



CON IL PATROCINIO DELL'ORDINE DEI MEDICI, DEGLI ODONTOIATRI  
E DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA



# LE DEPRESSIONI: CAUSE PROFONDE E POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE

Roma 23 maggio 2018

*INSERTO REDAZIONALE*



# INDICE

<b>SALUTO DI BENVENUTO</b> prof. Michele Poerio ..... Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV.	6
<b>INTRODUZIONE</b> prof. Danilo Toni ..... Prof. di Neurologia all'Università La Sapienza di Roma	8
<b>LA DEPRESSIONE POSTGRAVIDICA: COS'È, COME RICONOSCERLA E COME USCIRNE</b> prof. Amilcare Manna ..... Docente di Clinica Ginecologica ed Ostetrica	9
<b>LA DEPRESSIONE: MALATTIA NATURALE, CAUSE E RIMEDI</b> dott.ssa Giuseppina Guglielmi ..... Psicanalista Criminologa e Psicoterapeuta	15
<b>DEPRESSIONE E FATTORI SOCIALI</b> prof. Giuseppe Meco ..... Docente di Neuropsichiatria all'Università La Sapienza di Roma	21
<b>DEPRESSIONE: FARMACI E RIMEDI NATURALI</b> dott.ssa Maria Teresa Carani ..... Farmacista	41
<b>SOMATIZZAZIONE DELL'ANSIA SULL'APPARATO DIGERENTE: SINTOMATOLOGIA CLINICA E CONSEGUENZE</b> prof. Silvestro Lucchese ..... Chirurgo colo-proctologo	56





CON IL PATROCINIO DELL'ORDINE DEI MEDICI, DEGLI ODONTOIATRI  
E DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA

IL GIORNO **23 MAGGIO 2018**  
SI È SVOLTO UN CONVEGNO ORGANIZZATO  
DALLA FEDER.S.P.eV.  
CON IL PATROCINIO DELL'ORDINE DEI MEDICI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI ROMA  
E DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DI ROMA SUL TEMA

**LE DEPRESSIONI:  
CAUSE PROFONDE  
E POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE**

*si riportano gli interventi*

# SALUTO DI BENVENUTO

**Prof. Michele Poerio**  
Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV.



Buon pomeriggio, gentili signore e signori, care colleghe e cari colleghi,

permettetemi, innanzi tutto un particolare ringraziamento al Presidente dell'Ordine dei medici l'amico Antonio Magi per la squisita ospitalità ed a tutti voi convenuti così numerosi.

Prima di entrare nel merito della riunione mi piace darvi qualche notizia sulla FEDER.S.P.eV., di cui mi onoro di essere il Presidente nazionale. La FEDER.S.P.eV. che nasce nel 1962, oltre mezzo secolo fa, è una federazione che rappresenta oltre 20.000 medici, farmacisti, veterinari e loro superstiti ed è articolata in sezioni in tutte le province italiane.

Gli obiettivi dell'associazione sono essenzialmente:

- la difesa delle pensioni dei titolari e dei superstiti;
- con un contributo minimo di cinque euro mensili per i titolari e di tre euro per i superstiti forniamo aiuto materiale e morale ai pensionati, ai superstiti ed agli orfani tramite consulenze gratuite previdenziali, fiscali e legali e tramite la costituzione di un fondo di solidarietà per l'assistenza economica a soci indi-

genti (in quindici anni siamo riusciti a distribuire oltre ottocento mila euro);

- organizzazione di attività collaterali di carattere scientifico, culturale e turistico e l'invio a tutti gli iscritti della nostra rivista Azione Sanitaria; tutela previdenziale dei giovani (figli e nipoti). Ciò detto non posso, infine, esimermi da uno speciale ringraziamento al Prof. Amilcare Manna che annualmente organizza questi interessantissimi convegni.

Oggi affrontiamo il tema della depressione che nasce nell'antichità come accidia e quindi come uno dei sette peccati capitali nella visione religiosa e diventa malattia psichiatrica nella visione laica e moderna.

"Spesso il male di vivere ho incontrato" queste celebri parole di Eugenio Montale mostrano la perenne attualità della depressione: un velo opaco che rende ogni cosa insopportabile fa sentire spenti, vuoti, senza energie ma che può manifestarsi anche in un aumento dell'aggressività unito alla totale paralisi della vita spirituale. Come medico che si interessa anche di statistica sanitaria sono rimasto impressionato dal numero di italiani che ricorrono ogni giorno a farmaci anti depressivi: 11 milioni, dato, questo, fornito dall'Agenzia per il farmaco e dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa.

Mi fermo qui, cari amici, anche perché non vorrei rischiare di essere clamorosamente smentito dai nostri illustri relatori, e ringrazio ancora una volta il mio amico e collaboratore Prof. Amilcare Manna, Segretario nazionale della FEDER.S.P.eV.

# INTRODUZIONE

**Prof. Danilo Toni**

Professore di Neurologia  
all'Università La Sapienza di Roma



Il prof. Danilo Toni, quale moderatore, apre il convegno e ringrazia il prof. Amilcare Manna, organizzatore dell'evento, per averlo invitato a questa importantissima manifestazione; ringrazia inoltre il Presidente nazionale FEDER.S.P.eV., Prof. Michele Poerio e tutti i convenuti per la loro consueta e assidua partecipazione al convegno, il cui tema "*Le depressioni: cause profonde e possibilità terapeutiche*", molto significativo e attuale, interessa e coinvolge tantissime persone di tutte le età che vivono una vita intensa, frenetica, a volte dolorosa e con malesseri profondi. Il Prof. Toni, professore di neurologia all'Università La Sapienza di Roma, illustra in breve le cause e le terapie di questa patologia e a tal proposito presenta i vari relatori che affronteranno più dettagliatamente l'argomento.

Augura una buona riuscita della manifestazione, invita l'Assemblea ad ascoltare attentamente le varie relazioni, ad intervenire, se vorranno, al dibattito ponendo domande e chiedendo delucidazioni su questo tema così importante, delicato e sensibile.



# LA DEPRESSIONE POSTGRAVIDICA COS'È, COME RICONOSCERLA E COME USCIRNE

**Prof. Amilcare Manna**

Docente di Clinica Ginecologica ed Ostetrica



Se ci affidiamo alla semantica, depressione vuol dire abbassamento; nel caso specifico, abbassamento del tono dell'umore. Ma è sempre così? O meglio: è solo così? Nella depressione postgravidica, le cause sono molto più complesse e profonde; esse affondano le radici in una fisiologia raffinata e sottile che, in gravidanza, subisce modificazioni sostanziali. Su questa psicologia vorrei soffermarmi brevemente, perché nel suo contesto vanno ricercate le motivazioni reali della grave patologia che ci accingiamo a trattare.

La psicologia femminile ruota intorno a 3 cardini fondamentali: la instabilità, la affettività e l'emotività.

La prima è cadenzata sulla ciclicità: schematicamente possiamo dire che per la donna esistono giorni brillanti, giorni grigi e giorni neri a seconda della fase del suo ciclo ormonale.

Nei primi si apprezzano la sicurezza in sé stessa, la brillantezza intellettuale, la creatività. Nei giorni neri, essa cade nella instabilità,

nell'incertezza, nei sensi di colpa e nel dubbio e il suo animo viene invaso e posseduto da questi sentimenti negativi.

Un capitolo a parte merita, per la sua importanza, la affettività. L'amore è, per la donna, la vita stessa; essa è fatta per amare ed essere amata.

Il termine "sensibilità" che comunemente viene ad essa attribuito non è quello giusto, perché sostanzialmente esso viene confuso con la emotività e la affettività che sono proprie dell'animo femminile.

Queste doti insieme producono quel dono meraviglioso, tipicamente muliebre che è l'intuito. Questo è istintivo: possiamo paragonarlo ad una luce viva che si accende improvvisa in una situazione oscura e indica il cammino da seguire.

Concludendo quindi questo breve excursus attraverso la psicologia della donna, possiamo affermare che questa è complementare all'uomo in tutti i suoi aspetti: intellettuali, affettivi, sociali e sessuali. Afferrare questo concetto e rispettarlo significa consentire alla psicologia femminile di esprimersi in tutte le sue potenzialità che sono veramente tante.

Orbene, tutti questi elementi costitutivi della psiche femminile si acquisiscono notevolmente durante la gravidanza, che costituisce un periodo altamente maturativo sulla personalità della donna che ad essa attribuisce significati a volte addirittura ai limiti del trascendentale, ma che impone, altresì, delle modificazioni profonde nella struttura mentale della futura madre. Una di queste è sicuramente la significativa introversione, a volte particolarmente forte. Se osserviamo attentamente la donna in gravidanza, notiamo che essa parla poco e malvolentieri delle sue esperienze psichiche legate all'attesa, ma questo non significa che lei non le viva intensamente. È come se essa non desiderasse rivelare il suo segreto.

Altra modificazione fondamentale della psiche femminile in gravidanza è la "regressione". In realtà, questo fenomeno non è una vera regressione, anzi tutt'altro! Esso è un profondo affina-

mento delle sue doti naturali: la affettività e la emotività, affi-  
namento che le permette di mettersi al livello della sua creatura  
per restare sempre, in ogni momento, in contatto con lei e farle  
sentire tutto il calore del suo amore. Ed è proprio per questo  
che il parto, al di là della felicità della nascita, costituisce un pro-  
fondo trauma psicologico che si determina per il distacco del  
proprio bambino che, fino a quel momento è stato solo suo e  
col quale ha stabilito un rapporto simbiotico che si interrompe  
con la nascita, dal punto di vista biologico, ma non si spezzerà  
mai per tutta la vita.

Da questo momento ha inizio per la madre la funzione di nutrice,  
educatrice, confidente che le pone una serie di difficoltà, di dubbi,  
di incertezze, di sensi di colpa che, a volte, la sovrastano e, in alcuni  
casi, sconvolgono la sua personalità e la sua psiche. Da questa  
serie di problemi, che talora possono apparire di difficile o impos-  
sibile soluzione, possono insorgere patologie psichiche serie, tra  
le quali la depressione postgravidica. Questa interessa il 10-15%  
delle mamme, con un picco del 36% fra le adolescenti e, nella  
maggior parte dei casi, dura oltre 6 mesi.

Tra le cause di questa forma depressiva, riscontriamo fattori  
biologici, psicologici e razionali. Tra i primi troviamo: la familiarità  
per bassi livelli di serotonina, il neurotrasmettitore che regola il  
tono dell'umore; la caduta degli estrogeni che si riducono del  
90-95% nelle prime 48 ore dopo il parto, le fluttuazioni di altri  
ormoni come quelli della tiroide, il progesterone, il cortisolo e la  
prolattina.

Dal punto di vista psicorelazionale, il crollo dell'umore è più pro-  
babile quando la donna è giovane o immatura, ha avuto un parto  
difficile o traumatico, è single o non riceve aiuto dalla famiglia o  
dagli amici, ha disturbi d'ansia o di personalità. Abusa di alcol o  
di droghe.

Dopo lo stato euforico della gravidanza, indotto da una serie di  
cause, principalmente ormonali come l'alto livello degli estrogeni,  
il basso tasso della ossitocina inibita dalla ossitocinasi (enzima atti-

vato dagli estrogeni), dalla funzione tiroidea ai suoi massimi tassi, ma attivato anche da una condizione psicologica particolare legata alla felicità dell'attesa e alla attenzione totale che la mamma pone al benessere del suo bambino, è normale che, nei primi giorni dopo il parto, si determini un lieve calo dell'umore, un senso di tristezza con frequenti sbalzi, momenti di pianto e di sconforto. Si tratta del cosiddetto "baby blues", un momentaneo stato di angoscia, malessere e malumore che insorge nelle neomamme di solito nella settimana successiva al parto. L'evento è provocato da una serie di fattori psicofisici che si verificano subito dopo la nascita del bambino, quali il brusco calo ormonale, la fatica fisica del parto e, soprattutto, da quel vago senso di inadeguatezza e di insicurezza che si impossessa della mamma nei confronti della creatura appena nata. L'evento è considerato del tutto normale e tende a scomparire nel giro di pochi giorni.

Ben altra cosa di gran lunga più seria è la vera depressione postgravidica. Come riconoscerla? Esistono dei segnali che vanno captati tempestivamente come il viraggio dell'atteggiamento nei confronti del proprio bambino che può variare dal controllo ossessivo (del peso, della pulizia, del sonno, ecc.) al completo disinteresse legato al senso di totale incapacità che la induce a delegare ad altri (madre, nonna, tata) la cura del neonato.

In entrambi i casi viene meno la possibilità di entrare in sintonia con i bisogni del proprio bambino che è il primo elemento costitutivo del rapporto madre-figlio che forgia la personalità del futuro uomo.

Altri sintomi importanti sono: la difficoltà di concentrazione, l'agitazione psichica e la irrequietezza (insonnia e ipersonnia), ricorrenti pensieri di morte o di suicidio, sentimenti di profonda inadeguatezza nei confronti del bambino e i sensi di colpa, l'ansia eccessiva nei confronti del neonato. Non sempre sono presenti tutti questi sintomi o non tutti insieme, ma è sufficiente che ve ne siano quattro o più per poter porre una diagnosi di depressione postgravidica, cosa che non è sempre facile perché la paziente

tende a nascondere o a minimizzare i propri sintomi. Essa si vergogna per il fatto di non essere in grado di accudire il proprio bambino e questo innesca un meccanismo perverso di circolo vizioso che porta inevitabilmente a gravi ritardi diagnostici e terapeutici.

È importante, quindi, che l'attenzione di chi sta vicino alla neo-mamma capti i primi sintomi e la convinca a rivolgersi ad uno specialista.

I cardini della terapia sono due: la psicoterapia e la terapia farmacologica. Quest'ultima si basa sul ripristino dell'equilibrio ormonale (estrogeni - tiroide), antidepressivi soprattutto modulatori selettivi della serotonina, entrambe praticate sempre sotto stretto controllo medico.

La psicoterapia va affidata ad uno specialista particolarmente esperto e capace. Di questo si occuperanno sapientemente gli insigni relatori che mi seguiranno. Quello che è importante è che venga istituita una terapia tempestiva, perché una depressione postgravidica non curata mette in pericolo l'equilibrata crescita del piccolo. Una mamma depressa e distaccata, infatti, priva il neonato di quel nutrimento d'amore, fatto di sguardi, sorrisi, carezze, coccole, abbracci, parole che è essenziale per il suo sviluppo intellettuale ed emotivo. Una attenzione particolare va posta sul capitolo "allattamento al seno". Fino ad alcuni anni fa, si riteneva che l'allattamento al seno fosse un fattore di stress che aumentava il rischio di depressione postgravidica. Oggi, invece, è stato dimostrato che allattare al seno non solo non è dannoso ma potrebbe persino proteggere dal rischio di baby blues e di sintomi depressivi dopo il parto. A proteggere da questo rischio sembrerebbe essere l'aumento dei livelli di prolattina nel sangue che, secondo alcuni studiosi, ridurrebbe il rischio di depressione. Inoltre, va considerato che, in alcune donne, il fatto di non riuscire ad allattare il proprio bambino può scatenare sintomi di frustrazione e disagio che possono aprire le porte alla depressione.

Per concludere, possiamo dire con Alvaro Aguirre de Carcer che “esser madre non è solamente partorire un figlio. Esser madre è molte altre cose: prima di tutto comporta l’obbligo di alimentarlo, ma anche di responsabilizzarlo, di maturarlo affettivamente, intellettualmente e sessualmente, di prepararlo ad una futura integrazione sociale”. Tutti questi compiti richiedono un impegno costante e faticoso e quindi necessitano di un buono stato di salute fisica e mentale. Non dimentichiamo mai che mettere al mondo un figlio è un atto di grande responsabilità, ma soprattutto è un atto di amore grande e incondizionato.

# LA DEPRESSIONE: MALATTIA NATURALE, CAUSE E RIMEDI

Dott.ssa **Giuseppina Guglielmi**  
Psicanalista Criminologa e Psicoterapeuta



## DEPRESSIONE POST-PARTUM: CAUSE & RIMEDI

### *Ringraziamenti*

Io vorrei iniziare questa relazione, partendo da quello che il Prof. Manna ha detto sulla depressione post-partum. Studi recenti pubblicati sull'American Journal of Psychiatry affermano che la depressione post-partum potrebbe dipendere dalla variante di uno o più geni presenti nel DNA della donna, insieme all'ambiente sociale ed al profilo psicologico della persona. Ed è proprio su quest'ultimo aspetto che mi vorrei soffermare.

La persona in questo caso, è una donna, in uno stato di gravidanza, che si trova in un contesto molto particolare:

- a) Vede il suo corpo modificare.
- b) Sente crescere all'interno di se un'altra presenza.
- c) Deve rispondere alle sollecitazioni dell'ambiente relazionale, familiare e genitoriale.

Ma è proprio per la complessità del momento che le risposte tendono a diventare sempre più difficili da dare. A rendere ostile la diagnosi di questa patologia è soprattutto la tendenza delle donne a vergognarsi di essa, nascondendo i propri sentimenti.

Attualmente la ricerca scientifica ha mosso grandi passi in avanti nello studio della depressione post-partum, dimostrabile dal progetto mirato, messo a punto dal Ministero della Salute, che consiste nella sottoscrizione (avvenuta in data 31/1/18) di un'intesa, tra Governo e Regioni, per progetti afferenti la diagnosi di questa patologia.

Durante la mia professione, trattando molti casi ho evidenziato in questi soggetti, l'insorgere di un senso di INADEGUATEZZA, che vuol dire scarsa autostima, paura delle responsabilità e insicurezza, che fanno sentire la donna non più a proprio agio nella situazione che vive, ed a sviluppare i sintomi, fino ad arrivare al vero e proprio disturbo.

Su questi casi gli studi hanno dato molti strumenti, a partire dal 1950 con la tecnica denominata R A T (Prof. Piscicelli) per la preparazione al parto, oggi in uso in tutti gli ospedali. Con le Equipe di medici, psicologi, ostetriche ed infermieri, che possono avere la competenza per capire alcuni di questi sintomi. Ma il vero disturbo della depressione post-partum (quindi per me lo stato di INADEGUATEZZA) si conclama dopo il parto, in due modalità:

- a) Il "Baby Blues", uno stato che colpisce 7 mamme su 10, e che consiste nel drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto, che può sfociare in malinconia e irritabilità, ma che tende a scomparire spontaneamente.
- b) La depressione post-partum, che colpisce il 10-18% delle donne e si manifesta circa nelle quattro settimane dopo il parto, e che è pericolosa per la salute del bambino e della donna stessa.



I sintomi di questa malattia sono:

- a) Agitazione.
- b) Irritabilità.
- c) Calo dell'appetito.
- d) Continua stanchezza.
- e) Disturbi del sonno.
- f) Senso di colpa e inadeguatezza verso il ruolo di madre.
- g) Tendenza a isolarsi.
- h) Tendenza da parte della madre a trascurare sé ed il bambino.
- i) Sentimenti negativi verso il neonato.
- j) Pensieri suicidi.
- k) Rifiuto del bambino.

## LA CURA

La cura della depressione post-partum non segue uno schema fisso, come la maggior parte dei disturbi della psiche. Il trattamento farmacologico e la psicoterapia in questo senso però, sono le strade maggiormente percorse per la cura, soprattutto in presenza di gravi sintomi su menzionati.

Ci sono altri consigli più blandi che fanno da corollario alla cura propriamente detta, che sono:

- a) Avere il coraggio di chiedere aiuto.
- b) Interagire con gli amici.
- c) Fare passeggiate all'aria aperta.
- d) Dedicare qualche ora alla cura di sé.
- e) Fare attività fisica.

Anche l'allattamento al seno, che era ritenuto fino ad alcuni anni fa uno dei fattori scatenanti la depressione post-partum, si è invece dimostrato un valido aiuto, grazie all'aumento di prolattina nel sangue, che proteggerebbe la mamma da questo pericolo.

*[Excursus Castiglion delle Stiviere]*

## LA DEPRESSIONE: MALATTIA NATURALE, CAUSE E RIMEDI

La storia della depressione inizia verosimilmente insieme a quella dell'uomo, ad esempio, già nella cultura Babilonese si trovano riferimenti al "male oscuro". Le prime manifestazioni di carattere medico-psicologico su questo tema risalgono però al 400 A.C., quando Ippocrate descrisse la melanconia come una condizione associata a disturbi quali insonnia, irrequietezza e rifiuto del cibo, che però egli associava ad un disturbo derivante dall'influenza di bile nera e muco nel cervello.

La depressione è una malattia psichiatrica. Anche se nel linguaggio comune viene considerata depressione anche la comparsa di alcuni sintomi isolati e non troppo gravi.

La sua incidenza sul mondo è pari al 9-20% della popolazione, ma sembra essere in continuo aumento.

Una prima suddivisione su questo argomento riguarda:

- a) Disturbi depressivi: Maggiore, distimico e non altrimenti specificato.
- b) Disturbi bipolari: Tipo I, II e ciclotimico.

Come per l'ansia, due sono i fattori che determinano la depressione, pur non fornendo certezze cliniche:

- a) *Fattore biologico*: è un elemento ereditario che implica la predisposizione fisica.
- b) *Fattore psicologico*: consiste in una maggiore vulnerabilità alla malattia e spesso radica nelle esperienze infantili.

Il primo studio psicoanalitico sulla depressione risale al 1911 con Karl Abraham, il quale prese in osservazione alcune ragioni che si pongono alla base del profondo senso di colpa del depresso, analizzandone la natura inconscia. Successivi e di notevole influenza per la classificazione diagnostica dei disturbi depressivi sono gli studi di inizio XX secolo da parte della psichiatria Tedesca, Francese, Inglese. I poeti maledetti Francesi la trasformavano in poesia, gli attori come James Dean e River Phoenix in fascino e seduzione. Oggi invece la tristezza viene associata quasi sempre alla depressione.

Gli studi effettuati dal Dott. Horowitz e Jerome Wakefield infatti, dimostrerebbero come la tristezza è qualcosa di intrinseco e naturale alla natura umana, e che niente ha a che vedere con il fenomeno della depressione. I due autori sottolineano inoltre, come la tristezza è una risorsa, uno dei tanti colori della "tavolozza" dell'anima, anche se cupo e freddo.

In accordo con la posizione di Horowitz, troviamo il professor Giovanni Battista Cassano, autore del libro "E liberaci dal male", il quale afferma: *"La tristezza è una sensazione molto importante, che aiuta a rivedere criticamente gli errori commessi e porta a correggerli"*.

Ed aggiunge:

*"Sembra assurdo, ma la gioia incontrollata può causare danni alla nostra vita. Il corpo e la mente hanno bisogno di fermarsi un attimo e la tristezza, in questi casi, aiuta"*.

Mentre sul tema della depressione:

*"La depressione è tutta un'altra cosa. Essa si diagnostica se una persona presenta almeno cinque dei nove sintomi standard:*

- 1) Umore depresso.
- 2) Perdita di interesse nei confronti di qualsiasi attività.
- 3) Calo dell'appetito.
- 4) Insonnia.
- 5) Ipersonnia.
- 6) Perdita di energie.
- 7) Senso di colpevolezza.
- 8) Difficoltà nel concentrarsi e prendere decisioni.
- 9) Pensieri ricorrenti di morte e suicidio.

Ma soprattutto la depressione è una malattia genetica, ereditaria, che può sbocciare anche a seguito di un trauma".

In conclusione, vorrei tracciare brevemente cosa pensa Freud riguardo la depressione:

Innanzitutto egli fissa alcuni punti decisivi, distinguendo; la depressione, la melanconia, il lavoro del lutto e la mania.

Secondo Freud l'affetto depressivo ha come condizione la perdita dell'oggetto, non di qualunque oggetto, ma la perdita di un og-

getto che ha la caratteristica di essere sovrinteso narcisisticamente.

Per questo motivo l'affetto depressivo è una reazione soggettiva inevitabile, di fronte la perdita dell'oggetto investito narcisisticamente, che forma un "buco nel mondo". Come se quest'ultimo si svuotasse. Questo affetto che porta con sé uno svuotamento libidico e di senso del mondo, può essere trattato in tre maniere secondo Freud, già sopracitate:

- 1) Mania.
- 2) Melanconia.
- 3) Lavoro del lutto.

La mania è una reazione (possibile e patologica per Freud) alla perdita dell'oggetto e all'affetto depressivo che essa suscita: Il soggetto non prende la via difficile del lavoro del lutto, bensì inconsciamente genera un'apologia dell'io e della sua follia.

L'altra via patologica sull'esperienza della perdita è la via melanconica, che Freud definisce in modo enigmatico come un lavoro.

L'oggetto è sempre presente nei pensieri del soggetto, ma l'assenza diventa una forma allucinata della presenza, dove, il soggetto è come se vi si trovasse risucchiato e sopraffatto dall'oggetto.

Naturalmente i nostri studi sono frequentati da questi soggetti che lamentano di "non essere felici". Il nostro lavoro inizia con una attenta indagine psicologica, finalizzata alla definizione del danno, e ad una diagnosi. Fino ad arrivare ad una successiva psicoterapia mirata all'entità della patologia.

# DEPRESSIONE E FATTORI SOCIALI

**Prof. Giuseppe Meco**  
Docente di Neuropsichiatria  
presso l'Università La Sapienza di Roma



## EPIDEMIOLOGIA DELLA DEPRESSIONE

In Italia circa 1,5 milioni di persone soffrono di depressione mentre il 12% della popolazione italiana (più di 7 milioni) ne ha sofferto, nel corso della vita, almeno una volta. Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'anno 2020 la depressione sarà la seconda causa di disabilità, dopo quelle cardiovascolari, in tutto il mondo, Italia compresa. Il Disturbo Depressivo è fonte di sofferenza, oltre per chi ne soffre, anche per i familiari e, tenendo conto che, per ogni paziente, ne sono coinvolti almeno due-tre, il numero delle persone coinvolte indirettamente è di 4-5 milioni. Le sindromi depressive colpiscono soprattutto la popolazione over 65 e il numero di anziani depressi è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. Per quanto riguarda la diffusione in rapporto al sesso, le donne, soprattutto nella fascia d'età compresa tra i 40 e i 50 anni, sono colpite in mi-

sura doppia rispetto agli uomini. Le statistiche dicono che, se una persona ha avuto un episodio depressivo, nel 50% dei casi ne avrà un altro nell'arco della sua vita. Se ne ha avuti due, la probabilità che ne abbia un terzo sale al 75%. La percentuale raggiunge il 90% se la persona ne ha avuti tre. Le ricadute hanno andamento prevalentemente stagionale e sono statisticamente più frequenti nei mesi di marzo-aprile e ottobre-novembre.

## I PREGIUDIZI SULLA DEPRESSIONE

Delle persone che soffrono di depressione solo una su quattro consulta lo specialista che la cura, cioè lo psichiatra, a causa della presenza di pregiudizi molto radicati. Primo tra tutti il fatto che la depressione è vissuta con un *sensu di vergogna e di colpa* per cui vi è la tendenza a non parlarne e a tenerla nascosta il più possibile. Un altro riguarda la figura dello psichiatra e può essere così esemplificato: "Lo psichiatra cura i matti: se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale". *Altro pregiudizio è che gli psicofarmaci siano dannosi*. In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Questo preconcetto, come quello secondo cui gli antidepressivi danno dipendenza, sono figli dell'assimilazione, a livello d'immaginario collettivo, tra gli psicofarmaci e le sostanze stupefacenti. In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina alcuna astinenza. *Altro pregiudizio molto diffuso*, come testimonia la pratica giornaliera, è ritenere che sarebbe *sufficiente uno sforzo di volontà* per superare il disturbo depressivo. Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolinearne la falsità e i danni conseguenti, poiché va ad alimentare nei pazienti i già presenti sensi di colpa. L'insieme di tali pregiudizi, profondamente radicati nel tessuto connettivo della società, spiega i motivi per cui solo un paziente su quattro riceve una diagnosi corretta.

## LE CAUSE DELLA DEPRESSIONE

Il Disturbo Depressivo è determinato da un insieme di concause sia di natura biologica sia conseguenti ad eventi esterni. Descriviamo di seguito le più frequenti.

### **1) Familiarità e fattori ereditari**

Gli studi finora effettuati hanno fornito risultati contrastanti e non sono ancora chiare le modalità di trasmissione genetica: si è ipotizzata la responsabilità di un singolo gene dominante a penetranza variabile oppure un'ereditarietà poligenica, cioè legata alla trasmissione di più geni. Secondo le più recenti ricerche i fattori genetici rivestono un ruolo prevalente solo in alcuni tipi di disturbi dell'umore: i Disturbi Bipolari e il Disturbo Depressivo Ricorrente. Avere genitori con disturbi dell'umore comporta un doppio fattore di rischio: alla possibilità di ereditare la predisposizione biologica si aggiunge la maggiore probabilità che si verifichino alterazioni dello sviluppo conseguenti al vivere in un ambiente disturbato. Nelle famiglie in cui uno dei genitori soffre di una patologia dell'umore, infatti, sono più frequenti le conflittualità coniugali, le separazioni, i divorzi ed il suicidio.

### **2) Temperamento**

Diverse e complesse sono le possibili interazioni tra temperamento e patologia: è probabile che il temperamento sia trasmesso geneticamente e che quindi preceda l'insorgenza del disturbo. Le caratteristiche temperamentali, inoltre, potrebbero favorire l'insorgenza e le ricadute depressive interagendo con altri fattori quali tensioni interpersonali, intensa reattività emotiva, alterazioni del sonno, abuso di sostanze. In presenza di un temperamento depressivo il disturbo ha esordio precoce e tende ad avere un maggior numero di recidive. Bisogna comunque tenere presente che essere predisposti ad una malattia non vuol dire necessariamente ammalarsene. Data l'importanza di que-

sto concetto, cerchiamo di chiarirlo con un esempio. Il fatto che un soggetto abbia una predisposizione al diabete (eccessiva quantità di “zuccheri” nel sangue), non vuol dire che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo. È però probabile che, se segue una dieta molto ricca di carboidrati (zuccheri), sviluppi un disturbo diabetico più facilmente rispetto a chi non ha questo tipo di predisposizione. Allo stesso modo chi ha un temperamento depressivo non necessariamente dovrà soffrire di crisi depressive, ma, se sottoposto ad eventi stressanti, avrà maggiori probabilità di sviluppare il disturbo. I termini “*temperamento*”, “*carattere*” e “*personalità*” sono spesso utilizzati come sinonimi per indicare l’insieme delle caratteristiche personali stabili che si esprimono nel modo di sentire, percepire, pensare ed agire dell’individuo. In realtà ogni termine fa riferimento ad elementi precisi e ben definiti. Il “*temperamento*” è la caratteristica costituzionale che indica il livello di energia e la qualità dell’umore che determinano il modo individuale di rispondere agli stimoli esterni. Per “*carattere*” s’intende l’insieme delle qualità personali che permettono l’adattamento dell’individuo ai valori ed ai costumi della società. Si tratta di elementi acquisiti che traggono la loro origine dalle esperienze dell’età evolutiva, nell’ambito di un determinato contesto familiare e sociale. La “*personalità*” nasce dall’interazione tra fattori acquisiti e fattori costituzionali tipici di un individuo e riconoscibili fin dall’adolescenza o dalla giovinezza. Descriviamo di seguito i tipi di temperamento di più frequente riscontro:

#### *a) Temperamento depressivo*

Il temperamento depressivo è caratterizzato da persistente sentimento di tristezza, basso livello d’energia, evidente soprattutto di mattino, ipersonnia, scarsa autostima, tendenza all’autosvalutazione e ad una visione pessimistica globale. È presente costante insicurezza che spinge ad evitare di prendere iniziative e conduce a sentimenti d’inadeguatezza e di colpa. La vita di relazione è in



genere piuttosto limitata, con difficoltà ad intraprendere nuove amicizie, introversione e passività nei rapporti interpersonali. Il temperamento depressivo è stato definito come una forma clinicamente attenuata e ad andamento cronico di malattia depressiva ed è il più frequente nei pazienti che soffrono di depressione ricorrente. Anche casi di disturbo bipolare di tipo I o quadri di stato misto possono insorgere su un preesistente temperamento depressivo.

#### *b) Temperamento ipertimico*

Gli individui con temperamento ipertimico hanno una persistente tonalità ipomaniacale del tono dell'umore, alti livelli d'energia, particolare resistenza alla fatica fisica ed intellettuale ed un ridotto bisogno di sonno. Nelle relazioni interpersonali sono estroversi, espansivi, loquaci ed assertivi. La grande capacità d'iniziativa e l'elevata autostima determinano un atteggiamento di sicurezza e d'intraprendenza tale da portare spesso questi soggetti ad occupare posizioni di comando. Talora appaiono tuttavia eccessivamente estroversi, tanto da ferire o irritare le persone che li circondano e l'estrema sicurezza può condurre ad errori di giudizio o ad imprese avventate. Il temperamento ipertimico si differenzia in genere dalle vere crisi ipomaniacali per la minore intensità dei sintomi e per la durata molto lunga delle manifestazioni caratteristiche. Il motivo più frequente di consultazione clinica è il peggioramento della qualità del sonno, con scadimento delle usuali prestazioni lavorative, oppure l'insorgere di episodi depressivi maggiori o maniacali.

#### *c) Temperamento ciclotimico*

La caratteristica principale del temperamento ciclotimico consiste in continue oscillazioni del tono dell'umore. Sono generalmente improvvise, della durata di ore o giorni e lasciano raramente spazio a periodi di tono dell'umore equilibrato. Ottimismo, spensieratezza, briosità si alternano a pessimismo e

pianto immotivato. Iperattività e intraprendenza sono rapidamente seguite da mancanza di energia, abulia, perdita dello slancio vitale. L'intenso coinvolgimento in ogni attività e la ricerca di nuovi interessi possono essere seguite da indifferenza, distacco, apatia. L'eccessiva sicurezza, l'intuitività e la creatività cedono il passo ad un immotivato crollo dell'autostima, insicurezza, difficoltà di concentrazione ed aridità intellettuale. Il bisogno di contatti sociali e l'aumentata loquacità si trasformano in tendenza all'isolamento ed al mutismo. Frequentemente è presente una spiccata variazione dell'umore e delle energie nell'arco della giornata, con elevazione dalla sera fino a tarda notte. Tutto questo si traduce in uno stile di vita tumultuoso: sono frequenti cambiamenti del tipo di lavoro, la residenza è frequentemente cambiata, le amicizie e le relazioni sentimentali sono caratterizzate da notevole instabilità, con ripetuti fallimenti ed improvvise esaltazioni. Con relativa frequenza il quadro si complica con episodi di tipo depressivo o maniacale spontaneamente o in seguito all'uso di farmaci.

#### *d) Temperamento irritabile*

Il temperamento irritabile è stato studiato con minore attenzione rispetto ai precedenti. Corrisponde al classico temperamento colerico ed è stato talora considerato una variante del temperamento ciclotimico. Tali individui presentano alti livelli di energia e sono irritabili, aggressivi sul piano verbale, ipercritici, lamentosi, con notevoli difficoltà nelle relazioni interpersonali e frequenti esplosioni di rabbia sostenute da un'alta reattività a provocazioni anche di minima entità. La presenza di sintomi quali ansia ed insonnia, di un elevato grado di sofferenza personale e di frequenti difficoltà di adattamento sul piano sociale ed affettivo conducono facilmente all'abuso di alcool e di sedativi che accentuano e cronizzano le caratteristiche del temperamento. Questi soggetti possono sviluppare facilmente episodi maniacali o misti e andare incontro a depressioni ricorrenti brevi, con alto tasso di suicidio.

### *e) Temperamento timido-inibito*

Caratteristiche del temperamento timido-inibito sono l'ipersensibilità emotiva e l'eccessiva timidezza, con frequenti manifestazioni somatiche di ansia in occasione di eventi di separazione. Gli scompensi più frequenti sono costituiti dai disturbi d'ansia, quali la fobia sociale o il disturbo da attacchi di panico.

### **3) *Eventi precoci***

Le classiche teorie psicoanalitiche ipotizzano che eventi esistenziali nell'infanzia, soprattutto la perdita dei genitori, svolgano un ruolo importante nella genesi della depressione. Alcuni studi hanno evidenziato che le perdite dell'infanzia favoriscono lo sviluppo di una struttura di personalità "autodenigrante" caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro e che facilita l'esordio di una depressione nell'adulto.

### **4) *Eventi di vita***

È opinione diffusa che le crisi depressive insorgano in circostanze di vita avverse, soprattutto dopo "eventi di perdita" che negli adulti comprendono anche cambiamenti di stile di vita e mancanza di supporto sociale. I fattori esterni sembrano esercitare la loro influenza in particolare sull'esordio dei primi episodi depressivi mentre, man mano che il disturbo progredisce, le crisi appaiono sganciate da fattori ambientali. Poiché la maggior parte degli individui esposti ad avversità ambientali non sviluppa depressione, è probabile che circostanze esterne svolgano funzione patogenetica solo in soggetti con predisposizione a sviluppare la patologia depressiva.

### **5) *Stressor fisici***

È noto che alcune malattie e l'assunzione di farmaci o sostanze possono precedere l'insorgenza di un episodio depressivo. Anche questi fattori, come quelli ambientali, non rappresentano vere e proprie "cause" in grado di produrre ex novo una patologia, ma fattori che ne facilitano l'insorgenza in soggetti predisposti.

## STRESS E DEPRESSIONE

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni (stressor) del mondo esterno che è fisiologica, ma può anche assumere carattere patologico. La *"Sindrome generale di adattamento"* è la somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito a prolungata esposizione ad uno stress. *Le reazioni si manifestano in tre fasi successive:* 1) la prima, di allarme, in cui sono mobilitate le difese dell'organismo; 2) la seconda, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare l'evento stressante; 3) la terza, di esaurimento, che subentra quando l'esposizione all'evento stressante si protrae in modo abnorme, l'organismo non riesce a mantenere così a lungo lo stato di resistenza e si producono patologie difficilmente reversibili e, nei casi estremi, la morte.

### **1) Attivazione emozionale**

La produzione di ormoni da parte della ghiandola surrenale a seguito della stimolazione dell'ipofisi (attivazione dell'asse ipofisi-corticosurrene), caratteristica dello stress, è determinata non dalla semplice esposizione allo stimolo stressante, ma dalla *reazione emozionale indotta dallo stimolo stesso*. La reazione di stress non coinvolge solo gli ormoni dell'asse ipofisi-corticosurrene, ma determina una "risposta multi-ormonale", il cui significato è quello di determinare un miglior adattamento dell'organismo a condizioni particolari di richiesta ambientale e quindi favorire la sopravvivenza dell'organismo stesso.

### **2) Modello cognitivo dello stress**

Individui diversi reagiscono allo stesso stimolo stressante con risposte assai diverse. Questo ha indotto a supporre che prima dell'attivazione emozionale e la successiva reazione, lo stimolo sia elaborato dal sistema nervoso centrale e acquisisca, quindi, una specifica coloritura emozionale. Lo stesso suono, ad esempio un

rintocco di campana, potrà suscitare gioia, allarme o tristezza secondo le differenti caratteristiche di valutazione che ogni singolo soggetto può darne. È cioè importante il *significato* che lo stimolo assume per l'individuo e la risposta è influenzata da almeno due tipi di caratteristiche: entità oggettiva dello stimolo e significato che lo stimolo ha per il singolo soggetto.

### **3) Specificità e aspecificità delle reazioni individuali**

Un problema spesso discusso è se la reazione di stress sia simile in vari individui (*risposta aspecifica*) o se sia variabile e con caratteristiche diverse secondo lo stimolo e l'individuo (*risposta specifica*). In linea di massima, maggiore è la gravità oggettiva dello stimolo, minore è il peso che riveste la valutazione individuale. Basti pensare, ad esempio, alla reazione di stress in caso di terremoto o attentato: le reazioni individuali sono generalmente molto simili in tutti gli individui poiché l'elevata gravità oggettiva della situazione, che comporta minaccia per la vita, lascia poco margine alla variabilità dei processi di valutazione individuale. Di conseguenza saranno aspecifiche la reazione emozionale (terrore), il comportamento messo in atto (fuga, ricerca di un riparo) e l'insieme delle risposte biologiche tipiche della reazione di stress. Di fronte, invece, agli stimoli di gravità oggettiva minore, come avviene nella maggior parte dei casi, la variabilità individuale è maggiore e le reazioni di stress tendono ad essere più specifiche.

### **4) Stress e rischio di malattia**

Nel linguaggio comune il termine "stress" ha connotazione negativa. In realtà bisogna tenere presente che la reazione di stress serve oggi, com'è servita per millenni, ad ogni organismo per adattarsi plasticamente all'ambiente e alle sue richieste. L'attivazione biologica e comportamentale dello stress è quindi un evento naturale che rientra nei meccanismi della vita. La reazione di stress "ottimale" è rappresentata da condizioni di attivazione e disattivazione rapida, d'intensità che di rado raggiunge livelli eccessivi e che è li-

mitata nel tempo. Alterazioni di tali caratteristiche determinano l'aumento del rischio di malattia e se ne possono individuare quattro tipologie: stress acuto d'elevata intensità, stress con blocco dell'azione, stress cronico e stress con inibizione della reazione.

#### 4.1) *Stress acuto d'elevata intensità*

Le reazioni acute di stress innescate da stimoli fisici, psichici o sociali, come si è detto, hanno finalità fundamentalmente di adattamento. È possibile che talune, in condizioni acute e particolarmente intense, possano determinare reazioni patologiche, specie in organismi predisposti o a rischio. In campo clinico un esempio sono le ulcere gastriche acute da stress, osservate in soggetti con estese ustioni e traumi. Altro esempio è costituito da situazioni in cui la reazione acuta di stress agisce come fattore scatenante di alcuni casi d'infarto del miocardio in sistemi cardiovascolari già di per sé biologicamente a rischio.

#### 4.2) *Stress con blocco dell'azione*

La reazione ottimale di stress è caratterizzata dall'attivazione di reazioni comportamentali e biologiche finalizzate alla neutralizzazione dell'evento stressante.

In determinati casi può essere presente l'attivazione, ma è impossibile agire contro l'evento stressante. In tali casi si ha la reazione di stress, ma il *blocco dell'azione*. È una condizione frequente nell'uomo ed è uno dei fenomeni più largamente studiati in medicina psicosomatica. I principali modelli interpretativi delle cause di malattie psicosomatiche hanno sottolineato che l'impossibilità a reagire apertamente svolge un ruolo importante sul rischio di malattia. Molti studi hanno dimostrato che il blocco della reazione determina iperattivazione della risposta di varie funzioni fisiologiche tra cui, ad esempio, la tensione muscolare, la reattività di vari parametri endocrini, la pressione arteriosa, la secrezione acida gastrica. Tali fenomeni sono ritenuti alla base di patologie psicosomatiche tipiche quali gastrite, ulcera peptica, cefalea.

#### 4.3) *Stress cronico*

Lo stress cronico si ha quando l'esposizione all'evento stressante prosegue nel tempo causando, dopo l'allarme e la resistenza, l'esaurimento della capacità di reazione dell'organismo.

#### 4.4) *Stress con inibizione della reazione*

Il quarto tipo di condizione si basa sull'ipotesi che, in un organismo in cui sia inibita la reazione, uno stress acuto produca effetti più potenti e deleteri rispetto a quelli prodotti in un organismo "allenato" allo stress. Studi sperimentali su animali hanno, in effetti, mostrato che, quando un organismo è eccessivamente "protetto" dalle normali stimolazioni stressanti, la risposta a stressor anche di moderata entità risulta anomala, con difficoltà ad impostare una reazione di lotta/fuga adeguata. Nell'uomo condizioni simili possono essere prodotte da caratteristiche di personalità in cui il soggetto organizza uno stile di vita che evita il più possibile eventi stressanti e ne filtra o minimizza l'impatto emozionale. Se da una parte tale organizzazione presenta aspetti chiaramente protettivi, dall'altra espone il soggetto a maggiori e più devastanti effetti quando l'evento stressante ha un'intensità tale da superare i meccanismi psicologici di difesa.

Possiamo quindi concludere affermando che, quando si verificano le condizioni sopra descritte, la reazione di stress perde il suo significato funzionale di adattamento e diventa fonte di rischio per la salute fisica e mentale dell'uomo.

### CONSEGUENZE SOCIALI E INDIVIDUALI

I disturbi dell'umore rappresentano oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Si calcola che circa il 12% della popolazione vada incontro, nel corso della vita, ad almeno un episodio depressivo. La depressione costituisce, inoltre, una delle più frequenti cause di consultazione medica ed è al quarto posto

nella classifica delle diagnosi dopo l'ipertensione, il diabete e le bronchiti. La forma bipolare è più invalidante di qualsiasi altra patologia cronica, ad eccezione dell'infarto del miocardio e comporta cospicui costi per la società in termini di perdita di giornate lavorative e di spese sostenute per farmaci, visite mediche ed ospedalizzazioni. Si tratta di una patologia che, anche nelle forme più lievi, determina alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita. In questi pazienti le percentuali di divorzio e di perdita di posizioni lavorative acquisite sono superiori a quelle della popolazione generale. Durante gli episodi maniacali non sono rari comportamenti impulsivi e decisioni non ponderate che, oltre ad essere distruttive per la stabilità economica e familiare, possono provocare conseguenze legali. Frequenti e gravi sono anche le complicità, quali l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, ed il rischio di suicidio, stimato, almeno nelle forme bipolari, circa 30 volte superiore a quello della popolazione generale. La maggior parte delle persone che soffrono di disturbi dell'umore non ricerca un trattamento: come già sottolineato in precedenza, solo circa un quarto giunge all'osservazione dello psichiatra e riceve cure adeguate. Il problema della diagnosi è in rapporto alla natura dei disturbi. Il tono affettivo rappresenta una parte essenziale della vita e dell'identità di ogni persona e la distinzione tra oscillazioni normali ed espressioni lievi o moderate di malattia è spesso difficile. Non di rado l'origine dei sentimenti melanconici è attribuita a fattori esterni ed anche le fasi maniacali spesso non sono interpretate come condizione morbosa, ma come espressione di tendenze antisociali, d'insufficiente senso di responsabilità, di ridotte capacità di autocontrollo e di scarso senso morale.

La definizione di cronicità, inoltre, non è omogenea: per alcuni autori consiste nella persistenza della sintomatologia per un determinato periodo, mentre per altri comprende anche i soggetti che hanno ricadute multiple relativamente ravvicinate. Facendo



riferimento agli studi che adottano una definizione omogenea di cronicità, cioè la persistenza della sintomatologia per più di due anni, la variabilità oscilla tra il 6% e l'11%. Un'adeguata valutazione dell'esito a lungo termine deve considerare anche la qualità di vita del paziente. Gli indicatori più fedeli sono l'adattamento sociale negli intervalli tra le crisi e le conseguenze lavorative e sociali che gli episodi, con il loro ripetersi, possono provocare. Gli studi in proposito hanno evidenziato che globalmente il 20-30% dei pazienti con patologia bipolare ha difficoltà di rilievo in ambito relazionale e occupazionale in conseguenza del disturbo. Un vero e proprio deterioramento è riscontrabile solo nel 15% dei casi, con picchi più elevati nei soggetti anziani. Anche la depressione maggiore ricorrente e la distimia possono provocare importanti conseguenze sul piano sociale e lavorativo: rispetto alla popolazione generale, chi ne soffre ha maggiori difficoltà nella vita di relazione, dedica minor tempo alle attività ludiche ed è più spesso dipendente economicamente. Le osservazioni più recenti, inoltre, indicano che i disturbi unipolari causano un grado di disabilità superiore rispetto alle più importanti malattie organiche, quali l'ipertensione, il diabete, l'artrite e le patologie polmonari. Confrontati con l'infarto del miocardio, sono meno invalidanti per quanto riguarda i giorni trascorsi a letto, le limitazioni fisiche e le capacità lavorative, ma determinano con maggior frequenza la perdita del ruolo sociale raggiunto. Le conseguenze sociali negative sono presenti anche quando le manifestazioni depressive sono "sottosoglia", cioè con sintomi meno gravi: le disfunzioni sono superiori a quelle dell'ipertensione e del diabete in termini di giorni di malattia, capacità lavorativa e necessità di ricorrere alle strutture sanitarie. Nei pazienti con sintomatologia attenuata sono stati inoltre evidenziati un elevato rischio di tentativi di suicidio e una valutazione negativa delle proprie condizioni di vita. L'analisi degli studi presenti in letteratura consente d'individuare alcune variabili cliniche in grado di condizionare la prognosi dei disturbi dell'umore. Nelle forme bipolari l'evoluzione è

sfavorevole se sono presenti altre patologie fisiche o psichiche, abuso di alcool o sostanze, fallimento di precedenti terapie, scarsa adesione alle cure e inadeguato supporto sociale e lavorativo. Nelle forme unipolari la prognosi è peggiore in presenza di distimia, di altre patologie mediche, di scarsa collaborazione del paziente nell'eseguire correttamente la cura, di conflitti familiari e in mancanza adattamento, raramente sono percepite come patologiche e, di conseguenza, non viene attuato alcun intervento terapeutico. Problematica è anche l'interpretazione di sintomi depressivi conseguenti a circostanze di vita avverse, soprattutto in relazione ad eventi di perdita. La maggior parte degli individui esposti a tali eventi non sviluppa la malattia, mentre ciò è possibile in soggetti "strutturalmente" predisposti. Si può dunque affermare che la probabilità che un evento determini un disturbo dell'umore è legata alla presenza di una predisposizione costituzionale. Infatti la percentuale di soggetti che, esposti a fattori esterni stressanti, cadono in depressione non supera il 10%, valore sovrapponibile al rischio di depressione indipendentemente da eventi traumatici della vita. Precedenti episodi depressivi costituiscono un fattore di rischio di "malattia" assai più rilevante rispetto alle caratteristiche degli eventi stressanti e del contesto sociale in cui si verificano.

*L'evoluzione dei disturbi dell'umore* può essere valutata facendo riferimento a tre parametri: il rischio di recidive, la frequenza di cronicizzazione e l'adattamento sociale negli intervalli liberi, in cui il disturbo non è presente. Per quanto riguarda le recidive, nelle depressioni unipolari il 70-75% delle fasi acute, se adeguatamente trattate, si risolve entro due-tre mesi. Percentuali più basse possono essere dovute ad una maggior gravità dei sintomi, alla concomitanza di patologie mediche e ad un inadeguato supporto sociale. Scarsamente influenti appaiono invece l'età dei soggetti o la presenza di particolari manifestazioni psicopatologiche. Dopo la risoluzione dell'episodio, tuttavia, il rischio di recidive è piuttosto alto poiché circa la metà dei pazienti andrà

incontro, spesso entro un anno, ad una nuova crisi depressiva. Per quanto riguarda le forme bipolari, in cui sono presenti fasi depressive alternate a fasi maniacali, le recidive sono molto frequenti (oltre il 75%) e multiple (possono essere superiori ad otto nella vita del paziente). Se non si considerano soltanto le fasi maniacali o depressive piene, ma anche le oscillazioni dell'umore di moderata intensità, la percentuale di pazienti bipolari che mantengono continuativamente lo stato di eutimia, cioè di tono dell'umore né troppo alto né troppo basso, per cinque anni è solo del 20% circa. Complessa risulta l'analisi dei dati relativi alla frequenza di evoluzione cronica. Alcuni studi, infatti, sono stati condotti in epoca prefarmacologica, altri dopo l'introduzione delle cure per l'episodio acuto, altri ancora includono pazienti in trattamento con stabilizzatori del tono dell'umore. La definizione di cronicità, inoltre, non è omogenea: per alcuni autori consiste nella persistenza della sintomatologia per un determinato periodo, mentre per altri comprende anche i soggetti che hanno ricadute multiple relativamente ravvicinate. Facendo riferimento agli studi che adottano una definizione omogenea di cronicità, cioè la persistenza della sintomatologia per più di due anni, la variabilità oscilla tra il 6% e l'11%. Un'adeguata valutazione dell'esito a lungo termine deve considerare anche la qualità di vita del paziente. Gli indicatori più fedeli sono l'adattamento sociale negli intervalli tra le crisi e le conseguenze lavorative e sociali che gli episodi, con il loro ripetersi, possono provocare. Gli studi in proposito hanno evidenziato che globalmente il 20-30% dei pazienti con patologia bipolare ha difficoltà di rilievo in ambito relazionale e occupazionale in conseguenza del disturbo. Un vero e proprio deterioramento è riscontrabile solo nel 15% dei casi, con picchi più elevati nei soggetti anziani. Anche la depressione maggiore ricorrente e la distimia possono provocare importanti conseguenze sul piano sociale e lavorativo: rispetto alla popolazione generale, chi ne soffre ha maggiori difficoltà nella vita di relazione, dedica minor tempo alle attività ludiche ed è più spesso dipendente economi-

camente. Le osservazioni più recenti, inoltre, indicano che i disturbi unipolari causano un grado di disabilità superiore rispetto alle più importanti malattie organiche, quali l'ipertensione, il diabete, l'artrite e le patologie polmonari. Confrontati con l'infarto del miocardio, sono meno invalidanti per quanto riguarda i giorni trascorsi a letto, le limitazioni fisiche e le capacità lavorative, ma determinano con maggior frequenza la perdita del ruolo sociale raggiunto. Le conseguenze sociali negative sono presenti anche quando le manifestazioni depressive sono "sottosoglia", cioè con sintomi meno gravi: le disfunzioni sono superiori a quelle dell'ipertensione e del diabete in termini di giorni di malattia, capacità lavorativa e necessità di ricorrere alle strutture sanitarie. Nei pazienti con sintomatologia attenuata sono stati inoltre evidenziati un elevato rischio di tentativi di suicidio e una valutazione negativa delle proprie condizioni di vita. L'analisi degli studi presenti in letteratura consente d'individuare alcune variabili cliniche in grado di condizionare la prognosi dei disturbi dell'umore. Nelle forme bipolari l'evoluzione è sfavorevole se sono presenti altre patologie fisiche o psichiche, abuso di alcool o sostanze, fallimento di precedenti terapie, scarsa adesione alle cure e inadeguato supporto sociale e lavorativo. Nelle forme unipolari la prognosi è peggiore in presenza di distimia, di altre patologie mediche, di scarsa collaborazione del paziente nell'eseguire correttamente la cura, di conflitti familiari e in mancanza di un valido supporto sociale.

## CONSEGUENZE SOCIALI DEI DISTURBI DELL'UMORE

Una preoccupazione spesso presente in chi deve assumere una terapia antidepressiva riguarda il timore degli "effetti collaterali" dei farmaci prescritti. I timori sono legittimi, ma non bisogna dimenticare gli "effetti collaterali" dei disturbi dell'umore in termini di limitazioni nella vita sociale, lavorativa e affettiva. Tali disturbi,

infatti, soprattutto la depressione ricorrente con frequenti ricadute, le forme bipolari e i quadri a decorso protratto, condizionano negativamente la vita del paziente e della sua famiglia. Inoltre, se non sono messe in atto adeguate misure terapeutiche, possono determinare l'aggravamento di eventuali patologie organiche concomitanti o produrre gravi complicanze, quali abuso di alcool o droghe e condotte anticonservative.

- 1) *L'ambito lavorativo* è abitualmente il primo a risentire della presenza di una malattia caratterizzata da episodi lunghi e ricorrenti che provocano ripetute assenze. Durante l'episodio depressivo prevale uno stato d'animo improntato al pessimismo e alla rinuncia che provoca difficoltà a prendere decisioni e ad assumersi responsabilità, dipendenza, incertezza, esagerata sensibilità alle critiche e ai rifiuti. Superata la fase acuta, in particolare se questa ha prodotto un lungo periodo di sofferenza e frustrazioni, può persistere una visione negativa di sé e del mondo che rende ancora più difficile il raggiungimento di una posizione sociale rispondente alle aspettative ed ai meriti. Di conseguenza il soggetto tende ad isolarsi, a vivere con il rammarico per le perdute opportunità di affermazione e a sviluppare atteggiamenti vittimistici o rivendicativi. Non meno dannosi sul piano lavorativo ed economico sono gli episodi maniacali a causa soprattutto della riduzione della capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni. In queste fasi il paziente può avere condotte finanziarie azzardate, come spendere eccessivamente, essere prodigo, fare investimenti a rischio o può commettere veri e propri reati, come emettere assegni a vuoto o acquistare beni senza un'adeguata copertura finanziaria.
- 2) *Nei rapporti sociali* sono causa di disadattamento l'alternanza di periodi d'introversione, chiusura e ricerca della solitudine delle fasi depressive e, al contrario, periodi di estroversione,

aumentato bisogno di contatti interpersonali, assunzione di atteggiamenti intrusivi, inopportuni o disinibiti delle fasi maniacali. Non desta pertanto meraviglia il fatto che i pazienti con disturbi dell'umore vadano incontro ad un graduale deterioramento dei rapporti interpersonali fino al completo isolamento.

- 3) *In ambito affettivo* i pazienti hanno spesso difficoltà nell'avvio di una nuova relazione così come nel mantenimento di un legame stabile e duraturo. Dalle ricerche epidemiologiche è, infatti, emerso che, rispetto alla popolazione generale, nei soggetti con disturbi dell'umore è significativamente più elevata la percentuale di celibi/nubili, separati e divorziati. Nella fase depressiva la riduzione della comunicazione verbale costituisce un intralcio all'inizio o al mantenimento di una relazione, ma sono soprattutto le fasi maniacali a destabilizzare la vita di coppia, in particolare quando si manifestano comportamenti sessuali promiscui, abuso di alcool o sostanze, decisioni avventate in campo finanziario, comportamenti violenti. Non bisogna dimenticare che spesso il coniuge vive l'episodio depressivo come una malattia su cui il paziente ha scarsa possibilità di controllo e necessita quindi di sostegno fisico e affettivo. Al contrario, la fase maniacale non di rado è vissuta come una condizione nella quale il soggetto volutamente rifiuta le cure e assume atteggiamenti o comportamenti che danneggiano l'immagine ed il ruolo sociale proprio e dei familiari.
- 4) La presenza di un disturbo dell'umore non di rado *influenza negativamente lo stato generale di salute del paziente*, soprattutto se è già presente una malattia fisica, il cui quadro clinico e il cui decorso possono risultare modificati in senso peggiorativo. Malattie gastrointestinali, cardiovascolari, diabete o ipertensione, in pazienti con depressione non trattata, hanno maggiore gravità, durata dei ricoveri più lunga e maggiore in-

cidenza di complicanze. Le difficoltà derivano soprattutto dall'alimentazione non corretta, dall'alterazione del ritmo sonno-veglia e dall'irregolare assunzione delle terapie. In tali casi, se non è presente un valido supporto familiare, il paziente può andare incontro ad eccessivo calo ponderale, disidratazione e talvolta, a causa del sopraggiungere di uno stato tossico o infettivo, può manifestare anche alterazioni dello stato di coscienza e disorientamento spazio-temporale. Si tratta di condizioni che costituiscono una minaccia per la vita e che spesso richiedono il ricovero in ospedale.

- 5) La profonda demoralizzazione, l'indifferenza affettiva, la perdita di speranza per il futuro possono portare il paziente a considerare *la morte come l'unica via d'uscita* dallo stato di sofferenza in cui si trova e spingerlo, quindi, a mettere in atto condotte anticonservative. In soggetti sofferenti di disturbi dell'umore il rischio di suicidio è molto più alto rispetto a pazienti con altre patologie e la mortalità è superiore a quella della maggior parte delle affezioni cardiache. Idee di suicidio sono presenti nel 60-80% dei depressi, che un gesto anticonservativo è compiuto almeno una volta nella vita nel 30-50% dei casi e che circa la metà di chi tenta il suicidio ripete più volte il gesto.
  
- 6) Molti studi hanno evidenziato che *l'abuso di alcool o droghe* è in grado di scatenare, in soggetti predisposti, l'insorgenza di un disturbo dell'umore, di influenzarne negativamente il decorso e di renderne più complicato il trattamento. Abuso di sostanze e disturbi dell'umore sono comunque spesso associati e si è molto discusso su quale delle due patologie debba essere considerata primaria. È stato proposto d'inquadrare l'abuso di alcolici o di sostanze come una "semplice complicanza" dei disturbi dell'umore, i quali rappresenterebbero pertanto la patologia principale. Le condotte di abuso sarebbero, quindi, un

tentativo di autoterapia e il loro decorso sarebbe strettamente correlato alle fasi di esacerbazione/remissione dei disturbi depressivi. In realtà nel 60% dei casi sono le condotte di abuso a comparire per prime per cui, adottando un criterio cronologico, queste assumono un ruolo primario. Diversi studi clinici hanno evidenziato che nella depressione con alcolismo, rispetto a quella in cui non vi è abuso di alcol, sono presenti un numero più elevato d'indicatori di rischio di suicidio, maggiore gravità dei sintomi vegetativi (insonnia, inappetenza con dimagrimento e riduzione della libido) e più rapidi e frequenti cambiamenti del tono dell'umore. Più recentemente è stato abbandonato il problema della subordinazione, gerarchica o temporale, tra condotte di abuso e disturbi dell'umore e si preferisce considerare le due patologie in rapporto di "comorbidità" (contemporanea presenza), poiché questo modello fornisce schemi interpretativi più vicini alla realtà clinica.



# DEPRESSIONE: FARMACI E RIMEDI NATURALI

Dott.ssa **Maria Teresa Carani**  
Farmacista



## DIFFUSIONE DELL'USO DI RIMEDI NATURALI

Negli ultimi tempi si è accentuato l'interesse per l'uso di rimedi di origine naturale (fitoterapici e nutraceutici) da utilizzare anche nell'ambito di disturbi nervosi. Da indagini scientifiche recenti risulta che una consistente parte di pazienti con questi problemi (almeno il 54%) ne fa un uso regolare od occasionale<sup>1</sup>.

La **WHO** ha pubblicato nel gennaio del **2004** le linee guida per l'**informazione** e l'**uso appropriato delle medicine** tradizionali, complementari ed alternative e in un successivo rapporto del 2014 *The WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, ha preso in considerazione le medicine tradizionali vere e proprie

---

<sup>1</sup> Werneke U, Turner T, Priebe S.: "*Farmaci complementari in psichiatria: revisione dell'efficacia e della sicurezza*", Br J Psychiatry. 2006 Feb; 188: 109-21. Revisione.

come quella cinese, ayurvedica e Unani e le medicine non convenzionali tra cui omeopatia, antroposofia, naturopatia, osteopatia e chiropratica, che propongono un diverso approccio alla malattia e alla persona.



L'OMS nel 2010 definisce poi la naturopatia come segue:



Per un uso appropriato dei prodotti naturali ci sono però diversi aspetti da chiarire e risolvere:

*a) Naturale è buono*

In molte persone prevale l'ingenuità di credere che l'aggettivo "naturale" sia sinonimo di bontà, salute, sicurezza, genuinità per cui questi rimedi sono certamente benefici ed innocui, ma in realtà molte piante come ad esempio l'Aconito, il Veratro e la Kawa-Kawa soprattutto a determinati dosaggi sono tossiche.

### *b) Garantire un'informazione corretta*

Non essendo questi prodotti soggetti a controllo medico le persone ricorrono spesso ad internet per cercare sia informazioni generali sulla salute, che sulle terapie complementari. Spesso si fanno coinvolgere da messaggi pubblicitari che rivendicano di poter trattare e curare i disturbi nervosi. Ad esempio per le forme depressive vengono consigliati fitoterapici come la Kava Kava, senza però citare il fatto che una circolare ministeriale del 22 gennaio 2002 ne ha sospeso la vendita in Italia in quanto in Germania, si è cominciato a parlare della possibile epatotossicità della kava, cioè dei suoi effetti negativi sul fegato.

### *c) L'automedicazione*

Spesso si utilizzano questi prodotti per iniziative personali senza informarne il medico curante, mentre soprattutto i rimedi fitoterapici possono interagire con molte terapie e potenziarne o contrastarne gli effetti terapeutici.

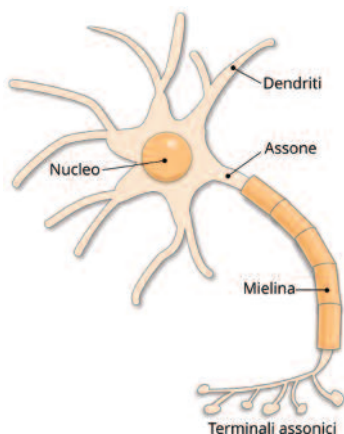
### *d) I moderni ciarlatani*

Esistono poi operatori senza scrupoli, moderni ciarlatani, che basandosi su teorie, aneddoti, opinioni e non su evidenze scientifiche propongono ai loro pazienti, approfittando della loro fragilità psicologica, terapie alternative rischiose e del tutto inadatte alla patologia della persona.

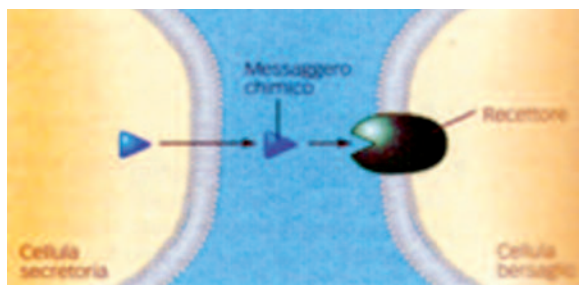


## I FARMACI PER LA CURA DELLA DEPRESSIONE

Per molti ricercatori l'origine della depressione è in parte psichica ma anche biologica, in quanto causata da anomalie delle funzioni cerebrali e della trasmissione nervosa. Il sistema nervoso è formato da cellule (neuroni) che trasmettono sia segnali elettrici lungo la stessa cellula, sia segnali chimici (neurotrasmettitori) tra cellule diverse.



I neurotrasmettitori stimolano le cellule vicine, permettendo quindi la comunicazione tra due cellule adiacenti, si legano a specifici recettori, per poi essere riassorbiti e degradati da un enzima la monoaminoossidasi.



Nella depressione viene compromessa l'attività di alcuni neurotrasmettitori principalmente *serotonina* e *noradrenalina*.

La *serotonina* influisce sulla regolazione di:

- umore
- sonno
- dolore
- emozioni
- alimentazione
- comportamento sessuale

La *noradrenalina* è coinvolta in molteplici funzioni cognitive tra cui:

- memoria
- apprendimento
- attenzione
- vigilanza
- capacità di azione e di iniziativa
- motivazione
- energia
- umore
- ricerca di contatti interpersonali
- capacità di interagire con l'ambiente circostante

I farmaci antidepressivi agiscono a livello delle strutture che regolano il rilascio e la degradazione dei neurotrasmettitori e cercano di colmare la carenza di tali messaggeri chimici con i farmaci. Esistono molti composti approvati per il trattamento della depressione che possono essere classificati in base al loro meccanismo d'azione, principalmente in inibitori del reuptake delle monoammine (che bloccano i processi di recupero di questi neurotrasmettitori), inibitori degli enzimi degradativi (come gli IMAO) e agonisti/antagonisti recettoriali (cioè dei farmaci in grado di attivare o disattivare particolari "interruttori" biologici).

### ***Tabella riepilogativa farmaci***

1. *Antidepressivi triciclici*: inibiscono il "richiamo" sia della noradrenalina che della serotonina (TCA),

2. *Inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della serotonina (NSRI),*
3. *Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI),*
4. *Inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NaRI),*
5. *Inibitori delle monoaminossidasi (IMAO).*

### **Principi Attivi**

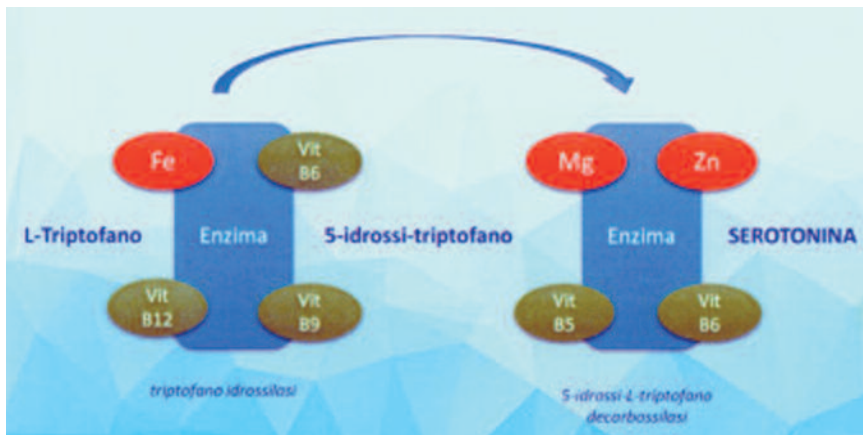
TCA	Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina, Doxepina, Dosulepina, Trimipramina, Nortriptilina;
IMAO	Tranilcipromina, Fenelzina, Isocarboxazide, Moclobemide;
SSRI	Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina;
NaRI	Reboxetina.

Tuttavia farmacologi e psichiatri sottolineano che in molti casi si hanno remissioni spontanee di alcune forme di depressione senza l'uso di farmaci antidepressivi e solo con terapie psicologiche o con placebo. I farmaci infatti agiscono solo in presenza di una depressione clinicamente significativa e non vanno confuse con questa patologia situazioni in cui predomina una scelta di valori più riflessivi e diversi da quelli che predominano in una società basata sull'efficienza, sulla visibilità e sulla performance a tutti i costi.

## ATTIVITÀ DOCUMENTATE DEI RIMEDI NATURALI

Nelle diverse forme di depressione la terapia farmacologica è sicuramente quella che ha più successo – soprattutto nelle forme di depressione grave – mentre per quelle lievi, possono essere utilizzati rimedi fitoterapici dietro consiglio dello specialista, anche per ridurre l'uso di farmaci antidepressivi e quindi evitarne gli effetti collaterali. I rimedi naturali, per i quali sono disponibili dati scientifici documentati sul meccanismo d'azione e sugli effetti clinici, non sono molto numerosi e in pratica si tratta di:

- a) composti che inibiscono la ricaptazione della serotonina analoghi ai farmaci SSRI: *iperico*;
- b) composti che impediscono il reuptake della noradrenalina inibendo gli enzimi che ne causano il degrado analoghi ai farmaci IMAO: *rodioia rosea*;
- c) *strategie nutrizionali* per incrementare la sintesi di serotonina. Nell'organismo questa sintesi inizia dal L-triptofano e avviene in due fasi: nella prima, il L-triptofano viene convertito in 5-idrossitriptofano; nella seconda, il 5-idrossitriptofano viene decarbossilato a serotonina che può essere successivamente anche convertita in melatonina, importantissima per la regolazione del ciclo sonno/veglia.



Componenti importanti della catena che porta alla sintesi di questo neurotrasmettitore è il L-triptofano, che però viene trasportato con difficoltà all'interno della cellula, dove avviene il processo. Debbono anche essere disponibili per la sintesi di serotonina: acido folico, vitamine B6 e B12, vitamina D, magnesio.

- d) Si può anche supportare questo processo con strategie nutrizionali di sostegno cioè fornendo al processo di sintesi i nutrienti necessari Magnesio, vitamina B6 e omega 3.

## IPERICO



L'iperico in Italia è di libera vendita mentre in Germania è un farmaco e viene prescritto più frequentemente della fluoxetina nel trattamento della depressione.

### *Controindicazioni*

Non va assolutamente assunto in concomitanza di farmaci inibitori del reuptake della serotonina. Somministrato in associazione a tali farmaci potenzia infatti la trasmissione serotoninergica con possibile insorgenza di nausea, vomito, crisi ipertensive, ecc., tutti sintomi da attribuire ad un effetto additivo della ricaptazione della serotonina a livello centrale.



## RODIOLA ROSEA



La *rodiola* è una pianta medicinale di cui si utilizza la radice. I composti farmacologicamente attivi identificati nella radice di rodiola sono numerosi (circa 140) ma il principale glicoside fenolico contenuto, e indicato in etichetta, è il salidroside, che sembra agire sui livelli e le attività di dopamina e noradrenalina attraverso un'inibizione dell'enzima responsabile del loro degrado. Il risultato è un miglioramento delle attività metaboliche generali (fegato, muscoli, cuore) e intellettuali (effetto antidepressivo, miglior capacità mnemonica e di concentrazione).

### *Controindicazioni*

La *Rhodiola rosea* non ha particolari controindicazioni ma se, assunta in concomitanza dei farmaci inibitori delle monoamino ossidasi (IMAO), potrebbe provocare:

1. aumento della pressione arteriosa,
2. insonnia ed irritabilità.

## STRATEGIE NUTRIZIONALI

Griffonia, Same e triptofano.

### a) Griffonia



La *griffonia* è un arbusto rampicante sempreverde, la droga della pianta è costituita dai semi polverizzati di colore grigio-marrone da cui si estrae il principio attivo: **il 5-idrossitriptofano (5-HTP)**, tappa importante nella sintesi della serotonina. Quindi la griffonia, per il suo contenuto in 5-idrossitriptofano, è in grado di contrastare:

1. l'abbassamento del tono dell'umore;
2. l'insonnia;
3. l'eccessivo appetito (in particolare per quanto riguarda il desiderio di carbo-idrati e dolciumi).

#### *Effetti collaterali*

Da non assumere con farmaci inibitori del reuptake della serotonina.

Un eccesso di rilascio di serotonina può condurre – in specifiche condizioni – alla **sindrome serotoninergica** (eccesso di serotonina).

### **b) Same**

È il nome commerciale della "S-adenosil-metionina", sostanza che si trova in quasi tutti i tessuti dell'organismo e che modula funzioni biologiche diverse, ma interconnesse tra loro. Alcune ricerche indicano che il Same è efficace nel trattamento della depressione lieve/moderata ed inoltre sembra agire in modo più rapido degli antidepressivi, che manifestano i loro effetti dopo 6/8 settimane. Si ipotizza che il suo meccanismo d'azione sia quello di causare un aumento di serotonina disponibile al pari di altri antidepressivi, ma sono necessarie altre ricerche per verificarne il meccanismo d'azione.

#### *Controindicazioni*

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

### **c) Triptofano**

È un aminoacido essenziale, il nostro corpo non è in grado di sintetizzarlo. Dipende dunque dall'apporto nella dieta. Fra le sue funzioni:

- induzione del sonno;
- antidepressiva;
- ansiolitica.

Viene utilizzato nella terapia farmacologica come agente contro i comportamenti maniacali ed aggressivi (psichiatria), diminuisce la fame e la sensibilità al dolore. Il deficit di questo aminoacido produce un ritardo nella crescita dei bambini e degli adolescenti, apatia, edema, debolezza, depigmentazione dei capelli, astenia, sonnolenza, danni epatici, riduzione del tessuto muscolare e del tessuto adiposo, lesioni epidermiche. Gli alimenti ricchi di triptofano sono: agnello, sardina, formaggio, uovo.

A seconda del Paese preso in esame, il triptofano è venduto come:

- integratore;
- farmaco da banco;
- farmaco con ricetta.

Metodi sintetici atti ad aumentare la resa di triptofano portarono alla formazione di un sottoprodotto rivelatosi tossico e quindi anche se in Europa è ancora reperibile a basso dosaggio negli integratori alimentari è da tempo vietato negli Stati Uniti d'America.

## NUTRACEUTICI

Uno dei limiti alla terapia farmacologica della depressione, è rappresentato dalle frequenti recidive che hanno luogo una volta sospeso il trattamento; l'uso concomitante di sostanze nutraceutiche potrebbe aiutare, secondo gli autori dello studio, a migliorare l'esito della terapia.

I ricercatori delle università di Melbourne e di Harvard hanno considerato oltre 40 studi clinici, trovando che l'azione di sostanze nutraceutiche quali,

- omega-3 (EPA e etil-EPA),
- S-adenosilmetionina,
- metilfolato,
- vitamina D,

potenziano l'attività dei farmaci antidepressivi. Lo studio è stato pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry*.

### **Omega 3**

Diversi studi e ricerche, in particolare quelle di Andrew Stoll direttore del laboratorio di ricerche psicofarmacologiche dell'Università di Boston, di Barry Sears e dell'Università di Pittsburgh, documentano l'efficacia degli Omega 3 anche a livello psichico nelle forme di depressione,

I dosaggi consigliati, per le affezioni neurologiche, sono di 530mg di Epa e 100mg di DHA.

L'EPA (acido eicosapentaenoico) e il DHA (acido docosaesaenoico) sono anche un valido aiuto, con il dosaggio previsto, sia durante la gravidanza in quanto agevolano lo sviluppo intrauterino del feto, che nei primi mesi della vita del neonato allattato. In parti-

colare, l'assunzione di DHA da parte della madre durante la gravidanza e l'allattamento, è essenziale per favorire il corretto sviluppo cerebrale e delle retine degli occhi del feto. Inoltre alcuni lavori hanno evidenziato che un'inadeguata assunzione di Omega 3 da parte della madre (soprattutto del DHA), la espone a un maggior rischio di depressione post-partum. I dosaggi consigliati per la mamma sono: 90mg di EPA e 430 di DHA, al giorno.

### ***Magnesio***

Sono molte le evidenze a favore del magnesio come utile supporto per stati emotivi complessi come la depressione. Il nostro organismo infatti consuma più magnesio se sottoposto a stress o se si manifesta uno stato depressivo.

Uno studio recente ha dimostrato che bassi livelli di magnesio sono stati rilevati in pazienti che hanno subito un ictus, a seguito del quale hanno manifestato depressione dopo circa 3 mesi, mentre i pazienti privi di alterazioni nel tono dell'umore non presentavano riduzione nei livelli di magnesio.

Molti sono i cibi ricchi in magnesio. Lo possiamo trovare ad esempio nelle verdure verdi fresche, nei cereali integrali e nei legumi. E ancora: fichi, mais, mele, noci, mandorle, banane, pesche e albicocche.

### ***Precauzioni d'uso***

Come per tutte le sostanze, sebbene naturali, anche per il magnesio dobbiamo considerare che vi possono essere controindicazioni, specialmente in concomitanza all'assunzione di medicinali o di patologie particolari (es. diabete) ed un uso non corretto di magnesio può determinare la comparsa di effetti collaterali: nausea, diarrea, crampi allo stomaco, debolezza muscolare, difficoltà respiratorie, confusione mentale. Un dosaggio eccessivo potrebbe provocare inoltre squilibri a livello delle concentrazioni corporee di calcio e potassio con impatto negativo sul sistema cardiaco. È bene quindi rivolgersi al proprio medico di fiducia per chiedere come poter usufruire in tutta sicurezza di questo prezioso oligoelemento.

## ***Vitamina B6***

Chiamata anche piridossina, la vitamina B6 esercita un ruolo molto importante

- per la sintesi di due neurotrasmettitori: noradrenalina e serotonina,
- per la produzione di mielina, la struttura che consente di proteggere il sistema nervoso centrale.

Negli adulti, un deficit di vitamina B6 si palesa soprattutto sulle mucose, sulle cellule del sangue, sui nervi periferici, mentre nei bambini viene interessato anche il sistema nervoso. Il suo deficit si manifesta in individui che presentano problemi di cirrosi, alcolismo, sindromi di malassorbimento, grave insufficienza renale, uremia, ipertiroidismo e insufficienza cardiaca. In realtà, comunque, un leggero deficit di tale sostanza rappresenta una carenza alquanto comune. Ricordiamo che le principali fonti della vitamina B6 sono: pesce, uova, formaggio, patate, latte, legumi, cereali, verdure come piselli, spinaci e carote, farina, carne e fegato.

## ALIMENTAZIONE

Non meno importante per una terapia antidepressiva è la dieta. Con l'alimentazione del soggetto depresso si dovrebbe contrastare il perverso meccanismo di fabbisogno di sostanze zuccherine, che secondo alcuni ricercatori provoca uno squilibrio dei nostri recettori.

Come è stato dimostrato da lavori di Elliot Blass della Cornell University, l'assunzione di carboidrati ad alto indice glicemico, inizialmente provoca il rilascio di endorfine e di serotonina, ma poi nel giro di qualche ora dall'assunzione l'effetto si esaurisce e i livelli di serotonina ritornano bassi.

I principi base di una dieta che intenda ridurre la dipendenza dagli zuccheri dovrebbero quindi prevedere una distribuzione dei pasti secondo un criterio calorico calante, e l'abbinamento di proteine e carboidrati all'interno del singolo pasto, colazione compresa. Quindi:

- colazione sostenuta
- pranzo medio
- cena leggera
- utilizzo nei pasti di alimenti a basso indice glicemico
- utilizzo di frutta e verdura per eventuali spuntini

## ATTIVITÀ FISICA

Bisognerebbe imporre il movimento come parte integrante di una terapia contro la depressione, indirizzando la persona verso una pratica aerobica, che solleciti in modo dolce l'apparato cardiocircolatorio e quello muscolo-scheletrico. Gli sport da consigliare sono: nuoto, ciclismo, corsa e camminata sollecita della durata almeno di 30 minuti.

## CONCLUSIONI

Nei paesi in cui si pratica prevalentemente la medicina tradizionale (Africa, Sud America, Asia), le piante medicinali costituiscono la base della terapia; in quelli in cui si pratica la medicina scientifica (Europa, USA, Giappone, Australia) l'impiego delle piante medicinali è invece limitato soprattutto alle cosiddette piccole patologie ed ad iniziative di automedicazione.

Oggi che il consumo di questi rimedi naturali è molto aumentato, bisogna considerare questi prodotti dei veri e propri farmaci ed utilizzarli in modo mirato, soprattutto per migliorare la nostra salute e non per danneggiarla.

Per arrivare a questo scopo bisogna garantire una corretta informazione sui prodotti da parte del farmacista, e migliorare la comunicazione tra medico e paziente nei casi di automedicazione del paziente.

# SOMATIZZAZIONE DELL'ANSIA SULL'APPARATO DIGERENTE

Sintomatologia clinica e conseguenze

Prof. **Silvestro Lucchese**

Chirurgo colo-proctologo



LA CURA REALMENTE EFFICACE DEGLI EFFETTI  
SULL'APPARATO DIGERENTE DELLA SINDROME  
DEPRESSIVO-ANSIOSA: SI OTTIENE SOLO CON UN  
METODO SCIENTIFICO CHE PERSEGUA UNA VISIONE  
OLISTICA DEL PAZIENTE

*Non si deve considerare solo il sintomo ma l'inquadramento clinico globale (corpo - mente - emozioni - personalità), per correggere i disturbi che coinvolgono molteplici elementi fisiopatologici funzionali ed organici.*

*Il metodo deve prevedere un percorso necessariamente personalizzato con valutazione clinica e correzione completa di errate abitudini comportamentali, eventuali interferenze di cure, malattie in atto: dispepsia, stitichezza ed in particolare la cura definitiva di ragadi, emorroidi, prolasso, ecc.*

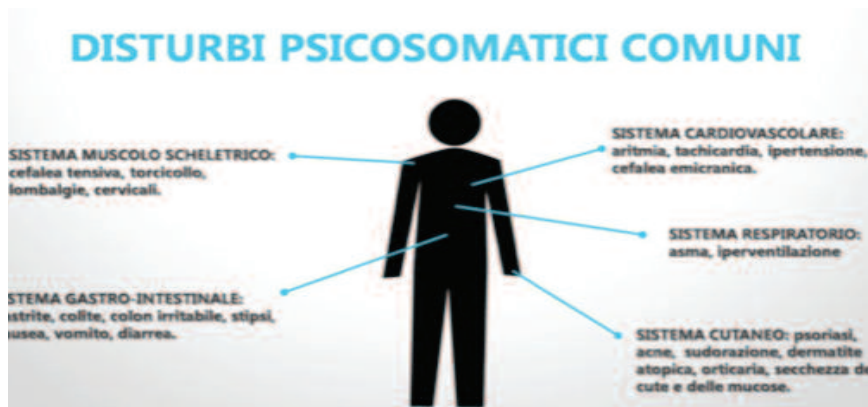


## LA MENTE E L'APPARATO DIGERENTE

La salute di stomaco e intestino rappresentano per noi fonte primaria di benessere oppure, al contrario, causa di frustrazione, malessere, sofferenza sia fisica che psicologica.

Lo stato della mente ha gli stessi effetti: "*Mens sana in corpore sano*" o "*Mens insana in corpore insano*".

Cervello ed intestino sono in stretta correlazione tra loro tanto che i nervi che ne controllano il funzionamento sono definiti rispettivamente il grande cervello (big brain) e il piccolo cervello (little brain).



## IL SECONDO CERVELLO

Il "*secondo cervello*" è posto nella parete intestinale con una complessa rete nervosa che gestisce le attività gastro-intestinali in collegamento diretto tra cervello cranico e sistema nervoso vegetativo.

L'intestino è infatti un organo con capacità di associazione e coordinamento autonomi ma sempre in *sinergismo* ed *integrazione* con il cervello cranico.

Lo stress e le emozioni sconvolgono la regolarità del nostro apparato digerente.

*È sempre necessario eseguire accertamenti specifici quando:*

- Avverti difficoltà a digerire o mal di pancia frequenti?
- Soffri di bruciore o acidità?
- Soffri di meteorismo?
- Hai problemi ad andare di corpo?
- Soffri di colite o dolori intestinali?
- Hai notato sangue nelle feci?
- Hai feci diverse dal solito?
- Non riesci a svuotarti completamente?
- Soffri di diarrea alternata a stitichezza?
- Soffri di prurito, bruciori o dolori anali?
- Soffri di problematiche anali legate alle “emorroidi”?
- Sei stato già operato ma continui a soffrire degli stessi disturbi?

Quando hai, semplicemente, dubbi da chiarire parlane con il tuo medico.

## STRESS E DISAGI DELL'APPARATO DIGERENTE

Quando conviviamo quotidianamente con lo stress, i nostri processi digestivi vengono alterati. Stress, ansia, dispiaceri e preoccupazioni possono scatenare, nei soggetti predisposti, una complessa sintomatologia caratterizzata da crampi, gonfiore, bruciori (pirosi) e dolore epigastrico, cioè localizzato nella parte alta dell'addome, oppure direttamente irritando l'intestino, provocando sintomi come stitichezza, diarrea (intestino irritabile o IBS).

*Disturbi intestinali più frequenti:*

- stitichezza;
- diarrea;
- colite;
- meteorismo;
- eruttazioni;
- flatulenza.

## CHE COSA SI INTENDE PER STITICHEZZA O STIPSI?

*Stitichezza: abituale defecazione scarsa o difficoltosa, con feci secche e dure.*

Anche evacuare ogni 2/3 giorni può essere normale, purché non vi sia:

- mancanza di stimolo o difficoltà o dolore al passaggio delle feci;
- dolore o una sensazione di gonfiore di pancia;
- eccessivo sforzo nella defecazione;
- sensazione abituale di svuotamento incompleto;
- eliminazione di feci secche a matita o caprine;
- necessità di supposte, clisteri o lassativi, anche naturali;
- necessità di aiutarsi manualmente.

*La stitichezza non è una malattia ma sintomo di complesse disfunzioni*

LA PREVENZIONE È UN DOVERE PRIORITARIO:  
NON È UNA LIBERA SCELTA

Quando vi è:

- stipsi;
  - dimagrimento;
  - dolori addominali;
  - febbre;
  - anemia;
  - difficoltà a digerire o a evacuare;
  - diarrea alternata a stipsi;
  - perdite di sangue o muco;
- sono indispensabili accertamenti specialistici.

## PREVENZIONE DELLE MALATTIE INTESTINALI

### *Fattori di rischio:*

- Poliposi o malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- Dieta scarsa di fibre e ricca di grassi.
- Obesità.
- Familiarità per tumori o polipi del colon.

### *Segnali di allarme:*

- Irregolarità prolungata di un alvo regolare.
- Sangue nelle feci.
- Dimagrimento inspiegabile.
- Febbricole prolungate e dolori addominali.

### *Che fare?*

- Visita specialistica periodica di controllo *sempre* con esplorazione rettale.
- Ogni anno: ricerca del sangue occulto nelle feci.
- Colonscopia o colonscopia virtuale tac ogni 5 anni, dopo i 40-50 anni (prima, per familiarità di tumori o polipi).

## LA DIARREA

È l'emissione rapida di feci abbondanti poco formate: liquide o semiliquide con più di tre volte al giorno. Non è una malattia ma un sintomo frequente in molte malattie, gastrointestinali, o per intolleranze alimentari, stress, ecc..

### *Sintomi*

Stimolo continuo a defecare (tenesmo) anche in assenza di feci. Si può complicare sino ad evacuare liquami in grande quantità: acqua, muco, scorie, sangue, ecc. ma non più feci; si perdono grandi quantità di elettroliti, liquidi, ecc. (dissenteria) con dolori

addominali, stimolo imperioso grave squilibrio idro-elettrolitico ed anche shock.

La diarrea è in realtà una risposta di difesa del corpo per eliminare gli stimoli irritativi; è spesso acuta per cause alimentari, per microrganismi patogeni, tossine o altre sostanze irritanti.

Attenzione, quindi, chi soffre di stitichezza può soffrire talvolta anche di diarrea.

Mai curarsi da soli, senza aver consultato il medico in caso di diarrea acuta (max 1-2 settimane), prolungata, ricorrente ed alternata anche a periodi di stitichezza con feci solide.

## PERCHÈ ALCUNI SOFFRONO DI STITICHEZZA ALTERNATA A DIARREA?

La colite spastica provoca spasmi dell'intestino.

I suoi effetti sono come un tubo di dentifricio che se si stringe da una parte il dentifricio fuoriesce rapidamente ma se lo stringiamo a valle dell'uscita del dentifricio blocchiamo tutto il dentifricio dentro al tubetto e non esce più finché allentiamo la stretta, pertanto lo stesso spasmo colico può essere per l'appunto causa di stipsi o diarrea.

*Chi soffre ha bisogno di certezze:* ha bisogno della diagnosi di una malattia da poter curare o la certezza della buona salute.

Vi sono malattie subdole che sfuggono alla diagnostica per cui il medico definisce il Paziente, non avendo nulla di organico, un depresso e questi si deprime sempre di più perché continua a stare male.

Nel colon irritabile (gonfiore, dolore di pancia, diarrea) o nel reflusso senza esofagite e nella dispepsia la persona sta veramente male ma le indagini sono spesso negative.

Molti pazienti, trattati per ansia e depressione, una volta che è stata trovata una malattia reale e che questa è stata curata, vedono scomparire l'ansia e la loro depressione.

## IBS

*Irritable Bowel Syndrome* / Sindrome dell'intestino irritabile

- L'intestino infiammato diviene eccessivamente permeabile ai germi che filtrano attraverso le sue pareti invadendo gli organi pelvici.
- Ricadute del dolore cronico nella vita privata e sociale: si inizieranno a sentire sempre più frustrate, incomprese e depresse e sempre più spesso verranno catalogate come persone con problemi psicologici .... e non solo!  
Possono comparire anche manifestazioni dolorose in tutto il corpo curate senza successo.
- Queste malattie, NON sono malattie funzionali, sono reali malattie organiche, solo che sono organiche *microscopicamente*.

## COSA FARE QUANDO LE INDAGINI SONO NEGATIVE

Esami tradizionali negativi provocano ulteriore frustrazione.

Il Paziente si sente incompreso: soffre ma nessuno gli crede.

- È necessario eseguire dei test "fai da te" modificando drasticamente l'alimentazione per alcuni giorni, fino a sperimentare nei casi più gravi un paio di giorni di digiuno introducendo solo liquidi.
- Il 60% degli italiani è intollerante al lattosio e quindi è importante anche eliminare completamente latte e latticini freschi dalla dieta.
- Anche chi non è celiaco può avere difficoltà a digerire il frumento della pasta. mangiare riso.
- Ridurre (nella fase del test) drasticamente il consumo di fibre vegetali, frutta e verdura che insieme ai cibi integrali sono particolarmente irritanti per un intestino già infiammato o irritato.
- Ovviamente sono test da eseguire solo per alcuni giorni ma che possono rivelare elementi utili ad una buona cura specialistica ed eseguire poi, oltre agli esami di base, anche biopsie, test per le intolleranze e allergie alimentari, ecc.

## LA DEPRESSIONE NON CURATA PUÒ MODIFICARE IL CERVELLO?

Sì! Gli scienziati hanno confermato l'esistenza di una fitta rete di scambi, in entrambe le direzioni, tra l'intestino e il cervello, in grado di modulare il rilascio di citochine e neuro-trasmittitori che influenzano i comportamenti dell'uomo.

La depressione, se dura oltre dieci anni, e non viene curata, modifica il cervello, in peggio, naturalmente. Arriva a essere accostata, come processo (non per qualità e quantità, ancora ignote), alle malattie neurodegenerative: tipo Alzheimer e Parkinson. (Centro per le Dipendenze e la Malattia Mentale (CAMH) Toronto -The Lancet Psychiatry).

## SALUTE DELL'INTESTINO - FLORA BATTERICA - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

*L'80% del nostro sistema immunitario si trova nel tratto digestivo e la sua attività dipende dalla qualità della flora intestinale.*

Lo stato della flora batterica (microbioma), dopo la nascita, è determinato da:

- allattamento;
- dieta;
- patologie fisiche;
- disturbi del comportamento;
- eventuali terapie assunte, specialmente antibiotiche;
- dalla genetica ed anche da dove viviamo e da ciò che introduciamo con gli alimenti.

Depressione e alimentazione, sono peraltro cause già comprovate nell'obesità o nelle alterazioni metaboliche.

Una dieta sana ha minore possibilità di sviluppare malattie come la depressione oltre a rallentare l'invecchiamento cerebrale e i deficit cognitivi, dell'attenzione e della memoria.

Lo stress cronico agisce sulle citochine endogene che inducono infiammazione e poi depressione.

Con stimoli deboli, multipli e persistenti, genera low grade chronic inflammation – Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene e cronica ipersecrezione di cortisolo – finché la naturale capacità dell'organismo di adattarsi si esaurisce.

## COLITE O COLON IRRITABILE O COLITE SPASTICA

Ogni disfunzione intestinale è causata dalle inefficienti funzioni svolte a monte ed è spesso attribuita alla "colite", anche in assenza di ogni accertamento specifico.

La colite è la malattia più diffusa ed è causata da:

- errate abitudini alimentari;
- stile di vita (stress);
- somatizzazione dell'ansia;
- inerzia fisica.

Per una corretta diagnosi di colite non si può prescindere dall'esecuzione almeno delle specifiche indagini di base.

### *Sintomi della "colite":*

- disagio addominale;
- meteorismo;
- flatulenza;
- dolori addominali a tipo colico;
- nausea;
- cefalea;
- astenia;
- alitosi;
- alterazioni dell'alvo (stitichezza – diarrea) o diarrea improvvisa, specie dopo i pasti.



## CONSEGUENZE FREQUENTI DELLE MALATTIE INTESTINALI

### **Emorroidi**

Sono varici delle vv. emorroidarie, non più efficaci alla contenzione dei liquami e gas, con sofferenza della mucosa e dei legamenti e con loro cedimento e prolasso.

I° II°: Terapia medica

III° IV° / **Prolasso rettale**: terapia chirurgica: vi sono nuove metodiche indolori e radicali ([www.silvestrolucchese.com](http://www.silvestrolucchese.com))

*Complicanze:*

- dolore
- emorragia
- ragadi
- trombosi
- ascessi - fistole

In ambiente altamente specialistico attualmente vi sono nuove metodiche di terapia chirurgica per la cura definitiva ed indolore di tali patologie con ripresa immediata ed agevole della defecazione efficace.

### **Il meteorismo**

Con la masticazione, il cibo viene prima sminuzzato e poi impastato vigorosamente con i movimenti del tubo digerente (peristalsi) per rendere più rapida ed efficiente la successiva digestione chimica operata dai succhi digestivi nello stomaco ed intestino. La masticazione, le sue modalità e tempi necessitano di una perfetta funzione ed è fondamentale che l'occlusione e la dentatura siano in ottime condizioni: consultiamo il nostro Dentista!

Alcune abitudini o comportamenti errati – stress – provocano ingestione di aria – aerofagia – che gonfia i visceri con disturbi scomodi e frequenti; l'aria viene poi eliminata con – ERUTTAZIONI – FLATULENZA.

*Cause:*

- bere o mangiare velocemente;
- parlare mentre si mangia;
- uso di gomme da masticare;
- fumo;
- dentatura guasta o mancante;
- difetti di occlusione o protesi odontoiatriche inadeguate.

### **La flatulenza**

Il gonfiore addominale provoca ostacolo alle normali attività sociali ed intime.

La sindrome dell'intestino irritabile provoca movimenti anomali, contrazioni dei muscoli intestinali e una maggiore sensibilità al dolore con sensazione di gonfiore per maggiore sensibilità al gas.

Spesso l'aria viene in parte eruttata e in parte prosegue nel tenue, dove è parzialmente assorbita.

Una quantità prosegue nel colon e viene rilasciata attraverso il retto (circa 0.5 l/2 lt al giorno x 14 volte/g).

La flora batterica intestinale rappresenta circa un terzo del peso delle feci; digerisce parte degli alimenti producendo idrogeno, anidride carbonica, e, in 1/3 delle persone, il metano.

L'odore, lontano dalla defecazione, può essere quasi assente oppure mefitico; se sgradevole deriva da batteri che rilasciano nel grande intestino piccole quantità di gas contenenti zolfo.

### **ALIMENTI CHE INDUCONO METEORISMO**

*Da evitare:*

- bevande gassate;
- latte, formaggi teneri, ricotta;
- insaccati;

- cipolla, cavolo, rapa, verza, cavolfiore, aglio, peperoni, radici amare, melanzane, minestre di verdura;
- cereali e derivati integrali;
- legumi;
- cibi ricchi di aria (panna montata, frappè);
- spezie;
- brodo di carne;
- frutta secca e oleosa;
- dolcificanti contenenti sorbitolo, mannitolo, xilitolo.

*Concessi:*

- formaggi stagionati es: grana, groviera, emmental, asiago;
- prosciutto magro, culatello, bresaola, ecc.;
- frutta: mele, banane, spremute filtrate di agrumi.

*Consigli per alleviare i disturbi del meteorismo:*

- mangiare lentamente e senza parlare;
- evitare di parlare velocemente (attenti alle gomme da masticare!);
- abolire o ridurre il fumo (che introduce aria);
- evitare gli stress e condizionamenti esterni nelle scelte dei cibi;
- non coricarsi dopo i pasti;
- fare attività fisica;
- limitare i grassi;
- evitare pasti abbondanti, ricchi di zuccheri, bevande gassate, frittiture;
- bere tisane - di finocchio, sedano o menta (eliminano i gas);
- usare eventualmente carbone vegetale o assorbenti (assorbono il gas);
- usare ciclicamente fermenti lattici: riequilibra la flora e tutela il sistema immunitario;
- cuocere sempre la verdura: le fibre parzialmente digerite alleggeriscono il lavoro dei batteri intestinali.

## IL SECONDO CERVELLO SECERNE SOSTANZE PSICOTROPE CHE ATTENUANO IL DOLORE E DONANO BENESSERE.

Ormone del benessere è notoriamente la *serotonina*. Conosciamo bene gli effetti benefici di un esercizio sportivo: siamo stanchi ma ci sentiamo bene e siamo sereni, disponibili e tolleranti; la ritroviamo persino quando abbiamo mangiato la cioccolata, ecc. Ma la serotonina influisce, anche e molto, quando si parla di depressione e sappiamo bene quali ne siano i sintomi. Il 95% della serotonina è prodotta dalle cellule della parete intestinale.

Agisce sulla regolarità dei suoi movimenti, sul tono, l'irrorazione e l'attività degli organi della digestione, segnalando al cervello sensazioni piacevoli, di disgusto o sazietà.

La colite o un'inflammazione intestinale, in genere, distruggono la serotonina nel sangue, producendo un rallentamento dei movimenti peristaltici sino a fermarli; nella stitichezza si produce di conseguenza una sofferenza fisica e dell'umore, sino alla depressione, che spesso si associano.

Lo stress quando è prolungato produce un incremento di stimoli verso cibi dolci o grassi con conseguente aumento di peso ed ulteriore motivo di depressione poiché non riesce a donare soddisfazione ma provoca ulteriori sensi di colpa. La serotonina è quindi il modulatore di umore, appetito, sonno e percezione della sofferenza. Ha un potente effetto sul cervello: sue fluttuazioni possono causare depressione, ansia, frenesia alimentare, insonnia, mal di testa e altri problemi. Molti assumono antidepressivi ogni giorno per compensare il loro basso livello di serotonina, senza sapere che basterebbe apportare i giusti cambiamenti alla dieta e allo stile di vita per modificare radicalmente il loro umore.

### *Soluzioni:*

- dieta ed esercizi;
- un nuovo modo di alimentarsi e riposarsi;
- esposizione alla luce del sole;
- sport.

La serotonina regola motilità e secrezioni intestinali; ma **diarrea** se in eccesso e **stitichezza** se in difetto.

Mangiare molti vegetali aiuta la produzione di serotonina, per via del triptofano che viene aumentato nel suo assorbimento e ne incrementa la produzione.

## AZIONE DELLO STRESS

- **Stress**

- surrene;
- aumento cortisolo.

- **Stress ripetuti**

- cortisolo elevato;
- circolo vizioso: cibo, carboidrati, grassi, cortisolo, dopamina.

Il secondo cervello gestisce assunzione, selezione, quantificazione del cibo, assorbimento ed elaborazione del metabolismo di organi ed apparati; agisce in parallelo con il cervello cranico anche per gestire il sistema immunitario che viene condizionato da situazioni di stress, ansia, tensione, paura, rabbia.

*(Stress o stanchezza provocano depressione immunitaria, ad esempio, con insorgenza di herpes)*

REAZIONE ALLO STRESS: variazioni della frequenza cardiaca, incremento degli atti respiratori, tremori, sudorazione, nausea – o persino con vomito – dolori addominali, inappetenza, pianto, rossore, ecc.

Durante la funzione digestiva, il nostro secondo cervello agisce autonomamente regolando l'azione degli altri organi in modo armonico per un risultato ottimale.

Quando si eccede nel cibo o bevande alcoliche, si passa a sintomi sgradevoli o a disturbi del sonno.

### *Effetti dei farmaci antidepressivi*

Farmaci, soprattutto ad effetti anticolinergici possono provocare:

- Effetti a carico dell'apparato digerente:
  - secchezza della bocca e delle fauci;
  - a livello gastrico: senso di ripienezza, difficoltà digestiva, bruciori, nausea e talora vomito;
  - a livello intestinale: stitichezza (che può risultare problematica nei soggetti affetti da emorroidi, ragadi, ecc.);
  - a livello epatico transitorio ed irrilevante aumento delle transaminasi, epatotossicità (talora con ittero).
- Effetti a carico del sistema cardiocircolatorio, urinario, genitale, ecc.

LA CURA DEL BENESSERE INTESTINALE SI RAGGIUNGE SOLO CON UN METODO OLISTICO INTENSIVO

È sempre indispensabile una valutazione clinica completa anche con l'analisi di eventuali interferenze di cure, malattie in atto o dannose abitudini alimentari, comportamentali, fisiche e mentali. La cura deve avere come il principale obiettivo di riportare nella norma non solo la funzione intestinale ma anche le altre funzioni a essa connesse.

Riteniamo un metodo di cura corretto ed efficace solo quando segua un percorso clinico realmente personalizzato, con un attento inquadramento e con la correzione sia delle alterazioni fisiche (patologie) sia della vita di relazione (psicosomatica) che causano stitichezza e molti altri disturbi.

Molte malattie possono evolvere impunemente perché l'uomo, incredibilmente, non cerca di capire gli elementi essenziali per la propria salute.

Dopo una precisa diagnosi, si deve eliminare quanto vi sia di dannoso nella nostra vita, nelle nostre abitudini e nella funzione intestinale.

Il metodo di cura, per essere efficace, deve prevedere il supporto del Counselor che segua il Paziente con colloqui periodici e lo aiuti nel percorso di cambiamento delle abitudini dannose ed al mantenimento del benessere dello stile di vita. Quando è necessario, principalmente dobbiamo curare e integrare sempre con prodotti naturali, per ristabilire e, soprattutto, mantenere il benessere del nostro intestino e del nostro corpo in uno stile di vita sano.

*I farmaci servono solo se indispensabili e per i tempi strettamente utili.*

La chirurgia deve ripristinare la normale anatomia e funzione ma che sia ottimale nel corpo e nella mente.

Ho sperimentato, anche personalmente, come la maggior parte delle disfunzioni che alterano il benessere del nostro apparato digerente siano da riferire a situazioni comportamentali ed alla qualità e tipo di alimenti ingeriti.

Ritengo che, per quanto possibile, si debba lasciare spazio alla fisiologia istintiva dell'Uomo: mangiare, bere, dormire, svuotarsi quando glielo chiede il corpo e non le abitudini ed i condizionamenti sociali.

Gli animali soffrono di disfunzioni se imponiamo loro comportamenti diversi da quelli istintivi.

Una prova evidente: in vacanza o quando siamo liberi nella gestione del nostro corpo, sintomi e disturbi si attenuano o, spesso, scompaiono spontaneamente.

*I disturbi digestivi nella sindrome depressiva ansiosa si curano efficacemente solo con un metodo scientifico che persegua realmente una visione olistica del paziente.*

Miglioramenti clinici si ottengono solo se non si considera solo il sintomo ma l'inquadramento clinico globale (corpo - mente - emozioni - personalità), per correggere efficacemente i disturbi che coinvolgono molteplici elementi fisiopatologici funzionali ed organici. Il metodo deve prevedere un percorso necessariamente

personalizzato con valutazione clinica completa di eventuali interferenze di cure, malattie in atto o abitudini comportamentali, in particolare dispepsia stitichezza ed obesità.

Questo metodo scientifico lo abbiamo chiamato "VITA NOVA" perché con esso ogni Paziente persegue realmente un nuovo stile di vita e non solo la cura delle proprie malattie.

Il metodo scientifico "VITA NOVA" persegue, infatti, il benessere del corpo e dell'anima con un percorso clinico personalizzato:

- inquadramento delle cause dei suoi disturbi (specie dispepsia, colite, stitichezza);
- inquadramento della vita di relazione (psicosomatica);
- correzione e mantenimento del benessere ritrovato.

Il percorso persegue metodi diagnostici completi e terapie più attuali ed efficaci della colite e della stitichezza ed anche delle sue eventuali conseguenze (emorroidi, ragadi, prolasso, colite).

Il metodo di cura è supportato dal Counselor che segue il Paziente con colloqui periodici e lo aiuta nel percorso di cambiamento delle abitudini dannose ed al mantenimento del benessere dello stile di vita.

L'obiettivo è di formulare una precisa diagnosi, eliminare quanto vi sia di dannoso nella nostra vita, nelle nostre abitudini e nella funzione digestiva, specie intestinale, per ristabilire e, soprattutto, mantenere il benessere del nostro intestino e del nostro corpo.



## LE BASI SCIENTIFICHE DEL METODO OLISTICO "VITA NOVA"

Il metodo olistico intensivo "VITA NOVA" rappresenta l'unico metodo scientifico personalizzato per definire le cause e curare i sintomi dei disordini intestinali e della stipsi con una metodica globale, è stato studiato, applicato e perfezionato, in molti anni, dal prof. Silvestro Lucchese ([www.silvestrolucchese.com](http://www.silvestrolucchese.com)), in sinergia con altri Specialisti del campo, con supporto di un Counsellor professionale e in collaborazione con Ricercatori di strutture altamente qualificate tra cui:

- AIO – Associazione Italiana Obesità
- ANASTE – Associazione Nazionale Strutture Terza Età
- FEDERSALUTE
- IRBM – Istituto di Ricerca Bio-Molecolare

Il protocollo personalizzato del metodo, per i suoi risultati, è stato approvato dai loro Comitati scientifici.

### *Scegliamo una vita nuova: scegliamo il benessere!*

a cura di: **Prof. Silvestro LUCCHESI**

*Chirurgo Specialista*

CENTRO DI CHIRURGIA DELLA STIPSI

E DELLA MALATTIA EMORROIDARIA

Casa di cura privata "Sanatrix"

Via di Trasona, 61 - 00199 Roma - Tel. 06 86321981

E-mail: [silvestrolucchese@tiscali.it](mailto:silvestrolucchese@tiscali.it)

web: [www.silvestrolucchese.com](http://www.silvestrolucchese.com)

Tel. personale: 336786113

INFORMAZIONI ED ASSISTENZA DIRETTA

Giannetta dell'Aricea - Health Counselor Professionale

Tel. 3384267133

*o inviare mail a:*

[giannettadellaricea@gmail.com](mailto:giannettadellaricea@gmail.com)



*Convegno organizzato da FEDER.S.P.eV.*



CON IL PATROCINIO DELL'ORDINE DEI MEDICI, DEGLI ODONTOIATRI  
E DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA

## **SEGRETERIA SCIENTIFICA E ORGANIZZATIVA**

Prof. Amilcare Manna

*Segretario Nazionale FEDER.S.P.eV.*

Tel. 06 3203432 - 06 3221087 - Fax 06 3224383

e-mail: [federspev@tiscali.it](mailto:federspev@tiscali.it)

