti depressi o maniaco-depressivi. Ma non esistono prove sufficienti per dire che nella categoria il disturbo sia più frequente che nella popolazione generale. È anche credibile che alcuni abbiano utilizzato le esperienze patologiche per elaborarle in opere che consideriamo degne di attenzione. Ma vi è qualche dubbio che la malattia garantisca la qualità del risultato. Anzi vi è la certezza che in casi gravi l’azione distruttiva sull’attività mentale che è propria della malattia si eserciti anche sul lavoro che porta all’opera d’arte.

1. L’autrice sostiene la stretta parentela esistente tra creatività artistica e disturbo psichico e per dimostrarlo attua una serie di riduzioni che mostrano come anche grandi studiosi possano dirazzare:

riduzione di buona parte delle malattie psichiche a “spettro maniaco-depressivo”, utilizzando il criterio di un qualche elemento fasico nell’andamento della malattia, e in tal modo elimina dal campo di esplorazione l’idea stessa di alienità che nella nosografia classica colpisce parte consistente della patologia psichiatrica, affermando la incomprendibilità dei fenomeni presi in considerazione mentre la depressione sembra più vicina all’esperienza di tutti gli uomini; lunghi elenchi di artisti (letterati, filosofi, pittori, musicisti) con storie psichiatriche, testimoniate da ricoveri manicomiali e suicidi, ma senza che sia possibile avere, nella valutazione dei dati, un gruppo di controllo di artisti sani, anche perché il disturbo maniaco-depressivo è piuttosto frequente nella popolazione generale; ricostruzione di alcune genealogie di artisti in cui vi è un’alta incidenza di individui psichicamente devianti; l’autoaffermazione di molti artisti di essere toccati dalla follia; la constatazione che nella maggior parte degli artisti la creatività si accompagna ad una instabilità dell’umore.

Perché è degno di critica l'elogio della depressione? Perché, al di là del fatto che ci porta ad una falsa rappresentazione della creatività, facilita la sottovalutazione della potenza distruttiva della malattia depressiva inducendo un atteggiamento di rassicurazione sulla "fortuna di essere depressi" che ritarda la tempestività e l'adeguatezza dell'intervento terapeutico.

Un'ultima notazione: depressione e psicoterapia

Per i disturbi dell'umore sono stati sdoganati i trattamenti psicoterapici, soprattutto per i disturbi depressivi. Colpisce l'evento in un clima che fino a poco fa era decisamente ostile a dare spazio di credibilità scientifica agli interventi psicoterapeutici, ai cui risultati positivi veniva attribuito il valore di un effetto placebo o, al massimo, venivano trattati con la stessa noncuranza con cui si parla della medicina omeopatica, all'insegna del "non è vero ma ci credo".

Nelle linee guida già segnalate "gli interventi psicologici strutturati" vengono valorizzati anche per i casi acuti e, purché il quadro sintomatologico sia lieve, addirittura in alternativa all'uso degli antidepressivi. Nei casi gravi la psicoterapia è consigliata invece in associazione alla terapia farmacologica.

Che cosa ha abbattuto i pregiudizi nei confronti delle psicoterapie anche nel campo dei biologi puri? È solo perché casualmente è stato osservato che fanno bene? Oppure anche la necessità di far fronte ai casi che mostrano una scarsa risposta anche agli antidepressivi di nuova generazione? Oppure la necessità di mantenere in cura pazienti che necessitano di un appoggio per affrontare il lungo trattamento? Oppure la pressante richiesta dei pazienti?

Purtroppo la questione delle psicoterapie è complessa e non si può risolvere dicendo che esistono maggiori evidenze per quelle cognitivo-comportamentali. Occorre tener conto che una mancanza di evidenze non è un'evidenza negativa.

Il considerare ogni relazione terapeutica come un esercizio di psicoterapia è uno degli equivoci della medicina di oggi. Si impone quindi comunque il compito di parlare del rapporto con il paziente depresso in ogni fase della relazione di cura, si tratti di prescrivere un farmaco o attuare un ricovero. Ricordando che l'alternativa ad un possibile uso spersonalizzante, disumanizzante, della pratica medica non è la ricerca puntigliosa e inquisitoria delle cause e dei motivi, come se da essi scaturisse la verità della depressione del paziente. Inseguire le cause e le colpe significa percorrere una strada a cui ha già pensato la patologia quando sviluppa la sintomatologia depressiva in un delirio di colpa, andando a inventare cause spesso fantastiche che precipitano il malato sempre di più nella disperazione. Un eccesso di curiosità psicodinamica fa danni quanto l'organicismo di maniera con il suo teatrino dei neurotrasmettitori che danno l'impressione al paziente di essere capitato in un mondo dominato da extraterrestri. L'alternativa è l'attenzione per il senso che viene ad assumere la malattia, anche quella psichica, in quel momento della vita del

paziente: cosa essa venga a impedire e cosa invece faciliti e permetta. Per usare un'espressione desueta, quale buon uso si possa fare della malattia. In sintesi più laica e scientifica, cosa essa dica al paziente.

In ogni caso bisognerebbe avere presente ciò che dice Rosenfeld (6) a proposito del difficile compito di entrare e mantenersi in contatto con un paziente depresso: "Non si possono trattare i pazienti depressi, soprattutto quelli gravemente depressi, senza consentire loro l'accesso ai propri sentimenti più profondi e senza mostrarsi disposti a sperimentarli con loro, per quanto ciò possa risultare deprimente e disturbante".

Il che non è né abituale né facile.

Conclusioni

Da quello che è stato detto spero si possa intuire quale potenziale di analizzatore possenga la depressione per le questioni connesse alla salute mentale, sia sul versante degli operatori che dei ricercatori, ed anche degli utenti. Lo studio delle sue manifestazioni ci obbliga a riflettere su questioni importanti che vanno al di là della valutazione dei sistemi sanitari; mette in luce l'impatto che hanno le conoscenze scientifiche e le loro applicazioni, sulla cultura di una società e sulla capacità di quest'ultima di esprimere i bisogni sottesi, non solo attinenti alla salute ma alla complessiva impostazione di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Cargnello D. Nosografia delle depressioni in: Fazio C (ed) *Le sindromi depressive*. Torino, Minerva Medica, 1960.
2. Ehrenberg A. *La fatica di essere se stessi*. Torino, Einaudi, 2010.
3. Guardini R. *Ritratto della malinconia*. Brescia, Morcelliana, 1954.
4. Jamison K. R. *Toccato dal fuoco: temperamento artistico e depressione*. Milano, Longanesi, 1994.
5. Jaspers K. *Genio e follia*. Milano, Rusconi, 1990.
6. Rosenfeld H. *Comunicazione e interpretazione*. Torino, Bollati-Boringhieri, 1989.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Esiste la depressione dei bambini? Tra misconoscimento e inflazione

Does depression exist in children? Between misunderstanding and inflation

Maria Luisa Algini

Membro Ordinario della Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e dell'adolescenza (SIP3IA), docente con funzioni di training della Scuola di Psicoterapia ASNE-SIP3IA Istituto Winnicott

Parole chiave: depressione infantile, melanconia, stati depressivi, equivalenti depressivi, struttura depressiva, psicoterapia infantile

RIASSUNTO

Obiettivi: il lavoro si propone di esplorare la questione complessa della depressione dei bambini. Essa ha interessato non solo la storia delle classificazioni psichiatriche che ne avevano negato l'esistenza, ma anche quella della psicoanalisi infantile che, durante la seconda guerra mondiale, si occupa della cura dei bambini orfani, abbandonati o deprivati e inizia una elaborazione anche teorica della questione.

Metodi: l'autrice, sulla base della propria esperienza clinica di psicoterapia infantile, e utilizzando la letteratura psicoanalitica sull'argomento, mette a fuoco vari aspetti: la necessità di distinguere se i sintomi, psichici o somatici, indicano "normali" difficoltà di crescita o un'area patologica; se si tratta di *stati depressivi*, transitori o stabilizzati, o di una vera e propria *struttura melanconica*; se nei bambini si possa parlare di "depressione" nel senso che tale entità clinica ha per gli adulti; quale tipo di intervento sia ipotizzabile e quale obiettivo si possa prefiggere.

Risultati: offrendo una serie di indicazioni per una non semplice valutazione psicodiagnostica dei bambini, inclusa la relazione con genitori, ritiene sostenibile l'esistenza di vere e proprie situazioni melanconiche anche nei piccoli. Mette comunque l'accento sulle potenzialità e risorse che nell'infanzia rendono l'intervento psicoterapeutico altamente preventivo rispetto ai possibili breakdown nell'adolescenza o nell'età adulta.

Autore per corrispondenza: maalgini@gmail.com

Keyword: infant depression, melancholy, depression, depressive equivalents, depressive structure, child psychotherapy

SUMMARY

Objectives: the paper intends to explore the complex issue of child depression. It involves not only the history of psychiatric classifications that denied it in the past, but also that of child psychoanalysis which during the Second World War cared orphan children abandoned or deprived and began a theoretical elaboration of the question.

Methods: the author, using his clinical experience of child psychotherapy and psychoanalytic literature, focuses on various aspects: the need to distinguish whether symptoms, psychic or somatic, indicate "normal" growth difficulties or a pathological area. Whether it is depressed, transient or stabilized, or a true melancholic structure; whether children can be referred to as "depression" in the sense that such a clinical entity has for adults; what kind of intervention is conceivable and what objective can be prefigured.

Results: by offering a series of indications for a non-psychodynamic assessment of children, including parenting, he believes that there are real melancholic situations in the young as well. However, it emphasizes the potentialities and resources that in childhood make the psychotherapeutic intervention highly preventive from possible breakdowns in adolescence or adulthood.

Esiste la depressione dei bambini?

La questione ha interessato non solo la storia delle classificazioni psichiatriche, ma anche quella della psicoanalisi infantile, ponendo interrogativi sempre aperti sia per quanto riguarda la complessità della valutazione, sia per l'eventualità e la forma del percorso psicoterapeutico.

La valutazione è sempre molto difficile per la molteplicità dei fattori in gioco. Sappiamo che la crescita implica continui cambiamenti e trasformazioni del corpo e della psiche, quindi momenti di perdita e separazione con conseguenti *stati* che possiamo definire *depressivi*. Possono essere legati a eventi reali, come la nascita di fratelli, cambiamenti familiari rilevanti, l'entrata a scuola con l'impegno dell'apprendimento e della socializzazione. Ma nascono spesso da invisibili conflitti interni, l'avvento della pubertà, distacchi o lutti di persone significative.

La crescita dunque non è mai un processo lineare, fluttua tra evoluzioni, regressioni, salti in avanti, scoperta di risorse ma anche di vuoti imprevisi; il gioco psichico dei rapporti con i genitori è più che mai aperto; le variabili portate dalle istituzioni educative in cui si cresce sono altrettanto imponderabili.

Soprattutto in quest'area, poi, i bambini non sono in grado di decifrare e riconoscere stati emotivi direttamente attinenti a un'area depressiva.

Sono i genitori a notare: la mattina non vuole alzarsi e vestirsi, non è mai contento, è svagato, pigro, si annoia, non gioca, non riesce a stare solo o si isola. Oppure: non sta mai fermo, va in collera per niente, è sempre agitato, vuol tornare a casa. O, ancora, ci sono disturbi alimentari e del sonno, enuresi, a volte tic o temporanei disturbi del linguaggio.

A scuola gli insegnanti segnalano un quadro di instabilità, iperattività, difficoltà nell'attenzione, logorrea, disturbi oppositivo-compulsivi, aggressività sia verso gli adulti che verso i pari.

I bambini tutt'al più dicono: non sono capace, i compagni mi evitano, mi accusano che sono cattivo, è sempre colpa mia, non valgo niente, nessuno mi capisce, ho paura... Oppure mettono in atto collere e distruttività spropositate, di cui non riescono a dire ragioni.

Sono sintomi che possono avere portata e lunghezza limitate, e sfociare nell'acquisizione di nuove capacità e di un nuovo assetto psichico. Ma possono anche prolungarsi nel tempo, intensificarsi e sfociare in veri e propri *disturbi depressivi*: l'angoscia di separarsi può divenire fobia scolare, abbandono scolastico, crisi di panico, controllo ossessivo dei genitori, impossibilità di dormire o restare da soli, rifiuto o ricorso fuori misura al cibo.

Lo stato depressivo può anche presentarsi attraverso *il corpo e nel corpo*: cefalee, mal di pancia, insonnie, vomiti appartengono da sempre al linguaggio attraverso cui i bambini fanno capire le paure e l'incapacità di reggere l'angoscia della separatezza. Questi sintomi sono stati anche definiti *equivalenti depressivi*, nel senso che lo stato affettivo dei bambini, per una congiuntura di fattori, prende la via del corpo per essere inteso e raccolto dagli adulti senza peraltro venire decifrato nelle sue valenze psichiche e collegato con angosce di perdita e separazione.

In sede di valutazione psicodiagnostica, tutte queste espressioni di disagio sono spesso riunite sotto il denominatore comune "depressione". Le questioni sono tante. Anzitutto, siamo su un terreno di "normali" difficoltà di crescita o già in un'area patologica? Si tratta di *stati depressivi*, transitori o stabilizzati, o di una vera e propria *struttura depressiva*? Nei bambini si può parlare di "depressione" nel senso che tale entità clinica ha per gli adulti? La questione fu posta in ambito psichiatrico già da Kraepelin all'inizio del XX secolo, riproposta negli anni '30 da Kanner negli Stati Uniti e da Baruk in Francia. La risposta era assolutamente negativa. Secondo le ricerche di questi clinici, la comparsa sotto i 15 anni di questi stati patologici è di una tale rarità che non vale la pena di prenderli in considerazione.

Anche altri psichiatri autorevoli come Bradley e Barton-Hall, sulla base di ricerche statistiche, dichiarano che "gli stati maniaco-depressivi sono malattie della personalità matura o in via di maturazione", mettendone quindi in forte dubbio l'esistenza nei bambini.

Tale posizione fu polemicamente contestata in Inghilterra dalle ricerche di Ernest Harms che, con un gruppo di psichiatri, pubblicò nel 1952 un numero speciale della rivista *Nervous Child*, che è un vero manifesto in favore del riconoscimento degli stati depressivi nel bambino. Harms sosteneva che essi esigono criteri clinici propri, non comparabili con quelli usati per gli adulti e ne parla come di *psicosi affettive*. Sono a suo avviso caratterizzate da un insieme di disturbi dell'umore che costituiscono l'elemento sintomatico

dominante di un contesto a tonalità psicotica.

Harms ha poi allargato la ricerca all'individuazione delle organizzazioni precoci che possono sfociare, nell'età adulta, nella strutturazione maniaco-depressiva e in condotte suicidarie.

Queste ricerche cliniche furono ampiamente sviluppate negli anni sessanta a Parigi da S. Lebovici e R. Diatkine nel Dipartimento di Salute Mentale del XIII arrondissement e dal centro Alfred Binet. Lo studio di casi seguiti longitudinalmente dall'infanzia all'età adulta, evidenziava che in bambini tra i 5 e gli 8 anni il cui sintomo dominante sembrava l'eccitazione maniacale, sogni e disegni rivelavano invece una problematica depressiva grave.

Sempre da tali ricerche, emergeva che nell'adolescenza l'evoluzione di questi disturbi non era verso la psicosi maniaco-depressiva, ma verso la psicosi dissociativa, in particolare la schizofrenia o l'organizzazione di tipo psicopatico¹.

Neonati arrabbiati, disperati, rassegnati

In ambito psicoanalitico, però, era già avvenuto altro.

Le situazioni e le cure dei bambini durante la seconda guerra mondiale avevano suscitato in ambito psicoanalitico un grande fermento di ricerche e di pensiero. Le prime a essere descritte sono state le *depressioni* di neonati e bambini piccoli.

Anna Freud e Dorothy Burlingham (5), lavorando nelle Hampstead Nursery durante i bombardamenti di Londra, sono colpite dalla violenza delle reazioni di disperazione dei piccoli orfani o abbandonati.

René Spitz pubblica nel 1946 (6) le sue ricerche sulla depressione "anaclitica"² dei bambini tra i 6 e i 18 mesi, quando sono separati dalla madre e collocati in un ambiente estraneo con cure insufficienti, o quando nell'ambiente familiare ci sono carenze affettive massicce. Dopo una fase di pianto, seguono condotte di ritiro, di indifferenza, una perdita di contatto con l'esterno e uno stato globale prossimo a una condizione vegetativa.

Degli stessi anni le ricerche di John Bowlby (7) sulle conseguenze della rottura dei legami di attaccamento con la figura materna. Confrontando ciò che succede ai neonati e quanto rilevano gli studi etologici, Bowlby nota che le manifestazioni di *disperazione*, che si esprimono con un rifiuto di alimentarsi e di vestirsi, insorgono dopo una prima fase di *protesta* in cui il bambino è inconsolabile e cerca ovunque i genitori. La fase successiva è quella del *distacco*, in cui il bambino riesce a riannodare i legami con chi si occupa di lui, apparentemente rassegnato alla perdita. La preminenza assoluta che Bowlby dà agli eventi reali e ai comportamenti visibili, omettendo la considerazione di quanto avviene

1. Di tutto ciò danno un'ampia panoramica i lavori di Penot B.(1, 2), di Arbisio C. (3), e il libro ricco di contributi di Lanzi G., Aliprandi M.T. et al. (4).

2. Spitz R. (6) p.313 mutua il termine "anaclitico" da Freud, che parla di scelta dell'oggetto d'amore "per appoggio o anaclitica".

nel mondo interno del bambino, ha esposto a molte critiche la sua teoria. Che peraltro segnerà un punto importante di riferimento per lo studio successivo della psicopatologia depressiva infantile.

Questi studi mettono in evidenza le gravi conseguenze di una assenza prolungata della madre in un tempo della vita in cui il neonato non ha ancora acquisito la capacità di una rappresentazione stabile e globale della figura materna. Si aprono nuovi campi di ricerca sullo sviluppo emozionale primario e sul funzionamento infantile precoce. A cominciare dagli apporti di Donald Winnicott, che negli stessi anni comincia a lavorare come pediatra e psicoanalista negli ospedali di Londra. Forse, afferma Winnicott, nel bambino si può parlare di percezione di una *non presenza* materna più che di una *assenza*, o meglio di un'esperienza di assenza delle condizioni di contenimento e cure primarie che permettono la costituzione di un sentimento di sé.

Non ci si sta riferendo solo alle deprivazioni concrete del tempo di guerra, ma anche a situazioni come quelle poi descritte da André Green (8). Quando c'è un disinvestimento affettivo da parte della madre, ossia una "madre morta", avviene una identificazione del bambino al funzionamento depressivo di lei e all'oggetto del suo lutto.

A scuola dai bambini

La mia riflessione sulla depressione infantile ha preso il via molti anni fa da alcune situazioni cliniche che mi hanno particolarmente toccata e coinvolta (9-11). In alcuni casi, limitarsi a una diagnosi di autismo o di "tratti autistici" non portava molto lontano, rischiava di imprigionare ancora di più quei bambini nelle loro difficoltà e di non aiutarli a utilizzare potenzialità che pure si intravedevano. Altri, un pò più grandi, riuscivano a esprimere con più chiarezza un vissuto depressivo molto vicino a quello che gli adulti mettono più compiutamente in parola. Mi limito a brevi flash.

Ludovico viene in psicoterapia a cinque anni e mezzo. Fino a tre era stato un bambino mutacico, molto ritirato in se stesso. Da un anno e mezzo, il linguaggio si era sbloccato ma era esplosa una artrite reumatoide che richiedeva cure massicce e continui interventi sulle articolazioni per alleviare il gonfiore. Stava per cominciare la prima elementare e i genitori si preoccupavano perché aveva dei "vuoti" mentali, non riusciva a costruire un discorso, si "perdeva mentalmente".

Nei primi periodi a volte Ludovico entrava, si sdraiava sul divano, diceva al massimo: "Non ce la faccio più..." e si metteva a dormire. Se osavo qualche parola mi urlava di stare zitta, quasi fosse toccato su una ferita viva. Un sonno innaturale, pesante, come uno sprofondare chissà dove. Poi, quando già la seduta volgeva quasi al termine, prendeva silenziosamente gli oggetti di gioco, cominciava a coinvolgermi e il lasciarcì diventava drammatico: non voleva andarsene, come se uscire da quello spazio-tempo fosse un nuo-

vo cadere chissà dove.

Altre volte si aggirava per la stanza come un'anima in pena. Raccogliere le forze per iniziare un gioco pareva una fatica insopportabile. Altre ancora raccontava le paure che aveva quando andava all'ospedale per le cure, la rabbia per le gambe gonfie e per non poter correre come gli altri.

Fin dai primi mesi di vita, secondo i genitori era stato un bambino "pigro, svogliato, poco vitale". Distinguere cosa appartenesse al corpo e cosa alla psiche, se la precoce chiusura nel mutismo segnalasse già la presenza pur latente della malattia, o se il corpo fosse venuto "dopo", partecipando a una tacita disperazione quasi nata con lui..., credo sia non solo impossibile ma anche inutile. Scriveva Freud (12):

"In certi stati psichici chiamati "affetti" la partecipazione del corpo è così evidente...Gli affetti nel senso più stretto sono caratterizzati da un rapporto del tutto particolare con i processi somatici, ma a rigore tutti gli stati psichici, anche quelli che siamo abituati a considerare "processi di pensiero" sono in certa misura "affettivi" e non uno di essi è privo di espressioni somatiche e della capacità di modificare i processi somatici..".

Fu il primo caso in cui lavorai soprattutto sugli affetti melanconici che pervadono il transfert nella relazione analitica.

Delia arrivò in psicoterapia a quattro anni, dopo un lungo peregrinare per visite specialistiche, tanto laboriose quanto inconcludenti, volte ad appurare allergie e deficit sensoriali o intellettivi. Tutto con esito negativo. Il suo linguaggio, però, era quasi incomprensibile, mangiava esclusivamente cibi semiliquidi come nel primo anno di vita, riempiva fogli su fogli di segni e di buchi. Restava a lungo "persa" in un mondo tutto suo.

Dopo più di un anno, quando già il linguaggio si era avviato e si erano messi in moto cambiamenti importanti, fece un gioco molto significativo.

Tenendo una bambolina per i lunghi capelli, Delia cominciava a "volare" in giro per la stanza, salendo sopra le sedie, arrampicandosi verso la finestra, guardando insistentemente fuori come per oltrepassarla. Nel volo esprimeva il terrore di precipitare ed era molto colpita dal mio seguirla, condividendo l'ebbrezza del volo ma cercando anche di prevenire e proteggere le possibili cadute.

Capii dalle poche parole che diceva, che stava parlando di Wendy, Peter Pan e "i bimbi perduti".

I genitori mi confermarono che guardava continuamente il cartone, segno che vi stava trovando risonanze profonde.

Sull'onda del suo gioco, cominciai a pensare che la storia di Peter Pan, che rispecchia il dramma dell'autore James M. Barrie, potesse essere una straordinaria metafora di quello stato melanconico complesso e misterioso che i grandi maestri della psicoanalisi hanno cercato di esplorare. La famosa isola-che-non-c'è, rifugio di Peter e dei bimbi perduti,

rende bene l'idea di quel misterioso stato psichico fuori del tempo e dello spazio in cui sembrano "perduti" i bambini depressi, e in cui si sono rifugiati perché nel legame vitale della relazione con la madre è avvenuto molto precocemente un cedimento, un collasso, una smagliatura di cui nulla possiamo sapere³.

Era anche lo stato di Tommaso, un bambino di nove anni così piccolo e fragile da dimostrarne cinque, con problemi di apprendimento e la mente piena di costruzioni fantasiose per giustificare incomprensibili colpe. Nella prima seduta di consultazione disegnò se stesso come un manichino rigido e immobile davanti a una edicola di giornali, vuota. "Ero andato a comprare un fumetto, disse, ma ho aspettato per niente. Non è venuto nessuno". Pensai che aveva trovato un'immagine straordinaria per dirmi come si sentiva, insieme a una domanda angosciata su cosa avremmo potuto fare insieme. Era stato concepito dopo un aborto traumatico a gravidanza avanzata, e a tre mesi la madre era sparita improvvisamente e a lungo per un ricovero d'urgenza e cure molto pesanti. "Io sono un perdente, sono sempre perdente", continuava a ripetere parlando apparentemente del calcio. Cosa condensava in quell'espressione così pregnante?

Giovanna, una bambina di dieci anni, per mesi non ha toccato la scatola dei giochi, parlando con dolore e molto risentimento solo di ferite, tagli, cadute, infezioni, pronto soccorso. O di compagni di scuola e fratelli "rumorosi e scalcianti", per cui lei si isolava e si sentiva incompresa da tutti. Diceva di star bene solo quando era immobile, sul divano. In quei momenti avrebbe desiderato che in casa non ci fosse nessun rumore, che tutto fosse "di pietra". "Ma neanche questo mi fa stare bene, concludeva. Mi viene il terrore di morire, cerco gli altri, ma dicono che sono paurosa, lamentosa e mai contenta. Li odio". I genitori non avevano chiesto la consultazione per questi stati e comportamenti, ma perché ad essi seguivano altri momenti di rabbia incontenibile.

Sono bambini che comunicano un doloroso sentimento di irraggiungibilità. È un sentimento molto particolare, perché non si sottraggono alla relazione, anzi sembrano molto desiderosi di essere accolti e ascoltati, anche quando dicono di annoiarsi. Ma è come se ci fosse in loro qualcosa di spento. E si potesse stare insieme solo condividendo lo stato di freddo e di oscurità che ne consegue.

Viene in mente Leopardi: "Prima di avere amato ho perduto la capacità di amare".

Melanconie

Penso, su un diverso registro, soprattutto a Freud (13).

"La melanconia - scrive - è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scora-

3. Cfr. Algini M.L.. (10-11), dove ho utilizzato specificamente la storia di Peter Pan per esplicitare forme e momenti della depressione dei bambini.

mento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilito del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione"⁴.

Impossibile addentrarci in quel filone della psicoanalisi che si è occupato della depressione dei bambini senza richiamare le basi da cui tutto è partito.

Freud fin dal 1895 (14), usando il termine antico *melanconia*, la definisce "un lutto per una perdita nella vita pulsionale"⁵ e poi in *Lutto e melanconia* si interroga su cosa differenzi questi due stati così simili e così diversi.

Nel lutto una persona amata, parte costitutiva di sé, viene perduta per sempre. Ciò innescia il "lavoro del lutto"⁶, ossia un processo psichico lungo e complesso teso a far convivere psichicamente *l'assenza* della persona amata dalla realtà esterna e la sua *presenza* che resta attiva nella realtà interna.

Nella melanconia, invece, c'è "una perdita oggettuale sottratta alla coscienza", dunque totalmente inconscia, inspiegabile e inconoscibile. Il melanconico non sa né cosa sia andato perduto né quando né come. Non ci può dunque essere un "lavoro" elaborativo come nel lutto. Freud abbozza un'ipotesi sulla genesi.

All'inizio della vita "l'investimento oggettuale si dimostrò scarsamente resistente e fu sospeso, scrive"⁷. Potremmo dire: il legame madre-bambino ha conosciuto precocemente delle difficoltà inconse che lo hanno reso fragile e discontinuo. La metafora di Peter Pan che dopo sette giorni di vita "vola via" mi pare lo renda bene.

Poiché in quel primissimo tempo è in atto il movimento di integrazione e di formazione dell'Io, quale capacità di mediazione tra mondo interno ed esterno, l'esito di questo crollo è "la perdita dell'oggetto e di una parte del soggetto". L'Io resta fragile, incapace di governare "l'agonia primitiva" che ne consegue, per usare i termini poi lavorati da Winnicott. L'esito è la situazione melanconica, in cui, per far fronte all'esperienza della perdita, l'Io in fase di formazione tende a identificarsi con l'oggetto d'amore perduto, da cui si sente abbandonato. L'oggetto d'amore primario è come un'ombra che è sempre lì e non è mai lì. Il logorio interiore non ha fine.

Nel 1923 Freud (15) svilupperà ulteriormente questa ipotesi collocando la melanconia tra le nevrosi narcisistiche, ipotizzando siano caratterizzate da un conflitto tra un Io rimasto debole che si identifica con l'oggetto perduto e "un SuperIo ultrapotente che si è accaparrato la coscienza e infuria violentemente e senza pietà contro l'Io".

In *Inibizione, sintomo, angoscia* (16) segue un'altra via per arrivare "a capire l'inibizione

4. Freud S. (13) p.103.

5. Freud S. (14) p. 29.

6. Freud (13) usa il termine *Trauerarbeit*, lavoro del lutto, analogo al *Traumarbeit*, lavoro del sogno per sottolineare la complessità dei processi psichici in azione.

7. Freud S. (13) p.108.

generale che caratterizza gli stati depressivi, compreso il più grave tra essi: la melanconia”⁸. Stabilisce cioè la correlazione tra l’angoscia di separazione, il dolore e il lutto partendo da una prospettiva genetica. L’angoscia nel bambino piccolo nasce come reazione alla percezione dell’assenza della persona amata indispensabile per vivere, e al pericolo che ne deriva. Questa angoscia di separazione ha valore di prototipo ed è alla base delle situazioni di melanconia.

Nel periodo in cui Freud elabora il suo pensiero ferve un ampio dibattito sull’argomento, documentato anche nel carteggio tra lui e Karl Abraham, uno dei primi psicoanalisti che dapprima lavora a Zurigo con Bleuler e Jung, e sarà poi direttore del Policlinico di Berlino. È l’epoca in cui appaiono i grandi trattati di psichiatria e Kraepelin formalizza il suo pensiero su una sindrome in cui il fattore affettivo è in primo piano rispetto a quello ideativo, e la definisce *follia maniaco-depressiva*. Si discute se si possa parlare di un’unica malattia, la psicosi maniaco-depressiva, o se non vadano distinte altre forme classificabili nell’ambito della nevrosi, e, ancora, se esse siano endogene o reattive.

Abraham nel suo lavoro del 1912 (17) utilizza le categorie diagnostiche di Kraepelin anche perché impegnato a far penetrare nell’ambito medico-psichiatrico le idee della psicoanalisi e a mostrarne la fecondità. Ma dichiara di aver poco da dire sulla *depressione nevrotica* per chi già conosca le idee freudiane del 1895 sull’argomento, e aggiunge che “l’affetto depressivo nell’ambito delle psicosi attende invece una ricerca ancora più precisa”. Anche negli scritti successivi sembra puntare l’attenzione sul *versante psicotico* del disturbo.

Si mette già dunque a fuoco un panorama complesso, in cui c’è da differenziare, non da generalizzare.

Melanie Klein, nel suo lavoro pionieristico di psicoanalista infantile, riprende le teorizzazioni di Karl Abraham sul versante psicotico del disturbo. Mette l’accento sull’angoscia primaria che si scatena al momento della separazione della nascita (18-19). È una angoscia di morte con una qualità persecutoria, che innesca una molteplicità di meccanismi primitivi di difesa, quali la scissione, il diniego, l’identificazione proiettiva, il trionfo, l’onnipotenza. Alla radice dell’angoscia non ci sarebbe solo il terrore di perdere l’oggetto d’amore da cui si dipende, ma l’impotenza di fronte alle proprie interiori spinte aggressive che lo attaccano e al dolore che ne deriva.

Quando con la maturazione della crescita si arriva a percepire la madre come persona intera, all’angoscia persecutoria segue l’angoscia depressiva, pervasa dalla colpa di averla distrutta con la propria aggressività. Ciò può dare il via a processi riparativi e all’acquisizione che l’oggetto d’amore possa essere ricreato e ritrovato, oppure a un blocco regressivo in cui si resta imprigionati.

La patologia maniaco-depressiva, nei bambini come negli adulti, deriva, secondo l’autrice

8. Freud S. (16) p.240.

da una impossibilità di accedere e superare la *posizione depressiva*, permanendo in una continua oscillazione tra l'attacco e difese di tipo maniacale e stati di disperazione e colpa per l'oggetto distrutto e perduto.

Sono idee che ritornano ma anche si trasformano nell'elaborazione che ne fa Donald Winnicott nel lavoro di pediatra-psicoanalista.

Sulla depressione egli propone una scala (20): "Ad un estremo c'è la melanconia, all'altro estremo la depressione intesa come la condizione che è comune a tutti gli esseri umani integrati.... Ci sono i melanconici che si addossano la responsabilità di tutti i mali del mondo ... mentre all'altro estremo ci sono le persone veramente responsabili che accettano il dato reale del loro odio, della loro cattiveria, della loro crudeltà, e questi aspetti coesistono con la loro capacità di amare e costruire. A volte la sensazione di essere orribili ci avvilisce. Se guardiamo la depressione da questo punto di vista, vediamo che sono le persone veramente valide che si deprimono...".

Per "persone veramente valide" Winnicott intende chi ha raggiunto uno "stato di unità", ossia ha avuto un holding materno sufficientemente buono per poter integrare spinte distruttive e costruttive e "insediare la psiche nel corpo".

In tanti casi la vicissitudine è diversa. Per lottare contro la disorganizzazione il neonato cerca di ritornare a una forma di narcisismo primario, ossia di ripiegamento su se stesso per ritrovare la forza vitale necessaria all'autoconservazione. Quando manca un "ambiente materno" e l'abbandono è precoce e totale, il bambino sembra incapace di investire perfino il suo corpo con un'attività autoerotica essenziale come il succhiare. Ne deriva una *non integrazione* o, successivamente, una *disintegrazione* di sé. In tal senso si capisce la pertinenza del termine *depressione*, come "caduta di pressione" delle pulsioni di vita che nascono dal corpo stesso.

Winnicott usa il concetto di *depressione primaria* per descrivere uno stato psico-somatico intriso di sensazioni e fantasie di perdita, devitalizzazione e incomunicabilità, uno stato di "agonie primitive" intendendo per agonie non l'angoscia ma "il sentimento di cadere per sempre". È una condizione di non integrazione, ossia l'interruzione di un *movimento in statu nascendi*: la scomparsa dell'oggetto implica la scomparsa del soggetto, nel senso che esso non trova più le condizioni per integrarsi e costituirsi.

Sono concetti poi molto usati da Frances Tustin (21) nella sua riflessione sull'esperienza con i bambini autistici, che evidenziano al massimo grado una condizione di vuoto interno disperante. Secondo l'autrice la perdita dell'unione con la madre è **sperimentata** essenzialmente come perdita di una parte del corpo, sentita come rotta, andata via, e associata a sentimenti di terrore, impotenza, mancanza di difesa e genera così devitalizza-

9. Winnicott D.W. (20) p. 73.

zione, incomunicabilità, un sentimento di perdita “dell’umano”¹⁰.

Winnicott situa il territorio indicato dalla parola depressione “*tra*” le nevrosi e le psicosi, intendendo, come Wilfred Bion, che nel soggetto stati nevrotici e psicotici sono entrambi presenti, e che funzioni dell’assetto interno riescono a preservarsi e convivono con altre chiaramente patologiche.

L’autore, ad esempio, segnala come clinicamente la *depressione primaria* si possa manifestare attraverso sintomatologie miste, che non mostrano in atto un crollo ma lasciano intuire la *paura del crollo* (23). Si intravede cioè come per un “crollo già avvenuto” si siano impiegate difese di tipo nevrotico, per cui la persona sembra funzionare ma la disorganizzazione è sempre dietro l’angolo. Le difese nevrotiche evidenziano e contemporaneamente occultano, soprattutto nell’adolescenza, il rischio del break down evolutivo.

Stati o strutture depressive?

Nella clinica ci troviamo dunque di fronte al difficile compito di individuare i segnali di sofferenza lanciati dal bambino, di farne una valutazione diagnostica e di proporre gli interventi di cura adeguati.

Il primo passo sta nella capacità dei genitori di uscire dalla concretezza dei sintomi, dal “crescendo tutto passa”, dall’ “anche noi eravamo così”, dai facili consigli, dal miracolismo dei farmaci, per affrontare la paura di soccorrere un figlio che non ha altro linguaggio per dire il suo malessere che creare in famiglia altro malessere.

Il secondo passo è una consultazione psicologica, per valutare se si tratta di *stati depressivi transitori* legati alla crescita o di segnali di difficoltà per le quali bambino e genitori non hanno risorse sufficienti.

La valutazione, in un’ottica psicoanalitica, non si esaurisce in qualche breve incontro con somministrazione di test e osservazioni del comportamento. La consultazione diagnostica, secondo il senso greco della parola *dia-gnosi*, *conoscenza attraverso*, è un’esperienza particolare in cui psicoterapeuta, bambino e genitori cercano di raccogliere e conoscere il messaggio offerto da sintomi che portano in luce difficoltà intrapsichiche e relazionali. Oltre alla storia del bambino, all’intensità e la durata dei sintomi, all’individuazione dell’entità e la qualità delle difese che il bambino mette in atto per *lottare contro* gli stati di angoscia, è fondamentale osservare il modo in cui i genitori accolgono i sintomi del figlio. Cioè come li vivono, se possono riconoscere di averne una qualche implicazione attiva, se danno sempre la colpa alla scuola o a eventi esterni, se accettano di coinvolgersi in un processo di cambiamento o se delegano agli interventi di cura una soluzione sperata come magica.

Poiché, come dicevo all’inizio, l’oscillazione depressiva fa parte di ogni funzionamento

10. Cfr. anche Lugones M. (22)

psichico e della stessa maturazione emozionale, per ogni patologia si potrebbe diagnosticare la presenza di uno stato depressivo. Ma qualificare tutto come *depressione*, significa ignorare l'enorme "lavoro" che quel sistema psichico ha compiuto per strutturare un sintomo invece di un altro. Ogni sintomo usa vie psichiche o somatiche specifiche e dà vita a differenti patologie: una fobia scolare o una inibizione intellettuale oppure un disturbo alimentare o un'iperattività possono certamente avere radici in uno stato depressivo, ma ad ogni forma patologica corrisponde un funzionamento intrapsichico e relazionale profondamente diverso. Le vie specifiche ci aiutano a individuarlo.

Come orientarsi dunque nella valutazione psicodiagnostica?

Mi pare interessante il pensiero di Palacio-Espasa¹¹ (24) che offre alcune direttrici di fondo utili anche nella "tecnica" della psicoterapia.

Descrivendo diversi gradienti della problematica depressiva, egli propone che l'esperienza interna della perdita possa essere psichicamente contrastata dal soggetto in modi che chiama di conflittualità parapsicotica, paranevrotica, paradepressiva, dove il prefisso "para" sta a significare "nei dintorni di".

Nella prima forma, *parapsicotica*, c'è un Io immaturo che fa ricorso a difese arcaiche, come il diniego e la scissione, e oscilla continuamente tra maniacalità, tirannia, onnipotenza, oppositività e cadute depressive; in quella *paranevrotica* l'Io dispone di risorse più ampie, e mette in atto la rimozione, lo spostamento, le formazioni reattive, conservando quindi varie aree funzionanti; nella terza, *paradepressiva*, prevarrebbero la rimozione di ogni forma di aggressività e le difese di tipo masochistico.

Sono queste ultime forme di difesa che credo mettano sulle tracce di una *struttura depressiva*. In bambini di questo tipo ritroviamo una grande povertà immaginativa, l'inibizione di capacità intellettive e di gioco, sentimenti di autosvalutazione e colpa per la propria inadeguatezza, fantasie di essere stati lesionati e irreparabilmente danneggiati da piccoli, a causa di cadute o incidenti. Sembrano spesso oscillare tra momenti in cui si rifugiano nel proprio mondo e sembrano irraggiungibili e altri in cui cercano di mostrarsi capaci e bravi a oltranza, con il sentimento penoso di non riuscire mai a essere come *dovrebbero* e *vorrebbero*. Questo tipo di sofferenza infantile si presta particolarmente a essere non vista o svalutata, per l'angoscia e l'impotenza che genera in noi adulti. Avviene quello che succede anche nei lutti precoci, pur molto diversi perché là c'è la perdita *reale* del genitore¹².

In quei casi, si fa di tutto per non parlare di chi è morto, nell'idea che questo serva ad attenuare il dolore, a digerirlo meglio, a proteggere dai ricordi e dalle nostalgie, a dimenticare in fretta. Come se la morte di un papà o di una mamma non fosse un sisma che sovverte la vita. Così si lasciano i bambini in una grande solitudine emotiva, costringen-

11. Palacio-Espasa è psichiatra e psicoanalista e dirige il servizio di psichiatria del bambino e dell'adolescente dell'Ospedale di Ginevra.

12. Vale anche in questo caso la differenza e l'analogia proposte da Freud in *Lutto e melanconia*.

doli ad adottare misure psichiche ancora più drastiche per far fronte all'accaduto.

Stare con i bambini nel dolore del lutto o negli stati melanconici ci spaventa profondamente, perché essi rispecchiano e concretizzano i fantasmi più spaventosi che ci portiamo dentro dall'infanzia. Ossia la paura di perdere quanto abbiamo di più caro al mondo, e che, in fantasia, ciò avvenga per le nostre colpe, rabbie, rivalità (25-26).

Quali interventi

Come far ritrovare o aprire ai bambini propriamente "depressi" vie verso la vitalità, invece che stabilizzarsi nelle paludi melanconiche?

Nell'infanzia, pur segnata da questo rischio, ci sono potenzialità e risorse come in nessun altro tempo della vita. Questo mi sembra un elemento che differenzia profondamente la depressione dei bambini da quella degli adulti. Purché, però, le risorse si attivino e si usino. C'è bisogno di lavorare molto anche con gli adulti di riferimento del bambino per sfuggire alla tentazione di cercare continue soluzioni attraverso il "fare", di escogitare sempre nuove cure, cambiare scuole e insegnanti, dare la colpa a quanto e a chi sta *fuori*, mentre il cuore del problema sta *dentro*. Oppure dire continuamente al bambino che *dovrebbe o potrebbe* reagire, attivarsi, ridimensionarsi, acuendo così il suo sentimento di incapacità e di autosvalutazione. O, ancora, pensare sia sufficiente dare molto amore per ritrovare l'ancoramento e la passione del vivere.

L'enigma della melanconia non è ridicibile a carenze genitoriali visibili e concrete, che pure possono esserci, nei primi anni di vita. Il "crollo" melanconico si colloca a livello inconscio, può esistere in concomitanza di carenze ma anche là dove, dall'esterno, tutto sembra aver funzionato.

Questo per sottolineare, ancora una volta, la complessità dei tanti fattori inconsci in gioco: cos'è quel figlio per quei genitori, il tipo di legame della coppia, il bagaglio inconscio che i genitori hanno ricevuto in eredità dai propri genitori, le vicissitudini di gravidanza e parto, il mistero di un corpo e della sua costituzione genetica in cui, attraverso una molteplicità di esperienze fisiche e affettive, si insedia quella che chiamiamo psiche.

In altri termini, l'enigma della melanconia ci mette di fronte alle valenze insondabili di ogni relazione affettiva, al di là delle buone intenzioni coscienti.

Nell'ottica seguita in questo lavoro, intendo sostenere che i bambini propriamente "depressi" esistono e che possono però trarre grande aiuto dall'intervento psicoterapeutico, comprendente quello individuale del bambino, quello parallelo dei genitori, e momenti di raccordo con la scuola.

Non posso entrare in dettagli, solo segnalare alcune direzioni di fondo, anche perché non c'è mai una depressione uguale a un'altra. Nella relazione analitica, sia con il bambino che con i genitori, non si tratta di interpretare vuoti o perdite incolmabili, né tanto meno pigriarsi di "supplire" a mancanze profonde.

Si tratta piuttosto di lavorare psicoanaliticamente per essere *compagni di solitudine*, come propongo per i bambini quando muoiono i genitori. Cioè costruire pazientemente una rete di *condivisione*, fatta dei pensieri e sentimenti che gravitano attorno a una perdita profonda, sconosciuta e conosciuta a un tempo, affettiva e sensoriale, che i bambini sanno esprimere molto efficacemente attraverso giochi, disegni, parole. Condivisione che consente, di poter tollerare il dubbio continuo su di sé, facendo crescere capacità immaginarie e simboliche che danno significato e sostegno ad affetti ed emozioni impensabili. Si capisce come ciò convochi anche lo psicoterapeuta psicoanalitico a un enorme lavoro su di sé.

Ho citato Giacomo Leopardi e James M. Barrie, ma la storia della creatività è fatta dalla moltitudine di coloro che hanno potuto attingere alla sorgente delle loro perdite. Penso anche a Rainer M. Rilke, il poeta costretto dalla madre nell'infanzia a vestirsi e a vivere come una bambina per sostituire la sorella morta prima che lui nascesse. "Bisogna salvarsi, commenta in una lettera, io l'ho fatto con la poesia".

"*L'ombra dell'oggetto cadde sull'Io*" è la straordinaria sintesi di Freud sulle vicissitudini nella melanconia. Non a caso ha ripreso il termine che nella Grecia antica non designava solo una "malattia degli affetti", ma anche una dimensione "naturale" della psiche: la melanconia era la caratteristica dell'uomo di genio.

Il soggetto melanconico sarà per sempre indistinguibile dalla sua "ombra".

Il riappropriarsene per poterla usare creativamente e non esserne solo oscurati e sopraffatti, credo sia la difficile posta in gioco dell'esperienza psicoanalitica con i bambini depressi.

BIBLIOGRAFIA

1. Penot B. Contributions à l'étude des dépressions infantiles. *Psychiatr. Enfant*. 1971; 16 (2): 301-380.
2. Penot B. La depressione nel bambino. In: Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Volume 2. Roma: Edizioni Borla: 1990. 313-324.
3. Arbisio C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychol. clinique et projective*. 2003; 9(1): 29-58.
4. Lanzi G., Aliprandi M.T. et al. La depressione nel bambino e nell'adolescente. Roma: Armando:1994.
5. Freud A., Burlingham D. Bambini senza famiglia. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri: 1943.
6. Spitz R. Anaclitic depression. *Psychoanal. Study Child*, 1946; 2: 313-342.
7. Bowlby J. Attaccamento e Perdita. 3 volumi. Torino: Bollati Boringhieri: 1975.
8. Green A. Narcisismo di vita, narcisismo di morte. 1966. Roma: Borla: 1985.
9. Algini M.L. La depressione nei bambini. Roma: Borla:1997.
10. Algini M.L. L'isola-che-non-c'è: sulla melanconia di bambini e adolescenti. *Richard e Piggie*. 2005; 13(3): 266-278
11. Algini M.L. Una malattia degli affetti. Sulla depressione nei bambini. In: Quagliata E. Il corpo del bambino e i suoi segnali. Roma: Astrolabio: 2013:117-139.
12. Freud S. Trattamento psichico o trattamento dell'anima. 1890. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri.

13. Freud S. Lutto e Melanconia. 1890. Volume 8. Torino: Bollati Boringhieri:
14. Freud S. Minuta G. 1895. Volume 2: Torino: Bollati Boringhieri.
15. Freud S. L'Io e l'Es. 1923, Volume 9. Torino: Bollati Boringhieri.
16. Freud S. Inibizione, sintomo, angoscia. 1925. Volume 10. Torino: Bollati Boringhieri.
17. Abraham K. Nota per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini. 1912. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri.
18. Klein M. Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. 1935. In: Klein M. Scritti. Torino: Bollati Boringhieri. 1978:297-325.
19. Klein M. Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. 1940. In: Klein M. Scritti. Torino: Bollati Boringhieri: 1978. 326-354.
20. Winnicott D.W. Gli effetti sulla famiglia della malattia depressiva in uno o in ambedue i genitori. 1968. In: Winnicott D.W. La famiglia e lo sviluppo dell'individuo. Roma: Armando: 1975.71-83.
21. Tustin F. Autismo e psicosi infantili. 1972. Roma: Armando:1975.
22. Lugones M. Depressione primaria e recupero di tracce sensoriali. In: Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 90-96.
23. Winnicott D.W. La paura del crollo. 1963. In: Winnicott D.W. Esplorazioni psicoanalitiche. Milano: Raffaello Cortina: 1995. 105-114.
24. Palacio-Espasa F. Depressione di vita, depressione di morte. 2003. Milano: Raffaello Cortina: 2004.
25. Alginì M.L. Il fuoco e la crisalide. Sui bambini e la "realtà" della morte. Notes psicoanal. 2013; 1(1): 81-95.
26. Alginì M.L. Le ferite invisibili. Sui bambini e la morte dei genitori. Torino: Robin: 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Depressione o depressività in adolescenza? *Depression or depressivity in adolescence?*

Maria Grazia Fusacchia

Psicologa – Psicoterapeuta Docente Supervisore iW Istituto Winnicott (ASNE-SIPsIA) Membro Ordinario SPI, Membro Ordinario SIPsIA

Parole chiave: depressione, depressività, adolescenza

RIASSUNTO

La questione delle depressioni in adolescenza costituisce una sfida per il clinico, e insieme un'urgenza di salute pubblica. Per poter formulare un'ipotesi clinica è necessario ponderare molteplici fattori: personali e relazionali. Invero, gli affetti depressivi sono ubiquitariamente presenti nel funzionamento psichico dell'adolescente, attraversato dall'esperienza della perdita e cimentato con la necessità di elaborare il lutto del corpo infantile e degli oggetti d'amore infantili. Tali trasformazioni comportano una fragilizzazione dell'Io che tende a far ricorso a manovre difensive primitive, dietro le quali si celano *depressioni mascherate*. Si tratta di adolescenti che lottano contro un rischio depressivo, contro una rappresentazione negativa di se stessi. Tali stati di dolore mentale si manifestano sotto forma di condotte agite, sintomi somatiformi o ancora, attraverso disturbi del comportamento. In questi casi non si tratta di riconoscere una depressione, bensì la lotta contro di essa, contro un sentimento di minaccia di depressione, percepita anche a livello consapevole. Due brevi vignette cliniche ci permettono di illustrare le peculiarità della clinica con gli adolescenti e l'importanza della psicoterapia individuale, con una frequenza intensiva. Questo setting costituisce uno spazio, fisico e psichico, in cui l'adolescente trova l'opportunità di dare voce e senso al suo dolore, alle sue angosce profonde ed alla sua sofferenza, ma rappresenta anche l'occasione per riconoscere le sue risorse creative e il suo potenziale. L'esperienza psicoterapeutica accompagna la crescita e la scoperta di sé. Giova alla ripresa del processo evolutivo interrotto un adeguato intervento di sensibilizzazione e di sostegno all'ambiente familiare e scolastico.

Autore per corrispondenza: mariagrazia.fusacchia@gmail.com

Key words: depression, depressivity, adolescence

SUMMARY

The depression in adolescence is a challenge for the clinician, along with an urgency for public health. In order to formulate a clinical hypothesis, it is therefore necessary to consider many factors: both personal and relational. Indeed, depressive affects are ubiquitously present in the psychic functioning of the teenager, crossed by the experience of loss and practiced with the need to process the mourning of the infant body and the childhood primary objects. Such transformations create a weakness of the ego that tends to resort to primitive defensive manoeuvres behind which masked depressions are hidden. It concerns adolescents struggling against a depressive risk, against a negative representation of themselves. These states of mental pain manifest themselves in the form of actuated behaviours, somatoform symptoms or even, through behavioural disorders. In these cases, it is not about recognizing a depression, but rather struggling against it, against a feeling of threat of depression, felt even at a conscious level. Two short clinical vignettes allow us to illustrate the peculiarities of the clinic with adolescents and the importance of individual psychotherapy, with an intensive frequency. This setting constitutes a space, physical and psychic, in which the adolescent finds the opportunity to give voice and meaning to his pain, deep anxieties and suffering, but it is also an opportunity to recognize his creative resources and potential. The psychotherapeutic experience accompanies growth and self-discovery. Appropriate awareness and support for family and school environment offer a valuable contribution to the recovery of the interrupted evolutionary process.

Prevenire e curare la depressione

“Perché loro non hanno sogni...” Chi parla è una ragazza di 15 anni, Celeste, che nel tentativo di dare forma e parola all’angoscia, s’interroga sui motivi per cui un adolescente, il suo ragazzo ma anche essa stessa, faccia uso di sostanze stupefacenti, intorpidendo il pensiero per placare uno stato di insopportabile tensione dolorosa.

La dipendenza da sostanze è una procedura eccitante, di autoaffermazione narcisistica, che mette a tacere un dolore mentale intollerabile, lasciando intuire la presenza di angoscie depressive.

La scelta di declinare al plurale il concetto di “depressioni” dà conto della molteplicità delle figure di questa sofferenza mentale, che accompagna il travaglio della mente adolescente presa tra la necessità di elaborare la realtà del corpo sessuato e la ricapitolazione delle vicende infantili, alla disperata ricerca di *un’introuvabile autenticità*.

Non c’è adolescenza normale senza depressione o, meglio, senza momenti depressivi, connessi ai sentimenti di perdita, il che non corrisponde ad una malattia depressiva vera e propria.

Gli affetti depressivi si esprimono attraverso i sentimenti di tristezza e di noia, il tono dell’umore depresso, l’irritabilità, la perdita della capacità di provare interesse e piacere, l’affaticabilità, la riduzione dell’attenzione e della concentrazione, la scarsa stima e fiducia in se stessi, i sentimenti di inferiorità, le idee di colpa e di inutilità, l’angoscia e i sentimenti di vuoto, la visione pessimistica del futuro, le idee o gli atti auto-aggressivi, l’ideazione suicidaria, per citare alcune delle manifestazioni sintomatiche più conosciute. Ma

esistono anche altre forme depressive che si presentano camuffate, e che sono altrettanto pericolose per la sopravvivenza fisica e psichica dell'adolescente.

L'adolescente, con l'arrivo della pubertà, si trova a cimentarsi con un'immagine di sé diversa, estranea, perturbante, talvolta anche minacciosa, dato che questa metamorfosi introduce una rottura nel sentimento di continuità di sé. La capacità o meno di elaborare tali cambiamenti implicherà tutte le possibili derive difensive, anche quelle psicopatologiche, che andranno ad intralciare o bloccare il processo maturativo, essendo significativi indizi della lotta contro l'ineffabile realtà del cambiamento, di cui la depressione rappresenta una paradigmatica soluzione.

È pertanto ampia e sfaccettata la gamma di manifestazioni che incontriamo nella clinica, alcune dai contorni sfumati o appena accennati o adombrati, altre, al contrario, dai toni e dai contrasti particolarmente marcati. Altre ancora, mascherate, che ci consegnano la negazione dell'affetto depressivo, che trova nel corpo o nell'agire un modo per dar forma ad un dolore sordo, cui l'Io reagisce con la chiusura o con altre forme difensive, tra le quali primeggia il passaggio all'atto.

La complessità della questione e la sua individuazione clinica è strettamente correlata alla specificità dei processi psichici, ma anche alla frequente comorbidità con altre forme psicopatologiche, in particolare, con i disturbi d'ansia.

Ampiamente condivisa da diversi Autori è l'idea che *“la depressione è sempre presente nella crisi adolescenziale, dalla più banale e nevrotica, fino alla più drammatica e psicotica”* (1).

La necessità di effettuare una tempestiva diagnosi e una presa in carico terapeutica integrata si basa sulla constatazione che, non di rado, i disturbi depressivi si associano ai tentativi di suicidio e al suicidio.

È opinione condivisa dai differenti orientamenti scientifici, psicoanalitici e non, che la sofferenza depressiva abbia ormai assunto le caratteristiche di *un'epidemia* divenendo un'urgente sfida per la salute pubblica. Allarmante è l'aumento delle forme depressive nella popolazione adolescente ma anche in quella infantile e adulta, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dedicato (7/4/2017) l'abituale giornata mondiale della salute al tema: *Prevenire e curare la depressione*. Nello specifico, si evidenzia che: *“La depressione colpisce le persone di tutte le età, di tutti i ceti sociali, in tutti i paesi. Provoca angoscia mentale e interferisce con la capacità di svolgere anche i compiti quotidiani più semplici, con conseguenze a volte devastanti per i rapporti familiari e amicali, oltre alla possibilità di guadagnarsi da vivere. Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio, che è la seconda causa di morte tra i giovani di 15-29 anni”* (2).

Processi e affetti depressivi in adolescenza

La pubertà impegna, in un mutamento complesso, tanto il funzionamento biologico, (fisiologico e ormonale), quanto la dimensione psichica (affettiva, relazionale insieme

a quella cognitiva e psicosociale del soggetto). La portata di tali cambiamenti può avere un impatto traumatico, mettendo in scacco gli strumenti psichici disponibili insieme alle capacità simboliche ed elaborative. L'adolescenza è classicamente definita come l'esigenza di lavoro imposto allo psichismo con l'irruzione del fenomeno somatico pubertario, definizione che riecheggia quella con cui Freud aveva descritto la pulsione: "*un concetto al limite tra psichico e corporeo... misura della richiesta di lavoro imposta alla psiche in virtù del suo legame con il corpo*" (3).

In questa prospettiva, l'adolescenza costituisce un modello dell'integrazione psiche-soma e può essere pensata come una fase di elaborazione fantasmatica e di costruzione dell'identità soggettiva, resa possibile dal movimento di appropriazione del corpo sessuato. Come suggerisce Racalbutto (4), il corpo adolescente avvia un lavoro sul limite, limite dei suoi confini, limiti della sua potenzialità sessuale e orgasmica, limite rispetto al suo ancoraggio allo scorrere del tempo, limite che sostiene la definizione di un'identità personale differenziata dall'altro. Il pubertario – concetto introdotto da Ph. Gutton (5) per rimarcare la funzione cardine del periodo puberale poiché "la parola pubertà sta al corpo come la parola pubertario sta alla psiche" – esacerba gli ostacoli ai movimenti di appropriazione soggettiva e provoca turbamenti a livello del pensiero, dei desideri, dell'immagine stessa del soggetto.

La sessualizzazione del corpo e dei legami affettivi inaugurata dalle trasformazioni puberali si annoda con la questione della perdita, una doppia perdita: quella del corpo infantile, delle fantasie di onnipotenza connesse con la bisessualità, e quella che colpisce le fantasie e gli investimenti degli oggetti edipici, che avevano assicurato fino a quel momento stabilità e sostegno alle basi narcisistiche.

Sensazioni di smarrimento, di incertezza, di confusione, invadono l'adolescente, che si è andato strutturando attorno e attraverso le sue relazioni d'oggetto. I movimenti di slegamento degli investimenti alimentano il conflitto identificatorio a vantaggio dei processi di svincolamento e di affrancamento dalla condizione infantile dipendente, questo può generare sensazioni di vacillamento e di perdita dei riferimenti interni. Le identificazioni *prese in prestito* cedono sotto il peso delle dinamiche conflittuali e ciò spiega la forte tendenza al passaggio all'atto.

L'adolescente deve separarsi dal mondo familiare per entrare nel gruppo dei pari, talvolta abbandonando ideali, valori, aspirazioni socio-culturali, o ancora condizioni socio-economiche. Se la scelta di un oggetto sessuale implica la rinuncia alla bisessualità, vissuta fino a quel momento come una potenzialità psichica, d'altra parte, puntella la costruzione di una nuova definizione di sé e dell'identità personale e sessuale.

La maggior parte di queste perdite si effettuano a favore di nuovi incontri, nuovi interessi, nuovi obiettivi. Talvolta, però, i nuovi investimenti non riescono a controbilanciare in modo tempestivo queste perdite e l'adolescente sperimenta un penoso sentimento di

mancanza, di vuoto, soprattutto, se è ancora bisognoso e dipendente dalla presenza di un oggetto esterno. Proprio Freud (1905) evidenziava il dolore che pervade la crescita, valorizzando la funzione del conflitto tra figli e genitori (6).

Winnicott (1969) ha invece rilevato l'uso dell'aggressività, poiché crescere "è *implicitamente un atto aggressivo*" e la sua meta è di prendere il posto dei genitori. Tale processo psichico e intersoggettivo si accompagna ad una trasformazione anche a livello del contenuto della fantasia: "*se nella fantasia della prima crescita vi è contenuta la morte, allora in adolescenza vi è contenuto l'uccidere*" (7).

La capacità dei genitori di accogliere e di sopravvivere creativamente alla sfida dell'adolescente li vede convocati ad elaborare un'esperienza di lutto, che sarà determinante per la trasformazione del legame con il figlio adolescente. Là dove esistano patologie depressive nei genitori, o ancora conflitti, scarse definizioni dei confini e dei ruoli, misconoscimento delle differenze generazionali, il lavoro psichico dell'adolescente sarà certamente più complesso e l'esito incerto.

La capacità di vivere il lutto – di accettare il cambiamento, tollerando le esperienze di perdita accanto ad altre di trasformazione e di scoperta – è l'aspetto potenziale e creativo della dimensione depressiva.

Nella clinica con gli adolescenti, spesso, si viene confrontati con drastiche oscillazioni dell'umore che stanno ad indicare le attività di investimento e di disinvestimento, di avvicinamento e di messa a distanza, il bisogno e l'angoscia che qualificano la relazione con il proprio corpo, con i propri impulsi e desideri.

Il travaglio a cui è sottoposta la psiche adolescente non deve, tuttavia, far trascurare la portata strutturante e creativa di questi processi, che inevitabilmente scatenano sentimenti di paura, di confusione, o ancora di fobia del desiderio e del pensiero, espressioni del sentimento di minaccia che colpisce al cuore l'identità adolescente.

Lo sconvolgimento emotivo che attraversa la mente adolescente non può essere vissuto, sentito e simultaneamente pensato, perciò facile è il ricorso all'agire, alla scarica delle tensioni, oppure al ritiro, alle manovre autoconsolatorie o alle forme di malessere somatizzate.

L'adolescenza può essere considerata come uno straordinario paradigma per declinare le vicissitudini della perdita, innescata dai processi pubertari, che rappresenta un'importante esperienza di messa alla prova dell'identità sessuata e della capacità amare e di *sopravvivere* creativamente.

Depressione e depressività

La depressione occupa un ampio territorio che va dalla normalità alla patologia più severa (psicosi) e, da un vertice osservativo psicodinamico, fa riferimento ad un insieme di meccanismi che si innescano a partire dall'esperienza reale o fantasmatica di perdita,

accompagnata dall'insorgenza dell'angoscia.

La depressione può designare “*un disordine dell'affettività o dell'emotività*” e, contemporaneamente, “*uno stato connesso alla vita di ogni giorno*” (8).

Con l'aggettivo *depressivo* si è soliti alludere a stati ed organizzazioni del funzionamento psichico differenti, ciò non deve far trascurare la natura stessa del processo coinvolto, non soltanto dal punto di vista quantitativo, ma anche in riferimento alle manovre e ai meccanismi psicopatologici in atto.

Molti studiosi si sono dedicati a questo tema e nell'ambito della psicoanalisi francese è sorta l'esigenza di differenziare il termine *depressione*, come stato patologico, dalla *depressività*, intesa come un processo che accompagna le trasformazioni psichiche.

Fedida (9) ha suggerito di concettualizzare la depressività come una caratteristica presente in ogni essere umano che si collega alla capacità creativa, supponendo che “*lo stato depressivo sia una messa in scacco della capacità depressiva.*”

Per questo Autore, sin dagli inizi della vita, la depressività accompagna le manovre di adattamento alle limitazioni e alle frustrazioni della realtà esterna, operando uno stato di sospensione, funzionale a proteggere la psiche da un eccesso di sollecitazioni, altrimenti perturbanti. La sua funzione è economica, para-eccitatoria, favorisce gli scambi con l'ambiente evitando l'eccesso di affetti ed emozioni, e con ciò, il rischio di una disorganizzazione più massiva.

Se la depressività è una misura di salvaguardia per l'apparato psichico, tuttavia l'intensità della frustrazione e la sua ripetizione possono debordare tale forma difensiva e lasciare il campo “*a un'identificazione con la morte o al morto*” afferma Fedida, che è caratteristica del nucleo melanconico.

La nozione di depressività è stata correlata alle patologie degli stati-limite, come organizzatore di soluzioni difensive e adattive di quei soggetti il cui funzionamento narcisistico è stato segnato da relazioni primarie connotate da carenza, discontinuità o eccesso, per le quali la perdita dell'oggetto si avvicina con la paura della sua intrusione.

Green (1999) ha sottolineato che la clinica degli stati limite impone un nuovo paradigma per la psicoanalisi, che riguarda i limiti tra l'Io e l'oggetto poiché “*si assiste ad una vera siderazione delle capacità dell'Io... in rapporto con le carenze dell'oggetto primario.*” L'Io di questi soggetti, spiega l'Autore, si dibatte tra due tipi di angoscia: da un lato, l'angoscia di separazione e di perdita dell'oggetto, dall'altro, l'angoscia di intrusione e di perdita di sé. Due meccanismi psichici di funzionamento fondamentali, vengono allora ipotizzati: la scissione, e la depressione. Quanto alla depressione, Green ne evidenzia una connotazione particolare: “*Per farcene un'idea, credo bisognerebbe pensare alla depressione atmosferica, qualcosa in effetti dell'ordine di un abbassamento di tono, che non risponde ai meccanismi psicopatologici che si possono mettere in evidenza nella depressione e nella melanconia*” (10).

La pubertà è considerata come l'organizzatore della depressività, perché da un lato com-

porta una disponibilità a sentire l'affetto depressivo, ma dall'altro espone alla vulnerabilità depressiva.

Gli adolescenti borderline mostrano la difficoltà di accedere ad uno stato depressivo. Imparare a deprimersi è in questi casi l'obiettivo della psicoterapia, un lavoro psichico che mira a superare la depressività, evitando il consolidamento di un disturbo borderline in età adulta (11).

Ph. Gutton (12) ha rilanciato tale concetto intendendolo come *“disponibilità a percepire l'affetto depressivo”*, antitetico alla depressione, intesa come lavoro di rappresentatività dell'affetto depressivo. La depressività realizza uno stato di sospensione, opposto al lavoro di sostituzione e di riparazione dell'oggetto. Davanti al cambiamento l'adolescente si congela, si rivolge al passato, in un movimento che lo trascina indietro fino alle origini. Nessun oggetto può sostituirlo, di conseguenza *“la depressività è una forza anti-rappresentativa per l'attrazione dell'irrappresentabilità e, in questo senso, è anti-narcisistica e anti-oggettuale insieme”* ricorda ancora Carau (13).

Braconier (14) ha identificato, nelle depressioni mascherate, una forma di depressione che ha descritto come *“minaccia depressiva”*, riferendosi con tale concettualizzazione ad uno stato che *“prende il posto del processo adolescenziale”* e che si contraddistingue per *“una difficoltà o incapacità di trasformare gli oggetti d'amore, cioè per un bisogno di accedere a nuovi oggetti che l'adolescente non si riconosce il diritto di desiderare o ai quali non si autorizza lui stesso ad accedere. Di fronte a questa minaccia l'adolescente rinuncia, si svuota di ogni nuovo investimento, ripiega su se stesso e può deprimersi gravemente.”*

Si tratta di adolescenti che sembrano lottare in tutti i modi contro un rischio depressivo, contro una rappresentazione negativa di se stessi. Spesso tali stati di dolore mentale si esprimono attraverso equivalenti depressivi, come le condotte agite, i sintomi somatiformi, la tossicodipendenza, l'abbandono della scuola, l'anoressia o ancora, attraverso disturbi del comportamento. In questi casi non si tratta di riconoscere una depressione, bensì la lotta contro di essa, contro un sentimento di minaccia di depressione, percepita anche a livello consapevole.

Questi adolescenti non accedono ad una vera posizione depressiva, non tollerano di sperimentare una vera depressione, restano nella depressività, fallendo nella capacità di deprimersi, e di rappresentarsi gli affetti depressivi.

Tale fallimento è senz'altro in relazione ad una vulnerabilità narcisistica preesistente che rimanda alla storia infantile del soggetto, ai legami precoci, tra loro strettamente interdipendenti, che hanno interferito con la costituzione di un sistema psichico di difesa, non permettendo una definizione stabile dei confini identitari. Il compulsivo ricorso ad un oggetto concreto, come ad es. nelle dipendenze, o nell'uso di strumenti tecnologici che fungono da protesi, serve a negare insieme la perdita e la dipendenza, a misconoscere la disperazione e la depressione.

Clinica delle depressioni in adolescenza

Umore depressivo, noia, morosità, depressività, depressione d'inferiorità, minaccia depressiva, depressioni mascherate, equivalenti depressivi, depressioni propriamente dette, melanconia, rappresentano le diverse ipotesi, avanzate dagli specialisti della salute mentale dell'adolescenza, per dare un volto e un nome a questa *malattia degli affetti*, che si accavalla, si combina e si confonde con i fisiologici processi psichici dell'adolescenza.

La depressione è tentativo di dare forma ad un affetto, è un lavoro psichico molto complesso che permette al soggetto di trattare un'angoscia fondamentale, anche se al prezzo di sopportare una sofferenza intensa.

Gli strumenti operativi (questionari, valutazioni testologiche, inquadramenti nosografici) non devono far trascurare l'importanza di una diagnosi basata sull'incontro con l'adolescente; solo questo incontro permette di scorgere e sentire il freddo e doloroso disinvestimento del mondo, il ritiro relazionale, l'esaurimento del desiderio, la sua noia e la persistenza di questa sofferenza.

Arnoux (15) riconoscendo l'indecifrabilità della depressione dell'adolescente, sottolinea che questa non risparmia dalla necessità di ponderare molteplici fattori personali e relazionali onde poter formulare un'ipotesi clinica. E avanza l'interrogativo se la "*depressione che procede mascherata non sia essa stessa, spesso, una maschera*" che nasconde il vuoto narcisistico e la perdita di sé dell'adolescente.

La questione che si pone è come distinguere la depressione che possiamo considerare un fenomeno normale in ogni adolescente distinguendola dalla malattia depressiva (16), cioè quando l'affetto depressivo è da considerarsi il segno di un'iscrizione nella malattia psichica. O per dirla con Laufer si pone la questione: Quando dobbiamo cominciare a preoccuparci? (17).

L'assenza del carattere fluttuante della vita emotiva a vantaggio di un quadro depressivo congelato o la severità di un quadro sintomatologico che intralcia lo sviluppo sono i segni semiologici che consentono di riconoscere l'installarsi di una depressione clinica. Non bisogna lasciarsi fuorviare dalle sue molteplici forme, è del tutto arbitrario istituire una correlazione positiva tra il clamore delle condotte e delle manifestazioni sintomatiche e la profondità dello stato depressivo. Talvolta, le manifestazioni silenziose, o in apparenza di scarso rilievo, sono piene d'insidie e consentono l'installarsi di un quadro melanconico propriamente detto.

La depressione clinica, con i suoi equivalenti o le sue forme mascherate, differenti tra i ragazzi e le ragazze, più legate all'immagine del corpo per queste ultime, per i primi più incline all'uso dell'aggressività, è comunque la conservazione di una capacità difensiva dell'adolescente per evitare la disorganizzazione psicotica.

Nel caso clinico di *Celeste*, la ragazza era alle prese con un'intensa angoscia e con la rabbia per il sentirsi impotente davanti ai comportamenti devianti e distruttivi del suo ragazzo

che faceva uso di sostanze. In seduta, ammettendo che anche a lei talvolta era capitato di assumerle, si cimentava con la difficoltà di provare, contenere ed elaborare un impulso di cui riconosceva la valenza distruttiva. In questo paradossale gioco di rispecchiamenti, si trovava accostata ai suoi più o meno camuffati bisogni di dipendenza, che richiamavano esperienze infantili precoci di mancanza, di carenza del contenimento e di traumatica esposizione ad un eccesso nella relazione con i genitori.

“Perché loro non hanno sogni” esprime un vissuto di perdita e insieme di rinuncia che colpisce la dimensione onirica e, per associazione, anche la rappresentazione del futuro, entrambe fondamentali per lo sviluppo psichico. Nella dimensione del sogno, si demarcano i confini di uno spazio psichico personale, assicurando urgenti conferme ad un Io reso fragile dagli sfaccettati movimenti trasformativi.

Il sogno concorre al rimodellamento dell'identità, mediante la rielaborazione e l'integrazione dei molti frammenti che sono depositati in noi, fatti di ricordi, di percezioni o di affetti che utilizzano il corpo, nella sua funzione visiva, per la figurazione di un'esperienza che avvia la costruzione di rappresentazioni simboliche. Il sogno è dunque un lavoro psichico che forgia il sentimento di sé e del proprio funzionamento psichico.

O ancora, accogliendo la riflessione di M.L. Algini (18): “... *il sogno, presenta alla nostra mente contenuti e sentimenti che da svegli non riusciremmo a concepire o riconoscere come nostri. È un pò come uno specchio che, al di là della nostra volontà, ci rimanda sia i tratti piacevoli, sia imperfezioni, cicatrici, deformità, che preferiremmo ignorare*”.

Il non avere sogni in adolescenza fa pensare all'impossibilità di compiere questo lavoro psichico, accantonando la possibilità di sentirsi protagonisti della propria vita interiore, mettendo da parte l'opportunità di coltivare i desideri e di industriarsi ad immaginare quali strumenti approntare per raggiungerli. Certamente, non sognare preserva dal riconoscimento dello scarto tra l'Io ed il suo Ideale, escludendo il pericolo di cedere alla seduzione melanconica, attraverso il ricorso a difese antidepressive.

Sottostà alle condotte tossicomane un'intollerabile fragilità narcisistica e l'impedimento ad accedere ad un registro psichico simbolico e rappresentabile, attraverso tentativi onnipotenti di soffocare l'angoscia depressiva, mentre si scivola verso alterni e coattivi meccanismi che spianano la strada ad una dimensione de-oggettualizzata. Questi stati depressivi sono delle difese davanti all'angoscia di annientamento per l'assenza dell'oggetto, l'angoscia della perdita è tenuta a bada proprio attraverso il compulsivo appello ad un oggetto concreto, parziale ed alienante.

Altra dimensione depressiva è quella di *Valentina*, una ragazzina di 12 anni che ha iniziato il trattamento per le difficoltà di relazione con i coetanei e per le ansie di morte per i suoi genitori che comparivano al momento di addormentarsi.

Valentina arrivava alle sedute bisognosa di piangere e di gridare con forza tutta la rabbia, così intensa che la spingeva verso fenomeni di derealizzazione. Appoggiava il sentirsi

diversa dalle sue amiche su di una malformazione congenita, un angioma cavernoso alla gamba, una ferita narcisistica inscritta nel corpo, che rinviava ad una mancata integrazione di altre e più intricate vicende affettive.

La sua brillante intelligenza, i suoi ottimi risultati nello studio, la riuscita nelle attività sportive che intraprendeva, non riuscivano a colmare quello spietato sentimento di mancanza e di inadeguatezza che lei, come i suoi genitori, avevano ricondotto al difetto corporeo.

Alla sua nascita, avvenuta dopo diversi anni di matrimonio dei genitori per l'intenso desiderio di maternità di sua madre, il padre rimase molto scosso dall'imperfezione della bambina, così accolse l'invito materno di occuparsi in modo esclusivo della figlia, istituendo un funzionamento genitoriale *zoppicante* che, a livello psichico e relazionale, riproponeva la malformazione del corpo. Questa scelta genitoriale stava ad indicare la mancata elaborazione, all'interno della coppia, della ferita narcisistica provocata dall'imperfezione della figlia.

Alla nascita del fratello, concomitante al lutto della nonna materna, tale organizzazione entrò in crisi e Valentina si trovò alle prese con una dimensione di perdita mai sperimentata, che conferì carattere traumatico alla separazione ed al lutto. Fu allora che iniziarono i conflitti con le coetanee, segno di una potente aggressività, che spinse la madre a richiedere una consultazione.

L'identificazione narcisistica che sosteneva il legame di Valentina con la madre con la pubertà era entrata in crisi, ineludibile era il confronto con l'aggressività, veicolato dalle fantasie di morte. Tutto ciò autorizzava a pensare che la depressione della ragazza, per quanto si ancorasse con una ferita narcisistica, rappresentasse anche il riproporsi di quei nodi che costringevano l'Io di Valentina a zoppiare, divisa dal bisogno di tentare di svincolarsi dal gioco materno, senza rischiare una perdita traumatica e il tentativo di costruzione di una propria soggettività.

D'altra parte, la distanza della figura paterna, o la sua estrema rigidità, non avevano permesso di dare corso ai processi di de-idealizzazione di questo oggetto da parte di Valentina, né tantomeno avevano consentito al padre di riconoscere nelle aspettative ideali rivolte alla figlia il bisogno di rassicurarsi rispetto alla propria delusione negata, proiettata sulla malformazione di Valentina.

Il percorso con questa adolescente si è concluso piuttosto rapidamente, forse la fine è stata intempestiva, o si è trattato di un'esperienza che potrà in futuro permettere alla ragazza di pensare con più fiducia ad un lavoro analitico.

La ragazza nello spazio terapeutico ha trovato un luogo di ascolto, una dimensione in cui sentirsi protagonista privilegiata, non vincolata all'esigenza di compiacere l'oggetto o di temerne la perdita. Ha potuto sperimentare che le sue spinte aggressive vitali non distruggevano l'oggetto ma le permettevano di scoprire un altro modo di stare in relazione. Mi ha chiesto di terminare con l'ingresso nella scuola superiore, dopo aver girato un film

in cui ha accettato di non rivestire il ruolo della protagonista principale, confrontandosi con il limite, così come è avvenuto dentro di me quando, accogliendo la sua sfida adolescenziale di volersi misurare da sola con se stessa, ho acconsentito di lasciarla andare.

Che fare?

Sappiamo che l'insorgenza dei disturbi depressivi è piuttosto frequente in età evolutiva, e che possono assumere andamento cronico o ricorrente, qualora non diagnosticati. Inevitabile è l'impatto sulla qualità della vita dell'adolescente, data la significativa alterazione che si registra a livello del funzionamento adattivo, sociale e cognitivo.

“Senza un adeguato trattamento, le conseguenze della depressione sono estremamente serie: il 20-60% presenterà un secondo episodio depressivo entro due anni, oltre ad avere un aumentato rischio per altre psicopatologie; il 40-80% dei soggetti depressi sperimenterà pensieri suicidari; il 35% tenterà il suicidio; il 2-5% morirà per un suicidio completato entro 10-20 anni dall'episodio iniziale” (19).

È quindi di estrema importanza una precoce individuazione dei primi segni, sintomi e sentimenti depressivi, al fine di scongiurare esiti negativi. Spetta alla particolare sensibilità e capacità empatica delle figure adulte di riferimento: familiari, insegnanti, pediatri o altri operatori educativi e sociali, riconoscere i primi segni di disagio dell'adolescente, e richiedere un intervento specialistico.

Particolare enfasi viene posta dalle Linee Guida (SINPIA) sulla precocità dell'intervento diagnostico e la presa in carico terapeutica, al fine di riuscire a prevenire rischiosi passaggi all'atto. Come detto, in adolescenza, i sintomi possono presentarsi in modo conclamato o attraverso manifestazioni sintomatiche comuni ad altre psicopatologie e in diversi ambiti: famiglia, scuola, amici.

Le Linee Guida raccomandano di procedere ad un profilo diagnostico anche in quelle situazioni potenzialmente a rischio (Flow Chart), capaci di cagionare disturbi depressivi. Si tratta di quei contesti in cui l'adolescente si misura con esperienze di vita sfavorevoli (lutti, divorzi, insuccessi scolastici, malattie, sciagure e calamità). In tali situazioni, è necessario approfondire la presenza di eventuali indicatori di rischio.

Il processo diagnostico dovrà pertanto contemplare l'approfondimento di livelli differenti (familiari, individuali, somatici etc.), e sarà fortemente influenzato dalla capacità degli specialisti di stabilire con l'adolescente e con i suoi familiari un rapporto fiduciario. La valutazione permetterà di co-costruire un *progetto di intervento mirato*, includendovi la presenza di eventuali fattori negativi e di impedimento alla realizzazione di quanto proposto. La terapia elettiva è la psicoterapia, sia essa individuale o familiare, che dovrà essere condotta da professionisti esperti, competenti in questo tipo di trattamento.

I disturbi dell'umore in età evolutiva *sono disturbi di lunga durata, non si autolimitano, hanno un impatto negativo multidimensionale sulla qualità della vita, causano una signifi-*

cattiva compromissione funzionale e sociale, viene rimarcato nelle stesse Linee Guida.

L'importanza di offrire all'adolescente uno spazio di ascolto destinato ad accogliere i suoi pensieri, le sue preoccupazioni e le sue angosce o le ideazioni suicidarie, gli permette al contempo di confrontarsi con un interlocutore che possa aiutarlo a dare senso ai suoi agiti, a riflettere insieme su eventuali assunzione di alcool o di sostanze, o sull'adozione di condotte a rischio, su comportamenti autolesivi, o esperienze di abuso o di maltrattamento, familiare o esterno alla famiglia. Essere vittima di bullismo scolastico è un altro fattore considerevole.

Il Progetto Terapeutico Integrato (PTI) raccomandato dalle Linee Guida prevede sia interventi di carattere generale (sostegno alla famiglia, eventuali figure di supporto per l'adolescente), sia altri più specifici rivolti all'adolescente (psicoterapia e trattamento farmacologico, qualora risulti opportuno). *La scelta del tipo di intervento dipenderà essenzialmente da due variabili: l'età del soggetto e la severità del quadro clinico. Questi fattori, oltre a determinare la scelta del tipo di intervento, definiscono, all'interno di ciascun intervento, le modalità migliori per la sua realizzazione.*

L'approccio terapeutico alle depressioni dell'adolescente prevede una pluralità di interventi tra loro coordinati, nella duplice prospettiva: sincronica e diacronica. Sincronica perché fondata sul costituirsi di una rete *funzionalmente* collegata tra i differenti operatori, fondata sul principio condiviso dell'unicità e indivisibilità psico-somatica del soggetto. Diacronica, poiché tali interventi terapeutici e riabilitativi o di supporto dovranno tener conto che trattasi di un soggetto in età evolutiva, le cui esigenze sono soggette ai processi di crescita e di maturazione. *“Una rete operativa di servizi ben articolata è necessaria non solo a garantire l'implementazione di provvedimenti sociali, ma soprattutto ad integrare in maniera funzionale le prestazioni che le Unità Organizzative Ospedaliere e Territoriali di NPIA non riescono direttamente a fornire”* specificano le Linee Guida richiamate.

Per concludere

L'origine delle depressioni non è univoca, ogni situazione clinica necessita di essere approfondita per poterne comprendere l'origine. E questo rende più difficile una diagnosi tempestiva che pure sarebbe necessaria. I cambiamenti durante il periodo pubertario rendono fragile l'adolescente. Vulnerabilità neurobiologiche sono incontestabili, insieme ad altri fattori ambientali, problemi familiari o altri avvenimenti di vita. Un altro fattore di portata incontestabile è la pressione culturale e sociale che porta, a questa età in cui la speranza e l'idealizzazione sono movimenti naturali, certi giovani a vivere il mondo come troppo deludente, troppo costrittivo o inquietante rispetto al futuro. Le conseguenze di questi periodi depressivi sono numerose e talvolta gravi ed è quindi fondamentale riuscire ad assicurare una tempestiva e adeguata presa in carico.

Tra le possibili risorse e nelle attività di prevenzione in primo piano c'è indubbiamente la

famiglia, spesso caratterizzata da relazioni difficili e conflittuali. In secondo luogo, va annoverato il ruolo della scuola che ha una funzione estremamente delicata, essendo questi adulti possibili sostegni identificatori per l'adolescente.

Freud lo aveva ben compreso quando scriveva: *“la scuola secondaria sostituisce per i suoi allievi i traumi che altri adolescenti subiscono in condizioni di vita diverse. [...] deve creare in loro il piacere di vivere e offrire appoggio e sostegno in un periodo dell'esistenza in cui sono necessitati dalle condizioni del proprio sviluppo ad allentare i legami con la casa paterna e la famiglia [...] La scuola non deve mai dimenticare di aver a che fare con individui ancora immaturi, ai quali non è lecito negare il diritto di indulgere in determinate fasi, seppur sgradevoli, dello sviluppo. Essa non si deve assumere la prerogativa di inesorabilità, propria della vita; non deve voler essere più che un gioco di vita”* (20).

“Dunque la depressione implica speranza, ma che genere di speranza? – si interrogava Winnicott – Suggestirei: la speranza di essere tenuto in braccio per un certo tempo, mentre ha luogo l'elaborazione – cioè una sorta di riordinamento, di superamento interiore, nel cosiddetto mondo interno” (21).

BIBLIOGRAFIA

1. Cahn R. Adolescenza e follia. Roma: Borla: 1994. 185-188.
2. OMS <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>.
3. Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. 1905. Vol. IV. Torino: Bollati Boringhieri: 1970.
4. Racalbutto A. Perdita dei limiti, limiti della dipendenza, depressione infantile e adolescenziale. In Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 33-52.
5. Gutton Ph. Psicoterapia e adolescenza. Roma: Borla: 2002.
6. Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. 1905. Vol. IV. Torino: Bollati Boringhieri: 1970.
7. Winnicott D.W. Gioco e realtà. Roma: Armando: 1974. 239.
8. Winnicott D. W. Effetti sulla famiglia della malattia depressiva in uno o in ambedue i genitori. 1968. In La famiglia e lo sviluppo dell'individuo. Roma: Armando: 1992. 72-74.
9. Férida P. Il buon uso della depressione. Torino: Einaudi: 2002.
10. Green A. Genesi e situazione degli stati limite. 1999. In André J. Gli stati limite. Milano: Franco Angeli: 2000. 21-50.
11. Monniello G. Ivancich V. Révision critique des aspects dépressifs du syndrome borderline à l'adolescence. In Perspectives Psy 2004/4. Groupe EDP Sciences. Vol. 43. 296-309.
12. Gutton Ph. Dépressivité et stratégies dépressives. In: Affliction. Monographie de la revue Adolescence. Paris : L'esprit du temps: 1999. 9-16.
13. Carau B. Introduzione. In Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 127-130.
14. Bracconier A. Menace dépressive et dépression à l'adolescence. In Adolescence, International Society for Adolescent Psychiatry et al., Personality and conduct disorders, Paris: Editions GREUPP: 2000. 73- 85.
15. Arnoux D. La depressione in adolescenza. Roma: Borla, 2005.
16. Gedance D. Ladame F. Snakkers J. La dépression chez l'adolescent. In Revue Française de. Psychana-

- lyse, 1977, 36 Paris: Puf:197. 257-259.
17. Laufer M. Psicopatie e depressioni nell'adolescenza. Roma: Armando, 1981.
 18. Algini M.L. La seduzione del sogno. In Cupelloni P. La ferita dello sguardo. Milano: Franco Angeli: 2002.
 19. Linee Guida SINPIA. I disturbi depressivi in età evolutiva. 2007. www.sinpia.eu/atom/allegato/362.pdf.
 20. Freud S. Contributi a una discussione sul suicidio. 1910. Vol. VI. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
 21. Winnicott D.W. Frammenti sui vari tipi di confusione clinica. 1956. In Esplorazioni psicoanalitiche. Milano: Cortina: 1989.42-43.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La depressione dell'anziano. *Primum percipere* *The elderly depression. Primum percipere*

Luisa Bartorelli

Primario emerito di Geriatria, Presidente Alzheimer Uniti Onlus.

Parole chiave: depressione reattiva, sintomatologia somatica, strategie terapeutiche, interventi psicosociali

RIASSUNTO

La depressione dell'anziano assume particolari espressività, dovute alle condizioni di fragilità fisiche, psichiche ed esistenziali, in un mondo che non gli è favorevole.

Anche i dati epidemiologici, più rilevanti nel sesso femminile, risultano estremamente variabili, a seconda dei setting e degli ambienti nei quali sono stati rilevati.

La perdita dello stato sociale, la solitudine e soprattutto il calo funzionale legato all'invecchiamento, ai quali spesso si unisce la presenza di altre malattie, sono le maggiori cause di insorgenza della depressione nell'anziano.

Importante per una diagnosi precoce è considerare l'overlapping tra disturbi cognitivi e depressivi.

Il trattamento farmacologico deve tener conto dei numerosi effetti collaterali, dovuti anche agli eventi avversi da frequente interazione con le sostanze utilizzate per le patologie concomitanti; nell'anziano sono da preferire farmaci con minor effetto negativo sul tono colinergico.

Utili risultano tutti gli interventi psicosociali, che valorizzino la persona, sostenendone l'autostima, la dignità e i diritti, compreso quello di *essere triste* quando la condizione umana venga alterata da perdite ed eventi negativi

Key words: reactive depression, somatic symptomatology, therapeutic strategies, psychosocial interventions

SUMMARY

The elderly depression assumes particular expressiveness, due to the conditions of physical, psychological and existential fragility, in a world that is not favorable to him. Even the epidemiological data, more rel-

Autore per corrispondenza: luisabart@tin.it

evant in the female sex, are extremely variable, depending on the settings and the environments in which they were collected. The loss of social status, loneliness and above all the functional decline linked to aging, which is often associated with the presence of other diseases, are the main causes of the onset of depression in the elderly. The overlapping between cognitive and depressive disorders is important for early diagnosis. Pharmacological treatment must take into account the numerous side effects, which are also due to adverse events due to frequent interaction with substances used for concomitant diseases; in the elderly, drugs with less negative effect on cholinergic tone are preferred. All psychosocial interventions are useful, since they enhance the person, support self-esteem, dignity and rights, including the right of being sad when the human condition is altered by losses and negative events.

Premessa

La depressione è considerata malattia tipica della nostra epoca a causa della perdita dei valori tradizionali e per la precarietà degli attuali modelli di vita; infatti gli elevati indici di prevalenza sono ricondotti spesso a fattori di natura socio-culturale. Tuttavia i suoi sintomi si presentano immutati nel tempo e nello spazio, senza variazioni significative legate a condizioni epocali.

Infatti anche nel passato remoto si ritrovano plausibili descrizioni della depressione, riguardanti anche personaggi mitici delle più antiche civiltà, tanto da poter affermare che fin dalle sue origini l'uomo si è trovato a convivere con essa, a volte ritenendola provocata da influenze maligne e quindi fonte di disprezzo per empietà (pratiche magiche, riti purificatori, inquisizione). Altre trovandola scientificamente da medici, quali Ippocrate, Aulo Cornelio Celso, Sorano di Efeso, Areteo di Cappadocia, e non ultimo Galeno; altre ancora innalzandola a potenza creatrice, come nei riguardi di Michelangelo, Caravaggio, Albrecht Durer.

Inoltre la depressione con il nome di *melanconia* è stata appannaggio di poeti, scrittori e drammaturghi come Dante, Foscolo, Leopardi, Byron, Poe, Kierkegaard, Nietzsche, Pavese. Ma fu l'illuminismo a porre per primo l'accento sul trattamento psico-affettivo della malinconia: lo psichiatra Philippe Pinel (1745-1826) la definì come “*un disordine delle affezioni morali che agiscono sulle facoltà intellettive*”, affermando la validità di un tale tipo di trattamento.

Comunque è solo con Kraepelin, alla fine dell'Ottocento, che la malinconia trova un suo specifico statuto scientifico come malattia, con tutte le conseguenti classificazioni nosografiche, che nel tempo giungono fino all'odierno DSM V.

La depressione dell'anziano oggi

Parlare di depressione dell'anziano significa per un geriatra innanzi tutto fare i conti con una epidemiologia che, nei suoi dati estremamente variabili (dal 3,3% al 65% negli ultrasessantacinquenni) distingue i luoghi di rilevazione ma non le specificità causali e le modalità di esordio in età avanzata. Infatti al geriatra non si confà la depressione che in-

sorge da giovane o in età media e che persiste o si riacutizza più tardi; in quel caso si trova davanti a un muro che non riesce a valicare con il consueto dialogo e la “compassione”, attraverso i quali è abituato a porgere anche un farmaco, se necessario. Mentre invece, di fronte a un anziano depresso per le perdite della sua condizione fisica, esistenziale ed ambientale, si apre davanti a lui tutto il mondo della relazione di cura, in ogni suo aspetto. La figura del geriatra è più consona a comprendere le ragioni di tali sofferenze, abbinando all’accurato approccio diagnostico la ricerca di interventi terapeutici integrati, farmacologici e non, rivolti a una fascia di popolazione sempre più ampia soprattutto nelle decadi più avanzate e più fragili.

Ecco perché in questo capitolo si parlerà soprattutto di depressione *reattiva*, per la quale dati statistici ci parlano del 4% negli ultrasessantacinquenni, valore che sale al 27% negli ultraottantacinquenni, gli *oldest old*.

Il genere femminile, pur tenendo conto della maggiore sopravvivenza della donna (ma ormai ridotta da 7 a 5 anni!), parte svantaggiato di quasi il doppio come nella popolazione generale ma è alla pari nella fascia dei grandi vecchi. Si ritiene che la considerevole differenza di genere che compare in tali dati sia dovuta più alla maggiore espressività emotiva delle donne nei riguardi dei loro disagi rispetto agli uomini abituati culturalmente ad essere meno espansivi. Tuttavia le donne sopportano meglio la loro condizione, anche in tarda età, e rispondono meglio alle terapie, soprattutto all’approccio psicologico (1).

È da considerare comunque che in letteratura i dati variano a seconda dei setting (ma sarebbe meglio chiamarli ambienti di vita), nei quali sono stati rilevati in ambulatorio dal MMG, o in assistenza domiciliare o in RSA. In quest’ultimo caso il dato vola al 65%, anche se compare un *overlapping* con i disturbi cognitivi (2).

Un’ ultima notazione sui centenari, che oggi in Italia superano i 18.000, in prevalenza nella fascia d’età 100-105 e naturalmente in maggioranza donne, fatta eccezione per l’enclave sarda, oggetto di studio per l’anomala prevalenza di uomini.

Ebbene, più per esperienza di geriatri che per gli scarsi dati epidemiologici, la depressione nei centenari risulta quasi inesistente, anzi nei loro riguardi si è rilevato un alto tono dell’umore. A questo proposito è da citare il caso del *maximum life span*, quello di Jeanne Calment, cittadina di Arles nel Sud della Francia, la quale poco prima di morire concedeva ai giornalisti un’ eccitata intervista, in occasione del compleanno dei suoi 122 anni!

Al di là delle considerazioni genetiche da fare sui centenari e in questo caso anche sulla natura mediterranea dell’ambiente, bisogna tener conto della loro posizione all’interno della famiglia o comunque del ruolo che rivestono nell’immaginario della comunità di appartenenza. Essi sono considerati come cristalli fragilissimi ma preziosi, da proteggere dagli urti e dalle scosse del mondo esterno, ma anche da esibire con orgoglio per il loro valore. Cresce così nei centenari l’autostima, con una favorevole percezione di sé, che allontana la depressione (3).

Invecchiamento e patologia

I fattori di rischio maggiormente incidenti sull'insorgenza di depressione nell'età avanzata sono la perdita dello status sociale, tipicamente il pensionamento, la solitudine o addirittura l'isolamento, l'invalidità e ogni forma di dipendenza dagli altri, le ripetute esperienze di perdita di persone o di oggetti. Anche in un normale invecchiamento, i cambiamenti biologici e cognitivi e la minor definizione del ruolo creano forti turbolenze. La temporalità e la corporeità hanno un ruolo centrale: da un lato il futuro si riduce sempre di più; dall'altro il corpo si fa più lento e rigido, la vista diminuisce e l'udito è meno acuto. I deficit visivi rendono meno sicura la deambulazione, quelli uditivi osteggiano le relazioni sociali e una disabilità fisica anche modesta può alterare la percezione della propria identità.

Le perdite affettive, grande tema dell'età più anziana, rappresentano sempre una criticità, sia come causa di solitudine, sia per le modalità di elaborazione del lutto. Infatti frequenti lutti comportano lo sforzo di integrare di volta in volta ogni perdita nella propria vita, non inteso come il dolore patologicamente prolungato del depresso ma come costante riferimento ad una relazione del passato.

A questo proposito nel depresso si rileva una minore *resilienza*, una maggiore difficoltà a resistere agli urti della vita, con una incapacità di adattamento a nuove situazioni. Diminuisce, quindi, quello stato motivazionale positivo che dà luogo invece nell'invecchiamento "di successo" a tenacia e a determinazione e che è alla base del cosiddetto *paradosso del benessere*, cioè la possibilità di sentirsi soddisfatti nonostante le perdite affettive e il declino della salute.

Proprio a causa di questo scenario con le sue ambivalenze e le sue ambiguità, la depressione nell'anziano è una patologia a volte sovrastimata, se si assimila alle esperienze di lutto e di disadattamento ma il più delle volte è sottostimata, perché viene percepita come condizione naturalmente insorgente in questa fase della vita. Essendo quindi sottodiagnosticata e sottotrattata, nonostante sia frequente e trattabile, è ad elevato tasso di ricadute e spesso peggiora la prognosi delle malattie somatiche concomitanti.

In realtà è necessario diagnosticarla all'esordio, poiché accresce il rischio di disabilità innescando un pericoloso circolo vizioso che può condurre alla riduzione dell'autonomia, fino alla sua perdita totale (4).

In età avanzata è particolarmente forte questo feed back mente-corpo, per cui anche quando il medico rivolge giustamente la sua attenzione al tono dell'umore, cioè ad una funzione psichica, deve tener conto che l'anziano e in particolare l'anziano fragile hanno bisogno di un approccio globale. Non vale più la triade tradizionale diagnosi-terapia-guarigione (Fig.1), ma la procedura diagnostica viene ampliata a una valutazione multidimensionale, possibilmente multiprofessionale. L'obiettivo è naturalmente la guarigione ogni volta che sia possibile ma il più delle volte si punta al sostegno alla persona nel suo

ambiente di vita e al mantenimento dell'autonomia, anche attraverso gli *small gains*, cioè i piccoli guadagni, peraltro tanto importanti per la qualità di vita dell'anziano (5).

È necessario quindi osservare non solo la struttura della sua personalità, la presenza di eventi stressanti nella sua storia e altri fattori psicosociali, ma anche le condizioni fisiche della persona e in generale la sua funzionalità globale.

Infatti le principali caratteristiche dell'anziano fragile sono la presenza di una multimorbosità, accompagnata spesso da una polifarmacologia che lo mette a rischio iatrogeno; una precarietà omeostatica che crea complicanze, circoli viziosi e scompensi a cascata

Figura 1- Medicina tradizionale e medicina geriatrica



Figura 2- Peculiarità cliniche dell'anziano fragile

- COMMISTIONE TRA PROBLEMI MEDICI, PSICOLOGICI E SOCIALI
- TENDENZA ALL'INVALIDITÀ E ALLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA
- COESISTENZA CONTEMPORANEA DI PIÙ SITUAZIONI PATOLOGICHE DI DIVERSA NATURA E A CARICO DI DIVERSI ORGANI
- DIFFERENZE SINTOMATOLOGICHE, SPECIE ALL'ESORDIO
- FREQUENTE INSORGENZA DI PATOLOGIA IATROGENA
- ELEVATO RISCHIO DI COMPLICANZE CON "SCOMPENSI A CASCATA" E "CIRCOLI VIZIOSI"

Figura 3- Scompenso a cascata

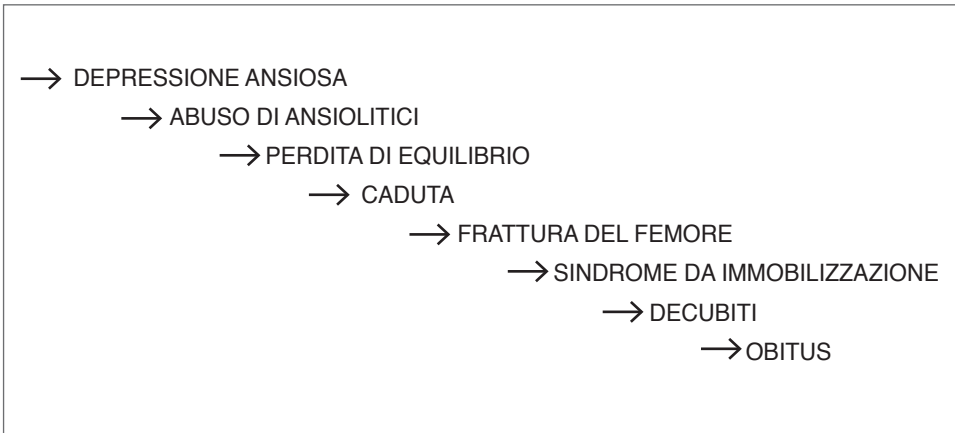


Figura 4- Circolo vizioso



(Fig. 2, 3, 4); il tutto accompagnato spesso da una difficoltà di comunicazione che inficia l'interazione bio-psico-sociale.

Tutto ciò fa sì che anche la depressione nell'anziano assuma aspetti clinici peculiari, tra i quali spicca una sintomatologia somatica molto rilevante, che si esprime con lamentele riguardanti la salute fisica, affaticabilità assieme a perdita di appetito e di peso, denuncia di dolori migranti, insonnia, tanto da far parlare di *depressione mascherata*.

D'altro canto, quando gli aspetti psicologici vengono denunciati o emergono chiaramente, sono tipicamente caratterizzati da una tristezza motivata da perdita dell'autostima, ritiro sociale, consapevolezza delle proprie incapacità, più che da sconforto sine materia, disperazione e senso di colpa.

Tuttavia più raramente, quando una depressione maggiore è diagnosticabile secondo i classici criteri, si rileva una marcata diminuzione di interesse o piacere per tutto ciò che riguarda l'ambiente esterno, sentimenti di autosvalutazione e di colpa inappropriati e angoscia di morte, a volte ideazione suicidaria.

Inoltre è importante identificare quadri atipici o sottosoglia, così come distinguere tra depressione temporanea legata a lutto o disadattamento e tra depressione accompagnata da deficit cognitivo e demenza. Come si presenta l'aspetto di un anziano depresso? L'espressione più assente che triste, la postura statica, manifesta sospettosità, a volte franca ostilità, crisi di pianto o lamenti, trascuratezza personale e ritiro sociale; in casi gravi e non trattati, perdita di capacità di interazione con gli altri e confusione.

Tuttavia, escludendo questi ultimi casi, un approccio empatico, riferito sia alla sua condizione esistenziale che ai suoi disturbi somatici, spesso è in grado di sciogliere la sua negatività, e se applicato in modo continuativo può dare sorprendenti risultati sul tono generale dell'umore (6).

Depressione e demenza

Il rapporto tra depressione e demenza, assai complesso e intricato, va considerato da ottiche differenti: la depressione come sintomo nelle diverse fasi della demenza, o come fenomeno che slatentizza una condizione già esistente, o addirittura come prodromo di malattia, o come fattore di rischio. Tuttavia anche queste situazioni vanno ulteriormente ad intrecciarsi nella variabilità della vita delle persone (Fig. 5, 6).

L'importante è trovare un *fil rouge* all'interno delle differenti espressività cliniche, per sfuggire a quello che altrimenti potrebbe apparire incomprensibile, casuale, caotico ed è invece un mondo di sofferenza da dipanare e sostenere. All'esordio, quando vi è consapevolezza del deficit cognitivo, anche se le persone di cultura tendono a mascherarlo con strategie di compenso, è frequente cadere in uno stato depressivo. In alcuni tipi di demenza, come nelle fronto-temporali, subentra invece una *fatuità*, che ripara dalla depressione. Tuttavia, "... non è affatto gradevole essere ossessionato dal sospetto che la propria intelligenza stia declinando o, a nostra insaputa, svapori come etere da una fiala stappata, cosicché a ogni occhiata vi si trova un residuo sempre minore e sempre più volatile." (N.Hawthorne, La lettera scarlatta).

In questa fase possono intervenire pensieri suicidari, raramente messi in atto. In realtà nell'ambito della demenza il suicidio è appannaggio del caregiver, che in uno stato di grave carico certamente materiale, ma soprattutto emotivo, spesso vissuto in solitudine,

Figura 5- Caratteristiche differenziali

DEMENZA	DEPRESSIONE
Insorgenza insidiosa	Insorgenza improvvisa
Progressione lenta	Progressione rapida
Paziente non consapevole	Paziente consapevole
Confabulazioni	Disturbi della memoria
Il paziente sminuisce la disabilità	Enfasi sulla disabilità
Comportamento congruo all'entità del deficit	Comportamento spesso incongruo
Spesso mancanze di risposte	Risposta globale (non so)
Peggioramenti notturni	Non variazioni notturne
Umore incongruo	Umore depresso
Scarsi sintomi neurovegetativi	Frequenti sintomi neurovegetativi
Precedenti psichiatriche infrequenti	Precedenti psichiatriche frequenti
Rischio suicidario basso	Rischio suicidario presente

trascina nel suo gesto il proprio assistito, coniuge o genitore che sia.

Nella fase intermedia la depressione diventa classicamente un *cluster* dei disturbi del comportamento (con enorme range di prevalenza in letteratura, da 2 a 85%), che può tingeggiarsi di tristezza senza speranza, perdita di autostima, labilità emotiva, confinando con il cluster dell'apatia per perdita di interessi, rifiuti e ritiro sociale. L'apatia è comunque il disturbo comportamentale più perturbante per il caregiver, come risulta da un ampio studio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) (7).

Nella fase severa tale corredo di sintomi diventa meno manifesto, ma quando si riesce a penetrare nel mondo interiore della persona, attraverso l'osservazione, l'ascolto e una comunicazione anche non verbale, allora è possibile comprenderne i comportamenti, seppure incongrui o addirittura bizzarri, attribuibili a uno stato depressivo. È la base della cosiddetta terapia di *validazione*, che non disconfermando la persona sostiene il tono dell'umore e la sua integrità.

Volendo rapportarsi a tali situazioni in un'ottica diversa, alcuni studi mostrano che mutamenti del tono dell'umore insorgono parecchi mesi prima della diagnosi di demenza, nel senso di aumento dell'ansia, disturbi del sonno, ritiro sociale e franca depressione, come se fossero un epifenomeno di un disagio cognitivo già esistente; altri sottolineano che episodi depressivi si ritrovano in grande prevalenza nell'anamnesi remota di persone con diagnosi di demenza (8).

Pur non volendo escludere da un corretto approccio farmacologico antidepressivo la persona con demenza, ma tenendo conto dei numerosi effetti avversi di tali farmaci sul tono

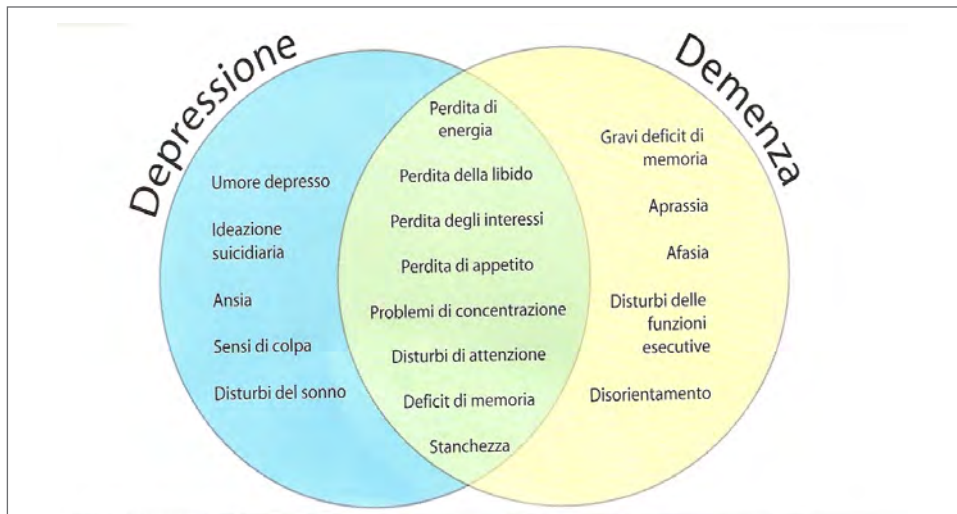
colinergico e anche della possibile interazione con tanti altri consumati per altre patologie, è doveroso mettere in atto tutte le strategie *non farmacologiche* disponibili, adeguate e personalizzate. È bene però non utilizzare una negazione parlando di interventi che si ritengono efficaci per tali situazioni; è bene infatti chiamarli *interventi psicosociali*, per dar loro spazio e dignità!

Nel programmare le attività bisogna anche tener conto che l'intensità della sintomatologia depressiva non è in genere correlata alla severità dei disturbi cognitivi ma alla perdita di autonomia.

Trattamento

L'approccio terapeutico al paziente anziano depresso è reso difficile dalla presenza di problemi sensoriali, uditivi, visivi e dalle già citate preoccupazioni sulla propria salute, le situazioni di lutto, o comunque un bilancio esistenziale negativo. Inoltre vi è una tendenza a polverizzare le richieste che mette a volte fuori strada coloro che valutano la situazione. Da parte di questi ultimi, medici, psicologi o altre professioni impegnate

Figura 6- Overlapping tra depressione e demenza



nel settore, alcuni fattori influenzano una scorretta comunicazione, come atteggiamenti personali di fronte alla vecchiazza, stereotipi negativi e pregiudizi, per non parlare della sempre denunciata scarsa disponibilità di tempo, che spesso nasconde una mancanza di comprensione e di motivazione.

Interventi farmacologici

Per quanto riguarda la scelta del farmaco antidepressivo, fattore rilevante è naturalmente una sua riconosciuta efficacia ma anche la considerazione degli effetti collaterali, delle tossicità da sovradosaggio, delle interazioni farmacologiche dovute alla presenza di altre terapie legate alla comorbidità.

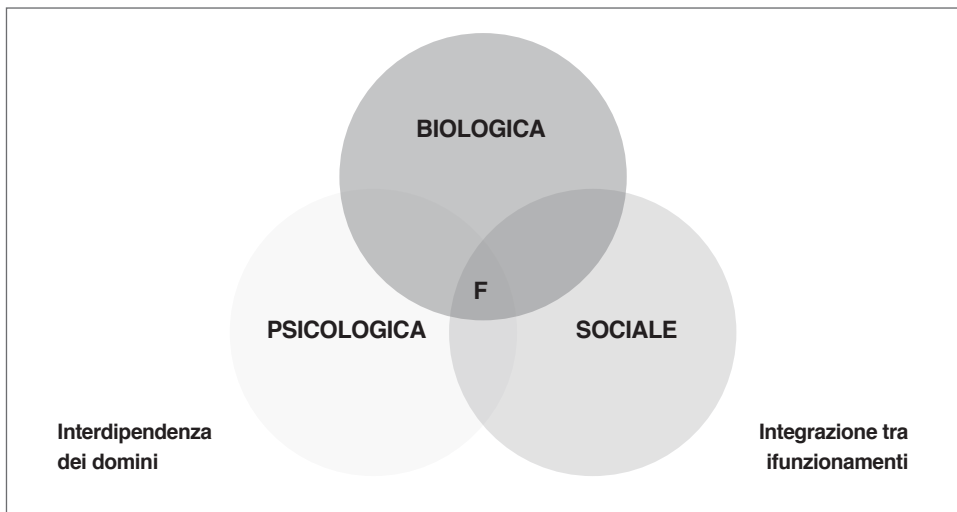
Nei riguardi dell'anziano ci si rivolgerà quindi a quelle sostanze che abbiano dimostrato minori effetti avversi, ponendo l'attenzione sull'insorgenza di ipotensione ortostatica, di alterazioni elettrocardiografiche, di stipsi, di ritenzione urinaria e soprattutto sulla riduzione delle performances cognitive o sul peggioramento di un deficit già esistente. Inoltre molti farmaci usati in età avanzata possono causare a loro volta sintomi depressivi: propranololo, diuretici, metildopa e psicotropi come neurolettici, benzodiazepine e barbiturici; inoltre alcuni analgesici-antinfiammatori (9).

Interventi psicosociali

Anche in questo tipo di approccio è necessario pensare al precario equilibrio omeostatico in cui viene a trovarsi l'anziano fragile, per cui i livelli somatico, psicologico e sociale si intrecciano in un meccanismo di feedback dentro al quale vi è la centralità della persona e delle sue funzioni.

Il geriatra può essere il coordinatore di un'equipe multiprofessionale capace di elaborare un progetto terapeutico che tenga conto delle tre sfere (Fig. 7), in particolare dell'ambiente in cui l'anziano vive e delle risorse familiari esistenti, ma anche dei desideri dell'an-

Figura 7- Le tre sfere: visione dinamica



ziano stesso e soprattutto delle sue *capacità conservate* a livello fisico, cognitivo e affettivo. A proposito di una valutazione accurata, possono essere utili i test abitualmente utilizzati per la valutazione dei sintomi depressivi e della qualità di vita, anche se spesso auto-somministrati e quindi con difficoltà di rilevazione. L'alternativa migliore è un diretto colloquio empatico con la persona.

Comunque proprio per non alimentare l'umore depresso con richieste eccessive, che mettano la persona di fronte ai suoi deficit, il progetto deve creare un compenso alle sue perdite, ponendosi anche obiettivi di socializzazione, sempre che l'anziano lo voglia.

In effetti l'esperienza fa rilevare quanto sia efficace un setting di gruppo, anche con la partecipazione di altre figure professionali, e quindi una "minore medicalizzazione" che spinga la persona verso una normalità nel suo contesto familiare.

L'approccio di gruppo è particolarmente indicato per le persone con demenza che presentano sintomi depressivi. Infatti gli studi osservazionali, ormai rilevanti in letteratura, mostrano come l'efficacia terapeutica di tali interventi sia maggiore proprio sulla sfera del tono dell'umore. E il miglioramento del tono dell'umore fa sì che regredisca quell'"eccesso di disabilità", spesso causato proprio dalla depressione.

In questo senso hanno mostrato efficacia tutti gli interventi a mediazione artistica, come la *musicoterapia*, l'*arteterapia* (nelle loro varie articolazioni attive e passive) e le visite museali, se condotte con precisi obiettivi progettuali e secondo corretti criteri valutativi. Persino la presenza di un animale domestico accanto ad un anziano con sintomi depressivi (la *pet-therapy*) è stata valutata positivamente, per l'instaurarsi di una relazione che soddisfa bisogni reciproci: l'identità di un ruolo, la rassicurazione del proprio valore, l'esercizio di un potere, la dipendenza da un oggetto d'amore.

Ma per il depresso anziano, con il suo rallentamento motorio e il calo della gestualità e della destrezza, riveste particolare importanza l'offerta di una attività fisica, che non sia la solita ginnastica praticata nei centri anziani, che il nostro depresso quasi sempre rifiuta. Si tratta piuttosto di motivarlo tramite un esercizio fisico che contenga una serie di stimoli cognitivi e affettivi, al fine di incentivare certamente le funzioni dell'apparato neuromuscolare, ma anche di contrastare la perdita dello schema corporeo e l'aprassia, assieme al senso di inutilità; per non parlare della socializzazione che il gruppo comporta. Infatti la variante "danzaterapia", che aggiunge la musica all'esercizio fisico, è risultata efficace dal punto di vista motorio oltre che più gradevole! (10).

Fin qui si è parlato di gruppo, ma ciò non toglie l'importanza per la persona anziana depressa di un approccio psicoterapico individuale, che dovrebbe dare sostegno soprattutto al mantenimento dell'identità, minacciata proprio da conflitti familiari, da un ambiente sfavorevole. Nei grandi vecchi incide anche la concomitanza di altre patologie che generano angoscia di morte, con la manifestazione di un'ansia insostenibile. Infatti appare evidente come in generale la depressione dell'anziano sia frequentemente tintegeeata di

ansia, associata alla sensazione di grande vulnerabilità della persona, ciò che giustificherebbe l'uso degli ansiolitici, da prescrivere con grande prudenza per via degli effetti collaterali avversi, già delineati e soprattutto sull'equilibrio (11).

Da quanto detto precedentemente emerge che l'intervento psicoterapico, sia individuale che di gruppo, deve essere effettuato con grande delicatezza, se si vuole realmente sostenere quell' "io minacciato" dalle perdite che inevitabilmente accompagnano la vecchiaia. È necessario quindi conoscere la storia della persona e dell'ambiente che lo circonda, in modo da attivarne tutte le risorse ancora conservate e facilitarle la mobilitazione sia psichica che fisica.

Da non dimenticare che nell'alleanza terapeutica che così si crea, non deve mancare la presenza e il coinvolgimento nelle cure del caregiver principale e possibilmente di tutto il nucleo familiare (12).

Il diritto di essere tristi

Prima di chiudere il discorso sulla depressione in tarda età, sia consentita all'anziana autrice qualche parola in difesa della malinconia, dimenticando per un attimo i termini scientifici e le evidenze della patologia clinica. La malinconia può essere intesa come *altra cosa* dall'umor nero degli antichi o dall'accidia dei monaci medioevali; dalla perdita di connessioni significative tra le cose o dalla depressione psichica oggetto delle nostre cure. La malinconia non è spesso una trama che permea la nostra vita (fino, è vero, a volte a distruggerla!) ma che ne accompagna le incertezze e *la fragilità* con una intensa forza interiore, da considerare comunque un valore, da non negare, da non perdere? Non è forse la malinconia il frutto della consapevolezza?

Nella *Melancolia* incisa da Durer è un angelo che ne interpreta la parte, anche se le sue ali sono ripiegate e il suo sguardo è fisso con un pensoso distacco, al di là degli oggetti animati e inanimati che lo circondano. L'affollamento delle cose intorno sembra essere l'ancora al mondo reale, nel quale il malinconico è immerso suo malgrado, mentre va alla ricerca di qualcosa che lo trascenda, ma che allo stesso tempo gli dia valore. Il suo sguardo va oltre gli strumenti della scienza, i pesi e le misure, i manufatti dovuti alla destrezza degli artigiani, la materia architettonica.

Questo altro modo di concepire la malinconia, che è comunque un vissuto a cui si aggiungono le percezioni, le esperienze e i legami individuali degli esseri umani, può aprire nuove strade proprio a chi vuole curare: saper essere accanto a chi chiede di esprimere la tristezza al di fuori delle categorie e degli schemi consueti.

BIBLIOGRAFIA

1. Mecocci P, Cherubini A, Mariani E et al. Depression in the elderly: new concepts and therapeutic approaches. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 176-189.
2. Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N. Engl J Med* 2014; 370:1180-2.
3. Senin U, Bartorelli L, Salvioli S. I grandi vecchi: curare ancora. Roma, Carocci Faber, 2013.
4. Cherubini A, Nisticò G, Rozzini R et al. Subthreshold depression in older subjects: an unmet therapeutic need. *J Nutr Health Aging* 2012; 16: 909 – 13.
5. Mezuk B, Edwards L, Lohman M et al. Depression and frailty in later life: A synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011; 27: 879–892.
6. Rozzini R, Trabucchi M. Affective state and symptoms in the elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 2012; 60: 989-90.
7. Gruppo di studio sull'invecchiamento cerebrale SIGG. Stress del caregiver: lo studio SIGG. *Giorn. Gerontol.* 2000; 48: 777-780.
8. Associazione Italiana di Psicogeriatrica. La depressione nella persona che invecchia, Documento di AIP. 2015; X – 1 suppl. 2.
9. Spina E., Trifirò G., Caraci F. Clinically significant drug interactions with newer antidepressants: an update. *CNS Drugs*, 2012; 26 – 1: 39-67.
10. Bartorelli L. Le buone pratiche per l'Alzheimer. Roma, Carocci Faber, 2015.
11. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007; 11: 645-57.
12. Taylor W. D. Depression in the Elderly. *N Engl J Med* 2014; 371:1228-1236.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Depressione e gravidanza *Depression and pregnancy*

Renata Bortolus

Ginecologa - IPF Promozione della Ricerca, Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Parole chiave: depressione post-partum, fattori di rischio, prevenzione

RIASSUNTO

La gravidanza e il puerperio identificano una fase della vita nella quale vi è il rischio, per le donne, di soffrire di disturbi depressivi. La depressione post partum viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua incidenza, delle conseguenze sul benessere della donna, sulla qualità della relazione madre-bambino, sulla famiglia. Questa patologia, che ha una prevalenza, verosimilmente sottostimata, tra l'8% e il 17%, va distinta da altre forme di disturbo psichico che si possono verificare in questo periodo, in particolare il maternity blues o baby blues e la psicosi puerperale.

I fattori di rischio chiamati in causa sono di natura socio-demografica, in particolare in riferimento alla mancanza di supporto sociale, psicologica, o legati alla storia ostetrica, alla gravidanza, al bambino.

Questa condizione di disagio e sofferenza va prevenuta, portata alla luce e presa in carico precocemente, con strategie integrate e interventi che sostengano la maternità e lo sviluppo delle competenze genitoriali, identifichino e valutino i fattori di rischio e le problematiche psicosociali presenti e offrano nelle situazioni francamente patologiche una presa in carico tempestiva e competente.

Key words: postpartum depression, risk factors, prevention

SUMMARY

Pregnancy and puerperium identify one of the stages of life in which women are at risk to suffer from depressive disorders. Post-partum depression is a public health problem, due to its impact, the consequences

Autore per corrispondenza: renata.bortolus@aovr.veneto.it

on the well-being of women, the quality of the mother-child relationship and the family. This pathology, whose prevalence, probably underestimated, is between 8% and 17%, must be distinguished from other forms of psychic disorder that may occur during this period, in particular the maternity blues or baby blues and puerperal psychosis. The risk factors are of a socio-demographic nature, referring in particular to the lack of social or psychological support, or linked to obstetric history, pregnancy, baby.

This condition of distress and suffering must be prevented, brought to light and taken over early, with integrated strategies and interventions that support maternity and the development of parenting skills, identify and evaluate the risk factors and the psychosocial problems and offer a prompt and competent management.

Alle madri

Abbiate fiducia nella vostra storia all'alba della vostra maternità.

Non esistono cattive storie, ma solo dei racconti di vita che trovano o meno le parole per esprimersi.

Dite la vostra sofferenza, i dubbi, le paure, condivideteli in modo che possano essere elaborate delle risposte, da voi stesse e da coloro che vi circondano.

Ammettete senza vergogna i vostri pensieri e i vostri sentimenti.

Accettate senza sensi di colpa le cose che trovate strane in voi in questo periodo particolare.

Rompete la solitudine se provate dei sentimenti negativi verso voi stesse.

Abbiate stima di voi stesse come madri, anche di fronte a delle emozioni contraddittorie.

Fate tutte le domande che dovete fare, anche se il tempo del colloquio con il medico vi sembra contato.

Fate piazza pulita delle idee preconcepite che vi maltrattano.

Essere madre si vive nel tempo. Nessun istinto in questa maturazione.

Sophie Marinopoulos

Introduzione

Le donne presentano un rischio maggiore rispetto agli uomini di essere colpite da depressione, con un rapporto stimato di 2:1. Nelle donne in età fertile la depressione è la seconda causa di invalidità totale dopo l'HIV/AIDS e la prima causa di malattia tra i 15 e i 44 anni, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo (1).

La gravidanza e il puerperio identificano una fase della vita nella quale vi è il rischio, per le donne, di soffrire di disturbi depressivi. Una serie di studi individuano nella gravidanza e nei mesi successivi al parto un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di disturbi depressivi (2, 3). Nel corso della gravidanza possono insorgere o riaccutizzarsi alcuni disturbi psichici, e tra questi anche forme depressive come la depressione ricorrente con o senza sintomi psicotici, la depressione in corso di disturbo bipolare, la depressione reattiva.

Inoltre negli ultimi anni i disturbi psichici del post partum, e in particolare quelli depressivi, sono stati oggetto di interesse e di studio da parte della comunità scientifica: attualmente la depressione post partum viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua incidenza, delle conseguenze sul benessere della donna, sulla

qualità della relazione madre-bambino (4), sulla famiglia.

In relazione alla sintomatologia, la depressione in gravidanza e nel puerperio per lo più tende a mostrare i sintomi che caratterizzano la malattia al di fuori della gravidanza (5): tristezza, stanchezza e facile faticabilità, tendenza al pianto, preoccupazioni eccessive e senso di inadeguatezza, pensieri negativi sulla capacità di portare avanti la gravidanza e sul futuro ruolo di madre, disturbi del sonno, raramente idee autolesive. Nello stesso tempo la depressione post-partum può presentarsi come una malattia subdola, in cui l'umore depresso non è necessariamente il primo o il più importante sintomo, ma spesso è preceduto da ansia, labilità emotiva, disturbi del sonno, faticabilità e irritabilità (6). Sono presenti di frequente anche bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali, senso di colpa e vergogna per l'esperienza depressiva legata alla gravidanza e al parto, riconosciuti dalla nostra società come eventi positivi, gratificanti, fonte di felicità. In tempi recenti l'interesse e l'attenzione alla depressione post partum, si sono orientati a valutare anche gli effetti che questa patologia può esercitare sulla qualità dell'interazione mamma-bambino (7) e sullo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino. Più in generale alcuni studi hanno evidenziato effetti della patologia sullo sviluppo affettivo, cognitivo e comportamentale del bambino (8-11) e sulla relazione di coppia (12). Anche i temi relativi al trattamento farmacologico, alla valutazione dei possibili rischi embrio-fetali e delle conseguenze per la donna di una sospensione della terapia (13), nonché la comparsa di depressione perinatale paterna (12) rappresentano ulteriori capitoli di grande interesse in questo ambito, ma non sono oggetto di approfondimento in questo contributo.

Epidemiologia e clinica

Negli ultimi anni sono stati condotti una serie di studi di prevalenza. La meta-analisi condotta dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* sui risultati degli studi pubblicati tra il 1980 e il 2004 (14) mostra una prevalenza per la depressione durante la gravidanza che si colloca tra l'8,5 e l'11%, e nel primo anno dalla nascita del bambino tra il 6,5 e il 12,9%. Nei primi quattro mesi successivi al parto, il 19,2% delle donne presenta un episodio depressivo.

In merito alla depressione post partum, se consideriamo gli studi condotti in Europa che hanno utilizzato la scala *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (15) con cut-off uguale o superiore a 12 e che hanno valutato la presenza del disturbo nelle 4-8 settimane successive al parto, la prevalenza di depressione post partum varia dall'8% in uno studio condotto nei Paesi Bassi a due mesi dal parto (16) al 16,7%, in uno studio condotto in Francia a 6-8 settimane dal parto (17).

Un'indagine condotta nel nostro Paese, somministrando il questionario EPDS dopo il parto a donne reclutate in gravidanza in occasione dei corsi di preparazione al parto, ha mostrato una positività nel 7,1% (18). La valutazione condotta in tempi recenti dal gruppo

di Palumbo e collaboratori (19), nell'ambito del progetto "Prevenzione ed intervento precoce per il rischio di depressione post partum", ha mostrato una positività analoga all'EPDS con score ≥ 12 (sensibilità 56%, specificità 99%, valore predittivo positivo 91%).

Gravidanza

La depressione in gravidanza è definita dalla presenza di un episodio depressivo non psicotico di lieve-moderata severità, che inizia o si estende in gravidanza (20).

Gli studi che hanno valutato la presenza di una sintomatologia depressiva in gravidanza mostrano un'ampia variabilità, con percentuali che variano dal 10% al 23% (21-23). Una meta-analisi condotta dal gruppo di Gideon Koren del Motherisk Program di Toronto (24) ha stimato una percentuale di depressione nei diversi trimestri, valutata con strumenti di screening e interviste strutturate, dell'ordine del 7,4% nel primo trimestre, 12,8% nel secondo trimestre e 12,0% nel terzo trimestre. Si ritiene che all'incirca il 40% di donne con depressione post partum soffrano di depressione già durante la gravidanza (25).

In merito alla presenza di questa condizione nel nostro Paese, in tempi recenti è stata documentata su 1608 donne al secondo trimestre di gravidanza, la presenza di un disturbo depressivo clinicamente rilevante in circa 20 donne su 100 (20). In particolare l'utilizzo dell'EPDS ha evidenziato una possibile depressione (score 10-12) nel 10,9% dei casi, una probabile depressione (score 13+) nell'8,3% dei casi, mentre il 4,7% delle donne risultava probabilmente affetto da depressione ante partum (score 15+).

Infine uno studio condotto da ricercatori dell'Università di Pisa su 1066 donne a partire dal terzo mese di gravidanza, ha mostrato una prevalenza di depressione maggiore e minore del 12,4% in gravidanza e del 9,6% successivamente al parto, con un'incidenza rispettivamente del 2,2% e del 6,8% (26).

Puerperio

È il periodo di tempo che inizia successivamente al secondamento, cioè all'espulsione della placenta, e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica. Dura in media 6-8 settimane, durante le quali si completa la regressione delle principali modificazioni gravidiche a carico di organi e apparati. Il post partum, ovvero le prime due ore che seguono il secondamento, è parte del puerperio.

Depressione post partum

Si parla di depressione post partum se l'insorgenza del disturbo avviene nelle prime quattro settimane dopo il parto (DSM-IV) o nelle prime sei settimane (ICD-10). In realtà la maggior parte degli studi che si sono occupati della patologia non sempre hanno considerato questi riferimenti, ritenendo depressione post partum anche i casi che insorgono entro 12 mesi dal parto. È stato osservato infatti che nel 50% dei casi la

depressione post partum insorge entro i primi tre mesi dopo il parto e nel 75% dei casi entro i primi sei mesi (1).

La sintomatologia della depressione post partum è costituita da disturbi che sono in parte sovrapponibili a quelli di un quadro depressivo tipico:

- umore depresso non normale per la persona, presente per la maggior parte del giorno, non influenzato dalle circostanze
- perdita di interesse e piacere in attività che normalmente lo sono
- ridotta energia o aumento della faticabilità
- perdita di fiducia o autostima
- ingiustificati sentimenti di autocritica o eccessivo e inappropriato senso di colpa
- ricorrenti pensieri di morte o suicidio, o tentativo di suicidio
- ridotta capacità di pensiero o concentrazione, indecisione
- cambiamenti dell'attività psicomotoria, con agitazione o apatia
- disturbi del sonno di ogni tipo
- disturbi dell'appetito (calo o aumento) con conseguenti cambiamenti del peso.

La depressione post partum si può manifestare a diversi livelli di gravità: lieve, moderata, grave. Si possono osservare depressioni post partum caratterizzate da una sintomatologia lieve o moderata, la cui durata può variare da alcune settimane a pochi mesi, con facile remissione e possibili ricadute e depressioni post partum più gravi, che possono durare oltre l'anno. Il più delle volte la depressione post partum ha una durata di 3-6 mesi, ma nel 25-30% dei casi persiste a un anno di distanza dall'esordio.

Tra il 20% e il 40% delle donne che presentano un episodio di depressione dopo il parto possono andare incontro a ricaduta in una gravidanza successiva (27). Viene inoltre segnalato il rischio, per una donna che ha sofferto di depressione post partum, di andare incontro a episodi depressivi nell'arco di 5 anni, con una maggior probabilità rispetto alle donne che non hanno mai sofferto di questa patologia (28).

La valutazione dei fattori di rischio e della gravità psicopatologica è alla base della costruzione di percorsi di cura personalizzati. La depressione post partum deve essere distinta da altre forme di disturbo psichico che si possono verificare in questo periodo, in particolare il *maternity blues* o *baby blues* e la psicosi puerperale.

Maternity Blues o Baby Blues

È un disturbo dell'umore lieve, molto frequente come risposta a un'esperienza stressante, transitorio e in genere senza effetti a lungo termine, determinato dalla brusca caduta dei livelli estroprogestinici e dalla spossatezza fisica e mentale del travaglio e del parto. Nelle due settimane successive al parto interessa dal 50% all'80% delle donne e tende a risolversi spontaneamente in 7-10 giorni.

La sintomatologia è caratterizzata da una certa tendenza al pianto, stanchezza, ansia, paura

e preoccupazioni eccessive, irritabilità, labilità emotiva, disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà di concentrazione e ridotta interazione con il bambino. Questo quadro tende a scomparire entro le prime due settimane dal parto e non influenza la capacità della madre di prendersi cura del bambino.

Nelle donne affette da *Maternity Blues* è stato riscontrato un rischio di 3,8 volte di sviluppare depressione post partum e all'incirca di quattro volte di manifestare disturbi d'ansia (29).

Psicosi puerperale

Si manifesta generalmente con un esordio improvviso nelle prime due tre settimane dopo il parto, ma si può presentare entro i primi tre mesi. Può essere la manifestazione di un esordio psicotico, di un episodio maniacale all'interno di un disturbo bipolare, una psicosi reattiva breve o una riacutizzazione di un disturbo schizofrenico. La sintomatologia è caratterizzata da rifiuto del cibo, depressione, perdita di contatto con la realtà, disturbi della memoria e del pensiero, deliri, allucinazioni. La gravità dei sintomi rende necessaria l'ospedalizzazione. L'incidenza è di 1 ogni 1000 parti con un rischio di ricadute nelle successive gravidanze pari al 50% (30).

I fattori di rischio della depressione post partum

I fattori di rischio della depressione post partum sono stati esaminati di recente nell'ambito del progetto "Prevenzione ed intervento precoce per il rischio di depressione post partum", realizzato con il supporto finanziario del CCM - Ministero della Salute (1). Di seguito le principali classi di rischio evidenziate.

Fattori socio-demografici

Nell'ambito dei fattori di rischio socio-demografico, la correlazione tra basso livello socio-economico e depressione post partum non è ancora stata chiaramente definita. Infatti, a fronte di studi che lo indicano come fattore di rischio sia per i Paesi sviluppati (31) che in via di sviluppo (32), ve ne sono altri che non hanno confermato questi risultati (33, 34). In merito al ruolo del supporto sociale, vi è un generale accordo tra i diversi studi sull'influenza esercitata da questo determinante sulla depressione post partum. Studi condotti nei Paesi industrializzati (35) e in via di sviluppo (36) hanno mostrato che la mancanza di supporto sociale rappresenta un potente e indipendente fattore di rischio per lo sviluppo della depressione post partum. Inoltre nei Paesi industrializzati essere immigrate (17) o vittime di violenza domestica (37), e nei Paesi in via di sviluppo la disoccupazione del partner (36), anche qui la violenza domestica (38), l'insoddisfazione per le proprie condizioni di vita (39) e la poligamia (40), rappresentano ulteriori fattori di rischio.

Fattori psicologici

Nei Paesi industrializzati importanti fattori di rischio sono: la presenza di depressione e/o ansia nel corso della gravidanza (41, 17), pregresse malattie psichiatriche (42), problemi di relazione con il partner (43), eventi stressanti (43-44), uno stato di eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino (45), un atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza (46). Questi fattori di rischio sono stati documentati anche nei Paesi in via di sviluppo, a differenza di determinanti quali la presenza di pregressi disturbi mestruali (47) e l'intenzione di rientrare rapidamente al lavoro (48), fattori documentati soltanto nei Paesi industrializzati.

Fattori ostetrici e pediatrici

Le mamme che sono andate incontro a complicanze durante la gravidanza e al parto (16), con neonati affetti da patologia, prematuri (49-50) o con un temperamento difficile (35), sono più a rischio di depressione post partum.

Valutazioni condotte nei Paesi in via di sviluppo hanno mostrato un rischio maggiore di sviluppare depressione post partum nelle donne che non avevano pianificato la gravidanza (36) o che non la desideravano (51), con storia di perdita di un figlio (36), che avevano avuto problemi in gravidanza (52) o con bassi livelli di emoglobina al parto (53). Dopo il parto, donne con neonati affetti da patologie (39), che non sapevano come accudire il bambino (54) o avevano difficoltà ad allattare (55) presentavano un maggior rischio di depressione post partum. In merito alla presenza di altri fattori di rischio, problemi di salute fisica (17, 56) e una scarsa accettazione del proprio corpo e del peso corporeo (57) sono stati correlati alla depressione post partum.

La valutazione condotta nel nostro paese in tempi recenti dal gruppo di Palumbo e collaboratori (19) ha mostrato come non poter contare sul supporto psicologico di familiari e amici e l'aver sofferto di perdita di interesse durante la gravidanza rappresentino i principali fattori predittivi di depressione post partum.

Screening della depressione post partum

Sono stati messi a punto una serie di strumenti autocompilati per lo screening della depressione post partum: il *Bromley Postnatal Depression Scale (BPDS)* (58), l'*EPDS* (15) e il *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* (59). L'*EPDS* è il più noto, è stato oggetto di studi di valutazione psicometrica e ne esiste una versione in lingua italiana validata (60-61).

Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 10 items (Figura 1), validato sia per la gravidanza che per il post partum, che individua lo stato psichico della donna nell'ultima settimana. Per la compilazione viene chiesto alla donna di segnare la risposta che più si avvicina a come si è sentita negli ultimi 7 giorni. A ogni risposta viene attribuito un punteggio che varia da 0 a 3. Il cut-off è collocato a 12, tuttavia un cut-off di 9 permette di

Figura 6- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
(Versione italiana di Benvenuti et al, 1999 (61))

Figura 1 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|

U.O. A cura del Servizio

Nome Cognome Codice |_|_|_|_|_|_|

Tel. Cell.

Data di nascita del bambino |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lei di recente ha avuto un bambino. Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana.

La preghiamo di segnare con una X la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

Sono stata felice

① Sì, sempre

② Sì, per la maggior parte del tempo

③ No, non molto spesso

④ No, per niente

Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».

Per favore completi le altre domande nello stesso modo.

Nei sette giorni appena trascorsi:

1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose

① Come facevo sempre

② Adesso, non proprio come al solito

③ Adesso, decisamente un po' meno del solito

④ Per niente

2. Ho guardato con gioia alle cose future

① Come ho sempre fatto

② Un po' meno di quanto ero abituata a fare

③ Decisamente meno di quanto ero abituata a fare

④ Quasi per nulla

3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male

① Sì, il più delle volte

② Sì, qualche volta

③ Non molto spesso

④ No, mai

4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo

① No, per niente

② Quasi mai

③ Sì, qualche volta

④ Sì, molto spesso

individuare tutti i casi a rischio. Sulla base della letteratura internazionale un punteggio tra 9 e 11 può essere considerato indicatore di medio rischio, ≥ 12 indicatore di rischio elevato (62). Va d'altra parte ricordato come l'American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG (63) e la commissione inglese UK National Screening Committee (64) non

5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo

3 Sì, moltissimi
 2 Sì, qualche volta
 1 No, non molti
 0 No, per niente

6. Mi sentivo sommersa dalle cose

3 Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
 2 Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
 1 No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
 0 No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre

7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

3 Sì, il più delle volte
 2 Sì, abbastanza spesso
 1 Non molto spesso
 0 No, per nulla

8. Mi sono sentita triste o infelice

3 Sì, il più delle volte
 2 Sì, abbastanza spesso
 1 Non molto spesso
 0 No, per nulla

9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto

3 Sì, il più delle volte
 2 Sì, abbastanza spesso
 1 Solo di tanto in tanto
 0 No, mai

10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente

3 Sì, molto spesso
 2 Qualche volta
 1 Quasi mai
 0 Mai

ritengono che debba essere effettuato uno screening universale della depressione durante la gravidanza e dopo il parto.

La Linea Guida per la Gravidanza Fisiologica del Sistema Nazionale per le Linee Guida (www.snlg-iss.it) (65) sottolinea anch'essa come non ci siano i criteri per intraprendere uno screening della depressione in gravidanza, per la mancanza di informazioni sull'accuratezza dei test disponibili, di prove coerenti a supporto di un miglioramento in termini di morbosità e mortalità e di prove relative all'accettabilità dei test disponibili da parte di medici e pazienti.

Linee di intervento per la prevenzione

Età fertile e periodo preconcezionale

Negli ultimi anni abbiamo assistito alla produzione di raccomandazioni internazionali (66-68), riprese successivamente anche nel nostro Paese (69-70), che sostengono la necessità di implementare interventi che tutelino la salute mentale nei suoi diversi aspetti, nell'ambito di strategie complessive di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale. Questo ha certamente contribuito ad aumentare la consapevolezza delle problematiche psicosociali e dei loro effetti, che toccano profondamente anche l'età

fertile e la vita riproduttiva delle donne, e a rendere evidente l'importanza di sviluppare interventi di prevenzione.

La salute riproduttiva, e in particolare quella preconcezionale, concentrano l'attenzione sullo stato di salute ottimale che ogni donna e ogni coppia in età fertile può raggiungere per diminuire i problemi di fertilità, migliorare lo stato di salute durante la gravidanza, proteggendo nello stesso tempo quello delle generazioni future. Da tempo è noto che alcuni interventi di prevenzione di uno o più esiti avversi della riproduzione devono essere realizzati prima del concepimento. Questo cambio di prospettiva rende la fase preconcezionale cruciale nell'offrire opportunità uniche per proteggere la salute complessiva, e dunque anche quella mentale, della donna e della coppia. Nel nostro Paese il progetto "Pensiamoci Prima", finanziato dal Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie del Ministero della Salute e realizzato dall'Alessandra Lisi *International Centre on Birth Defects and Prematurity-ICBD*, ha prodotto le "Raccomandazioni per il Counseling Preconcezionale" www.pensiamociprima.net (69) che, oltre a considerare la depressione tra le patologie croniche da gestire con una valutazione preconcezionale adeguata, sottolineano l'importanza, tra gli interventi utili per promuovere la salute riproduttiva, di identificare e affrontare situazioni di fragilità socio-economica, stress, depressione, ansia, violenza domestica (71).

Nel 2016 anche la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, nell'ambito della "*Consensus HELP - Human Early Life Prevention: prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo*" (70), nel valutare il ruolo dei determinanti di salute in epoca preconcezionale e in gravidanza, ha sottolineato l'importanza della salute mentale e delle problematiche psicosociali, in linea con quanto già definito in precedenza dall'OMS (Tabella 2).

I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

Il 19 marzo 2017, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 65 del 18.03.2017 - Supplemento Ordinario n. 15), sono entrati in vigore i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza-LEA (DPCM 12 gennaio 2017). Nell'ambito del Percorso Nascita, con i nuovi LEA sono state aggiornate le prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale offre gratuitamente, senza pagamento di alcun ticket, alle coppie e alle donne in epoca preconcezionale e durante la gravidanza e in puerperio. Per la prima volta viene offerto gratuitamente alle donne un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche, in caso di un sospetto disagio psicologico in gravidanza e/o in puerperio.

Lavorare sui fattori di rischio...

In merito all'individuazione nel periodo prenatale di fattori di rischio passati o presenti, da utilizzare nella pratica clinica routinaria, la Linea Guida per la Gravidanza Fisiologica

Nutrizione	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione, educazione e counseling; - Supplementazione di acido folico e iodizzazione del sale; - Screening per anemia e diabete; - Monitoraggio dello stato nutrizionale; - Supplementazione con cibi ricchi di nutrienti; - Management del diabete, incluso il counseling preconcezionale; - Promozione dell'esercizio fisico.
Storia familiare e rischio genetico	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta completa della storia familiare per identificare i fattori di rischio di malattie genetiche; - Test di screening nazionali per le popolazioni a rischio; - Trattamento appropriato delle condizioni genetiche.
Uso di tabacco ed altre sostanze	<ul style="list-style-type: none"> - Screening delle donne e ragazze per l'uso del tabacco. Fornire brevi consigli sulle modalità di interruzione del fumo; - Notizie sugli effetti del fumo passivo nelle donne in gravidanza e nei bambini; - Screening delle donne e ragazze anche per l'assunzione di alcool. Fornire consigli per indurre l'interruzione dell'assunzione di alcool ed indirizzare la pazienti a rischio in Centri specializzati; - Notizie sugli effetti dell'alcool nelle donne in età fertile ed in gravidanza.
Comportamenti ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Screening per l'abuso di sostanze; - Fornire interventi e trattamenti rapidi quando necessario; - Fornire assistenza familiare nel post-partum e nell'intervallo tra le gravidanze.
Rischi ambientali	<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni e linee di condotta sui pericoli ambientali; - Protezione verso l'esposizione non necessaria a radiazioni in ambienti lavorativi, contesti medici ed ambientali; - Evitare l'uso non necessario di pesticidi, fornendo le metodologie alternative; - Protezione dall'esposizione al piombo; - Informare le donne in età riproduttiva circa i livelli di metil-mercurio contenuto nei pesci.
Aspetti di salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dei problemi psicosociali; - Offrire counseling psicosociali ed educazionali prima e durante la gravidanza; - Trattamento e management delle depressione in donne che programmano la gravidanza; - Migliorare l'accesso alle attività educazionali alle donne in età fertile.
Aspetti sociali	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Prevenzione della violenza interpersonale mediante:</u> - Promozione della salute; - Promozione della educazione che mira a considerare l'equità di genere, i diritti umani e le relazioni sessuali; - Riconoscimento dei segni di violenza contro le donne; - Fornire servizi di supporto psicosociale alle vittime della violenza; - Attenzione verso gli individui con abuso dell'assunzione di alcool; - <u>Prevenzione delle gravidanze non desiderate, ravvicinate o in età adolescenziale:</u> - Scolarizzazione delle ragazze; - Educazione sessuale appropriata all'età dei ragazzi; - <u>Educazione delle donne e delle coppie circa i pericoli alla madre ed al bambino dell'intervallo breve tra le nascite.</u>
Immunizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccinazione contro la rosolia; - Vaccinazioni contro il tetano e la difterite; - Vaccinazioni contro l'Epatite B; - Vaccinazione contro varicella e morbillo.

Tabella 2- Linee d'intervento in epoca preconcezionale WHO (68), modificata da voce bibliografica 70

del Sistema Nazionale per le Linee Guida (65) segnala due linee guida (72-73) che concordano sulla difficoltà di utilizzare questi fattori di rischio come strumenti predittivi affidabili di depressione postatale, ma sottolinea l'importanza di raccogliere informazioni

sullo stato di salute mentale della donna in tutte le occasioni di incontro, prestando attenzione a una eventuale sintomatologia ansioso-depressiva e ad eventi di depressione postnatale relativi a precedenti gravidanze. L'importanza di raccogliere informazioni in questo ambito, in occasione dei contatti delle donne con i servizi, viene sottolineata anche dal National Institute for Health and Care Excellence (74-75).

... avendo in mente i modelli interpretativi di una società che cambia

Depressione post partum come sindrome di burn-out: il sovraccarico emozionale e la solitudine delle madri

Frequentemente fare un figlio è per la donna occasione di stress e di sovraccarico, oggi più di ieri, quando la donna viveva in una famiglia allargata ed era coadiuvata da altre generazioni di donne... La cura di un bambino piccolo stravolge i ritmi di vita della donna, soprattutto nella prima fase della nascita; irrompe sulla scena facendo impennare il carico di lavoro e di responsabilità familiari, riducendo drasticamente le attività di interesse personale (normali fattori di protezione). Le ricerche pongono in evidenza l'importanza dei fattori legati al contesto sociale e familiare, ma le madri lo attribuiscono ingiustamente ad inadeguatezza personale...

Affrontare la depressione post partum, ma ancora meglio affrontare con le donne la prevenzione del rischio insito nello stress e nel sovraccarico della maternità, significa offrire alle donne una chiave interpretativa del loro malessere, oppure una chiave per leggere i rischi del proprio stile di vita orientato ad un materno di tipo "onnipotente". Le donne nella maternità (spesso all'esperienza di un primo figlio) sono vulnerabili alla paura di non essere brave madri, di non sapere fare, di non essere all'altezza del compito, di poter arrecare danni al nascituro o al bambino una volta nato. Queste paure poi prendono corpo nella paura stessa della depressione: la donna depressa nel post partum è l'emblema della madre incapace che può anche "impazzire" e danneggiare il figlio. La prima informazione importante che le donne ricevono allora dalla decodificazione della depressione post partum in sindrome di burn-out, è sapere che il disagio da loro provato non è "pericoloso", non lo devono nascondere e non se ne devono vergognare (76).

Violenza domestica e depressione dopo il parto

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno studiato la violenza contro le donne durante la gravidanza: questa violenza, quasi sempre compiuta dal marito o compagno, può essere frequente ed è associata a problemi di salute nella donna e nel bambino...

Un risultato importante riguarda il ruolo della violenza nella depressione post partum: le donne che subiscono maltrattamenti, fisici e sessuali ma anche solamente "psicologici", che gli autori siano il compagno o un altro familiare, sono significativamente più depresse delle altre, anche controllando gli altri fattori di rischio di depressione. In questo studio il 10% delle donne subiva maltrattamenti 8 mesi dopo il parto, una percentuale che corrisponde a quella

delle altre ricerche in proposito ma che rappresenta probabilmente una sottostima dei casi reali di violenza (77).

Conclusioni

Molto resta da fare, al di là di un concreto e generale aumento di consapevolezza degli effetti sulla donna, sulla coppia, sul bambino di queste condizioni di disagio e sofferenza che vanno prevenute, portate alla luce e prese in carico precocemente, con strategie integrate, in una prospettiva di salute pubblica, che sostengano da un lato la maternità e lo sviluppo delle competenze genitoriali, identifichino e valutino i fattori di rischio e le problematiche psicosociali presenti e offrano nelle situazioni francamente patologiche una presa in carico tempestiva e competente.

BIBLIOGRAFIA

1. Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, Del Re D, Romano G, Gigantesco A (Ed.). Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2016 (Rapporti ISTISAN 16/31).
2. Beck CT, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers, 2006.
3. Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004, 103:698-709.
4. Wisner KL, Chambers C, Sit DK. Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA* 2006, 296: 2616-8.
5. Manber R, Blasey C, Allen JJ. Depression Symptoms during pregnancy. *Arch Women's Ment Health* 2008, 11: 43-8.
6. Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005, 34: 569-76.
7. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:737-46.
8. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004, 363: 303-10.
9. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J* 2008, 29: 203-18.
10. Feldman R, Eidelman AI. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Dev Sci* 2009, 12: 194-200.
11. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, 50: 460-70.
12. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010, 303: 1961-9.
13. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004, 49: 726-35.
14. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Evidence Report/Technology Assessment No. 119: Perinatal Depression: Prevalence, Screening

- Accuracy, and Screening Outcomes. Rockville, MD: AHRQ Publication, 2005.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987, 150: 782-6.
 16. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV, Coolman M, Steegers EAP, Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. *The Generation R Study*. *BJOG* 2010, 117:1390-98.
 17. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictor of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014, 215: 341-46.
 18. Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Volpi L, Biffi G, Mirabella F. Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009, 18: 214-20.
 19. Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *European Psychiatry* 2017, 42: 77-85.
 20. Balestrieri M, Isola M, Bisoffi G, Calò S, Conforti A, Driul L, Marchesoni D, Petrosomolo P, Rossi M, Zito A, Zorzenone S, Di Sciascio G, Leone R, Bellantuono C. Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012, 47: 1959-65.
 21. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009, 36: 771-88.
 22. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lockwood C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* 2009, 31:403-13.
 23. Kinser PA, Thacker LR, Lapato D, Wagner S, Roberson-Nay R, Jobe-Shields L, Amstadter A, York TP. Depressive Symptom Prevalence and Predictors in the First Half of Pregnancy. *J Women's Health* 2017. DOI: 10.1089/jwh.2017.6426.
 24. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review of data from the literature. *Obstet Gynecol* 2004, 103:698-709.
 25. Austin MP, Priest SR. Clinical issue in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005, 112: 97-104.
 26. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, Montagnani MS, Camilleri V, Cortopassi S, Rucci P, Cassano GB. From the third month of pregnancy to 1 year post partum. Prevalence, incidence, recurrence and new one set of depression. Results from the perinatal depression-research and screening unit study. *Compr Psychiatry* 2011, 52: 343-351.
 27. Beyondblue. Clinical Practice Guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue 2011 <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891>
 28. Cooper PJ, Murray L. The course and recurrence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1995, 166: 191-195.
 29. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009, 113: 77-87.
 30. Sistema Sanitario Regione Lombardia - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano. A cura di R Anniverno, A Bramante, G Petrilli, C Mencacci. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee Guida per professionisti della salute. Con la collaborazione

- della Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Società Italiana di Neonatologia, Società Italiana di Pediatria. Osservatorio Nazionale Salute della Donna, 2014.
31. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues* 2010, 20:96-104.
 32. Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychol Health Med* 2014, 10: 96-107.
 33. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, YildirimY, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol* 2012;616759. doi: 10.5402/2012/616759.
 34. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pac J Trop Med* 2014, 7: 244-49.
 35. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BEW. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, 12: 148.
 36. Yagmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health* 2010, 55:543-49.
 37. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;28(2) CD001134. doi: 10.1002/14651858.
 38. Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 2012, 285: 1249-55.
 39. Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Arch Womens Ment Health* 2014, 17: 229-37.
 40. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007, 86: 291-97.
 41. McGrath JM, Records K, Rice M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behav Dev* 2008, 31:71-80.
 42. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. *BMJ Open* 2014, 4:e004883. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004883.
 43. Escriba-Aguir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2011, 65: 320-26.
 44. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40: 605-12.
 45. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005, 28: 27-38.
 46. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Kudo N, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9: 121-30.
 47. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005, 88: 9-18.
 48. Kozinszky Z, Dudas RB, Csator dai S, Devosa I, Toth E, Szabo D, Sikovanyecz J, Zadori J, Barabas K, Pal A. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern

- Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46: 413-23.
49. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 2013, 28;3(11):e004047.
 50. Pace CC, Spittle AJ, Molesworth CM, Lee KJ, Northam EA, Cheong JL, Davis PG, Doyle LW, Treyvaud K, Anderson PJ. Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. *JAMA Pediatr* 2016, 170: 863-870.
 51. Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Toth E, Krajcsi A, Sefcsik T, Pal A. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns* 2007, 67: 84-92.
 52. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 2005, 8: 37-43.
 53. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013, 31: 398-402.
 54. Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2008, 34: 585-93.
 55. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breast feeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Health* 2013, 4:9-15.
 56. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, Prospero E. Socioeconomic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health* 2012, 523: 52-68.
 57. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* 2006, 11:425-31.
 58. Stein G, Van den Akker O. The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *J Psychosom Res* 1992, 36:67-75.
 59. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000, 49: 272-82.
 60. Carpinello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997, 18: 280-5.
 61. Benvenuti P, Ferrara M, Nicolai C, Valoriali V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders* 1999, 53: 137-41.
 62. Swalm D, Brooks J, Doherty D, Nathan E, Jacques A. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Women's Ment Health* 2010, 13: 515-22.
 63. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Obstetric Practice. Screening for depression during and after pregnancy. Committee opinion no. 453. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 394-95.
 64. <http://www.screening.nhs.uk/postnataldepression>
 65. Linea Guida Gravidanza Fisiologica, Sistema Nazionale per le linee guida. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria. Roma, 2010 <http://www.snlg-iss.it>
 66. HCN-Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: HCN, 2007. Pub N 2007/19E.
 67. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S266-79.
 68. WHO. Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health. Policy brief Geneva.

- WHO, 2013.
69. www.pensiamociprima.net
 70. Consensus 2016 HELP - Human Early Life Prevention. Prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo. Atti XXVIII Congresso Nazionale SIPPS (www.sipps.it).
 71. Mastroiacovo P. La promozione della salute riproduttiva. *Prospettive in Pediatria* 2012; 42: 243-52.
 72. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal postnatal mental health. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, London, 2007.
 73. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2002.
 74. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (NICE Clinical Guideline 192) <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
 75. Cartabellotta A, Laganà AS, D'Amico V, Alterio T, Storace F. Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. *Evidence* 2015, 7: e1000117.
 76. Reale E. La sindrome del burn-out dopo il parto. *Ricerca & Pratica* 2011, 27:28-30.
 77. Romito P, Molzan Turan J, Lucchetta C, Pomicino L, Scrimin F. Violenza contro le donne e depressione dopo il parto. *SIMG* 2008, 1:52-56.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La depressione in medicina generale: nuove e vecchie criticità *Depression in primary care: new and old criticalities*

Tiziano Scarponi

Scuola Umbra di Medicina Generale

Parola chiave: depressione, terapia farmacologica, medicina generale

RIASSUNTO

Obiettivi: fare il punto sulla gestione della depressione, in particolare farmacologica, nella medicina generale partendo da dati e studi epidemiologici recenti e meno recenti per valutare se ancora siano presenti le note criticità per problemi diagnostici e terapeutici del disturbo depressivo nel *setting* della medicina generale.

Metodi: sono stati analizzati i dati di studi nazionali e internazionali. È stata approfondita l'analisi del X report dell'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e dei risultati di una ricerca svolta in Umbria.

Risultati e conclusioni: dai dati emerge come in medicina generale si abbia una significativa prevalenza di disturbi psichiatrici e di depressione in particolare. Emerge come la lettura dei risultati sia spesso mal decifrabile in quanto non sempre è possibile risalire a chi sia il reale prescrittore iniziale del farmaco o se di quest'ultimo venga fatto un uso *off label*. Si assiste a una prescrizione impropria di benzodiazepine nella malattia depressiva e a un uso di antidepressivi in circostanze che richiederebbero forse un intervento non farmacologico.

Key words: depression, pharmacological treatment, primary care

SUMMARY

Objectives: to take stock of management of depression in Primary Care, particularly of pharmacological management, through recent and less recent epidemiological data and studies to assess whether the criticalities for diagnostic and therapeutic problems of depressive disorder are still present in the setting of Primary Care.

Methods: national and international studies data were analyzed. The analysis of the X Report of the Research

Autore per corrispondenza: scarponi.tiziano@simg.it

Institute of the Italian Society of General Medicine and the results of an Umbrian research published in the book: "Psicofarmaci e Quotidianità" were analyzed in depth.

Results and conclusions: the data show that in primary care there is a significant prevalence of psychiatric disorders and, in particular, depression. It still emerges that the results are difficult to decipher, as it is not always possible to trace back to who prescribed the drug or if this is used off label. There is no doubt that there is an improper prescription of benzodiazepines in depressive illness and sometimes also of antidepressants in circumstances that would perhaps require non-pharmacological intervention.

È sempre difficile parlare di depressione in medicina generale e lo è ancora di più parlare di terapia farmacologica, perché, nonostante tutti gli sforzi compiuti per cercare di dare un'uniformità di linguaggio e di metodo, ogni studio e ogni rilevazione dei dati di prevalenza e di morbosità risente del noto problema della diagnosi in psichiatria (1).

Gli studi epidemiologici effettuati nel *setting* della medicina di base sulla prevalenza dei problemi psichiatrici sono davvero pochi, per cui si deve fare riferimento quasi sempre a quelli che hanno fatto la storia della psichiatria di collegamento¹ (2) (figura 1) (3-10). Risalta subito l'estrema variabilità del dato che oscilla addirittura fra il 46% dello studio

Figura 1- Studi epidemiologici sulla prevalenza di malattie psichiatriche nella medicina generale

Shepherd et al. (3)	1966	14%
Goldberg e Blackwell (4)	1970	5,6%
Marks et al. (5)	1979	39,6%
Fontanesi et al. (6)	1985	46%
Goldberg e Bridgs (7)	1987	33.7%
Ormel et al. (8)	1990	15%
Spitzer et al. (9)	1994	26%
Ustun e Sartorius (10)	1995	24%

italiano e il 5,6% di uno studio inglese. Questa differenza è stata spiegata con i diversi metodi usati per diagnosticare i disturbi psichici: se direttamente dal MG durante la propria attività ambulatoriale o attraverso la distribuzione nelle sale d'aspetto dei MG di questionari compilati direttamente dai pazienti, oppure attraverso interviste psichiatriche strutturate secondo i criteri DSM-IV o ICD X fatte da psichiatri sempre nelle sale d'attesa dei MG.

Paradigmatico è lo studio Von Korff M, Shapiro S et al. (11) in cui lo stesso campione di pazienti è stato studiato con le tre modalità sopra descritte e si è ottenuta questa prevalenza dei disturbi psichici:

- 33% diagnosticati direttamente dal MG

1. Per psichiatria di collegamento si intende quel settore della psichiatria che si interfaccia e si collega ad altre discipline mediche non psichiatriche, in questo caso con la medicina generale.

- 39% secondo un questionario autosomministrato
- 9% secondo un'intervista psichiatrica strutturata secondo il DSM IV
- 5% erano presenti con tutte e tre le modalità, il 19% con due, il 27% con una sola modalità.

Uno studio che può essere considerato una pietra miliare per il problema dell'epidemiologia psichiatrica in medicina di base è l'*International WHO study on mental disorders in primary care* (10), in cui 15 centri a livello mondiale hanno osservato un campione totale di 26442 soggetti attraverso lo strumento GHQ 12 utilizzando la nosografia dell'ICD10. In fig 2 troviamo i risultati, anche qui molto diversi fra centro e centro. Da questo studio si è capito che la diversità del risultato dipendeva anche dal diverso tipo di organizzazione sanitaria presente nella nazione di quel centro, per cui dove non esiste la medicina di famiglia come la intendiamo nei paesi occidentali, ma per esempio un ambulatorio di quartiere a libero accesso, il numero di pazienti con problemi psichici sarà molto diverso rispetto a un paese con servizi psichiatrici fruibili direttamente dal cittadino come da noi in Italia.

Sempre nel 1995, uno studio epidemiologico della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) sulla depressione in Italia (12), osservata a livello degli ambulatori di Medicina

Figura 2- International WHO study on mental disorders in primary care

Santiago	53,5	Ankara	17,6
Rio de Janeiro	38,0	Nagasaki	14,8
Parigi	31,2	Verona	12,4
Mainz	30,6	Ibadan	10,4
Groningen	29,0	Shanghai	9,7
Manchester	26,2		
Berlino	25,2	Tutti i centri	24,0
Bangalore	23,9		9% (sottosoglia)
Atene	22,1		
Seattle	20,4		

Generale (1920 pazienti randomizzati reclutati da 193 MG sull'intero territorio nazionale) ha evidenziato una prevalenza della depressione pari all'8,4% e di casi "sottosoglia" al 4,9%.

A fronte di questi dati, corre d'obbligo la considerazione come nella realtà italiana i servizi psichiatrici riescono a prendersi cura solamente dei pazienti con psicosi di maggiore gravità, che risultano meno dell'1% della popolazione. Possiamo quindi affermare che nel nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i pazienti depressi o vengono seguiti dai

Figura 3- I disturbi depressivi in medicina generale studio epidemiologico nazionale SIMG

■ Prevalenza depressione	8,4%;
■ Depressione sottosoglia	4,9%
■ Tasso di riconoscimento	79,4%
■ Intervento farmacologico	32,3%
■ Int. Farmac+ counselling	27,6%
■ Counselling	12,6%
■ Invio a specialista	14,2%
■ Senza nessun intervento	15,7%

loro Medici di famiglia o rischiano di non essere seguiti da nessuno o, chi se lo può permettere, dagli specialisti che operano nel privato.

Molto si è scritto sulle capacità diagnostiche del MG rispetto ai problemi psichici soprattutto per quanto riguarda la depressione, in quanto la differenza fra patologia e normalità in coloro che provano o tristezza o umore depresso, sentimenti che tutti prima o poi provano nella loro esistenza, è dettata solo da dei criteri quantitativi: intensità, durata, impatto sul funzionamento sociale e lavorativo. I criteri utilizzati del DSM o ICD, cioè, assumono delle caratteristiche quasi ragionieristiche, che individuate dalla soggettività del paziente e del medico, spesso corrono il rischio di cucire la classica coperta troppo corta o troppo lunga. Questo effettivamente può essere un problema perché il MMG il quale, che ne sia consapevole o meno, è di fatto il primo psichiatra che il paziente incontra lungo il suo percorso, fa lo psichiatra per il 30% del suo tempo e si fa carico della maggior parte dei depressi. Una scarsa capacità diagnostica da parte del MMG, pertanto, comporta un più elevato rischio di suicidio, una riduzione dell'aspettativa di vita, un'augmentata perdita di giornate lavorative, un aumentato utilizzo di risorse sanitarie anche per altre patologie.

Sono descritte diverse variabili che intervengono nella diagnosi psichiatrica in medicina di base (5) legati al medico:

- La personalità
- La competenza professionale
- La modalità con cui conduce il colloquio clinico
- Il pregiudizio che lo stato psichico sia condizionato da quello fisico.

Altre variabili rimandano al paziente:

- La comorbidità di disturbi psichici e fisici
- Presenza di sintomi psicopatologici
- Scarsa capacità introspettiva
- Disturbo psichico sottosoglia

Altre ancora rimandano al contesto:

- Organizzazione dell'ambulatorio (ricevimento per appuntamento, presenza di personale amministrativo ecc).
- Modalità di pagamento (quota capitaria o a prestazione)
- Facilità di accesso alla consulenza psichiatrica.

Una volta effettuata la diagnosi, il focus viene spostato sulla gestione della depressione che si compone di:

- Informazione
- Counselling
- Trattamento con farmaci antidepressivi
- Supporto alla famiglia
- Consulenza specialistica

La decisione di trattare farmacologicamente un paziente depresso viene presa in base alla gravità, alla persistenza dei sintomi depressivi nel tempo e al grado di compromissione delle usuali attività sociali, lavorative e scolastiche.

I principali farmaci antidepressivi sono elencati nella fig 4.

Di questi, oramai, qualcuno viene citato solamente per esigenze di completezza storica, in quanto di fatto il loro uso è oramai obsoleto (IMAO) e senza dubbio non fanno più parte del bagaglio terapeutico della medicina generale.

È a mio giudizio doveroso, per condurre un'analisi sulla prescrizione di psicofarmaci in medicina generale, partire dal già citato studio internazionale multicentrico *International WHO study on mental disorders in primary care* (10) in cui viene documentato come si comporta il MG (fig.5).

Già da questo studio emerge come i MG utilizzino ampiamente psicofarmaci e questo

Figura 4- Principali farmaci antidepressivi

<p>Inibitori MAO: iproniazide, isocarbossazide, fenzelzina</p> <p>RIMA: moclobemide, toloxatone</p> <p>Antidepressivi triciclici: imipramina, amitriptilina, clomipramina, desipramina, nortriptilina</p> <p>SSRI: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina</p> <p>SNRI: venlafaxina, milnacipran, duloxetina</p>	<p>NARI: reboxetina</p> <p>NASSA: mianserina, mirtazapina</p> <p>Antagonisti serotoninergici: trazodone, nefazodone</p> <p>Farmaci dopaminergici: amisulpride, bupropione</p> <p>Composti fisiologici: SAME, estratto di iperico</p>
---	---

dato è confermato anche da studi italiani (fig.6) (13-16).

Permane sempre il problema, negli studi che si basano sul conteggio e l'analisi delle ricette che vengono dispensate in farmacia o sulle prescrizioni desunte dai data base dei MG, su quante di queste prescrizioni siano indotte da specialisti psichiatri e poi ripetute dai MG per la rimborsabilità da parte del SSN.

Figura 5- International WHO study on mental disorders in primary care. Consumo di farmaci

Trattamento	D.depressivo %	D.d' ansia %
Nessuno	16,7	16,8
TERAPIA FARMACOLOGICA	55,7	57,5
Sedativi	27,6	31,1
Antidepressivi	22,2	21,4
Integratori	12,9	13,2
TERAPIA NON FARMACOLOGICA	61,8	62,3

Un'altra criticità dipende, inoltre, dall'uso *off label* degli antidepressivi per la terapia del dolore (17 - 18).

Per parlare di prevalenza della depressione e della sua terapia farmacologica in Medicina Generale non possiamo non fare riferimento a Health Search (HS), l'istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), l'unico vero network dei MMG italiani (19).

HS consiste in un concentratore epidemiologico in cui afferiscono quotidianamente i dati, al 2015, di 885 MG. I dati raccolti da questi MMG sono continuamente sottoposti a un processo di validazione, al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità sufficiente per condurre studi epidemiologici. Tale processo prevede sia

Figura 6- Studi sulla prescrizione in Italia degli spicofarmaci in Medicina Generale

	Psicofarmaci	Benzodiazepine	Antidepressivi	Neurolettici
Bellantuono(13)	14% dei pt di cui:	71%	21%	8%
Fiorio (14)	23% dei pt di cui:	70%	17%	13%
Fioritti (15)	10% dei pt di cui:	81%	23%	9%
Saraceno (16)		65%	20%	12%

la verifica della sovrapponibilità tra la popolazione contenuta nel database con quella generale descritta dall'ISTAT, sia il calcolo di un indice complessivo di qualità della registrazione. Dati interessanti si ricavano sul carico di lavoro della Medicina Generale Italiana inteso sia come contatti con i propri assistiti, sia come prestazioni erogate. Per "contatti" si intendono tutte le visite in ambulatorio in cui viene registrata una diagnosi, una prescrizione farmaceutica, un'indagine diagnostico-strumentale e qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata, dalla richiesta di una visita specialistica all'annotazione dei valori pressori ecc. Per "prestazioni erogate" si *"intendono il numero di interventi diagnostico- terapeutici. È stato calcolato il rapporto tra il numero di contatti che terminano con la registrazione di almeno una prestazione (indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica) su 100 contatti effettuati dal MMG (denominatore)."*

È veramente interessante osservare come dal 2005 al 2015 il carico di lavoro per il MG sia raddoppiato: da 4,6 contatti/paziente/anno nel 2005 a 9,7 contatti/paziente/anno nel 2015. In questo arco temporale (2005-2015) il numero maggiore dei contatti è rappresentato dalle visite di tipo "ambulatoriale" seguite dalla "richiesta di farmaci e accertamenti diagnostici". Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2015, stratificato per fasce di età e per sesso, cresce con l'aumentare dell'età **dei pazienti in entrambi i sessi**, fino a raggiungere 23,9 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni e 22,0 contatti/paziente/anno per le donne della stessa fascia d'età. Nelle fasce di età più giovani, invece, sono le donne quelle che affluiscono in numero superiore agli ambulatori dei MG.

La tipologia delle prestazioni rimane costante in tutto il periodo considerato. Nel 2015 le prescrizioni di farmaci rappresentano il 63% dei contatti, le richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio il 25% e le richieste di visite specialistiche il 12%. Per ogni patologia, poi, è stata calcolata la prevalenza "lifetime" di patologia standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2005 al 2015 che misura la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro un dato periodo di osservazione, ha avuto una diagnosi di patologia. Inoltre la prevalenza d'uso di farmaci per la specifica patologia, dividendo il numero di soggetti che hanno ricevuto una prescrizione di un determinato farmaco per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata nell'anno.

Vediamo i dati che riguardano la depressione.

"Tasso di prevalenza al 2015 5,6% con un trend crescente: dal 3,1% del 2005 al 5,6% del 2015. Si riscontra un gradiente geografico con stime più alte nel Centro-Nord, rispetto al Sud, a eccezione della Campania e della Sicilia. Le regioni con le prevalenze più elevate sono state: Emilia Romagna (7,9%), Liguria (7,5%), Campania (7,5%) e Toscana (7,3%)."

Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (7,4% vs. 3,7%).

Trend crescente all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (9,2%) che femmine (13,9%).

Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata, ma nel corso degli anni 2005-2015 hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso, passando dal 38,2% del 2005 al 27,7% del 2015. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 5,5% del 2005 a 3,1% del 2015). Al contrario, gli SNRI hanno mostrato un aumento nell'impiego, andando dal 5,3% nel 2005 al 7,1% nel 2015. Gli "altri antidepressivi", invece, sono impiegati in una quota stabile di pazienti (attorno al 5%). La quota dei generici per gli SSRI nel 2015 era pari al 33,2%, per il SNRI al 13,5% e per gli "altri antidepressivi" al 19,3%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici."

Questi sono i "freddi" numeri, ma per meglio capire gli aspetti qualitativi della prescrizione di psicofarmaci antidepressivi in MG ritengo opportuno citare il libro *"Psicofarmaci e quotidianità"* curato da Ambrogio Santambrogio (20) in cui vengono esposti i risultati di una ricerca, alla quale ho collaborato, effettuata con 21 interviste a MG, 20 a farmacisti, un focus con operatori di strada e di Sert, un focus con operatori di Centri di Salute Mentale, 187 questionari somministrati a pazienti di MG in terapia con psicofarmaci e 239 questionari distribuiti a studenti universitari.

È risultato che la maggioranza del campione assume contemporaneamente ansiolitici e antidepressivi (43,9%), il 36,7% solo antidepressivi e il 19,4% solo ansiolitici. Ne risulta che, guardando al totale delle risposte, l'80,6% assume antidepressivi (con o senza ansiolitici) e il 63,3% assume ansiolitici (con o senza antidepressivi). Sul perché assumano psicofarmaci, oltre il 50% ha risposto per curarsi la depressione. È risultato inoltre che chi fa maggior uso di antidepressivi sono donne, anziani e le fasce sociali più deboli. Nella metà dei casi a prescrivere psicofarmaci è il solo MMG, nel 20,7 con la collaborazione di uno specialista che invece nel 29,3% dei casi è il solo prescrittore.

Come mi aspettavo in molti casi il farmaco prescritto dal MG è solamente una benzodiazepina ad attività ansiolitica, ennesima dimostrazione come gli ansiolitici siano molto utilizzati dal medico di base.

Spesso la prima prescrizione coincide con un evento particolare della propria vita: lutto, licenziamento, difficoltà economica.

Molto interessante risulta l'analisi delle risposte miranti a definire il vissuto del paziente rispetto al farmaco e il grado di soddisfazione della terapia. I soggetti più giovani si dichiarano soddisfatti della terapia intrapresa, molto meno gli ultra 65enni e chi è in trattamento solo con benzodiazepine. Chi è in cura sia con ansiolitici che antidepressivi, invece, ha una posizione più favorevole. Questo dato ancora una volta conferma che assumere solo benzodiazepine predispone a un'accettazione negativa della terapia con psicofarmaci, al contrario di chi prende anche antidepressivi. Probabilmente la consapevolezza di eseguire una terapia eziologica comporta dei vissuti positivi. Non deve essere sottovalutato, inoltre, come la terapia con antidepressivi sia spesso praticata dal MG con la collaborazione dello psichiatra e pertanto ci potremmo trovare con una diagnosi

ed una terapia più circostanziata e appropriata. Le donne hanno un atteggiamento più favorevole dei maschi verso il consumo degli psicofarmaci.

Anche in questo studio risulta ben evidente che chi riceve prescrizioni di farmaci antidepressivi vive in un contesto sociale più scadente e problematico, con problemi economici, in cui la solitudine e lo stato di salute generale legato alla vecchiaia fanno da cornice: problemi, quindi, spesso sociali che forse potrebbero essere affrontati in modo diverso, magari sviluppando la resilienza e creando una rete relazionale e sociale congrua. La risposta solo farmacologica, quindi, potrebbe essere considerata una scorciatoia di comodo, una modalità dettata dalla fretta derivante dalle sale d'aspetto degli ambulatori dei MG troppo affollate e da un'abitudine oramai consolidata nel rispondere con i farmaci per la risoluzione di problemi che non sono prettamente medici: in ultima analisi, infatti, oltre la metà dei pazienti intervistati dice che non ne potrebbe fare più a meno e tutto ciò dovrebbe far riflettere sulle scelte di politica sanitaria e sociale.

Conclusioni

Dai dati analizzati si può affermare che il MG si fa carico della maggior parte della popolazione depressa. Resta sempre una zona grigia per quanto riguarda la diagnosi di depressione, soprattutto nei casi in cui questa si manifesta con sintomi esclusivamente somatici. Risulta inoltre che per più della metà dei casi il MG è il solo prescrittore di antidepressivi e che purtroppo ancora si assiste ad un uso esagerato se non proprio inappropriato di benzodiazepine anche nella terapia farmacologica della depressione. Se si prova a leggere oltre i numeri, appare evidente come la prescrizione farmacologica in MG sia spesso usata per affrontare problemi che non siano propriamente medici, ma problemi di natura sociale e che pertanto dovrebbero trovare risposte con modalità diverse.

È sempre mia convinzione, sulla base dei dati emersi in molti studi inglesi ed esperienze italiane, che istituire servizi di psichiatria e consultazione dedicati alla MG potrebbe garantire un intervento generale di assistenza psichiatrica molto più accettato dalla popolazione e con migliore appropriatezza e maggiori risultati.

BIBLIOGRAFIA

1. Saraceno B. Una vecchia novità in Ascoli F (ed) *Il medico di base e lo psichiatra*. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1996.
2. *L'epidemiologia dei disturbi psichici nella medicina generale* in Piccinelli M, Bellantuono C, Tansella M. (eds) *Psichiatria e Medicina Generale*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1998.
3. Shepherd M, Wilkinson G, Williams P. (eds) *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
4. Goldberg DP, Blackwell BB. *Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new*

- method of case identification. *British Medical Journal* 1970; ii: 439-43.
5. Marks J, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1979; 9:337-53.
 6. Fontanesi F, Gobetti C, Zimmermann-Tansella CH, Tansella M. Validation of the Italian Version of the GHQ in a general practice setting. *Psychological Medicine* 1985; 15:411-5.
 7. Goldberg DP, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioner* 1987; 37: 15-8.
 8. Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MWJ et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine* 1990; 20: 909-23.
 9. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MED 1000 Study. *Journal of the American Medical Association* 1994; 272: 1749-56.
 10. Ustun TB, Sartorius ND. (eds.) *Mental Illness in Primary Care. An International Study*. New York: John Wiley & Sons, 1995.
 11. Von Korff M, Shapiro S, Burke JD et al. Anxiety and depression in a primary care clinic. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44:152-6.
 12. Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice* 2002; 19: 397-400.
 13. Bellantuono C, Tansella M. (eds) *Epidemiologia e trattamento dei disturbi psichiatrici nella medicina di base. Quaderni Italiani di Psichiatria* 1989; VIII:197-263.
 14. Fiorio R, Bellantuono C, Arrenghini E, Leoncini M, Micciolo R. Psychotropic drug prescription in general practice in Italy: a two-week prevalence study. *International Clinical Psychopharmacology* 1989; 4: 7-17.
 15. Fioritti A, Berardi D, Cervino G, Aiello P, Ferrari G. General practitioner psychotropic drugs prescription in Bologna. *Italian Journal of Psychiatry* 1993; 3: 45-50.
 16. Saraceno B, Laviola F, Sternai E, Terzian E, Tognoni G. Consequences of mental distress recognition in general practice in Italy: a follow-up study. *Social Science and Medicine* 1994; 39: 789-96.
 17. Italiano D, Mazzoleni F. Depressione e comorbilità nel setting della Medicina Generale: dall'appropriatezza prescrittiva all'aderenza terapeutica nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi. *Rivista SIMG* 2014; 5: 19-23.
 18. Mazzoleni F, Simonetti M, Lapi F et al. Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale. *Rivista SIMG* 2011; 5: 11-16.
 19. Istituto di Ricerca della SIMG. *X Report Health Search*, 2017. <https://report.healthsearch.it>
 20. Santambrogio A. (ed) *Psicofarmaci e quotidianità*. Perugia, Morlacchi Editore, 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La prevenzione del suicidio tra depressione e disagio sociale. Considerazioni di salute pubblica

*The prevention of suicide between depression and social hardship.
Public health considerations*

Barbara D'Avanzo

*Responsabile dell'Unità per la Qualità degli Interventi e la Tutela dei Diritti in Salute Mentale,
IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

Parole chiave: suicidio, depressione, prevenzione, andamenti temporali

RIASSUNTO

Gli ultimi decenni hanno visto una generale diminuzione dei suicidi soprattutto nei paesi e nelle fasce di età per cui erano riportati tassi più alti, e una certa stabilità nei paesi con tassi meno elevati, con diminuzioni anche nelle donne, sia paesi in cui erano molto alti che in quelli dove erano già bassi e una maggiore stabilità nei giovani maschi. È verosimile che questi andamenti favorevoli, che riguardano anche grandi paesi a basso reddito, siano il prodotto simultaneo di miglioramenti delle condizioni di vita e di interventi più incisivi e più ampiamente condotti, sia a livello di popolazione generale, che di gruppi a rischio e di individui a rischio. Secondo l'OMS il suicidio rappresenta l'incrocio di fattori sociali, culturali e socioeconomici complessi e dello stato di salute mentale dell'individuo, in una relazione in cui entrambi gli aspetti possono essere causali e precipitanti e su questa base indica la necessità di agire su più livelli. Molto rimane da fare, in particolare per essere più efficaci proprio nella rottura del punto di incrocio di fragilità di diversa natura. L'attenzione al rischio di suicidio non si può concentrare solo sui casi di depressione e deve sensibilizzarsi al riconoscimento di altri fattori di rischio e migliorare il riconoscimento del comportamento suicidario in sé. Benché l'epidemiologia del suicidio e quella del tentato suicidio siano simmetriche e non sovrapposte, i fattori di rischio delle due manifestazioni sono gli stessi, e il tentativo di suicidio è a sua volta tra i più importanti fattori di rischio per il suicidio. È quindi importante che interventi specifici per persone che hanno compiuto un gesto autolesivo vengano sviluppati con approcci innovativi in cui si coniughino l'applicazione

Autore per corrispondenza: barbara.davanzo@marionegri.it

di un approccio orientato all'*empowerment* della persona, il fronteggiamento diretto del problema dei fattori precipitanti e stressanti, la componente psicologica, in modo da superare la semplice traduzione del problema nel rapporto terapeutico tra singolo utente e singolo operatore.

Key words: suicide, depression, prevention, temporal trends

SUMMARY

In recent decades suicides rates have declined, particularly in countries and age groups where they were higher, remaining more stable in low rate countries and in young males. It is likely that these favourable trends, involving big low income countries, result from the combination of overall improved life conditions and more effective and more largely implemented actions and interventions at general population, group at risk and individual level. The WHO defines suicidal behaviour as characterized by a complex of individual processes and cultural and social class inputs representing either predisposing and precipitating suicide risks or protective and resiliency factors. In order to act in the junction between different types of frailty, much is to be done. Care and prevention cannot be limited to depression cases and should focus on recognizing other risk factors and suicide behaviour itself. Although the epidemiology of suicides and self-harm are symmetrical and not overlapping, the risk factors are substantially the same, with self-harm being the most important predictive factor of suicide. It is important that specific interventions for individuals who have a self-harm episode or suicide attempt are developed using an innovative approach, in which the person's empowerment and motivation, and the stressing and precipitating factors are addressed, overcoming the simplistic translation of the complexity of the situation into the professional-patient relationship.

Premessa

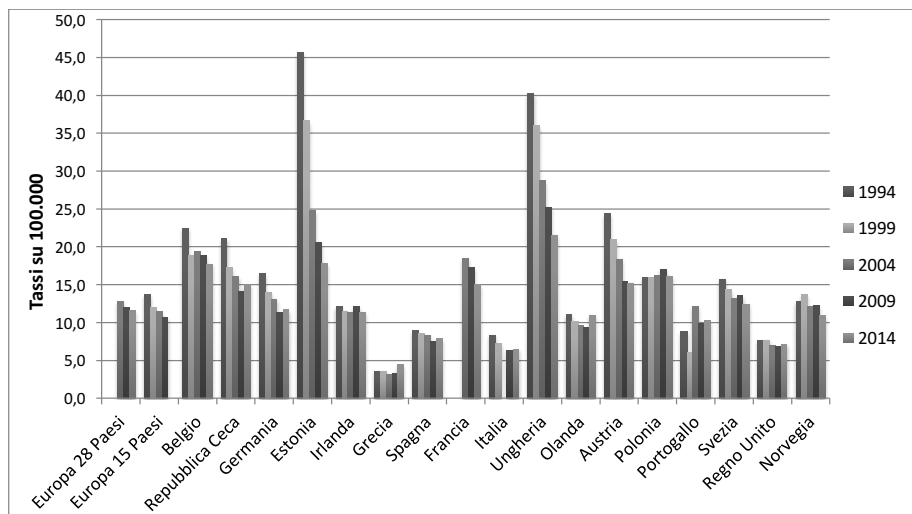
Depressione e suicidio rappresentano temi di salute pubblica preminenti e sentiti, sia per l'impatto in termini di anni di vita e di produttività persi, sia per la sofferenza della persona che ne è colpita e di chi le sta vicino, sia per la forte carica emotiva che entrambi i temi hanno. Vi è molta letteratura scientifica e divulgativa e i media di massa riportano spesso dati e commenti, non sempre chiari e del tutto fondati. Vi sono, in realtà, relazioni complesse, andamenti temporali dei suicidi e della depressione oscillanti e risultati dagli studi di efficacia della prevenzione non conclusivi. Lungi dal pensare di scrivere parole definitive, intendiamo proporre alcune osservazioni su questi temi, riferendoci a contributi recenti significativi. Data l'ampiezza e la complessità del tema, non è possibile presentare qui una revisione delle conoscenze aggiornate sulla epidemiologia dei fenomeni o sull'efficacia degli interventi ad essi rivolti.

Questo articolo rivolge selettivamente, ed arbitrariamente, l'attenzione a: gli andamenti temporali dei suicidi; la relazione tra suicidio e la depressione; le prospettive preventive a livello individuale e di salute pubblica; considerazioni generali di salute pubblica.

Andamenti temporali dei suicidi

Nonostante la percezione comune del fenomeno del suicidio sia caratterizzata da un forte allarme sulla crescita dei casi, spesso enfatizzata dalla comunicazione dei media, gli ultimi

Figura 1- Tassi su 100.000 in paesi europei selezionati tra il 1994 e il 2014 (dati Eurostat)



decenni hanno visto una generale diminuzione dei suicidi soprattutto nei paesi e nelle fasce di età per cui erano riportati tassi più alti, e una certa stabilità nei paesi con tassi meno elevati (1) (Figura 1). Nella maggioranza dei paesi e nei paesi dove erano più prevalenti, quali i paesi dell'Est Europa, l'India, la Cina, la diminuzione è particolarmente marcata. Nonostante questo andamento generale, aumenti si sono registrati, negli ultimi venti anni, negli Stati Uniti, in Brasile e in Sud Africa, con tassi chiaramente in aumento (1). Le diminuzioni si sono osservate anche nelle donne, non solo in paesi, quali India e Cina, in cui erano molto alti, ma anche in paesi dove erano già bassi. Il rapporto fra tassi nei maschi e tassi nelle donne è nettamente più alto nei paesi ad alto reddito, indicando un netto svantaggio degli uomini rispetto alle donne. Nei paesi a medio e basso reddito, ad eccezione dei paesi dell'America Latina, la differenza tra i tassi di suicidio nelle donne e negli uomini è invece più contenuta (1).

In quasi tutto il mondo i tassi più bassi si osservano sotto i 15 anni e i più alti dai 70 anni in su, con enormi variazioni tra queste due classi di età estreme a seconda delle aree. Mentre negli anziani la riduzione è stata molto marcata, nei giovani maschi è stata più modesta.

Il suicidio è la seconda causa di morte nei giovani tra i 15 e i 29 anni nei paesi ad alto reddito, ma questo dato va visto alla luce del fatto che la mortalità per altre cause è bassa in queste classi di età e il suicidio è superato solo dagli incidenti stradali. La posizione relativa del suicidio come causa di morte retrocede all'aumentare dell'importanza di altre cause di morte, e ciò è osservabile sia tra gruppi di età che tra aree del mondo. Ad esem-

pio, il suicidio ha una posizione relativa più bassa nei paesi a medio e basso reddito, dove la mortalità per malattie infettive è ancora molto alta e molto più alta che nei paesi ad alto reddito. La comunicazione sulla posizione relativa delle diverse cause di morte è pertanto fuorviante se non è accompagnata dai tassi e dai numeri assoluti.

In Italia i tassi sono tra i più bassi in Europa e nel mondo (6,3/100.000 nel 2014). Dopo andamenti oscillanti a partire dal 1955, i tassi sono diminuiti decisamente dagli anni '90 (2-4). Come in altri paesi, tuttavia, la diminuzione sembra essersi arrestata dopo il 2009. Le donne italiane hanno tra i tassi più bassi d'Europa e del mondo. I giovani maschi sono quelli che, anche in Italia, rispondono meno ai declini osservati in generale. I maschi tra i 15 e i 44 anni hanno avuto tassi sostanzialmente stabili o in lieve aumento anche in periodi di diminuzioni complessive più marcate (4). È pertanto giustificata la preoccupazione per queste classi di età nei maschi, soprattutto in considerazione della crisi economica che a partire dal 2008 ha colpito molti paesi e il nostro in modo grave.

Un corretto inquadramento epidemiologico è una premessa importante rispetto a qualunque ragionamento preventivo perché all'importanza di un'informazione corretta e aggiornata si associa un'identificazione più accurata dei fattori da considerare nella pianificazione delle strategie preventive. Nella lettura dei dati va tenuto presente che alcune oscillazioni, soprattutto dove i suicidi sono pochi, possono essere dovute proprio ai bassi numeri. È pertanto utile vedere quali sono gli andamenti nel tempo, al di là di variazioni limitate.

Il caso degli Stati Uniti, con i tassi in costante aumento, è stato discusso con riferimento alla crisi economica. L'aumento è stato infatti molto marcato nei giovani adulti con livelli di istruzione non universitari, quindi particolarmente esposti all'andamento del mercato del lavoro. Tuttavia, la differenza dell'impatto della crisi stessa in paesi diversi depone chiaramente a favore di mediatori diversi che contribuiscono a comporre un quadro complesso e mai del tutto replicato nelle diverse realtà socioculturali ed economiche (5). La crisi economica iniziata nel 2007-2008 ha rappresentato una sfida significativa per gli studiosi e il dibattito su quanto questa abbia contribuito all'arresto del declino della mortalità per suicidio è ancora in corso. È stato messo in evidenza che i tassi di suicidio osservati nel 2009 erano superiori a quelli attesi se si fosse mantenuto il trend degli anni precedenti (6). Alcuni autori hanno sottolineato la relazione tra indicatori socioeconomici e suicidio, in particolare in Grecia (7) e l'importanza non solo della crisi in sé, ma anche delle scelte in prospettiva di austerità a cui la crisi ha costretto, e hanno richiamato l'importanza sulle modalità con cui la crisi economica viene gestita nei diversi paesi (8).

Indicazioni nella prospettiva di salute pubblica

La posizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è che il suicidio rappresenta l'incrocio di fattori sociali, culturali e socioeconomici complessi e dello stato di salute mentale dell'individuo, secondo una relazione in cui entrambi gli aspetti pos-

sono essere causali e precipitanti. A livello individuale i disturbi dell'umore e l'abuso di sostanze sono fattori dotati di forte impatto ma essi stessi sono condizionati dai fattori socioeconomici (9).

Nonostante la complessità del fenomeno, le variazioni con cui esso si presenta e la bassa incidenza rendano difficile produrre risultati dalla ricerca indubitabili, esistono indicazioni di salute pubblica chiare e ineludibili. Tali indicazioni puntano su azioni di salute pubblica universali, azioni focalizzate su gruppi a rischio, e interventi per persone a rischio. Tra gli interventi universali vanno considerati la riduzione dell'accesso a mezzi letali (10); il rispetto di modalità corrette di riferire sugli episodi di suicidi da parte dei media (10-11); l'educazione dei più giovani, delle loro famiglie e dei *gatekeeper*, ovvero le persone che si trovano in posizione privilegiata per l'identificazione di segnali di malessere nei giovani (9).

Sul piano della prevenzione secondaria e mirata, invece, viene posta l'attenzione sull'efficacia di interventi che si sono mostrati efficaci su persone che hanno compiuto un tentativo di suicidio.

In termini relativi, molti suicidi si concentrano in gruppi ben definiti, in cui si accumulano diversi fattori di stress. Tra questi vi sono le persone in carcere (12), persone non-eterosessuali (13), rifugiati e migranti (14), persone colpite dalla perdita di una persona vicina, in particolare per un suicidio (15).

L'OMS sottolinea inoltre l'urgenza di un miglior riconoscimento e trattamento appropriato dei disturbi mentali e della depressione. Questi sono presenti in gran parte delle persone con comportamento suicidario e rappresentano, assieme al tentativo precedente, i fattori di rischio più importanti. Suicidio e depressione, d'altra parte, riconoscono nei fattori legati alla famiglia, all'abuso e alla trascuratezza, oltre che alle difficoltà economiche e all'isolamento, fattori di rischio comuni.

Il riconoscimento e il trattamento appropriato, farmacologico e psicologico, della depressione è in effetti insoddisfacente. Thornicroft e colleghi (16) hanno mostrato in uno studio recente che nei paesi ad alto reddito solo il 22% delle persone che avevano avuto nei 12 mesi precedenti una diagnosi di depressione avevano poi ricevuto un trattamento farmacologico e psicologico che corrispondesse a standard minimi di adeguatezza (16). In Italia questa percentuale era del 17%, ma le stime erano molto più basse per i paesi a basso reddito.

In accordo con le indicazioni dell'OMS, la *Task Force for the European Evidence-based Suicide Prevention Program* (EESPP) (17) indica cinque aree di azione prioritarie che tutti i paesi devono considerare: restrizione dell'accesso ai mezzi letali; trattamento accessibile ed efficace della depressione; continuità della cura; prevenzione universale nelle scuole; attenzione alle modalità di comunicazione sul suicidio da parte dei media. Oltre a questi, l'EESPP indica come obiettivi l'implementazione di punti di riferimento e ascolto

come le linee telefoniche e gli strumenti online, l'educazione dei *gatekeeper*. Per il livello individuale vengono indicati gli screening a livello di cure primarie, gli interventi sulle competenze dei medici di medicina generale e l'aiuto, non solo attraverso il trattamento farmacologico, delle persone a rischio suicidario.

Oltre a questi principi generali, l'EESPP produce alcune raccomandazioni per i governi: ogni paese (anche quelli con tassi di suicidio bassi) deve dotarsi di un programma specifico per la prevenzione del suicidio e di un *task force* dedicata, dichiarando l'impegno economico reale; la strategia preventiva deve essere separata e distinta dalla strategia per la salute mentale, benché con questa integrata; il programma deve venire monitorato, documentandone azioni ed effetti; va implementato un sistema standardizzato e universale di monitoraggio dei tentati suicidi e dei suicidi.

In riferimento ai sistemi di monitoraggio dei gesti autolesivi, osserviamo che questi esistono in un numero ristrettissimo di paesi e che in altri sono stati implementati limitatamente ad alcune aree (18). Secondo la proposta dell'EESPP, la rilevazione sistematica dei gesti autolesivi, in aggiunta a quella dei suicidi accertati, è necessaria in tutti i paesi. Un tentativo di introdurre un sistema di rilevazione e descrizione sistematica dei gesti autolesivi è stato condotto anche in Italia. Il rationale stava nella necessità di colmare un importante vuoto conoscitivo nella popolazione italiana avviando un monitoraggio affidabile del fenomeno, e di studiare meglio la relazione tra gesti autolesivi e suicidi (19). Tra i diversi centri che hanno aderito, solo uno ha portato avanti la rilevazione, non a caso all'interno di un più ampio e articolato impegno a favore della prevenzione del suicidio, che coinvolge diversi soggetti istituzionali e sostiene azioni con continuità e che è centrato specificamente sul comportamento suicidario (<https://www.apss.tn.it/-/invito-alla-vi-1>).

Depressione e suicidio e ruolo del medico di medicina generale

La depressione rappresenta il più elevato rischio di suicidio nella popolazione, soprattutto in alcuni gruppi di popolazione, come negli anziani (20). Uno studio svedese (21) è stato condotto sui casi di suicidio occorsi in una coorte di oltre sette milioni di persone e ha mostrato che tra gli 8721 suicidi verificatisi il fattore di rischio più importante era la presenza della diagnosi di depressione. La prevalenza di depressione era del 32% nelle donne e del 19% negli uomini, e l'*hazard ratio* aggiustato per fattori sociodemografici e clinici era 19,3 nelle donne e 15,5 negli uomini. Vi erano tuttavia differenze importanti a seconda dell'età e la depressione aveva un impatto maggiore nelle persone tra i 55 e i 74 anni, soprattutto se donne. La prevalenza di depressione era in questo studio più bassa che in studi condotti utilizzando l'autopsia psicologica o studi caso-controllo, che possono avere sovrastimato la prevalenza di depressione e che arrivano a stimare una prevalenza di depressione del 90% nelle persone che sono morte per un suicidio (22). Anche

se va tenuto presente che nello studio svedese l'informazione sulla presenza della diagnosi psichiatrica si riferiva all'inizio dello studio (e non si disponeva quindi dell'informazione su una diagnosi formulata durante il periodo di follow-up) e può essere quindi stata sottostimata, questi risultati indicano che l'attenzione al rischio di suicidio non si può concentrare sui casi di depressione e deve sensibilizzarsi al riconoscimento di altri fattori di rischio.

La creazione di una rete collaborativa tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta l'intervento più efficace per il miglioramento degli esiti della depressione a breve e a lungo termine. La realizzazione di una *collaborative care* determina infatti rispetto al trattamento standard una maggiore riduzione dei sintomi, una più frequente remissione e un miglioramento dell'adesione al trattamento farmacologico (23). L'integrazione tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta un intervento complesso, in cui molte componenti sono in atto, e le modalità di implementazione possono differire in relazione ai contesti terapeutici e culturali. La *stepped care* propone un modello di trattamento della depressione modulato a seconda della gravità e della risposta ai trattamenti da parte della persona e richiede l'impegno attivo, non solo come inviante ai servizi di salute mentale, del medico di medicina generale. Una meta-analisi recente ha messo in evidenza che l'approccio *stepped care* al trattamento della depressione è efficace se include il trattamento psicologico anche in assenza del trattamento farmacologico (24). L'accesso alle cure psicologiche per i disturbi mentali comuni e per la depressione rimane tuttavia problematico e va migliorato. Il progetto *Improved Access to Psychological Treatment*, lo IAPT (25), che è implementato nel Regno Unito dal 2008 con grande impegno di risorse, ha mostrato che il trattamento psicologico breve è accettato dalle persone, produce esiti positivi (26) e ha mostrato di essere particolarmente utile nella popolazione anziana, normalmente sottoservita da questo punto di vista (27). All'interno del riconoscimento della depressione va tuttavia dedicata un'attenzione specifica a migliorare il riconoscimento del comportamento suicidario in sé, dall'ideazione alla pianificazione, e dei fattori di rischio, sia quelli prossimali che quelli più generali, quali gli aspetti personologici, gli stili di pensiero e le strategie di adattamento alle avversità della vita. A questo scopo vanno migliorate le competenze dei *gatekeeper* e dei medici di medicina generale in particolare, sia rispetto alla riconoscimento che alla comunicazione, volta non solo all'esplorazione dello stato d'animo, ma anche al coinvolgimento della persona in una possibile relazione d'aiuto che possa avviarsi nel momento stesso del colloquio. Benché gli studi di Gask e colleghi abbiano mostrato l'efficacia della formazione volta al miglioramento delle modalità di comunicazione e del riconoscimento nella medicina generale (28) esiti sulla depressione stessa non si sono osservati ed esistono numerose barriere, rinvenibili sia a livello organizzativo che delle attitudini e delle credenze dei medici stessi, al riconoscimento e all'utilizzo delle competenze acquisite da parte dei medici.

I medici di medicina generale sono interlocutori privilegiati dei programmi locali volti alla prevenzione del suicidio (<https://www.apss.tn.it/-/invito-alla-vi-1>; <http://www.ass1.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/>). Le indicazioni ad essi rivolte riguardano non solo i fattori di rischio e le caratteristiche che devono sensibilizzare l'attenzione del medico ma anche la capacità di fare da primo e indubitabile punto di riferimento per le persone. L'invio alle cure specialistiche e la prescrizione del trattamento troveranno una via aperta se la persona viene ascoltata e il suo disagio accolto.

Il medico di medicina generale dovrebbe fondare la propria capacità di riconoscimento su alcuni principi generali.

- I precedenti tentativi di suicidio, anche se minimizzati dal paziente stesso, vanno sempre indagati e tenuti presenti. Non abbiamo indicazioni che tentativi classificabili come “dimostrativi” siano meno importanti di gesti che rappresentano una marcata intenzione di morire.
- Il facile accesso ad un mezzo letale contribuisce di per sé all'aumento del rischio.
- Sia condizioni di isolamento sociale che durano nel tempo che la prima manifestazione dell'attitudine a ritirarsi dagli altri vanno ritenuti fattori di rischio importanti. Il medico dovrà attivarsi affinché la condizione non si consolidi e non perduri.
- I disturbi all'esordio sono particolarmente pericolosi. Gli esordi psicotici in particolare, oltre ad essere spesso difficili da identificare, comportano un rischio di suicidio più elevato che nelle fasi successive della malattia.
- Il tasso di suicidio negli anziani è più elevato che nelle altre fasce di età. Mentre i giovani sono seguiti da altre agenzie sanitarie e sociali, molti anziani trovano nel medico di medicina generale il loro unico riferimento.
- Il rischio di suicidio è dinamico e dipende da condizioni diverse e complesse: nelle persone vulnerabili esso va quindi preso in considerazione e valutato ripetutamente nel tempo.
- I fattori protettivi possono rappresentare un'arma efficace in situazioni compromesse e di vulnerabilità: è opportuno non solo indagarli ma anche attivarli o sollecitarli.
- L'accumularsi di più fattori di rischio accresce la vulnerabilità delle persone e le espone ad un rischio enormemente aumentato
- I medici di medicina generale devono essere informati su tutti i possibili aiuti esistenti sul territorio di cui le persone a rischio potrebbero beneficiare.

Il migliore riconoscimento degli stati depressivi è un altro obiettivo da perseguire sia per ridurre l'impatto della depressione sulla vita delle persone e delle società, sia per affrontare e ridurre il comportamento suicidario nelle persone con depressione. La raccomandazione ai medici di medicina generale e le iniziative che ne sono derivate si sono rivelate utili ma è stata di recente posta enfasi sulla qualità dei servizi che curano la depressione (16). La bassa qualità dei servizi può produrre un atteggiamento di distanza e sfiducia

nei servizi anche in chi riconosce il bisogno di essere trattato, con conseguente scarsa ricerca di aiuto e frequente interruzione dei trattamenti. Le barriere al riconoscimento e al trattamento della depressione sono quindi su più piani: scarsa consapevolezza da parte delle persone colpite e da chi sta loro vicino, limitato riferimento ai servizi da parte di chi riconosce di avere bisogno di cure, difficoltà di accesso alle cure, trattamento inadeguato. Ciascuno di questi problemi interrompe la catena di fattori che porta al trattamento adeguato, e deve venire affrontato con attenzione e strumenti specifici.

I precedenti tentativi di suicidio

È noto che l'epidemiologia del suicidio e quella del tentato suicidio sono simmetriche, col tentato suicidio molto più frequente nei giovani e nelle donne, e praticamente assente negli anziani e il suicidio più frequente negli uomini e negli anziani. I fattori di rischio delle due manifestazioni sono tuttavia largamente sovrapposti, e il tentativo di suicidio è a sua volta tra i più importanti fattori di rischio per il suicidio, come mostrato da molti studi, tra cui quelli condotti dall'OMS (29). Questi studi hanno inoltre mostrato che il rischio di suicidio aumenta all'aumentare dei tentativi che hanno preceduto il suicidio e che il rischio conferito da un tentativo a seguito di una pianificazione conferisce un rischio specifico e diverso da quello di un tentativo non pianificato. Significativamente, lo studio dell'OMS di Borges e colleghi indicava che il superamento della crisi suicidaria al primo comparire dell'ideazione era associato ad un rischio diminuito di agire al ripresentarsi dell'ideazione, dando un forte stimolo alla gestione della crisi suicidaria attraverso strumenti psicologici.

Basandosi su un'ampia coorte di persone che avevano tentato il suicidio nel periodo 1978-1997 e seguendolo fino al 2000, Zahl e colleghi (30) hanno mostrato che il 23% di esse aveva ripetuto il tentativo e che il 2,6% di esse erano morte per un suicidio. I tentativi ripetuti aumentavano il rischio di suicidio più nelle donne che negli uomini (30). Nella sorveglianza condotta nella Provincia di Trento, tra il luglio del 2009 e il settembre del 2014 si erano verificati 868 gesti autolesivi giunti in Pronto Soccorso, di cui 488 compiuti da 407 donne e 380 compiuti da 310 uomini, corrispondenti ad un tasso annuale di 48/100.000 nel 2009 e di 33,5 nel 2014 nelle donne e di 29,5 nel 2009 e 35,1 nel 2014 negli uomini, con un aumento nel tempo nei maschi e una diminuzione nelle donne. Benché solo il 16% di questi eventi fosse stato giudicato ad alta intenzionalità dallo psichiatra che aveva compilato la scheda specifica, il tasso di suicidi che si erano verificati negli anni 2009-2014 nella popolazione osservata era molto elevato. Nei 598 soggetti descritti con la scheda sui gesti autolesivi nel periodo tra luglio 2009 e settembre 2013 si erano verificati 16 suicidi, che hanno interessato l'1,2% dei soggetti. Nel 2009 si erano verificati 37 suicidi nei 514.881 abitanti del Trentino, corrispondenti allo 0,07% della popolazione generale (31). Le persone morte per un suicidio differivano dalle altre

per età (più elevata), profilo di intenzionalità/letalità (più grave), numero di episodi nel periodo di osservazione (più alto). È da notare che mentre tra i primi episodi registrati il 59% dei casi era seguito dai servizi di salute mentale, tra le persone per cui si registrava un secondo episodio era seguito il 95%, indicando una presa in carico sistematica delle persone che erano giunte in Pronto Soccorso per un gesto autolesivo.

Un approccio innovativo ai tentativi di suicidio connessi alle difficoltà socioeconomiche

Gli interventi rivolti alle persone che hanno compiuto un gesto autolesivo sono prevalentemente di tipo psicofarmacologico e psicologico. Benché i fattori precipitanti siano legati alle avversità della vita, tra cui hanno rilievo quelle economiche, questi fattori non sono solitamente messi a tema negli interventi pensati e testati per aiutare le persone che hanno compiuto un gesto autolesivo e che si trovano in gravi difficoltà economiche e sociali, indipendentemente dalla presenza di un disturbo mentale. Un gruppo di lavoro che raccoglie diversi esperti di prevenzione del suicidio britannici ha messo a punto un intervento dalle caratteristiche e dagli obiettivi innovativi, partendo dall'osservazione che l'accesso ai dispositivi di welfare e di supporto economico o per l'abitazione è particolarmente difficile per le persone più vulnerabili, e tra queste per quelle e con disturbi mentali. Il progetto HOPE, *Help fOr people with money, Employment, benefit or housing problem* (32), è pensato per persone che hanno compiuto un gesto autolesivo o che sono arrivate in Pronto Soccorso in condizioni di grave stress psicologico e che riportavano problemi economici, di lavoro o di abitazione. L'intervento - costruito sulla base della teoria dell'autodeterminazione (33), e che vede come condizione del cambiamento del comportamento della persona la percezione di avere sufficienti controllo e possibilità di scelta rispetto al problema da risolvere e di disporre delle competenze necessarie per agire in questo senso - ha l'obiettivo di sostenere le persone nella risoluzione dei loro problemi nel periodo di stress acuto e di renderle più sicure nell'affrontare problemi di questa natura in futuro. Viene utilizzata la tecnica dell'intervista motivazionale come tecnica di comunicazione supportiva efficace, direttiva e centrata sull'utente che mira a identificare, esplorare e risolvere l'ambivalenza rispetto agli obiettivi che la persona si dà e per muovere verso il cambiamento.

Il modello di intervento è ancora in via di messa a punto e il lavoro dei ricercatori si sta concentrando su uno studio pilota articolato volto ad acquisire elementi rispetto all'accettabilità dell'intervento e della randomizzazione sia da parte dei partecipanti che degli operatori, e a definire il bisogno di formazione. Lo studio pilota coinvolge non solo gli operatori, ma anche utenti dei servizi che abbiano fatto esperienza di perdita del lavoro e problemi economici e che abbiano compiuto almeno un gesto autolesivo.

Questo modello di intervento rappresenta l'applicazione di un approccio orientato

all'*empowerment* delle persone in difficoltà, che affronta in modo diretto il problema dei fattori precipitanti e stressanti, lavorando al tempo stesso sulla componente psicologica, orientandola tuttavia al raggiungimento dell'obiettivo. L'importanza di usare un approccio di *patient and public involvement* (34) sta nel riconoscere la natura sociale e di salute pubblica del problema che si vuole affrontare. Ne derivano un modello e un intervento inevitabilmente complessi, che richiedono risorse e organizzazione e che non può essere semplicemente tradotto nel rapporto terapeutico tra singolo utente e singolo operatore.

Considerazioni conclusive

In ambito di prevenzione del suicidio ci troviamo di fronte ad una sorta di paradosso per cui, se da una parte riusciamo a dimostrare che il trattamento della depressione porta ad una diminuzione del rischio di morire per un suicidio nell'individuo, dall'altra l'andamento temporale della prevalenza di indicatori di trattamento della depressione e l'andamento dell'incidenza dei suicidi sembrano del tutto indipendenti tra loro. Alcuni autori hanno osservato che la relazione tra l'utilizzo di antidepressivi e gli andamenti dei tassi di suicidio sono eterogenei e inconsistenti, suggerendo che non sia sostenibile un contributo degli andamenti dell'utilizzo degli antidepressivi a quelli dei suicidi, nei periodi e nelle aree in cui si osservavano delle diminuzioni (3,35). D'altra parte, altri (36) sostengono che l'uso appropriato degli antidepressivi è troppo raro per mostrare un impatto sull'andamento dei suicidi, eventi rari a loro volta. È probabile che l'indipendenza degli andamenti si riscontrerebbe anche se fosse possibile utilizzare dati sulla disponibilità di interventi psicologici specifici.

Un migliore riconoscimento e un miglior trattamento degli stati depressivi e di altri disturbi mentali associati all'aumento del rischio di suicidio sono sicuramente auspicabili e da promuovere. Tale riconoscimento deve però accompagnarsi ad un'attenzione più specifica dei fattori di rischio e dei fattori precipitanti del suicidio, a risposte innovative sia a livello di interventi psicologici che a interventi di sanità pubblica che si diano come bersaglio l'intersezione tra fattori sociali e psicologici da cui scaturisce il rischio di suicidio. Senza uno sforzo in questo senso, è probabile che le raccomandazioni per la prevenzione del suicidio indichino ripetitivamente strade giuste ma il cui successo sappiamo essere limitato, o prodursi molto lentamente.

Nei paesi a basso reddito, il peso dei fattori sociali ed economici sembra essere più elevato che nei paesi ad alto reddito e meno frequente la presenza di una malattia mentale grave nei casi di suicidio (37). La riduzione nei tassi di suicidio che si registra in questi paesi è verosimilmente più associata a trend epocali di miglioramento delle condizioni di vita, piuttosto che a interventi di salute pubblica, siano essi universali, o volti a gruppi a rischio o individuali. Vi sono esempi clamorosi di come miglioramenti diffusi delle condizioni di salute della popolazione, anche nei paesi ad alto reddito, siano derivati da

miglioramenti generali delle condizioni di vita materiali e sociali che avevano preceduto interventi di sanità pubblica, anche se questi hanno a loro volta favorito ulteriormente i risultati positivi già in atto (38). Crediamo che questo discorso si applichi anche al fenomeno del suicidio e della depressione nelle aree sociali più problematiche dei paesi ad alto reddito. È verosimile che un significativo sforzo preventivo rivolto al suicidio venga messo in atto all'interno di una certa disponibilità di risorse e dove le condizioni di vita per la gran parte della popolazione stiano migliorando anch'esse. Le singole azioni preventive sono quindi parte di un "progresso" generale in quelle realtà. Ma quel progresso generale consiste, per l'appunto, in tanti sforzi che devono convergere nello sforzo sistematico di estensione della giustizia sociale e di miglioramento delle condizioni di vita e del benessere della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide. A global imperative. WHO, 2010.
2. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Saraceno B. Suicide mortality in Italy: An update from 1955 to 1987. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:454-460.
3. Barbui C, Campomori A, D'Avanzo B, Negri E, Garattini S. Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:152-156.
4. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, Mirandola M, Sorio A, D'Avanzo B, Barbui C. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:750-755.
5. Olfson M, Blanco C, Wall M, Liu S-M, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:1095-1103.
6. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347:f5239.
7. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *Soc Sci Med* 2014; 112:39-50
8. Quaglio G, Karapiperis T, van Woense L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013; 113:13-19.
9. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *Eur Psychiatry* 2010; 25:252-256.
10. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C et al. Suicide prevention strategy revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:646-659.
11. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. WHO, 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf).
12. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicides in prisons: an international study of prevalence and contributing factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:946-952.
13. Chakraborty A, McManus S, Brugha TS, Bebbington P, King M. Mental health of the non-heterosexual population of England. *BJP* 2011; 198:143-148.
14. Ratkowska KA, De Leo L. Suicides in immigrants: an overview. *Open J Medical Psychology* 2013; 2:124-133.

15. Linde K, Tremblay J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. *PlosOne* 2017; 12:e0179496.
16. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A-et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *BJP* 2017; 210:119-124.
17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: a consensus position paper. *Eur Neuropsychopharm* 2017; 27:418-421.
18. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, Kapur N, Horrocks J, House A, Lilley R, Noble R, Owens D. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 42:513-521.
19. D'Avanzo B, Barbato A, Crescenzi A, Fortes Lindau J, Parabiaghi A, Gaddini A. Schda per la rilevazione dei gesti autolesivi e dei tentativi di suicidio in ospedale: una proposta per i servizi e per le Regioni. *Psichiatria di Comunità* 2010; 9:103-106.
20. Beautrais AL. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat* 2002; 32:1-9.
21. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Med* 2014; 44:279-289.
22. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4:37.
23. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton A: Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis of longer-term outcomes. *Arch Int Med* 2006; 166:2314-21.
24. Coventry Pa, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, Lovell K, Dickens C et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PlosOne* 2014; 9:e108114
25. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23:375-384.
26. Clark DM, Canvin L, Green J, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet* 2017.
27. Chaplin R, Farquharson L, Clapp M, Crawford M. (2015). Comparison of access, outcome and experiences of older adults and working age adults in psychological therapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 30: 178-184.
28. Gask L. Educating family physicians to recognise and manage depression: where are we now? *Can J Psychiatry* 2013; 58:449-455.
29. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71:1617-28.
30. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185:70-75.
31. D'Avanzo B. Analisi dei dati della scheda sui tentati suicidi e i gesti autolesivi. Presentato al convegno Invito alla vita. Progetto di prevenzione del suicidio in Trentino. Voce ai professionisti. Trento, 25 novembre 2014.
32. Barnes MC, Haase AM, Bard AM, Donovan JL, Davies R, Dursley S, Potokar J, Kapur N, et al. HOPE: Help fOr People with money, employment, benefit or housing problems: study protocol for a randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies* 2017; 3:44.

33. Ryan R, Deci E. Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 2000; 55:68-78.
34. Entwistle VA, Renfrew MJ, Yearley S, Forrester J, Lamont T. Lay perspectives: advantages for health research. *British Medical Journal*, 1998; 316:463-466.
35. Baldessarini RJ, Tondo L, Strombom IM, Dominguez S, Fawcett J, Licinio J, Oquendo MA, et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks. *Harv Rev Psychiatry* 2007; 15:133-145.
36. Simon G. Antidepressants and suicide. Treatment is probably too sporadic to affect overall suicide rates. *BMJ* 2008; 336:515-516.
37. Jacob KS. Suicide prevention in low- and middle-income countries: part perceptions, partial solutions. *BJP* 2017; 211:264-265.
38. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987; 9:51-69.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Di fronte al terremoto, dentro di sé. Disagio e interventi *Face to face with the earthquake, inside of itself. Discomfort and interventions*

Marco Grignani

Dipartimento Salute Mentale USL Umbria 1

Parole chiave: catastrofi naturali, depressione e PTSD, risorse della comunità, integrazione

RIASSUNTO

Con questo articolo ci si propone di esaminare le patologie insorgenti dopo una catastrofe naturale, confrontare i modelli di intervento utilizzati nel 1997 e quelli utilizzati nel 2017. Vengono presentati alcuni dati della letteratura internazionale e vengono comparati con le esperienze effettuate sul territorio dell'Umbria, nel 1997 ed oggi, anche attraverso l'esposizione di due casi clinici. Si confrontano quindi i risultati ottenuti in vari paesi e con diverse metodologie, per dimostrare quanto sia complesso analizzare questi approcci in modo rigoroso e approfondito. Si conclude con l'esposizione di un percorso di intervento che integra i metodi di azione di prevenzione psicosociale con quelli più strettamente clinici all'interno di un cammino unitario, caratterizzato da filtri professionali per l'accesso al livello successivo di intensità di presa in carico, sotto il controllo diretto delle strutture pubbliche.

Key words: natural catastrophes, depression and PTSD, community resources, integration

SUMMARY

In this paper we propose to examine pathologies arising after a natural catastrophe and then to compare the intervention models used in 1997 to those used in 2017. We shall present data coming from international literature, that will be compared to the experiences we set up in Umbria territory in 1997 and 2017. In this work, two clinical cases will also be exposed. The results obtained in various countries with different methodologies of intervention will be scrutinized in order to demonstrate the difficulty and complexity of

Autore per corrispondenza: marco.grignani@uslumbria1.it

an organic and rigorous approach to the problem. Finally, we shall expose an intervention pathway in which psychosocial preventive methods and strictly clinical intervention procedures will be integrated in a unique way, characterized by professional filters for the admission to more intensive levels of taking charge, under the direct control of Public Services.

Introduzione e dati epidemiologici

In questo momento tutta l'Italia può essere considerata area sismica e si deve necessariamente affrontare il problema di come un disastro ambientale si trasformi, sul piano psicologico, in un trauma tale da generare gravi squilibri interiori.

Tralascieremo qui le notevoli differenze che intercorrono tra un disastro naturale e una situazione traumatica prodotta dall'uomo (guerre, violenze ...), perché la discussione ci porterebbe troppo lontano dagli scopi di questo lavoro. Semplificando, comunque si può affermare che, in realtà, anche le evenienze sismiche, nella contingenza attuale, hanno una componente antropica molto importante. Ciò è dovuto alle conseguenze più o meno gravi, dal punto di vista dei danni, derivanti proprio dalle modalità con cui l'uomo ha affrontato quella determinata calamità.

Ci attesteremo quindi su un discorso che riguarda in modo generale i disastri naturali e le loro conseguenze traumatiche individuali e di comunità.

L'inquadramento epidemiologico del problema ci dà già la misura della complessità del campo nel quale vorremmo addentrarci, in quanto si notano variabilità di numeri, sovrapposizioni e giustapposizioni di quadri clinici, tali da rendere difficile un approccio rigoroso. Soprattutto, è necessario considerare come le variabili per la rilevazione dell'incidenza e della prevalenza dipendano da una enorme quantità di elementi interni ed esterni alle vittime, a svariate condizioni sociali e psicologiche, al punto che non si può procedere con facilità ad una definizione precisa della situazione. In generale possiamo dire che i fattori di sofferenza maggiore sono legati alla intensità e alla durata del trauma, ma anche al fatto che esso si sia esplicato in situazioni sociali o psicologiche più o meno favorevoli.

In uno studio dell'aprile 2016 (1) si può leggere come le percentuali del disturbo in adolescenza dopo un terremoto siano molto elevate, ma come sia anche presente una comorbilità significativa: la prima valutazione dopo dodici mesi ha evidenziato un'elevata prevalenza di disturbo da stress post traumatico (43.9%), depressione (20.9%) ed entrambi (18.2%); altri disturbi presentano un'incidenza marcatamente inferiore (0.9%); alla seconda valutazione, dopo trenta mesi una consistente percentuale di giovani soffriva ancora di disturbo da stress post traumatico (15.7%) e depressione (21.6%).

In un altro studio (2) viene riportato che un anno dopo il terremoto di Haiti, l'incidenza di PTSD e depressione era compreso tra il 68% e il 40.9%, mentre nel gruppo di controllo l'incidenza era tra il 50% e il 20.5.

In un terzo studio (3), in Turchia, le percentuali di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e depressione sono intorno al 20% all'epicentro e al 14% a Istanbul, a 100 km di distanza dal sisma.

Si può notare, anche da questi pochi accenni come sia difficile proporre un quadro epidemiologico univoco e scevro da differenze ambientali, sociali, psicologiche. Per ciò che riguarda gli interventi, sembra che la difficoltà di definizione sia simile. Da un lato emerge come sia necessario impostare terapie di tipo cognitivo comportamentale o EMDR¹ che appaiono più efficaci di quelle di supporto sociale (4), ma da un altro, in una revisione Cochrane (5) sugli interventi psicologici per il PTSD, si propone la tesi che tutti gli interventi psicologici sul trauma per la riduzione dei sintomi specifici di malattia siano relativamente poco efficaci. Come già segnalato circa vent'anni fa in occasione del terremoto di Umbria e Marche del 1997 (6), ci troviamo dunque in una seria difficoltà di tipo epistemologico, in quanto si fondano risultati tecnici apparentemente positivi su sistemi di raccolta dati quantomeno incerti; non ci sono cioè basi sicure per la valutazione degli esiti, dal momento che non ci sono dati assoluti su incidenza e prevalenza. In ogni parte del mondo, a seconda del tipo di disastro, delle condizioni sociali e psicologiche delle popolazioni e delle persone colpite, i dati variano in modo notevole. È un'aleatorietà intrinseca all'applicazione di metodi epidemiologici a qualsiasi modello di intervento in salute mentale, ma questo discorso ci porterebbe molto fuori dal seminato. Ci limiteremo quindi ad utilizzare questo tipo di ragionamento per sostenere due tesi che ci preme illustrare: la prima indica negli interventi psicosociali di prevenzione uno strumento utile per combattere il disagio psichico e differenziarlo dai disturbi psicopatologici veri e propri; la seconda, che nell'emergere di un problema specifico è molto importante il vissuto profondo e la modalità dell'evoluzione storica e dell'elaborazione dell'esperienza personale.

In modo superficiale si può affermare che il trauma genera sofferenza, come disse Vito Antuofermo alla fine di un match pugilistico con Marvin Hagler: *“Col suo pugliese di Brooklin disse ai cronisti: ‘il dolore fa male’. Non vinse più un incontro”* (7) e che una storia politraumatica predispose in modo più deciso all'insorgere di sintomi specifici; se ci sono stati eventi gravi nella vita di un soggetto, quest'ultimo avrà più facilità di sviluppare

1. L'EMDR (dall'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un metodo psicoterapico strutturato che facilita il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati sia ad eventi traumatici, che a esperienze più comuni ma emotivamente stressanti. È un approccio psicoterapico interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 20 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie inclusi la depressione, l'ansia, le fobie, il lutto acuto, i sintomi somatici e le dipendenze. La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR. (*dal sito emdr.it*)

segni e sintomi di una sofferenza specifica.

Se andiamo ad esaminare le comorbidità, oppure la distribuzione nelle popolazioni, della prevalenza di depressione o PTSD, ci rendiamo conto che gli eventi di vita divengono centrali. Vorremo citare per esteso una frase, tradotta da un abstract, che rivela in pieno la complessità del problema: *“otto anni dopo il terremoto del Wenchuan 11.8% di coloro che avevano risposto ai questionari avevano un PTSD sintomatologicamente evidente, and 24.8% avevano una probabile depressione. I risultati indicavano che il genere femminile, una bassa educazione, una percezione personale di cattiva salute, ed esperienze traumatiche associate al terremoto erano associati con alti tassi sia di PTSD che di depressione tra i sopravvissuti. L'esposizione diretta al terremoto era associata con PTSD e depressione (OR=1.86; 95% CI=1.42, 2.44). Chi aveva solo una depressione era più probabilmente non sposato/divorziato/vedovo, ed aveva sperimentato paura durante l'evento (OR=1.34; 95% CI=1.04, 1.72), mentre quelli con il solo PTSD provenivano più probabilmente dagli agglomerati di Yonggan piuttosto che da Guangji (OR=1.86; 95% CI=1.06, 3.31)”* (8).

In questo testo esemplare viene messo in evidenza che i fattori di vita e le caratteristiche personali e sociali influenzano in modo preciso l'insorgenza dei vari disturbi. Non si possono quindi lasciare in disparte le caratteristiche generali del territorio e della popolazione quando si parla della natura del fenomeno depressivo in rapporto con eventi naturali. Vedremo in seguito come queste siano a loro volta indissolubilmente legate al mondo interno dei soggetti colpiti, ma per ora è meglio limitarsi a queste considerazioni di tipo metodologico ed esterno. Si vuole però sottolineare che si sono di fatto modificati i modelli di comprensione della reazione alla catastrofe e di conseguenza i parametri di base per l'impostazione degli interventi; tutto si è spostato su un versante molto più operativo, ma anche di maggiore semplificazione dell'approccio al problema.

La situazione attuale

Dal momento che non si parla più di sofferenza o di dolore e nemmeno di disagio, ma piuttosto di malattia o disturbi, si deve fare ricorso a modelli di lettura diversi, più legati alla descrizione esteriore che non alla comprensione profonda del problema del singolo e della comunità. Si fa cioè ricorso all'esame dei sintomi e dei segni e non si cerca più un modello esplicativo della difficoltà. In modo profondamente autoironico, ma estremamente efficace, durante l'evento *“Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico”* a Sellano il 19 ottobre 2017, la rappresentante dell'associazione Emdr di Milano affermava che il loro intervento aveva avuto successo, non perché se ne conoscessero le basi scientifiche del funzionamento, ma perché tramite il passaparola tutti sapevano che toglieva il mal di testa e ridava il sonno perduto; durante la comunicazione ha invece documentato inoppugnabilmente questa seconda tesi, grazie all'esposizione di dati raccolti in modo molto rigoroso (9).

Come è evidente da questo esempio, nel corso degli anni le esperienze di sostegno psicologico, si sono rivolte sempre di più ai singoli casi, in modo quasi ambulatoriale con interventi specifici sul sintomo o sul disagio e molto meno all'intervento globale.

In questo senso, colpisce l'azione nell'ultimo recentissimo terremoto del Centro Italia in cui molti interventi sono stati svolti dagli Ordini Professionali. Certo questa è una condizione legata alla necessità: il Servizio Pubblico si trova in una tale difficoltà organizzativa e di risorse che non è in grado di affrontare direttamente un'emergenza di questa portata. Colpisce come l'organizzazione generale dello Stato debba affidarsi a strutture professionali e non sia in grado di organizzare direttamente l'intervento, magari cooptando, al suo interno, anche queste strutture. Si ha così l'impressione di un grandissimo impegno, di ottimi risultati specifici, almeno stando ai resoconti, ma di una difficoltà complessiva a coordinare gli aiuti e di una frammentazione che impedisce di fatto una visione di insieme dello stato di salute della popolazione. Si giunge al paradosso di affidare il lavoro di cornice ad una professionalità specifica, quella dell'Assistente Sociale, che contiene in sé tutte le voci della comunità. Nella sua comunicazione a Sellano GV. Pula (10) ha bene espresso i caratteri generali di un intervento di comunità:

*“Promuovere la COMUNITÀ e la SOSTENIBILITÀ del rapporto con l'AMBIENTE ... sociale” iniziative dedicate alla collettività utili a fronteggiare problemi e conflitti e per sviluppare il senso di appartenenza che è fatto di consapevolezza, responsabilità e partecipazione (concetto già noto al servizio sociale di comunità anche in tempo di pace, già dagli anni 50, poi sviluppatosi con il concetto di integrazione degli interventi tra i soggetti coinvolti – la rete – concretizzatosi coi piani di zona del 2000). Dovrebbe contribuire a rendere “tutti protagonisti”: gli stessi cittadini che diventano insieme alle istituzioni i costruttori della propria realtà. Concetto che in tempo di pace chiamiamo **Cittadinanza attiva**: il cittadino che dedica parte del proprio tempo, del proprio impegno, per sviluppare tutti quei processi che favoriscono la partecipazione ...*

Si nota chiaramente un intento unitario nell'impostazione dell'operatività, ed una forte consapevolezza della necessità di interventi integrati, ma tutto questo viene riproposto come specifico della propria categoria professionale, quasi a trasmettere la sensazione di una carenza di cornice programmatica comune a tutti gli ambiti professionali.

Il terremoto del 1997

In realtà, quelli che vengono messi in evidenza da Pula oggi sono gli stessi principi che guidarono gli interventi del 1997. All'epoca furono costruiti dei “Centri di ascolto” all'interno di alcuni campi, dove un container veniva dedicato all'accoglienza di qualsiasi tipo di bisogno: dalla semplice tazza di tè, fino al colloquio per sofferenze legate alla perdita di qualsiasi cosa fosse cara. L'idea che ci mosse fu che le persone avessero bisogno essenzialmente di sentire altre persone vicino, di ricostruire una trama di vita e di rapporti.

Non ci venne in mente di curare problemi specifici o sintomi, anzi proponevamo, all'interno del Centro un piccolo opuscolo in cui spiegavamo le reazioni più comuni e il loro significato, come far fronte ad esse e come chiedere aiuto se divenivano eccessive o insopportabili. Partivamo dalla necessità di riattivare le forze ancora vive dentro ogni persona e nei gruppi comunitari. Per questo in molti campi gli operatori erano del posto e condividevano il dramma della perdita con gli altri, così come condividevano storie racconti e tradizioni che si rivivificavano nei momenti di incontro e che costituivano il tessuto della ricostruzione e della rinascita. Questo metodo portò al contenimento dell'insorgenza di PTSD al 10% della popolazione, secondo una ricerca da noi portata avanti e mai pubblicata per motivi legati essenzialmente alla difficoltà di stratificazione di un campione significativo.

Il problema che si poneva allora e che si pone oggi è però distinguere in modo molto preciso quella che è la sofferenza insita in una perdita o in un trauma avvenuti nella realtà esterna, da quella più intima e più interna legata alla propria esperienza complessiva di vita e alle modalità che si sono costituite nel tempo, per fare fronte alle difficoltà.

Durante il convegno più volte citato, P. Angelucci (11) ha proposto un'efficace sintesi di ciò che avevamo già segnalato nel 1997 (12-13): esiste un "terremoto invisibile" che corrisponde a quello esterno e che ne ripropone, in altri termini la problematicità. Ai crolli, alle crepe, all'inagibilità delle case, alla perdita dei propri cari e dei propri luoghi, corrispondono dispositivi interiori che si configurano come dolore, paura e rabbia. Molti autori si sono soffermati sull'esperienza del dolore, soprattutto di quello psichico, ed alcuni hanno cercato di differenziarlo dalla sofferenza. In particolare il filosofo Ricoeur (14) si occupa di questo in un saggio in cui distingue l'esperienza del dolore, visto come fenomeno eminentemente somatico, da quella della sofferenza che invece attiene al campo dello psichico. L'autore afferma: " *Ci troveremo dunque d'accordo nel riservare il termine dolore agli affetti sentiti in certi particolari organi del corpo, o magari in tutto il corpo, e il termine sofferenza agli affetti aperti alla riflessività, al linguaggio, al rapporto con sé, al rapporto con gli altri, al rapporto con il senso, all'interrogazione...* (pag. 32)".

Nel campo della sofferenza si potranno distinguere due assi: il primo connesso con la capacità di agire e patire, il secondo con la relazione sé altri. In quest'ultimo la sofferenza si esplica come un danno alla capacità di raccontare la propria esperienza. Si nota come l'aspetto relazionale sia preso in considerazione in modo molto preciso, come una componente essenziale della sofferenza. In un contesto psicoanalitico, W. R. Bion (15) propone un modello in cui le esperienze traumatiche primordiali non sono rappresentate né rappresentabili; questa impossibilità a raffigurare ciò che si è esperito pone il soggetto in uno stato di angoscia incomprensibile, tanto che l'Autore afferma che ci sono individui che " *possono dire che soffrono; ma solo perché non sanno cosa sia soffrire e confondono il sentire il dolore con il soffrirlo*" (pag. 30).

Il dolore viene quindi provato in modo inevitabile ad un livello profondissimo, mentre la sofferenza, che potremmo definire come capacità di rappresentazione psichica del dolore, deve essere in qualche modo concepita, conosciuta e riconosciuta, in modo da poterla elaborare e superare. Senza questo passaggio psichico, il dolore risulterà inaccessibile e quindi senza possibilità di essere risolto.

È quasi inevitabile però che in questa situazione si instaurino processi che proteggono da una sofferenza, che comunque si rivelerebbe assai elevata; ci troviamo di fronte infatti a fenomeni estremi, catastrofi, appunto, e quindi anche le difese psicologiche possono assumere carattere estremo, potremmo dire primitivo. Ne abbiamo individuate alcune che ci sono apparse più complesse da affrontare. La prima è l'isolamento: nei volti, negli atteggiamenti, nei comportamenti si legge facilmente: chiusura, distanziamento emotivo, silenzio. La perdita è rappresentata nella chiusura e nella distanza; è necessario recuperare una vicinanza e una presenza significative, anche in termini fisici, e, attraverso questo, rielaborare la perdita.

La seconda è la fuga: specie in queste ultime esperienze l'allontanamento dai luoghi del dolore sembra essere stata una soluzione anche istituzionale, attraverso l'ospitalità in alberghi lontani. Essa rappresenta però anche la negazione della mancanza e la sua sostituzione con altro, immediatamente suppletivo e fruibile, in un modo che nega ogni sofferenza e propone una velocissima cancellazione di ciò che è accaduto per guardare solo avanti, senza sostare nella catastrofe e renderla parte del proprio vissuto emotivo.

Il terzo elemento è ancora più complesso e consiste in una sorta di separazione dal vissuto emotivo di perdita e mancanza. Ogni sorta di difficoltà viene eliminata e posta in una condizione di apparente distanza o addirittura di non esistenza; è questa la condizione più problematica, perché comporta l'emergere di sintomi che si propongono come sostituti dell'elaborazione dell'annientamento esterno ed interno. Si tratta di una condizione eminentemente clinica e si evidenzia appunto attraverso una modalità di relazione particolare e l'insorgere di sintomi di un disturbo specifico, come sarà evidente nell'esempio clinico successivo.

Esempi clinici

Di solito queste tre condizioni si trovano conglobate all'interno dell'esperienza emotiva individuale ed è necessario distinguere elementi diversi. Per questo è opportuno esemplificare le situazioni attraverso la narrazione di vignette cliniche di pazienti attualmente seguiti in psicoterapia.

B. ha avuto una storia tempestosa: proviene da un territorio che ha subito molti terremoti e la sua casa è stata più volte danneggiata; abitando in una zona montagnosa e povera la sua famiglia ha avuto rovesci economici rilevanti, al punto di perderla, la casa, e di doverla ricomprare all'asta, accendendo un mutuo. B. se lo è accollato, grazie ad una posizione

economica vantaggiosa, raggiunta attraverso studi faticosi e una carriera accidentata. Il terremoto del 2016 ha lesionato l'abitazione di famiglia un'altra volta e B. è dovuta andare a vivere con i genitori anziani nuovamente in un campo attrezzato. Si era appena rimessa da una grave malattia che le ha lasciato strascichi di debolezza e di affaticamento; nonostante ciò, non ha perso il suo fascino e nel campo ha trovato un corteggiatore. Purtroppo, in una notte della scorsa primavera la situazione è precipitata improvvisamente: B. decide di imporsi, forte delle proprie competenze, sull'organizzazione del campo, intraprendendo una serie di attività, di fatto sovrapposte a quelle già svolte dagli addetti alla cura del campo, in un modo così incongruo ed affannoso da determinare la necessità di un ricovero psichiatrico.

La storia di B. si intreccia con quella dei terremoti che hanno colpito la Valnerina, con le caratteristiche socio culturali del territorio, ma soprattutto si muove nello spazio interno di B. e nell'evoluzione dei suoi vissuti. La sua identità si è andata formando attraverso una dura lotta contro i vincoli familiari e le dinamiche culturali del paese; ha dovuto sfruttare le sue caratteristiche di intelligenza, ma ha anche dovuto liberarsi di una serie di identificazioni profonde con oggetti e modalità provenienti dal passato familiare e si è strutturata e rafforzata attraverso le nuove identificazioni con il ruolo di professionista e di donna affermata e partecipe nella società civile. L'ultimo terremoto rappresenta un precipitare nel passato, un ritorno a vecchie esperienze e vecchie dinamiche, che, sebbene elaborate a lungo, non sono però del tutto superate e sono pronte a tornare. I pilastri del suo nuovo funzionamento sono stati minati quasi contemporaneamente, la sua attuale identità si è volatilizzata ed è tornata come indietro nel tempo. Il terremoto, insieme alla difficile esperienza della malattia ha fatto affiorare elementi scissi e che hanno gettato una luce nefasta sulla sua condizione attuale, impedendole di accettare il corteggiamento, che pure le interessava, riproponendo il trauma non raffigurato dei suoi primi anni di vita. Purtroppo la visione del terremoto è troppo vicina a quella del passato e si è totalmente sovrapposta, occupando tutto lo spazio della fantasia e riattivando antiche modalità di contrapposizione e superiorità, che l'hanno portata all'espressione di un "episodio di eccitamento in paziente con disturbo bipolare", ma che nella sua storia hanno un senso ben più profondo e complesso.

Un racconto simile emerge dall'analisi, riportata in seduta, dell'esperienza diretta di una visita nei luoghi colpiti dal sisma da parte di una persona che ha un legame stretto con quei territori e che li ha visitati dopo una lunga assenza, subito dopo gli eventi tragici delle ultime scosse.

“Volevo andare in luoghi precisi, e ciò era evidente, e in un periodo della mia vita preciso, cioè quando frequentavo i Sibillini insieme ai miei genitori, M. e D. In effetti dopo quegli anni ci sono tornata molte volte, ma la visita di questa settimana si riferiva esclusivamente a quel periodo. Tempi in cui ero meno sola e in cui c' erano i girasoli in fiore tra la Valnerina

e Perugia. Tempi in cui le mie emozioni erano più vive e più forti e non seccate dalla siccità della vecchiaia. Tempi in cui i borghi medievali con la loro austera bellezza erano lieti e vivaci. Dove, almeno d'estate, si incontravano bambini e ragazzetti nei parchi giochi.

Ora non c'è veramente più nulla. Le macerie sono ovunque. Al massimo si trova una pattuglia dell'esercito e quattro cani e/ o gatti.

Io passavo in bicicletta davanti alla chiesa di Campi e anche una persona poco sensibile all'arte come me non poteva non notarla. Tutto distrutto.

E il Vettore. È sicuramente la cima su cui sono salita più volte. Non è più lui, non ci sono i laghi di Pilato, la Cima del Lago è devastata da una faglia che ha inciso il terreno, alzato le pietre e creato una specie di voragine aggettante dalla parte dei laghi, che aspetta solo di crollare. E guardando le creste che più volte ho percorso si vedono frane, crolli e siccità e silenzio. Tanto, tanto silenzio. Non era così. Forse i motociclisti che arrivavano a Forca di Presta disturbavano, ma era una festa. Forse il silenzio è ciò che più mi ha colpito dopo le macerie. Silenzio, silenzio, solo il vento. Per fortuna ci sono ancora le stelle alpine. Ma nulla tornerà come prima.

Cercavo emozioni, sì. Cercavo la dolcezza dei ricordi. Speravo che la terra spaccata e sofferta mi evocasse le dolcezze, la tenerezza e la vitalità del tempo passato. Ho trovato macerie ed arsura. E se proprio devo concludere con ciò che mi esce dal cuore devo dire: non so più dove andare.”

Il ritorno in luoghi noti, ma modificati e distrutti, desta sensazioni di disperazione e di vuoto. Si perdono, con i luoghi annullati, anche i ricordi e le emozioni faticosamente custodite e raccolte; torna l'esperienza di un dolore irraggiungibile che toglie il fiato e la speranza. Non c'è più spazio di evoluzione e di progresso, manca tutto quello che si era cercato da sempre. Per fortuna, la possibilità di raccontarlo, di dirlo a qualcuno in una relazione significativa, fa sbocciare parole poetiche e profonde che danno accesso ad un nuovo senso, anche se le emozioni sono negative e pesanti. Queste ultime, vissute nel rapporto e nella riattivazione del ricordo, generano di fatto una liberazione dall'indicibile e una nuova potenzialità di muoversi e di riattivarsi. Si può riprendere a vivere, consapevoli della propria sofferenza, attuale e passata, ma anche in grado di far fronte alla difficoltà, attingendo a quanto di creativo e fecondo la nuova vita ha prodotto.

I due esempi clinici dimostrano, in modi diversi, come il terremoto possa incidere immediatamente sul mondo interno delle persone. C'è una sorta di comunicazione diretta tra l'evento e la sofferenza personale, ma nello stesso tempo si può verificare la distanza tra le due grandezze, interno ed esterno. Nel primo caso possiamo vedere come il trauma esterno irrompa nella vicenda personale e rappresenti una sorta di “goccia che trabocca il vaso”, un ulteriore carico di stress e di significati che modifica in modo irreparabile un equilibrio in quel momento fragile; nel secondo, l'elaborazione personale è tale da consentire un contenimento del dolore e della rabbia, in modo da poterli sviluppare in

modo proficuo e raggiungere il senso profondo della sofferenza.

La discussione potrebbe portare molto lontano dal seminato e spingerci su un piano teorico che porterebbe all'interno dell'enorme problema del rapporto tra realtà psichica e realtà esterna; già all'interno del lavoro di Freud troviamo cambiamenti e precisazioni su questo rapporto molto complessi e pieni di implicazioni cliniche. Non ci sembra opportuno quindi battere questa via. Dovremo però sottolineare come i casi illustrati brevemente indicano una diversa connessione tra interno ed esterno, dovuta a differenti modi di vivere il trauma e il dolore. Ci possiamo cioè imbattere in modalità diverse di rapporto con la catastrofe che vanno dalla semplice difficoltà materiale nell'affrontare una condizione di disagio, fino ad una vera e propria sintomatologia clinica conclamata.

Conclusioni

Abbiamo visto come ansia, depressione e PTSD siano le forme più comuni di espressione di malattia, ma in situazioni acute abbiamo assistito anche ad episodi dissociativi, a disturbi comportamentali gravi e, talora, ad abuso di sostanze. Non abbiamo ancora chiaro quali siano le motivazioni di insorgenza della patologia solo in alcuni individui e non capiamo come in uno si manifesti una patologia e in altri un'altra. Sono quindi necessari molti tipi di intervento e non si può ridurre la problematica ad una correzione dei sintomi evidenti al momento del trauma o insorgenti successivamente, perché questo limiterebbe grandemente l'efficacia dei programmi di cura. È necessario invece definire un percorso in cui sia presente una progressione degli interventi. Questo dovrebbe partire da un'azione di comunità allargata e di cittadinanza attiva, secondo le modalità descritte da Pula (10) e Angelucci (11), per passare ad attività più specifiche, ma sempre di ordine generale, come la riattivazione dei Servizi e delle reti esistenti, fino ad interventi di gruppo su specifiche problematiche, per arrivare ad interventi individuali per patologie conclamate. Sarà perciò necessario introdurre una serie di filtri professionali e operativi che tengano conto della gradazione della sofferenza, della capacità di elaborarla e del ruolo e delle potenzialità della comunità in questo ambito.

Solo attraverso la costruzione di un intervento articolato e supervisionato dalla Struttura Pubblica, come garante della continuità e dell'unitarietà del percorso, si potranno evitare sprechi e sovrapposizioni e costruire vie agibili e chiare, che permettano prestazioni appropriate per le diverse condizioni di rilevanza clinica ed altre altrettanto appropriate per la gestione della difficoltà, del disagio, del dolore e della sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Tang W, Zhao J, Lu Y et al. Mental health problems among children and adolescents experiencing two major earthquakes in remote mountainous regions: a longitudinal study. *Compr Psychiatry*. 2017; 72: 66-73. doi:10.1016/j.comppsy.2016.09.004
2. Blanc J, Bui E, Mouchenik Y, Derivois D, Birmes P. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in two groups of children one year after the January 2010 earthquake in Haiti. *J Affect Disord*. 2015; 172:121-6. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.055. Epub 2014 Oct 13
3. Başoğlu M, Kiliç C, Salcioğlu E, Livanou MJ. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Trauma Stress*. 2004; 17(2): 133-41.
4. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A. Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. Published online: February 01, 2005. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
5. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness Editorial Group: Cochrane Schizophrenia Group. Published Online: 24 JAN 2017 Assessed as up-to-date: 10 MAR 2016 DOI:10.1002/14651858.CD011464.pub2
6. Grignani M, Argentati M, Felicetti S. Del dolore e della malattia. In: Atti del convegno nazionale Il terremoto dentro. 15-16 ottobre 1999, Comune di Foligno, Asl 3, Regione Umbria.
7. Turano G. Il dolore fa male. *L'Espresso*. 2017; 63, 40.
8. Guo J, He H, Qu Z, Wang X, Liu C. Post-traumatic stress disorder and depression among adult survivors 8 years after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *J Affect Disord*. 2017; 210: 27-34. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.009. Epub 2016 Dec 16
9. Maslovaric G. L'intervento EMDR negli adulti e nei bambini nelle zone del cratere sisma 2016. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico. Sellano, 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
10. Pula GV. Promuovere la comunità e la relazione con l'ambiente sociale. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico, Sellano 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
11. Angelucci P. Dai centri d'ascolto del sisma '97 a nuovi modelli del sisma 2016. In: Come ricostruire la comunità negli aspetti psico-sociali dopo un evento sismico, Sellano, 19 ottobre 2017 Regione Umbria, Comune di Sellano.
12. Grignani M. Il terremoto invisibile, le reazioni psicologiche alla catastrofe, *Studi e informazioni* 1998-1999; 31-32: 53-64.
13. Toni A. La rappresentazione della catastrofe e la dimensione soggettiva. *Studi e informazioni*. 1998-1999; 31-32: 65-73.
14. Bianchini P, Peronaci S. (eds) *Sofferenza e dolore. Intorno a Paul Ricoeur*, Chieti, Solfanelli, 2016.
15. Bion WR, *Attenzione e interpretazione*. Roma, Armando, 1982.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

ERRATA CORRIGE

Si informano i nostri lettori che, per un errore redazionale, nella versione cartacea del numero 4 del volume 61 ottobre - dicembre 2017 nell'articolo "Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica" di Carlo Modonesi è stata inserita una errata affiliazione dell'Autore.

Riportiamo la Prima pagina del contributo con l'affiliazione corretta.

Ci scusiamo con l'Autore.

Ambiente e disparità sociali: un approccio ecologico alla salute pubblica

Environment and social inequalities: an ecological approach to public health

Carlo Modonesi

*Unità Registro Tumori e Epidemiologia Ambientale, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dipartimento di Scienze Chimiche, della Vita e della Sostenibilità Ambientale, Università degli Studi di Parma*

Parole chiave: disparità sanitarie, ecoepidemiologia, ecologia sociale, interazione uomo-ambiente, pensiero biologico

RIASSUNTO

Comprendere i fattori ricorrenti che determinano il destino degli individui è sempre stato uno dei temi più spinosi per schiere di filosofi e scienziati. Il nesso tra le questioni che toccano la vita di tutti i giorni, e che per comodità definiamo “questioni sociali”, e le questioni di scienza, intendendo qui per “scienza” un qualsiasi criterio verificabile utile a spiegare la struttura organizzativa della realtà, potrebbe sembrare per nulla scontato, eppure esiste, anche se viene sistematicamente rimosso. Nello scenario attuale, tuttavia, dove ogni aspetto della vita sociale viene accreditato o addebitato alle scelte individuali, senza alcun riferimento alle vicende storiche e al funzionamento delle istituzioni – proprio come se il destino dei singoli fosse unicamente nelle mani dei singoli – il dibattito sulle differenze, o meglio sulle disparità, di salute pubblica resta sepolto sotto una coltre di equivoci e di luoghi comuni. Le cronache del mondo odierno ci mostrano, a prescindere dalle promesse trite e ritrite di benessere diffuso garantite dal cosiddetto sviluppo, come la mobilità sociale sia una componente minore della società attuale, dato che, prima o poi, il parametro “classe sociale” prende il sopravvento per segnare il destino degli individui.

Il presente articolo vuole enfatizzare, adottando un punto di vista ecologico, il rilevante potere di condizionamento che una struttura sociale come quella odierna, fondata sull'autorità esclusiva del mercato e governata attraverso un modello economico neoliberista privo di vincoli pubblici, esercita sull'esistenza degli individui.

Autore per corrispondenza: carlomaurizio.modonesi@unipr.it

Documenti

Da: Mental Health Action Plan 2013-2020/WHO *Word Health Organization*

“Il Piano d’azione dell’OMS per la salute mentale 2013-2020 definisce quattro obiettivi principali:

1. ottenere una leadership e una governance più efficaci nell’ambito della salute mentale;
2. riuscire ad offrire servizi di salute mentale e servizi sociali completi, integrati e capaci di rispondere ai bisogni della comunità;
3. mettere in campo delle strategie di promozione e prevenzione;
4. rafforzare i sistemi informativi, raccogliere sempre più evidenze scientifiche ed implementare la ricerca.

Si tratta di un documento disponibile anche in lingua italiana grazie all’interessamento che a suo tempo ha messo in campo il Centro Collaboratore dell’OMS per la Ricerca e la Formazione (WHO Collaborating Centre for Research and Training), Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina Via Weiss, 5 34128 Trieste (who.cc@aas1.sanita.fvg.it; dsm@aas1.sanita.fvg.it).

In questa sede presentiamo solo la sezione 3, dedicata alle strategie di promozione e prevenzione della salute mentale, rinviando il lettore che voglia prendere visione della proposta complessiva ad acquisirlo tramite il sito

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/8/9789241506021_ita.pdf

Obiettivo 3: Implementare strategie per la promozione e prevenzione in salute mentale

Nell’ambito degli sforzi nazionali per sviluppare e implementare politiche e programmi di salute è essenziale non solo soddisfare le necessità delle persone con disturbi mentali, ma anche proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini. La salute mentale si evolve in tutto il ciclo della vita. Pertanto, è importante il ruolo dei governi per quanto concerne l’utilizzo delle informazioni sui fattori di rischio e su quelli protettivi relativi alla salute mentale per realizzare azioni volte a prevenire i disturbi mentali e a tutelare e promuovere la salute mentale in tutte le fasi della vita. Le prime fasi della vita rappresentano un’opportunità particolarmente importante per promuovere la salute mentale e prevenire disturbi mentali, dato che fino al 50% dei disturbi mentali degli adulti hanno inizio prima dei 14 anni di età. Ai bambini e agli adolescenti che presentano disturbi mentali devono essere destinati interventi psicosociali basati sulle evidenze ed interventi non farmacologici basati sulla comunità, che evitino ricovero e medicalizzazione. Inoltre, gli interventi devono rispettare i diritti dei bambini, in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Bambino ed altri strumenti internazionali e regionali per i diritti umani.

La responsabilità di promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali si estende in tutti i settori e in tutti i ministeri, dato che una scadente salute mentale è fortemente influenzata da una serie di determinanti sociali ed economici tra cui livello di reddito, status di occupazione, livello di istruzione, standard di vita materiale, status di salute fisica, coesione familiare, discriminazioni, violazioni dei diritti umani ed esposizione ad eventi avversi, tra i quali violenze sessuali, abusi sui bambini e abbandono di minore. Sono molto importanti e richiedono particolare attenzione i bisogni di salute mentale di bambini e adolescenti esposti a disastri naturali o a conflitti e disordini civili, tra cui quelli associati a forze armate o gruppi armati.

Le strategie generali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali nell'arco dell'intera vita possono essere incentrate su:

leggi contro le discriminazioni e campagne informative che contrastano la stigmatizzazione e alle violazioni dei diritti umani, troppo spesso associate ai disturbi mentali; promozione dei diritti, delle opportunità e della cura di individui con disturbi mentali; la promozione delle caratteristiche individuali fondamentali nelle fasi formative della vita (ad esempio programmi per la prima infanzia, educazione alle life skill e alla sessualità, programmi per sostenere lo sviluppo di rapporti sicuri, stabili e arricchenti tra bambini, tra i loro genitori e tra operatori di assistenza); intervento precoce mediante l'identificazione, la prevenzione e il trattamento di problemi emotivi e comportamentali, in particolare nell'infanzia e nell'adolescenza; la realizzazione di condizioni di vita e di lavoro sane (ad esempio una migliore organizzazione del lavoro e programmi di gestione dello stress basati sulle evidenze nel settore pubblico e privato; programmi di protezione o reti di protezione della comunità che affrontano il problema degli abusi sui minori, così come altri tipi di violenza a livello familiare e di comunità e di protezione sociale per i poveri).

La prevenzione dei suicidi è una priorità. Molte persone che tentano il suicidio provengono da gruppi vulnerabili ed emarginati. Inoltre, i giovani e gli anziani rappresentano le categorie che tendono maggiormente al suicidio e all'autolesionismo. I tassi di suicidio tendono ad essere sottostimati a causa di sistemi di sorveglianza deboli, per il fatto che i suicidi vengono erroneamente ritenuti morti accidentali, così come per il fatto che in alcuni Paesi il suicidio viene criminalizzato. Ciononostante, nella maggior parte dei Paesi i tassi di suicidio tendono ad essere stabile o ad aumentare, mentre in altri si evidenzia la tendenza, nel lungo periodo, alla diminuzione. Dato che sono molti i fattori di rischio associati al suicidio oltre ai disturbi mentali, come ad esempio dolore cronico o stress emotivo acuto, le azioni volte a prevenire il suicidio devono provenire non solo dal settore sanitario, ma anche da altri settori contemporaneamente. Possono essere efficaci la riduzione dell'accesso ai mezzi utilizzati per atti di autolesionismo o per suicidarsi (ad esempio armi da fuoco, pesticidi e medicinali tossici che possono essere utilizzati per provocare overdose), la comunicazione responsabile da parte dei media, la tutela delle persone ad alto rischio di suicidio e l'identificazione precoce e la gestione dei disturbi mentali e dei comportamenti con tendenze suicida.

Azioni proposte per gli Stati Membri

Promozione della salute mentale e prevenzione

Guidare e coordinare una strategia multisettoriale che unisce interventi universali e mirati, finalizzati a: promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali, ridurre la stigmatizzazione, le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani, in grado di rispondere a specifici gruppi vulnerabili in tutte le fasi della vita e integrata nelle strategie nazionali di promozione della salute mentale e della salute.

Prevenzione del suicidio

Sviluppare e implementare strategie nazionali di ampio respiro per la prevenzione dei suicidi, con parti-

colare attenzione a gruppi identificati ad alto rischio di suicidio, quali persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali, giovani ed altri gruppi vulnerabili di tutte le età, in base al contesto locale.

Azioni per il Segretariato

Promozione della salute mentale e prevenzione

Fornire sostegno tecnico ai paesi riguardo la scelta, formulazione e implementazione delle migliori pratiche basate su evidenze e costo-efficaci per promuovere la salute, prevenire i disturbi mentali, ridurre la stigmatizzazione, le discriminazioni e promuovere i diritti umani per tutta la durata della vita.

Prevenzione del suicidio

Fornire sostegno tecnico ai paesi affinché potenzino i propri programmi per la prevenzione del suicidio, con particolare attenzione a gruppi identificati ad alto rischio di suicidio.

Azioni proposte per i partner nazionali ed internazionali

Coinvolgere tutti gli stakeholder nell'advocacy per sensibilizzare sull'entità del carico di malattie associate ai disturbi mentali e sulla disponibilità di strategie di intervento efficaci per la promozione della salute mentale, la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali, la cura e riabilitazione di persone con disturbi mentali.

Difendere il diritto delle persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali a ricevere pensioni di invalidità dallo Stato, avere accesso a programmi di edilizia abitativa e di sostegno economico e, più in generale, a partecipare al lavoro, alla vita comunitaria e agli affari pubblici.

Fare in modo che le persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali siano comprese nel complesso delle attività comunitarie per la disabilità, ad esempio quando si difendono i diritti umani e nei procedimenti d'implementazione della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e di altre convenzioni internazionali e regionali sui diritti umani.

Introdurre azioni finalizzate a combattere la stigmatizzazione, le discriminazioni e altre violazioni dei diritti umani a danno di persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali.

Essere partner nello sviluppo e nell'implementazione di tutti i programmi di rilievo per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali.

Opzioni per l'implementazione

Aumentare conoscenze e consapevolezza riguardo la salute mentale da parte della popolazione, sensibilizzando ad esempio i mass media, e realizzare campagne volte a ridurre la stigmatizzazione e le discriminazioni e a promuovere i diritti umani

Includere la salute emotiva e mentale come parte di cure prenatali e postnatali basate sul domicilio e su strutture sanitarie rivolte alle neomamme e ai neonati, nonché formazione delle abilità genitoriali

Fornire programmi per la prima infanzia che si occupano dello sviluppo cognitivo, senso-motorio e psicosociale dei bambini e che promuovono sani rapporti figli-genitori

Ridurre l'esposizione all'uso dannoso di alcol implementando misure comprese nella strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol

Introdurre interventi brevi per l'uso dannoso e nocivo di sostanze

Implementare programmi per prevenire ed affrontare la violenza domestica e quella legata all'uso di alcol

Fornire servizi e programmi rivolti a bambini ed adulti che hanno vissuto eventi avversi, che li aiutino a superare il trauma, che promuovano il recupero e la resilienza ed evitino di traumatizzare di nuovo le persone che cercano sostegno

Proteggere i bambini dagli abusi introducendo o rafforzando reti e sistemi comunitari di protezione
Occuparsi dei bisogni dei bambini con genitori con disturbi mentali cronici nell'ambito dei programmi di promozione e prevenzione

Sviluppare una tipologia di promozione e prevenzione basata sulla scuola che comprenda: programmi su life skill; programmi per combattere il bullismo e la violenza; sensibilizzare sui benefici di uno stile di vita sano e sui rischi dell'utilizzo di sostanze; diagnosi ed intervento precoce nei bambini ed adolescenti che mostrano problemi emotivi o comportamentali.

Promuovere la partecipazione al lavoro e programmi di ritorno al lavoro per le persone affette da disturbi mentali e psicosociali

Promuovere condizioni di lavoro sicure e di sostegno, con particolare attenzione a migliorare l'organizzazione del lavoro, a formare sulla salute mentale i manager, a corsi sulla gestione dello stress, a programmi per il benessere nel luogo di lavoro e ad affrontare la stigmatizzazione e le discriminazioni

Promuovere gruppi di auto aiuto, sostegno sociale, reti comunitarie e opportunità di partecipazione comunitaria per persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali e per altri gruppi vulnerabili

Incentivare l'utilizzo di pratiche tradizionali basate su evidenze per la promozione e prevenzione in salute mentale (ad esempio lo yoga e la meditazione)

Promuovere l'utilizzo dei social media nelle strategie di promozione e prevenzione

Implementare strategie preventive e di controllo per malattie tropicali trascurate (ad esempio, teniasi e cistercosi) al fine di prevenire l'epilessia e altri problemi di salute neurologici e mentali

Mettere a punto politiche e misure per la tutela di popolazioni vulnerabili durante le crisi finanziarie ed economiche

Sensibilizzare la popolazione, i politici e i mass media sull'entità del problema e sulla disponibilità di strategie di prevenzione efficaci

Limitare l'accesso agli strumenti utilizzati per autolesionismo e per suicidarsi (ad esempio, armi da fuoco e pesticidi)

Promuovere una diffusione responsabile delle notizie da parte dei media in relazione ai casi di suicidio

Promuovere nei luoghi di lavoro iniziative volte alla prevenzione dei suicidi

Migliorare le risposte del sistema sanitario all'autolesionismo e al suicidio

Valutare e gestire l'autolesionismo/il suicidio e disturbi associati mentali, neurologici e da utilizzo di sostanze

Ottimizzare il sostegno psicosociale derivante dalle risorse comunitarie disponibili sia alle persone che hanno tentato il suicidio sia alle famiglie delle persone che si sono suicidate

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

Finito di stampare nel mese di marzo 2018

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

