FLORE
Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

Disturbi depressivi e attività fisica. implicazioni didattiche

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

Disturbi depressivi e attività fisica. implicazioni didattiche / Claudio Macchi. - STAMPA. - (2011), pp. 7-109.

Availability:

The webpage https://hdl.handle.net/2158/600547 of the repository was last updated on

Publisher:

Pensa

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf)

Publisher copyright claim:

La data sopra indicata si riferisce all'ultimo aggiornamento della scheda del Repository FloRe - The above-mentioned date refers to the last update of the record in the Institutional Repository FloRe

(Article begins on next page)

14 September 2026

Claudio Macchi

DISTURBI DEPRESSIVI E ATTIVITÀ FISICA: IMPLICAZIONI DIDATTICHE

Presentazione
a cura di

Maurizio Sibilio

Pensa
EDITORE

Claudio Macchi
DISTRURBI DEPRESSIVI E ATTIVITÀ FISICA: IMPLICAZIONI DIDATTICHE
112 pagine
ISBN: 978-88-6152-127-8

© Pensa Editore 2011
Via Caponic, 24 • 73016 San Cesario di Lecce
Via San Cesario, C.da Tangano • 73020 Cavallino (Lecce)
Tel e fax: +39 0832 205793 • Cell. 3383996947
www.pensaeditore.it • info@pensaeditore.it

INDICE

Presentazione di *Maurizio Sibilio* pag. 7

CAPITOLO I
La Depressione di *Claudio Macchi* " 9
I.1. La Depressione nella storia e nell'arte " 9
I.2. Definizioni e Classificazioni " 11
I.3. Tipologie " 13
I.4. Ulteriori specificazioni per la descrizione del decorso degli episodi ricorrenti " 33
I.5. Alcuni Termini di Uso Corrente " 34

CAPITOLO II
Il Peso della Depressione di *Claudio Macchi, Duccio Bacci* " 37
II.1. Generalità " 37
II.2. Epidemiologia " 41
II.3. La realtà italiana " 50

CAPITOLO III
L'attività Fisica Come Terapia di *Claudio Macchi, Paola Aiello* " 51
III.1. Premessa " 51
III.2. Gli effetti dell'attività fisica " 52
III.2.1. *Introduzione* " 52
III.2.2. *Evidenze cliniche* " 53
III.3. Meccanismi di azione dell'attività fisica " 57
III.3.1. *Ipotesi psicologiche della relazione tra depressione e attività fisica* (di *Paola Aiello*) " 57
III.3.2. *Ipotesi neurobiologiche della relazione tra depressione e attività fisica* " 62
III.4. Tipi di attività fisica utile " 67

CAPITOLO IV
Depressione nell'Adolescenza e Attività Fisica: Implicazioni Didattiche di *Paola Aiello* " 75
IV.1. Epidemiologia " 75
IV.2. Eziologia, sintomi e diagnosi " 76

IV.3. Strumenti di valutazione pag. 80
IV.4. La didattica delle attività motorie come strumento di prevenzione e di intervento " 82

CAPITOLO V
Aspetti Peculiari dell'Anziano di *Claudio Macchi, Debora Valecchi* " 89

Conclusioni " 95
Bibliografia " 97
Gli Autori " 109

PRESENTAZIONE

> Affinchè l'uomo possa avere successo nella vita, Dio gli ha fornito due mezzi: l'educazione e l'attività fisica. Non separatamente, una per l'anima e l'altro per il corpo, ma per i due insieme. Con questi due mezzi, gli uomini possono raggiungere la perfezione" (Platone, IV sec. a.C.)

Gli effetti positivi che l'attività e l'esercizio fisico svolgono nel promuovere il benessere psicofisico dell'individuo sono ampiamente comprovati sul piano scientifico e la stessa letteratura più recente sulle evidenze sperimentali sembra suggerire l'impiego del movimento anche nella prevenzione e nella cura di numerosi disturbi psichici.

Sul piano culturale l'affermazione della centralità dell'esperienza motoria nei processi di costruzione e salvaguardia della salute e del benessere della persona, richiede necessariamente e preliminarmente il riconoscimento della funzione formativa del movimento. L'esperienza corporea infatti, se inserita all'interno di una visione scientifico-culturale centrata sull'unità psicofisica della persona, ricompone la tradizionale separazione mente-corpo che a lungo ha confinato le attività fisiche in uno spazio esclusivamente abilitativo e addestrativo.

In questa prospettiva, analizzare la preoccupante diffusione ed insorgenza di disturbi dell'umore, richiede di riconsiderare le funzioni dell'esercizio fisico, come una possibile alternativa all'uso di farmaci nel trattamento della depressione; numerosi studi clinici ed epidemiologici hanno infatti dimostrato che esiste una correlazione positiva tra attività fisica e disturbi dell'umore.

Il libro "Depressione e Attività Fisica" affronta infatti nel suo insieme il tema della depressione, che rappresenta un fenomeno patologico in notevole aumento nelle società complesse contemporanee.

La declaratoria delle classificazioni dei disturbi psichici e le varie definizioni della depressione susseguitesi nel tempo offrono al lettore la possibilità di identificarne gli aspetti peculiari e successivamente di individuare le caratteristiche delle attività di movimento in grado di produrre effetti sulla regolazione dell'umore.

Le competenze scientifiche del professor Claudio Macchi, coniugando l'ambito didattico con quello medico, si propongono attraverso il testo di indagare sulle tipologie di attività che possono produrre effetti benefici nei disturbi affettivi maggiori, con particolare riferimento alla depressione.

L'esercizio fisico, come suggeriscono i diversi argomenti trattati nel testo, è spesso parte integrante di protocolli clinici preventivi e terapeutici e si inserisce efficacemente in presenza di numerose patologie, che seppur non direttamente causate dall'inattività, si correlano fortemente ad essa. In una visione olistica della persona il benessere fisico infatti contribuisce a un generale stato di equilibrio psicofisico, in quanto *la salute non è determinata da un'assenza di malattia* ma da uno stato di completo *wellbeing* che investe la sfera fisica, psichica e sociale.

La rassegna della letteratura scientifica e i riferimenti presenti nell'opera, suggeriscono le ipotesi più accreditate sui meccanismi di azione, biologici e psicologici, che inducono a ritenere come l'attività fisica possa essere un valido ausilio o rappresentare una alternativa ai trattamenti farmacologici e a creare le condizioni per un possibile impiego dell'esercizio nella prevenzione e nella remissione dei sintomi depressivi.

Maurizio Sibilio
Professore Ordinario
di Didattica e Pedagogia Speciale
Università degli Studi di Salerno

CAPITOLO I

La Depressione

Claudio Macchi

I.1. *La Depressione nella storia e nell'arte*

Il termine depressione deriva dalla parola latina "depressus", participio passato di "deprimere", composta dalla particella "de" e "premere" (pigiare, calcare, fig. abbattere).

La depressione, almeno quella che potremmo chiamare "fisiologica" è un esperienza connaturata all'essere umano e rappresenta una delle modalità affettive con cui l'uomo si relaziona col mondo e con le sue avversità, delusioni, perdite. Un qualsiasi cambiamento, equivale a lasciare il noto per l'ignoto e quindi comporta sentimenti di depressione per la perdita e di ansia per il futuro. Vivere significa affrontare continuamente cambiamenti e quindi è sempre presente il rischio di passare dalla depressione fisiologica a quella patologica.

Il confine tra normalità e patologia è sempre in agguato, mal delimitabile, almeno nelle prime fasi. È necessario distinguere la normale reazione alla perdita di una persona cara o ad una grave frustrazione, dalla malattia, che si differenzia per durata, quantità e sproporzione rispetto alla causa scatenante. Il lutto scioglie il legame con la persona o con un ideale non raggiunto, perso, e diventa un ricordo che non impedisce il recupero di nuovi rapporti affettivi e di nuovi investimenti nella realtà; per un certo periodo il lutto coincide con la depressione, per poi lasciare il posto alla realtà e al proprio desiderio di sopravvivenza, che prendono il sopravvento e permettono di continuare a guardare al futuro. Quando i sintomi non hanno un evento scatenante o persistono per troppo tempo, con perdita di autostima, diversa considerazione e collocazione nel tempo e nello spazio e si percepisce l'impossibilità ad uscire da questa situazione di sofferenza, si può parlare di patologia.

La malattia è conosciuta fin dall'antichità e descritta come un'anomalia rispetto alla normalità: un insieme di comportamenti o modulazioni affettive che nei tempi più recenti hanno preso il nome di melanconia, depressione reattiva, distimia, nevrosi depressiva, depressione cronica, depressione endogena o maggiore, depressione mascherata, senile, organica ed infine di depressione atipica, di valenze ciclotimiche o bipolari.

Forse la prima descrizione della malattia depressiva è quella che nell'Iliade Omero fa di Bellerofonte: "*...ma quando viene in odio agli Dei, Bellerofonte solo e consunto di tristezza errava pel campo acheio l'infelice e l'orme dei viventi fuggìa con l'abbandono degli Dei si spegne il coraggio e la forza di vivere ed è il vuoto assoluto, la tristezza divorante in cui l'eroe si dibatte e si logora"*; allo steso modo Plutarco, parlando di Antioco, innamorato della matrigna, scrive: *"...ogni minimo malessere è ingrandito dagli spettri pensosi della sua ansietà, guarda se stesso come un uomo che gli Dei odiano, il medico o l'amico consolatore vengono allontanati, siede fuori dalla porta avvolto in stracci. Di tanto in tanto si trascina nello sporco e confessa questo o quel peccato. Vegli o dorma è inseguito dagli spettri della sua angoscia, sveglio non fa uso della ragione, addormentato non ha tregua delle sue paure. In nessun luogo trova scampo dai terrori immaginari".*

Anche Seneca, nel De Tranquillitate Animi rispondendo a Quinto Sereno cita: "…*Il male che ci tormenta non è nel luogo in cui ci troviamo, ma è in noi stessi. Noi siamo senza forze per sopportare una qualsiasi contrarietà, incapaci di tollerare il dolore, impotenti a gioire delle cose piacevoli, sempre scontenti di noi stessi"; analogamente* Petrarca, nel Secretum: *...tutto è aspro, cupo, orrendo: la disperazione trasforma il giorno in notte d'inferno e costringe a nutrirci di lacrime e di dolore con un non so che di una voluttà tanto che a malincuore se ne distoglie".*

Come non ricordare poi, la famosa incisione di Durer, "la Melanconia", nella quale si intravede il dolore paralizzante del depresso. Tutto, nella incisione di Dürer, è sospeso nello spazio e nel tempo, è in posizione di equilibrio instabile, è contrapposto fra due stati dell'essere, fra due possibilità.

Il personaggio malinconico in primo piano, probabilmente non sa come fare per dare un senso alla sua esistenza e lavorare su quell'oggetto così strampalato che rappresenta la sua stessa natura. In terra ci sono tutti gli strumenti necessari ma, con lo sguardo perso nel vuoto, non riesce a trovare l'energia e la giusta intuizione per usarli; è il pre-

ludio dell'insuccesso e della disfatta. La stessa cometa che si tuffa nel mare, il cane affamato e malinconico, lo stato d'usura della mola su cui è seduto il puttino alato, la consumazione del compasso, e tanti altri particolari, descrivono la fase di stallo che precede la tragedia.

Infine chi ha veduto anche per una sola volta l'urlo di Munch non può non percepire l'agoscia che il depresso è in grado di comunicare.

È anche vero che come disse Agrippa "*spesso melanconici incolti, sciocchi, irresponsabili (come leggiamo essere stati Esiodo, Ione, Timnico Calcidiense, Omero e Lucrezio), presi improvvisamente da questo furore, e divenire grandi poeti e trovare meravigliosi e divini carmi, che essi stessi, a stento comprendono.*

Il che ci ricorda la caratteristica bipolare di molti episodi depressivi.

I.2. *Definizioni e Classificazioni*

Nel 1846 fa lo psichiatra Esquirol descrisse la depressione nel seguente modo: "*…afflitto da un torpore che impedisce di pensare, una lassità generale che impedisce di agire, abbandona le occupazioni, trascura la famiglia e il lavoro, è indifferente agli affetti, matura idee nere; disperato per la propria nullità che è convinto di non poter superare, desidera la morte che a volte anche si dà*".

Freud definì la melanconia o depressione endogena o maggiore come un profondo e doloroso scoramento, un venir meno all'interesse per il mondo esterno, perdita delle capacità di amare, inibizione di fronte a qualsiasi attività, avvilimento del sentimento di sé che si esprime in autorimprovero o autoingiurie e culmina in un grandioso senso di colpa con l'attesa delirante di una punizione.

Breuler invece descrisse la Depressione reattiva nel modo seguente: "*attenuatasi la dolorosa disperazione sulla propria disgrazia, riasciugate le lacrime, quando il peggio sembra superato, lo sventurato si ritrova come impietrito, non ha più gli interessi di prima, niente più lo può rallegrare e avvincere, i familiari gli sono indifferenti, la vita ha perduto ogni attrazione, le percezioni hanno perso rilievo e plasticità".*

La classificazione delle malattie mentali ha da sempre rappresentato fonte di controversie sia per la mancanza di conoscenze eziopatogenetiche esaustive e condivise dalla comunità scientifica internazionale, che per la mancanza di precisi confini tra i vari disturbi, spesso sovrapposti. Il primo tentativo sistematico di inquadramento nosografico delle malat-

tie mentali si deve a Kraepelin che, all'inizio del '900, ne descrisse il decorso e la prognosi, oltre a proporre piani di terapia.

Per lungo tempo, le malattie mentali sono state suddivise in due grandi categorie, le "psicosi" e le "nevrosi":

- le psicosi erano identificate come condizioni caratterizzate da alterazione della personalità, della percezione del significato dell'esistenza, da un conflitto con la realtà non adeguatamente valutata, vissuta in funzione della sfera conoscitiva (percezioni, pensiero) e/o di quella timica (affettività, attività); inoltre, per definizione, doveva essere assente (o fortemente ridotta) la coscienza di malattia con compromissione più o meno importante dell'adattamento sociale;
- nelle nevrosi, invece, la personalità non è compromessa, il vissuto psicopatologico non interrompe la continuità del significato dell'esistenza ed il rapporto con la realtà è mantenuto; è presente la consapevolezza della natura morbosa dei disturbi e l'adattamento sociale è accettabile.

Molto semplicemente alle psicosi era attribuita un'origine somatica accertata (psicosi su base organica) o presunta (psicosi endogene), mentre le nevrosi potevano essere spiegate in termini di conflittualità interna (conflitti inconsci) ed esterna (rapporti con il mondo).

Oggi, soprattutto per l'influenza del pragmatismo americano che, in assenza di dati certi circa l'eziopatogenesi della patologia psichiatrica privilegia il criterio descrittivo, i due termini sono sostituiti dalla più generica dizione di "disturbo".

Nell'ambito dei disturbi dell'umore, nonostante le più accreditate definizioni e classificazioni, è spesso difficile parlare di malattie diverse e separate, poichè in molti casi esiste un continuum tra una forma e l'altra che varia a seconda della personalità, delle vicende personali e relazionali vissute specie durante l'infanzia oppure della qualità e quantità del deficit dei neuro-trasmettitori.

I principali sistemi classificativi in uso sono sostanzialmente due, la decima edizione dell'International Classification of Diseases (ICD-10)[1] dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la quarta edizione-Text Revised del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)[2] dell'American Psychiatric Association (APA) .

Solitamente si preferisce fare riferimento al DSM-IV-TR che è senza dubbio il sistema diagnostico-classificatorio più diffuso e conosciuto a livello internazionale.

I.3. *Tipologie*

Il DSM-IV-TR[2] classifica i disturbi depressivi inserendoli all'interno della più vasta sezione dei disturbi dell'umore, costituita da tre aree:

A) Episodi di alterazione dell'umore

Non rappresentano, di per sé, categorie separate diagnosticabili, ma rientrano tra i criteri indispensabili per la diagnosi dei disturbi dell'umore.

- Episodio depressivo maggiore
- Episodio maniacale
- Episodio misto
- Episodio ipomanicale

B) Disturbi dell'umore

Disturbi depressivi (o "depressione unipolare")

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo distimico
- Disturbo depressivo non altrimenti specificato

Disturbi bipolari

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare non altrimenti specificato

Disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale

Disturbo dell'umore indotto da sostanze

Disturbo dell'umore non altrimenti specificato

C) Specificazioni per la descrizione del più recente episodio di alterazione dell'umore

- lieve, moderato, grave;
- in remissione parziale o completa;
- cronico;
- con manifestazioni psicotiche;
- con manifestazioni catatoniche;
- con manifestazioni melanconiche;
- con manifestazioni atipiche;
- ad esordio nel postpartum.

e ulteriori specificazioni per la descrizione del decorso degli episodi ricorrenti

- con o senza recupero completo interepisodico;
- ad andamento stagionale;
- a cicli rapidi.

A) Episodi di alterazione dell'umore

Episodio Depressivo Maggiore

Secondo il DSM-IV-TR[2], i criteri diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore sono i seguenti:

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

   nota: non devono essere inclusi sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore:

   1. ***umore depresso*** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso); **nota:** Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile;
   2. marcata ***diminuzione di interesse o piacere*** per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri);
   3. significativa ***perdita di peso***, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure ***diminuzione o aumento dell'appetito*** quasi ogni giorno;
      nota: nei bambini, si deve considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali;
   4. ***insonnia*** o ***ipersonnia*** quasi ogni giorno;
   5. ***agitazione*** o ***rallentamento psicomotorio*** quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);
   6. ***faticabilità*** o ***mancanza di energia*** quasi ogni giorno;
   7. sentimenti di ***autosvalutazione*** o di ***colpa*** eccessivi o inappro-

priati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato);

8. ***ridotta capacità di pensare o di concentrarsi***, o ***indecisione***, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);
9. ***pensieri ricorrenti di morte*** (non solo paura di morire), ricorrente ***ideazione suicidaria*** senza un piano specifico, o un ***tentativo di suicidio***, o l'ideazione di un ***piano specifico per commettere suicidio.***

B. I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto.
C. I sintomi causano ***disagio*** clinicamente significativo o ***compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.***
D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., abuso di droghe o di un medicamento) o di una condizione medica generale (per es. ipotiroidismo).
E. I sintomi non sono meglio giustificati da lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Episodio Maniacale

I criteri che definiscono gli Episodi Maniacali sono i seguenti:

A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).

Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile):

1. ***autostima ipertrofica*** o ***grandiosità***;
2. ***diminuito bisogno di sonno*** (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno);
3. maggiore ***loquacità*** del solito, oppure ***spinta continua a parlare****;*
4. ***fuga delle idee*** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
5. ***distraibilità*** (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti);

6. ***aumento dell'attività finalizzata*** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure ***agitazione psicomotoria;***
7. ***eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose*** (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati);

B. I sintomi non soddisfano i criteri per l'Episodio Misto.
C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una ***marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali o da richiedere l'ospedalizzazione*** per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti ***manifestazioni psicotiche;***
D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. abuso di droghe, un farmaco o altro trattamento) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo); **Nota:** episodi simil-maniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

Episodio Misto

I criteri che definiscono un Episodio Misto sono i seguenti:

A. Risultano soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l' Episodio Depressivo Maggiore (eccetto che per la durata), quasi ogni giorno, per almeno 1 settimana;
B. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche;
B. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. abuso di droga, un farmaco o un altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo). **Nota:** Gli episodi simil-misti chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

Episodio Ipomaniacale

I criteri diagnostici per l'Episodio Ipomaniacale secondo sono i seguenti:

Un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura ininterrottamente per almeno 4 giorni, e che è chiaramente diverso dall'umore non depresso abituale.

Durante il periodo di alterazione dell'umore tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti ad un livello significativo (4 se l'umore è solo irritabile):

1. ***autostima ipertrofica*** o ***grandiosa;***
2. ***diminuito bisogno di sonno*** (per es., sentirsi riposato dopo solo 3 ore di sonno);
3. maggiore ***loquacità*** del solito, oppure ***spinta continua a parlare; fuga delle idee*** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
4. ***distraibilità*** (cioè l'attenzione è facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti);
5. ***aumento dell'attività finalizzata*** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure ***agitazione psicomotoria;***
6. ***eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose*** (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

L'episodio si associa ad un chiaro cambiamento nel modo di agire, che non è caratteristico della persona quando è asintomatica.

L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono osservabili dagli altri.

L'episodio ***non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione in ambito lavorativo o sociale, o da richiedere l'ospedalizzazione*** e ***non sono presenti manifestazioni psicotiche.***

I sintomi non sono dovuti all azione fisiologica diretta di una sostanza (per es., abuso di droghe, farmaco o un altro trattamento), o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

Nota: Episodi simil-ipomaniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per la diagnosi di Disturbo Bipolare II.

B) Disturbi dell'umore

Disturbi depressivi (o "depressione unipolare")

Disturbo Depressivo Maggiore

Il principale criterio diagnostico per il disturbo depressivo maggiore (già definito con il termine di depressione grave o melanconia) è la presenza di uno o più episodi depressivi, in assenza di altri tipi di episodi di alterazione dell'umore.

Secondo il DSM-IV-TR[2], i Criteri Diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore sono i seguenti:

A. Presenza di uno (**disturbo depressivo maggiore, episodio singolo**) o più (**disturbo depressivo maggiore, ricorrente**) episodi depressivi maggiori;
   nota: per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore.
B. Gli episodi depressivi maggiori non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico NAS;
C. Non è mai stato presente un episodio maniacale o misto o un episodio ipomaniacale;
   nota: questa esclusione non viene applicata se tutti gli episodi simil-maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da farmaci, o rappresentano gli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Per il **Disturbo Depressivo Maggiore** si ricorre a diverse specificazioni:

- **gravità** attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psicotiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;
- **caratteristiche cliniche**: con manifestazioni catatoniche, con manifestazioni melanconiche, con manifestazioni atipiche;
- **caratteristiche di esordio**: con esordio nel postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);
- **caratteristiche di decorso**: con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale), cronico (sono risultati soddisfatti in

modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore che dura da almeno 2 anni).

Il disturbo depressivo maggiore può manifestarsi ad ogni età con età media di esordio intorno ai 25 anni[2]. Gli episodi spesso si verificano in conseguenza ad un grave evento psicosociale stressante. Il decorso può condurre, in circa due terzi dei casi, ad una completa risoluzione degli episodi depressivi che, in un terzo dei casi, non si risolvono o si risolvono solo parzialmente. In quest'ultima eventualità, sarà maggiore la probabilità di incorrere in ulteriori episodi, mantenendo un andamento con recupero interepisodico parziale. Il rischio di sviluppare, nel corso della vita, il disturbo depressivo maggiore varia dal 10% al 25% per le donne e dal 5% al 12% per gli uomini, mentre gli indici di prevalenza stimati negli adulti in campioni di comunità variano dal 5% al 9% per le donne e dal 2% al 3% per gli uomini, senza apparenti differenze per etnia, educazione, reddito o stato coniugale (APA, 2001)[2].

Angst[3] riporta studi epidemiologici da cui emergono tassi di prevalenza nel corso della vita stimabili tra il 12% e il 17%.

I dati riportati da Judd e Kunovac[4] indicano che circa un adulto su cinque (17,7%) soffrirà di depressione maggiore nel corso della sua vita. Il disturbo depressivo maggiore è più comune tra i familiari di primo grado, con una frequenza di 1,5-3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale[2] ed è più comune nei parenti di primo grado dei soggetti con disturbo distimico. Nancy McWilliams[5] conferma l'evidenza che la depressione ricorra tra le famiglie; rimane ancora aperta la questione di quanto le tendenze depressive vengano trasmesse geneticamente e quanto sia invece il comportamento di genitori depressi a provocare reazioni distimiche nei figli. Il disturbo depressivo maggiore è associato ad una elevata mortalità. Secondo il DSM-IV-TR[2], fino al 15% dei soggetti che soffrono di disturbo depressivo maggiore grave muore per suicidio e, negli individui con più di 55 anni di età, la frequenza di morte aumenta di quattro volte rispetto a chi ha un'età inferiore[2]; inoltre, in un confronto tra soggetti osservati in ambiente medico generale, quelli con disturbo depressivo maggiore manifestano maggiori dolori e malattie fisiche[2]. Il disturbo depressivo maggiore è spesso preceduto da un disturbo distimico con una percentuale del 10% negli studi epidemiologici e del 15%-20% in quelli clinici. È stato stimato che, ogni anno, individui con solo disturbo distimico manifesteranno un primo episodio depressivo maggiore in circa il 10% dei casi[2]. Anche i soggetti con pato-

logie di particolare rilevanza clinica (neoplasie, diabete, cardiopatia ischemica, ictus) corrono un rischio più elevato, rispetto al resto della popolazione, di sviluppare in seguito il disturbo depressivo maggiore, fino al 20-25% dei casi. La presenza di condizioni mediche generali croniche costituisce, inoltre, un fattore di rischio per episodi depressivi maggiori più persistenti[2].

Per una diagnosi differenziale si può escludere un disturbo depressivo maggiore se, nella storia del soggetto, sono presenti **episodi ipomaniacali** (che, senza episodi maniacali, indicano una diagnosi di disturbo bipolare II) **o maniacali e misti** (che, con o senza episodi ipomaniacali, suggeriscono una diagnosi di disturbo bipolare I)[2].

Nel DSM-IV-TR, gli episodi depressivi maggiori devono inoltre essere differenziati da:

- **disturbi dell'umore secondari ad una** specifica patologia di tipo medico;
- **disturbi dell'umore indotti da sostanze** (stupefacenti, farmaci, sostanze tossiche);
- **disturbo distimico**, che si differenzia dal disturbo depressivo maggiore per gravità, cronicità e persistenza. L'umore depresso, che nel disturbo depressivo maggiore deve manifestarsi quasi ogni giorno in un periodo di almeno due settimane, nel disturbo distimico deve essere presente quasi ogni giorno per almeno due anni. Il disturbo distimico prevede inoltre sintomi depressivi cronici, presenti da molti anni e di minor gravità;
- **disturbo schizoaffettivo**, che, a differenza del disturbo depressivo maggiore, richiede la presenza di deliri o allucinazioni in assenza di sintomi depressivi rilevanti per un periodo di almeno due settimane. Bisogna ricordare, inoltre, che anche la schizofrenia, il disturbo delirante e il disturbo psicotico non altrimenti specificato possono presentare, in alcune fasi, una sintomatologia depressiva;
- **demenza**; nell'anziano infatti i sintomi cognitivi di tipo organico legati a questa patologia (come il disorientamento, l'apatia, le difficoltà di concentrazione e la perdita di memoria), possono essere difficilmente distinguibili da quelli che si manifestano nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore.

Per effettuare una corretta diagnosi è comunque necessaria un'accurata valutazione medica, che tenga conto dell'anamnesi, dell'esordio dei disturbo e della progressione e durata dei sintomi (il declino cognitivo associato alla depressione maggiore solitamente è improvviso nel caso

del disturbo depressivo maggiore, lento e progressivo nelle sindromi demenziali).

Infine è importante distinguere la depressione maggiore da una **normale reazione al dolore** tenendo conto che quest'ultima persiste generalmente da due a sei mesi, migliora senza ricorrere ad uno specifico trattamento e raramente causa prolungate interferenze nell'attività lavorativa e nella vita sociale[4].

Il Disturbo Distimico

I criteri diagnostici per il disturbo distimico sono i seguenti:

A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri, per almeno 2 anni.
   nota: nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile, e la durata deve essere di almeno 1 anno;
B. Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi:
   1. scarso appetito o iperfagia;
   1. insonnia o ipersonnia;
   1. scarsa energia o astenia;
   1. bassa autostima;
   1. difficoltà di concentrazione;
   1. difficoltà nel prendere decisioni;
   1. sentimenti di disperazione.
C. Durante i 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) la persona non è mai stata priva dei sintomi di cui ai criteri A e B per più di 2 mesi alla volta.
D. Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un episodio depressivo maggiore; cioè il disturbo non è meglio inquadrabile come disturbo depressivo maggiore cronico, o disturbo depressivo maggiore, in remissione parziale.
   nota: prima dell'insorgere del disturbo distimico può esserci stato un episodio depressivo maggiore, purché seguito da una totale remissione (nessun segno o sintomo per 2 mesi). inoltre, dopo i primi 2 anni (1 anno per bambini o adolescenti) di disturbo distimico possono esserci episodi sovrapposti di episodio depressivo maggiore; in questo caso vengono poste entrambe le diagnosi se risultano soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo maggiore.
E. Non è mai stato presente un episodio maniacale, misto o ipomania-

cale, né sono stati mai risultati soddisfatti i criteri per il disturbo ciclotimico.

F. La malattia non si manifesta esclusivamente durante il corso di un disturbo psicotico cronico, come schizofrenia o disturbo delirante.

G. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (ad es. abuso di droghe, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).

H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Riguardo all'esordio può essere classificato:

– **Ad Esordio Precoce:** esordio prima dei 21 anni

– **Ad Esordio Tardivo:** esordio a 21 anni o più tardi

L'esordio, nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta, con un decorso cronico è caratterizzato da familiarità prediligendo i consanguinei di primo grado di individui con lo stesso disturbo e con disturbo depressivo maggiore rispetto alla popolazione generale. Si stima[2] una incidenza del 3% ed una prevalenza del 6%; altri autori riportano una prevalenza che oscilla tra l'1% e il 4% nella popolazione adulta e tra il 6% e il 12% negli anziani[6]. Soggetti con disturbo distimico possono manifestare un disturbo depressivo maggiore, che, in gran parte dei casi, rappresenta l'elemento che conduce il soggetto a ricercare un aiuto terapeutico[2]; fino al 75% degli individui con disturbo distimico può sviluppare un disturbo depressivo maggiore entro cinque anni e nei casi in cui il disturbo distimico precede l'esordio del disturbo depressivo maggiore è minore la probabilità che si verifichi un completo recupero interepisodico spontaneo tra gli episodi depressivi maggiori ed aumenta il rischio di incorrere in episodi successivi più frequenti[2].

Nei bambini e negli adolescenti la diagnosi è più difficile e i sintomi possono essere rappresentati, in alternativa a quelli tipici della depressione, da irritabilità, eccentricità, oltre che da bassa autostima, scarse capacità di integrazione sociale e pessimismo e deve manifestarsi per un periodo minimo di un anno. Nei bambini non sono state evidenziate differenze di genere ed è spesso compromessa la prestazione scolastica[2].

Per la diagnosi differenziale Il DSM-IV-TR[2], sottolinea la distinzione tra:

– **disturbo depressivo maggiore**;

– **disturbi psicotici cronici** (per esempio, disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo delirante), che, frequentemente, presentano sintomi depressivi associati alla sintomatologia caratteristica. Nel caso in cui i sintomi si presentino solo nel decorso di un disturbo

psicotico (incluse le fasi residue) viene esclusa la diagnosi di disturbo distimico;
- **disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale**, in base alla anamnesi, alla visita medica, ai dati di laboratorio, se il disturbo dell'umore appare come la diretta conseguenza di una specifica condizione medica, generalmente cronica, con manifestazioni depressive, si può escludere la diagnosi di disturbo distimico;
- **disturbo dell'umore indotto da sostanze**, nel caso in cui una sostanza sia eziologicamente correlata al disturbo dell'umore;
- **disturbo di personalità**, che frequentemente coesiste con il disturbo distimico. In questi casi, se la sintomatologia soddisfa i criteri per il disturbo distimico e, allo stesso tempo, per il disturbo di personalità, vengono poste entrambe le diagnosi.

Secondo alcuni autori, anche le persone con **personalità narcisistica o masochistica** possono manifestare alcuni sintomi caratteristici del disturbo distimico[5].

Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato

Include i disturbi con manifestazioni depressive che non soddisfano i criteri per disturbo depressivo maggiore, distimico, dell'adattamento o con umore depresso o misto ad ansia (o sintomi depressivi sui quali siano disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie). Il più frequente dei disturbi appartenenti a questa categoria è quello disforico premestruale. Per poter fare diagnosi di questo disturbo devono essere presenti 5 o più sintomi di una serie, che comprende:
- umore marcatamente depresso, disperazione, autosvalutazione;
- ansia e tensione;
- labilità emotiva;
- rabbia od irritabilità;
- diminuito interesse per le attività usuali;
- difficoltà di concentrazione;
- sonnolenza e facile affaticabilità;
- cambiamenti marcati dell'appetito, iperalimentazione e ricerca compulsiva di alcuni cibi (soprattutto carboidrati e dolci);
- insonnia o ipersonnia;
- sensazione di essere sul punto di perdere il controllo;
- sintomi fisici: aumento del volume delle mammelle con dolore, gonfiore, aumento di peso, dolori articolari.

Almeno uno dei sintomi deve essere compreso tra i primi quattro. Inoltre, gli stessi devono essersi manifestati durante la settimana che precede la mestruazione nella maggior parte dei cicli mestruali dei precedenti 12 mesi. Tali sintomi sono sempre assenti nella settimana che segue le mestruazioni. L'intensità, ma non la durata, dei sintomi, sono di gravità paragonabile a quella del disturbo depressivo maggiore e devono causare un'evidente e marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo per il periodo in questione (compresi i litigi con coniuge, amici e familiari).
Almeno il 75% delle donne accusa cambiamenti isolati o minori premestruali, un 20-50% soffre di "sindrome premestruale" mentre il disturbo in questione colpirebbe il 3-5% delle donne.

Disturbi Bipolari

Disturbo Bipolare I

Secondo il DSM-IV-TR[2], la caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare I è un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali o Misti.

Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più episodi depressivi maggiori.

Gli episodi di disturbo dell'umore indotto da sostanze o di disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale, non devono essere presi in considerazione per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Gli episodi, inoltre, non devono essere meglio spiegati da un disturbo schizoaffettivo né devono essere sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico NAS.

La ricorrenza è indicata dal passaggio di polarità dell'episodio (un episodio depressivo maggiore che evolve in un episodio maniacale o misto, o un episodio maniacale o misto che evolvono in un episodio depressivo maggiore) o da un intervallo asintomatico di almeno 2 anni tra gli episodi. Un episodio ipomaniacale che evolve verso un episodio maniacale o misto, oppure un episodio maniacale che evolve verso un episodio misto (o viceversa), vengono considerati come fasi dello stesso episodio.

Per il disturbo bipolare si ricorre a diverse specificazioni:

- natura dell'episodio attuale (o più recente);
- gravità attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psico-

tiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;
- caratteristiche cliniche: con manifestazioni catatoniche;
- caratteristiche di esordio: con Esordio nel Postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);
- caratteristiche dell'episodio depressivo maggiore attuale (o più recente se è l'alterazione dell'umore più recente): cronico (sono risultati soddisfatti in modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore per almeno gli ultimi 2 anni), con manifestazioni melanconiche, con manifestazioni atipiche;
- caratteristiche dell'andamento degli episodi: con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale (si applica soltanto all'andamento degli episodi depressivi maggiori), a cicli rapidi.

Disturbo Bipolare II

Secondo il DSM-IV-TR[2], le caratteristiche essenziali del Disturbo Bipolare II sono: un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi depressivi maggiori e da uno o più episodi ipomaniacali variamente alternati:

A. Presenza (anche in anamnesi) di uno o più episodi depressivi maggiori;
B. Presenza (anche in anamnesi) di almeno un episodio ipomaniacale;
C. Non vi è mai stato un episodio maniacale o misto;
D. I sintomi dell'umore di cui ai criteri A e B non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico nas;
E. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Per il Disturbo Bipolare II si ricorre a diverse specificazioni:
- natura dell'episodio attuale (o più recente);
- gravità attuale: lieve, moderato, grave senza manifestazioni psicotiche, grave con manifestazioni psicotiche, in remissione parziale, in remissione completa;
- caratteristiche cliniche: con manifestazioni catatoniche;
- caratteristiche di esordio: con esordio nel postpartum (cioè nelle 4 settimane dopo un parto);

- caratteristiche dell'episodio depressivo maggiore attuale (o più recente se è l'alterazione dell'umore più recente): cronico (sono risultati soddisfatti in modo continuativo i criteri per episodio depressivo maggiore per almeno gli ultimi 2 anni), con manifestazioni melanconiche o manifestazioni atipiche;
- caratteristiche dell'andamento degli episodi: con o senza recupero interepisodico, ad andamento stagionale (si applica soltanto all'andamento degli episodi depressivi maggiori), a cicli rapidi.

Disturbo Ciclotimico

Secondo il DSM-IV-TR[2], le caratteristiche essenziali del Disturbo Ciclotimico sono le seguenti:

A. Per almeno 2 anni presenza di numerosi episodi ipomaniacali e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore.
   nota: nei bambini e negli adolescenti la durata deve essere di almeno 1 anno;
B. Durante questo periodo di 2 anni (1 anno nei bambini e negli adolescenti), la persona non è mai stata senza i sintomi del criterio A per più di 2 mesi alla volta;
C. Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un episodio depressivo maggiore, episodio maniacale o episodio misto.
   nota: dopo i primi 2 anni di disturbo ciclotimico (1 anno nei bambini e negli adolescenti) si possono sovrapporre episodi maniacali o misti (in questo caso si può porre doppia diagnosi di disturbo bipolare I e disturbo ciclotimico), o episodi depressivi maggiori (e in questo caso si può porre la doppia diagnosi di disturbo bipolare II e disturbo ciclotimico);
D. I sintomi del criterio a non sono meglio inquadrabili come disturbo schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico non altrimenti specificato;
E. I sintomi non sono dovuti all'azione fisiologica diretta di una sostanza (per es. abuso di droghe, un medicamento), o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo);
F. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromis-

sione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree del funzionamento.

Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato

La categoria disturbo bipolare non altrimenti specificato include disturbi con caratteristiche bipolari che non soddisfano i criteri per nessuno specifico disturbo bipolare o i sintomi bipolari sui quali siano disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie. Tra gli esempi:

- alternanza molto rapida (nel giro di giorni) di sintomi maniacali e depressivi che non soddisfano i criteri di durata minima per un episodio maniacale o per un episodio depressivo maggiore;
- episodi ipomaniacali ricorrenti senza sintomi depressivi intercorrenti;
- un episodio maniacale o misto sovrapposto a disturbo delirante, schizofrenia residua o disturbo psicotico non altrimenti specificato;
- episodi ipomaniacali, assieme a sintomi depressivi cronici, che non sono così frequenti da giustificare una diagnosi di disturbo ciclotimico;
- situazioni nelle quali il clinico ha concluso che il disturbo bipolare è presente, ma non è in grado di determinare se sia primario, dovuto ad una condizione medica generale o indotto da sostanze.

Disturbo Dell'umore Dovuto Ad Una Condizione Medica Generale

Secondo il DSM-IV-TR[2], i criteri diagnostici per il disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale sono i seguenti:

A. Un'alterazione dell'umore rilevante e persistente predomina il quadro clinico, ed è caratterizzata da uno (o entrambi) dei seguenti:
   1. umore depresso o marcata riduzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività;
   2. umore elevato, espanso o irritabile;
B. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.
C. L'alterazione non è meglio inquadrabile in un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'adattamento con umore depresso in risposta

all'evento stressante rappresentato dall'essere affetti da una condizione medica generale).

D. L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

E. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
   Specificare:
   - con manifestazioni depressive: se l'umore predominante è quello depresso, ma non sono soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo maggiore;
   - con episodio simil-depressivo: se sono soddisfatti i criteri (eccetto il criterio D) per un episodio depressivo maggiore;
   - con manifestazioni maniacali: se l'umore predominante è elevato, espanso, o irritabile;
   - con manifestazioni miste: se sono presenti sia i sintomi della mania che della depressione, ma nessuno di essi è predominante.

Disturbo Dell'umore Indotto Da Sostanze

Secondo il DSM-IV-TR[2], criteri diagnostici per il disturbo dell'umore indotto da sostanze sono i seguenti:

A. Domina il quadro clinico una alterazione dell'umore rilevante e persistente, caratterizzata da uno (o entrambi) i seguenti sintomi:
   1. umore depresso o marcata riduzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività;
   2. umore elevato, espanso o irritabile.

B. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che:
   1. i sintomi di cui al criterio a sono insorti durante o entro un mese dall'intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze;
   2. l'uso del farmaco è eziologicamente correlato al disturbo.

C. Il disturbo non è meglio inquadrabile come disturbo dell'umore non indotto da sostanze. Le prove che i sintomi sono meglio inquadrabili come disturbo dell'umore non indotto da sostanze comprendono: i sintomi precedono l'inizio dell'uso della sostanza (o dell'uso del farmaco); i sintomi persistono per un sostanziale periodo di tempo (per es., circa un mese) dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave, oppure sono notevolmente in eccesso rispetto a quanto ci si attenderebbe dato il tipo o la quantità della sostanza usata o la durata dell'uso; oppure altre prove suggeriscono l'esistenza di

un disturbo dell'umore indipendente non indotto da sostanze (per es., storia di ricorrenti episodi depressivi maggiori).

D. Il disturbo non si presenta esclusivamente durante il corso di un delirium.

E. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

B) Disturbi dell'umore
Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato

Il disturbo dell'umore non altrimenti specificato viene incluso per codificare quei disturbi con sintomi dell'umore che non soddisfano i criteri per alcun disturbo dell'umore specifico, e per i quali non sia possibile distinguere tra disturbo depressivo non altrimenti specificato e disturbo bipolare non altrimenti specificato (per es., agitazione acuta).

C) Specificazioni per la descrizione del più recente episodio di alterazione dell'umore

1. lieve, moderato, grave;
2. in remissione parziale o completa;
3. cronico;
4. disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche;
5. disturbo dell'umore con manifestazioni catatoniche;
6. disturbo dell'umore con manifestazioni melanconiche;
7. disturbo dell'umore con manifestazioni atipiche;
8. disturbo dell'umore con esordio nel post-partum.

Disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche

I criteri diagnostici, per la specificazione di disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche (attribuibile all'episodio depressivo maggiore, all'episodio maniacale ed all'episodio misto, attuali o più recenti) sono i seguenti:

A. Presenza di manifestazioni psicotiche:

1. congrue all'umore: deliri o allucinazioni il cui contenuto è completamente coerente con i tipici temi depressivi di inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo o punizione meritata, o con i tipici temi maniacali di senso ipertrofico del proprio

valore, potere, sapere, identità, oppure relazioni speciali con una divinità o un personaggio famoso, o con i tipici temi maniacali o depressivi dell'episodio misto;

1. incongrue all'umore: deliri o allucinazioni il cui contenuto non coinvolge i tipici temi depressivi o maniacali (o entrambi nell'episodio misto): comprende sintomi come deliri persecutori (non direttamente correlati ai temi depressivi o grandiosi), inserzione del pensiero, trasmissione del pensiero e deliri di influenzamento.

Disturbo Dell'umore Con Manifestazioni Catatoniche

I criteri diagnostici, per la specificazione "con Manifestazioni Catatoniche" (attribuibili ad Episodio Depressivo Maggiore, Episodio Maniacale, o Episodio Misto) devono includere un quadro clinico dominato da almeno 2 dei seguenti sintomi:

1. immobilità, come evidenziato da catalessia (inclusa la flessibilità cerea) o stupor;
2. eccessiva attività motoria (apparentemente afinalistica e non influenzata da stimoli esterni);
3. negativismo estremo (resistenza apparentemente immotivata a tutte le istruzioni, o mantenimento di una postura rigida che si oppone ai tentativi di essere mosso), o mutacismo;
4. peculiarità dei movimenti volontari, come evidenziato dal mettersi in posa (assunzione volontaria di posture inappropriate o bizzarre), movimenti stereotipati, evidenti manierismi, o smorfie vistose;
1. ecolalia o ecoprassia.

Depressione Con Manifestazioni Melanconiche

Per la specificazione di Manifestazioni Melanconiche che può essere applicata all'Episodio Depressivo Maggiore attuale (o più recente) che si manifesta nel corso di un Disturbo Depressivo Maggiore (singolo o ricorrente) o nel Disturbo Bipolare III vengono considerati:

A. Uno dei seguenti sintomi, che si verifica durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:
   1. perdita di piacere per tutte o quasi tutte le attività;
   2. perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono);

B. Tre (o più) dei seguenti sintomi:
   1. una qualità particolare di umore depresso (cioè, l'umore depresso viene esperito come nettamente diverso dal tipo di sentimento provato dopo la morte di una persona amata);
   2. depressione regolarmente peggiore al mattino;
   3. risveglio precoce al mattino (almeno 2 ore prima del tempo di risveglio abituale);
   4. marcato rallentamento motorio o agitazione;
   5. anoressia significativa o perdita di peso;
   6. sentimenti di colpa eccessivi o inappropriati.

Disturbo Depressivo Con Manifestazioni Atipiche

I criteri diagnostici, secondo il DSM-IV-TR[2], per la specificazione di "manifestazioni atipiche" (attribuibili ad Episodio Depressivo Maggiore nel contesto del Disturbo Depressivo Maggiore o del Disturbo Bipolare I o II) sono i seguenti:

A. Reattività dell'umore (cioè, l'umore si risolleva in risposta ad eventi positivi attuali o potenziali);
B. Due (o più) delle seguenti caratteristiche:
   1. significativo incremento ponderale o aumento dell'appetito;
   2. ipersonnia;
   3. "paralisi plumbea" (cioè, sensazione di pesantezza o di avere le braccia e le gambe di piombo);
   4. un quadro duraturo di ipersensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una compromissione sociale o lavorativa significativa;
C. Non risultano soddisfatti, durante lo stesso episodio, i criteri per episodi con con manifestazioni melanconiche o con manifestazioni catatoniche.

Ad Esordio nel Post-Partum (nelle 4 settimane dopo il parto).

La depressione post-partum è una particolare forma di disturbo nervoso che colpisce alcune donne a partire dal 3° o 4° giorno seguente la gravidanza e che può avere una durata di diversi giorni, manifestandosi in qualche caso come depressione vera e propria, accompagnata talvolta da manifestazioni psicotiche.

Oltre il 70% delle madri, nei giorni immediatamente successivi al par-

to, manifestano sintomi leggeri di depressione, in una forma che il pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott ha denominato **"baby blues"**, con riferimento allo stato di melanconia ("blues") che caratterizza il fenomeno. Si tratta quindi di una reazione piuttosto comune i cui sintomi includono crisi di pianto senza motivi apparenti, irritabilità, inquietudine ed ansietà che tendono generalmente a scomparire nel giro di pochi giorni. Ben più gravi e duraturi sono i sintomi della "depressione post-partum" che possono perdurare anche per un intero anno e che comprendono:

1. indolenza;
2. affaticamento;
3. esaurimento;
4. disperazione;
5. inappetenza;
6. insonnia o sonno eccessivo;
7. confusione;
8. pianto inconsulto;
9. disinteresse per il bambino;
10. paura di far male al bambino o a sè stessa;
11. improvvisi cambiamenti di umore.

La scienza medica non ha fornito ancora spiegazioni definitive riguardo alle cause del fenomeno, anche se alcuni imputano la "depressione post-partum" a cambiamenti ormonali, con un'alta incidenza nelle donne che accusano forti disturbi nella fase premestruale[7,8,9]. In realtà andrebbero considerati molti altri fattori di origine psicologica legati agli eventi immediatamente successivi al parto, come il cambiamento di ruolo della donna in ambito sociale, il timore per le sue imminenti responsabilità, il proprio aspetto fisico. La sintomatologia della depressione post-partum si può manifestare in forma lieve e scomparire nel giro di pochi giorni.

Le tipologie di quella che comunemente, ma non correttamente, viene chiamata "depressione post-partum" sono quindi essenzialmente tre:

1. Il baby blues
2. La depressione post-partum
3. La psicosi postpartum

Il babyblues

Chiamato anche blues post-partum, si manifesta attraverso frequenti e prolungate crisi di pianto, stati di tristezza e di ansia e, sebbene sia

una condizione di disagio, tende a scomparire nell'arco di quindici giorni al massimo, non richiedendo particolari cure che non siano affidate al buonsenso, alla pazienza ed all'assistenza di coloro che circondano le donne che ne sono colpite. Si manifesta in un numero elevato di casi tra le neo-mamme, in una percentuale che supera il 70%.

La depressione post-partum

I sintomi sono quelli su riportati, che si manifestano in forme mutevoli per durata e per frequenza ma di intensità maggiore che non quelli del "babyblues". Il fenomeno è riscontrato in circa il 10% delle donne che hanno appena partorito, con un incremento del 30% se sono state colpite dalla stessa depressione, in occasione di un parto precedente. La percentuale sale sensibilmente in presenza di donne che hanno già manifestato in passato disturbi mentali di varia natura. La durata dei sintomi varia da qualche settimana ad un anno, con rischi di ricomparsa successiva.

I.4. *Ulteriori specificazioni per la descrizione del decorso degli episodi ricorrenti*

- Con o senza recupero completo interepisodico;
- ad andamento stagionale;
- a cicli rapidi.

Criteri per l'andamento stagionale

Può essere applicato all'andamento degli Episodi Depressivi Maggiori nel Disturbo Bipolare I, nel Disturbo Bipolare II o nel Disturbo Depressivo Maggiore Ricorrente. I criteri diagnostici per l'Andamento Stagionale secondo il DSM-IV-TR[2] sono i seguenti:

A. Vi è stata una relazione temporale regolare tra l'esordio degli episodi depressivi maggiori nel disturbo bipolare I, disturbo bipolare II o disturbo depressivo maggiore ricorrente ed un periodo particolare dell'anno (per es., regolare comparsa dell'episodio depressivo maggiore in autunno o in inverno).
   nota: non includere i casi in cui è presente un evidente effetto di fattori psicosociali stressanti stagionali (per es., essere regolarmente disoccupato ogni inverno).
B. Anche le remissioni complete (o un viraggio dalla depressione alla mania o ipomania) si verificano in un caratteristico periodo dell'anno (per es., la depressione scompare in primavera).

C. Negli ultimi 2 anni si sono presentati due episodi depressivi maggiori che dimostrano la relazione temporale stagionale definita nei criteri A e B e non vi è stato alcun episodio depressivo maggiore non stagionale nello stesso periodo.
D. Gli episodi depressivi maggiori stagionali (come descritti sopra) superano sostanzialmente nel numero gli episodi depressivi maggiori non stagionali che possono essersi verificati nel corso della vita dell'individuo.

Criteri per il decorso a cicli rapidi

La specificazione a cicli rapidi può essere applicata al disturbo bipolare I o al disturbo bipolare II. I criteri diagnostici per la specificazione "a cicli rapidi" del DSM-IV-TR[2] sono i seguenti:

A. Almeno quattro episodi di alterazione dell'umore nei 12 mesi precedenti, che soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale, misto, o ipomaniacale.
Nota: gli episodi sono demarcati da una remissione parziale o completa per almeno 2 mesi, o da un viraggio verso un episodio di opposta polarità (per es., da un episodio depressivo maggiore ad un episodio maniacale).

I.5. *Alcuni termini di uso corrente*

La depressione mascherata

Con tale termine si individuano le forme di depressione che presentano una predominanza di sintomi somatici piuttosto che sintomi tipici della depressione categorizzati secondo il DSM IV-TR[2]. La depressione è appunto mascherata da una serie di malesseri fisici per i quali il depresso non si rende conto di essere tale; del resto nella nostra cultura è molto più facile accettare e soffrire per un malessere fisico che per un disagio o disturbo emotivo.

I classici sintomi della depressione mascherata sono l'insonnia e la stanchezza. La persona si sveglia al mattino già stanca e ciò la porta a ridurre o a cessare le proprie attività. Altri sintomi molto comuni sono i dolori mio-articolari specie agli arti inferiori. Altri sintomi ricorrenti sono: sensi di oppressione al petto, difficoltà digestive, stitichezza, mal di schiena, mal di testa.

Nella depressione mascherata spesso i sintomi depressivi sono sotto

soglia e non raggiungono i necessari criteri di inclusione per una diagnosi di depressione evidente.
I pazienti che presentano una sintomatologia clinica dominante di tipo somatico, spesso vengono inquadrati all'interno dei disturbi somatoformi, e la presenza di sintomi depressivi comporta una inclusione nella depressione in comorbidità; quindi molto spesso i trattamenti medici non sono sufficientemente adeguati soprattutto quando il curante si focalizza su tali sintomi non considerando la possibilità di una sottostante depressione o lasciandola in secondo piano. Trattando adeguatamente la depressione, la sintomatologia può regredire dopo qualche tempo; è opportuno, pertanto, considerare anche questa possibilità durante l'effettuazione della diagnosi. La valutazione della depressione mascherata può essere fatta attraverso alcuni indicatori:

- familiarità: individua la presenza di parenti con sintomatologia depressiva o disturbi somatoformi;
- la tendenza a somatizzare durante i periodi di difficoltà;
- decorso della patologia episodico, remissioni stagionali e spontanee;
- sintomi depressivi presenti prima della manifestazione dei sintomi somatoformi;
- andamento ciclico dei sintomi somatici;
- risposta positiva al trattamento con antidepressivi;
- sentimenti di tipo depressivo in funzione della sintomatologia somatica.

I sintomi più comuni sono l'insonnia e la stanchezza, seguono dolori alle gambe, senso di oppressione toracica, difficoltà digestive e dell'alvo, mal di testa, dolori muscolari. A questi si aggiungono difficoltà ad alzarsi dal letto e di comunicazione, il rimuginare sulla sintomatologia e sulle possibili gravi cause, riduzione della vita sociale.

I sintomi sono maggiormente evidenti al mattino e per questo motivo spingono il soggetto a non svolgere le attività quotidiane, ad assentarsi dal lavoro.

Spesso i soggetti, come per i disturbi somatoformi, per cercare di dare una spiegazione ai sintomi da cui sono affetti, si sottopongono a numerosi esami clinici, che generalmente, anche i più invasivi, non segnalano alcuna patologia grave, creando maggiori preoccupazione e sconforto.

L'individuazione della depressione mascherata può essere fatta per esclusione, in assenza di patologie di rilievo che in qualche modo possano giustificare la presenza dei sintomi lamentati. Come per le altre

forme di depressione, la depressione mascherata si presenta maggiormente nelle donne, in età variabile e deve essere sospettata in tutti i casi in cui sono messi in evidenza sintomi somatici che hanno la caratteristica di essere vissuti in modo sproporzionato e con molta convinzione da chi li denuncia, spesso descritti in modo tale da non poter essere messi in discussione dall'interlocutore.

L'individuazione di questa patologia è molto complessa e necessita spesso di un opportuno trattamento farmacologico, non mirato alla sintomatologia somatica ma che prevede l'utilizzo di antidepressivi. Il trattamento è sempre un trattamento a lungo termine. È sconsigliabile, perché spesso inefficace, il trattamento mantenuto per pochi mesi, in quanto la riduzione comporta una riesacerbazione dei sintomi somatici. Cosa che non accade con il mantenimento a lungo termine, la cui riduzione programmata non comporta ricadute cliniche.

La depressione ansiosa

Ansia e depressione possono coesistere nella cosiddetta depressione ansiosa, una leggera forma depressiva.

In questo tipo di depressione, accanto all'abbassamento del tono dell'umore (la persona si sente apatica, irritabile e di cattivo umore), il sintomo predominate è quello dell'ansia. Sono presenti anche pessimismo, sentimenti di incapacità, tendenza a compiangersi e ad incolpare gli altri dei propri problemi.

La depressione ansiosa comporta dei sintomi fisici fra cui: difficoltà a concentrarsi, sensazione di avere la mente vuota, disturbi del sonno e incubi, incapacità di stare fermi, stanchezza eccessiva.

CAPITOLO II

Il Peso della Depressione

Claudio Macchi, Duccio Bacci

II.1. *Generalità*

Nel soggetto depresso la realtà circostante si è trasformata e tutto diviene spiacevole e doloroso; la sua esistenza si svuota di significato e di interesse, è vissuta nella solitudine, e nei casi più gravi solo la morte è vista come liberatrice e rappresenta l'unica soluzione. Il modo di essere e di rapportarsi con il mondo è cambiato, soprattutto nei confronti di tempo e spazio, mentre scompaiono progettualità e peso del passato, dilatatosi, privato anche delle esperienze piacevoli; pochi atti e attimi del passato connotano tutta la storia personale, ora assolutamente negativa, in cui prevale una nostalgia dolorosa; il futuro diviene inaccessibile, il presente si contrae e diventa immodificabile.

La depressione può essere una reazione normale oppure uno stato patologico. La differenza tra *"il sentirsi depressi"* e la malattia chiamata depressione sta nel fatto che gli individui non riescono a sottrarsi da soli dallo stato in cui si trovano e la loro depressione tende ad aggravarsi impedendo loro di condurre una vita normale.

Circa il 20% della popolazione italiana soffre di disturbi depressivi, con elevati costi sanitari e sociali.

Il medico, difficilmente riesce a soffrire con il paziente, a condividere quel senso di vuoto e quella paralizzante aggressività che in maniera diversa sono sempre presenti. Suo è però il compito di informare o meglio convincere i familiari che il loro parente non ha un deficit di volontà, non soffre perché vuole soffrire, non lavora perché non vuole lavorare, ma perché non riesce. È fuori luogo la pacca sulla spalla di amici e parenti ed il richiamo a reagire ed a confrontarsi con le proprie

responsabilità: questo atteggiamento, serve solo a colpevolizzarlo e ad aumentare il disagio insito nelle manifestazioni della patologia.
Il soggetto depresso è degno di rispetto, tanto quanto profonda è la sua sofferenza, anche se può essere ripreso con fermezza e richiamato alla realtà delle cose, ma sempre con l'intenzione di aiutarlo a curarsi, anche con l'aiuto di farmaci e di consolidati approcci psicoterapici, per guarire, migliorare o recuperare una migliore qualità di vita.

Come per lo stress, la depressione è entrata a far parte dei luoghi comuni: il termine ha così assunto il significato di un malessere generale, quando invece indica una vera e propria patologia collocata al quarto posto tra i maggiori problemi sanitari, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Negli Stati Uniti e in Europa se la prima causa di invalidità sono le malattie cardiovascolari, subito dopo arriva la depressione.

Sappiamo come alcune condizioni sano capaci di scatenare depressione con una certa frequenza: il climaterio, l'età avanzata (almeno in parte per effetto dell'isolamento e della perdita di una finalità esistenziale identificata in un ruolo), la gravidanza e il periodo del puerperio e dell'allattamento (per una duplice componente biologica e psicologica).

In tutte le forme gli analisti riconoscono un ruolo determinante alla "perdita", riferita a un vasto numero di oggetti di origine affettiva; la perdita può dunque essere una separazione, una rottura di legami, una proibizione.

La psicanalisi sottolinea l'importanza di lutti inconsci infantili o precoci, la cui mancata elaborazione può costituire la premessa della depressione adulta clinicamente manifesta.

Comunemente si considera lo stato depressivo come una reazione preoccupante: per certi versi tutto ciò è frutto della società contemporanea, la quale esige l'efficienza costante del corpo e della mente; le persone sono spinte, dai condizionamenti di una società costruita sulla macchina, a non avere mai cedimenti e ad aderire ad apparente buon umore.

Se questa è la società della depressione, perché le statistiche lo confermano, è anche vero che è una società che non attribuisce valore positivo ai momenti di crisi e di sconforto. Viene dimenticato troppo facilmente che un momento di sconforto può essere l'occasione per pensare alla propria vita in modo critico.

Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato che per una persona può essere altrettanto grave trascurare una depressione quanto cercare

di essere sempre in uno stile di vita in cui prevale l'apparire sempre di buon umore.

Cancellare il dolore con rimedi artificiali, negarne la realtà con la volontà, nasconderne la presenza sforzandosi di apparire efficienti, è un metodo capace solo di impedirne il superamento.

Molte forme depressive si manifestano in seguito ad eventi ben definiti della vita, presentandosi come reazione ad una sofferenza prodotta da una perdita, da una difficoltà o da un fallimento. Si tratta quindi della reazione di fronte a qualcosa di importante, che è cambiato. La persona soffre perché ciò che è ritenuto importante, anche se non lo è oggettivamente, è andato perduto; ad esempio, anche quando si torna da un viaggio particolarmente gradito, si possono avere depressioni transitorie. In questo come in molti casi della vita quotidiana, non si tratta di malattia, ma di una reazione di fronte ad una perdita.

Questo tipo di reazione ha una funzione fondamentale: rappresenta l'avvio del processo di separazione, un meccanismo necessario al benessere mentale della persona. Sotto questa luce la depressione è assolutamente necessaria per superare il momento di crisi: è l'effetto del riconoscere che ciò che si è perso aveva, contemporaneamente, caratteristiche buone e caratteristiche negative.

Il soggetto lamenta una tristezza profonda, che si propaga su tutte le cose e su tutte le attività del suo "io". Ricorda perfettamente l'episodio da cui è nato tale sentimento; ha perfettamente chiaro che, ad un certo punto, si è aperta una parentesi nella sua vita, tuttavia non sa indicare il perché.

Ma non sempre la tristezza equivale alla depressione, sebbene nella depressione vi sia sempre tristezza. Per esempio la perdita di una persona cara, del lavoro o un evento che induce un senso di fallimento possono produrre uno stato di tristezza prolungata. Questa condizione non è tuttavia patologica, perché agli occhi della persona la tristezza ha una ragione che è senza dubbio completa. In questi casi, c'è tristezza ma non depressione.

La depressione può essere una parentesi "vuota" nella coscienza e nella storia del soggetto. Ad esempio: una giovane donna ha lasciato un uomo che ha amato; quando, dopo un anno, lo incontra casualmente con un'altra donna emerge un sentimento di abbattimento e di tristezza; a questo segue una fase in cui la vita inizia a perdere di senso e la depressione prende il sopravvento. In questo caso la depressione è legata ad una contraddizione che la giovane donna avverte dentro di sé.

Tra le ragioni che l'hanno spinta alla separazione e la sofferenza prodotta dal rivederlo con un'altra persona c'è qualcosa di nascosto che va indagato.

Nella depressione il sentimento di autosvalutazione raggiunge l'apice quando la persona arriva a sentirsi l'essere più abietto della terra o il peggior criminale; anche il sentimento di tristezza acquisisce una sorta di strana autonomia: diviene perdita del sentimento della vita, in cui il soggetto si sente sempre più distaccato dal corpo e dalle sue azioni. e, in alcuni casi, alla fase depressiva, si alterna quella maniacale.

Il soggetto riconosce l'esagerazione, l'eccesso e alla fine anche la costrizione dell'euforia e i sintomi raggiungono una intensità massima; l'insonnia si trasforma in irrequietezza disperata, la rottura della capacità decisionale può portare la persona ad uno stato di assoluta estraneità rispetto a tutto quanto la circonda, l'irritabilità diventa rabbia, mentre si fa strada il pensiero del suicidio. In altri casi lo stato d'animo può essere così depresso da immedesimarsi in uno stato di morte. Le attività che risultano in genere fonte di soddisfacimento o di gioia risultano difficili, i pensieri bizzarri si intensificano; in questi casi è necessario, senza dubbio, l'aiuto terapeutico. Il soggetto ha bisogno, da un lato, di qualcosa che metta un freno all'oppressione interna, dall'altro di ottenere un po' di pace e di riposo, attraverso la sospensione degli obblighi sociali, di lavoro o familiari.

Il ricorso ai farmaci, in questi casi, deve essere sempre considerato come uno strumento utile se non indispensabile; a ciò potrà essere associata quando possibile la terapia con attività ludico-motorie.

Un elemento fondamentale della depressione è la diminuzione del sentimento del proprio valore, fino a diventare, nella depressione melanconica, vera e propria autosvalutazione. Nella forma più grave la persona può anche arrivare alla convinzione di una fine e di una punizione imminente.

L'intensità di questo sentimento è uno dei parametri principali per stimare la gravità della depressione. Più l'autosvalutazione aumenta, più la persona si ritiene colpevole di quanto gli sta succedendo e pensa di non essere in grado di uscirne.

Molto spesso la persona può invertire questa situazione utilizzando le proprie risorse e la capacità di riconoscere la sopravvalutazione degli aspetti negativi, mentre in altri casi è necessario un aiuto psicoterapeutico e farmacologico.

II.2. *Epidemiologia*

Poiché la diagnosi presenta comunque delle difficoltà, soprattutto quando avviene fuori da un contesto specialistico, è difficile dare stime precise: tra i dati meno opinabili, nella popolazione generale il rischio di andare incontro a un episodio depressivo grave è del 17%, e il 50-70% di chi ha questo primo "attacco" è destinato a sperimentarne altri. Il dato diviene preoccupante se si considera che l'età media alla quale si presenta il primo episodio si sta abbassando[3].

Ovviamente il numero di persone colpite varia se si esaminano gruppi specifici di popolazione. Per esempio indagini statunitensi ritengono che il 15% degli anziani presenti sintomi depressivi, ma la percentuale sale al 25% tra gli anziani ricoverati negli ospizi[10]. Anche i portatori di malattie croniche sono spesso soggetti a questo disturbo, come i diabetici, specie se già accusano una retinopatia e, quindi, una diminuzione della vista.

Se consideriamo i bambini e gli adolescenti le stime fanno pensare a un problema emergente: dal 2 al 5% sperimenta la malattia e la quota sale tra i cosiddetti bambini difficili già in carico allo psicologo. Quadro ancora peggiore tra gli adolescenti tra i quali il 20% sperimenta almeno un episodio entro i 18 anni, mentre addirittura il 65% presenta sintomi simili o assimilabili alla depressione, sia pure di entità non grave[10]. Dati questi da considerare con cautela, per la consueta vocazione statunitense a medicalizzare tutti i fatti della vita. Uno degli studi più recenti pubblicati sulla situazione italiana, condotto su un campione statisticamente rappresentativo di oltre 3.500 persone, ha stimato una prevalenza (numero di persone colpite negli ultimi sei mesi precedenti l'indagine) pari all'8% per la depressione maggiore e al 2,9% per la depressione minore. Per quanto riguarda la depressione maggiore la fascia d'età più colpita è quella compresa tra i 30 e i 49 anni, e la meno colpita quella degli ultrasessantenni (4,1%), dati peraltro in linea con la tendenza europea[11].

Un dato incontestabile è rappresentato dal fatto che la depressione colpisce più frequentemente le donne. Nella popolazione femminile il disturbo è da 1,5 a 3 volte più frequente (la depressione minore è 1,6 volte più frequente nelle italiane che negli italiani, quella maggiore 1,3 volte). Alcuni grandi studi epidemiologici statunitensi riportano una frequenza media del 20% tra le donne e del 10% tra gli uomini[12].

La spiegazione del fenomeno, può essere cercata nelle seguenti tre ipotesi:

a) ipotesi dell'artefatto. Le donne non sarebbero più esposte o colpite degli uomini, ma soltanto più inclini a parlare dei propri disturbi e a farsi curare. Si tratterebbe dunque di un "artefatto diagnostico", cioè legato alle modalità con cui si procede nella diagnosi.

b) ipotesi genetica. Benché vi sia una forzata evidenza per una influenza genetica che opera nella trasmissione dei disordini mentali, si conosce ben poco sulle modalità di trasmissione di questi.

c) ipotesi biologica. Le donne sarebbero maggiormente vulnerabili in funzione delle variazioni ormonali legate al ciclo riproduttivo: menarca, gravidanza, menopausa, sono tutte situazioni che comportano sensibili cambiamenti nella fisiologia femminile.

Le differenze correlate al genere compaiono intorno ai 12-14 anni quando il rischio per le ragazze aumenta in modo più evidente rispetto ai maschi. Poiché il cambiamento nel rischio di depressione avviene in coincidenza con la pubertà si è accertato che i cambiamenti fisiologici di questo periodo, abbiano una verta influenza sulla patologia depressiva.

Un modello interpretativo proposto è che l'aumento di vulnerabilità alla depressione nelle ragazze dipenda da un complesso interrelato di fattori biologici e di ruolo sociale. Uno studio di Nolen-Hoeksema e Girgus[13] include nei fattori di rischio per le ragazze le caratteristiche di personalità (dipendenza dagli altri per: la stima di sé, la capacità di affermazione personale, la fiducia in sé stesse), le sfide biologiche (alterazioni ormonali, insoddisfazione corporea e interazioni con gli eventi di vita negativi), e le sfide sociali della prima adolescenza (abusi sessuali, aspettative familiari e del gruppo dei pari, attitudini). Le differenze di genere nella personalità e negli stili comportamentali, prima dell'adolescenza, costituiscono fattori di rischio per le ragazze e interagiscono con l'aumento delle sfide e dei cambiamenti nelle condizioni di vita (trasformazioni per divenire adolescenti prima e poi donne adulte), rendendole più inclini alla depressione rispetto alla loro controparte maschile.

Il contributo del post-partum nell'insorgenza della depressione è limitato: il disturbo depressivo compare in 1 o 2 casi per 1000. Sebbene l'improvvisa caduta del livello di estrogeni e progesterone immediatamente dopo il parto possa contribuire all'abbassamento del tono dell'umore, non vi sono evidenze che il trattamento ormonale abbia successo.

Infine le differenze di genere tendono a diminuire in età più avanzata: queste evidenze suggerirebbero che la menopausa non sia associata in modo significativo con un incremento del rischio di depressione.

Il contesto sociale in cui è inserita la donna sarebbe responsabile della maggiore frequenza con cui si manifesta la depressione. Infatti, malgrado gli innegabili cambiamenti avvenuti negli ultimi 30 anni, è evidente che la donna risenta ancora di una condizione socioeconomica sfavorevole e che più spesso, specie in alcuni strati sociali, sia la parte debole anche nelle relazioni familiari.[14] Questa ipotesi rende conto di alcuni dati epidemiologici altrimenti difficilmente spiegabili, per esempio il fatto che tra gli studenti universitari dei campus la depressione colpisca i due sessi nella stessa misura. Anche gli eventi sociali possono contribuire a rafforzare le cause biologiche ed è dimostrato che stress ripetuti agiscono alterando l'equilibrio ormonale.

Il ruolo dei fattori sociali nell'insorgenza di episodi depressivi è ben conosciuto. Un modello esaustivo è rappresentato dai risultati di uno studio su un campione random di donne di un sobborgo di Londra (Camberwell) e delle Outer Ebridi, condotto da Brown e Prudo[15].

Il modello proposto individua tre tipi di fattori nell'insorgenza della depressione:

a) fattori scatenanti costituiti da importanti eventi di vita responsabili dello sviluppo di più eventi depressivi;
b) fattori di vulnerabilità costituiti da tipologie ricorrenti di accadimenti della vita quotidiana: mancanza di confidenza con il partner, mancanza di supporto sociale, presenza di due o tre figli con età inferiore a 14 anni, morte della madre prima dei 10 anni;
c) fattori che influenzano la formazione dei sintomi e che non aumentano il rischio di depressione ma solo la sua fenomenologia (durata, comorbilità con sintomi ansiosi e/o fobici).

Il ruolo degli eventi di vita è stato studiato da Paykel[16] che ha raggruppato un'unica serie di eventi indesiderabili e minacciosi, comprendenti anche i casi di perdita considerati più specificamente associati con la depressione. Il risultato di questo studio è che un numero significativamente maggiore di eventi è associato con l'insorgenza della depressione.

In questi studi vi è evidenza che le donne sperimentano un numero maggiore di eventi indesiderati e minacciosi rispetto agli uomini o ai quali danno un maggiore significato distruttivo

Wilhelm e Parker[17], hanno esaminato i possibili fattori di rischio per la depressione nei due sessi e i comportamenti associati alla ricerca di aiuto oltre agli stili di coping in una coorte socialmente omogenea, senza osservare alcuna differenza tra i sessi nei tassi di depressione. I sessi non differiscono né sulle misure della depressione, né su atteggia-

menti disfunzionali, percezione di rapporti interpersonali, esperienza o percezione dell'impatto di eventi di vita. Le donne hanno mostrato maggiore incidenza di stati nevrotici, maggiore indipendenza e maggiore probabilità di impegnarsi in comportamenti auto-consolatori e stili di coping. La maggior temerarietà come stile di coping è stata l'unica significativa differenza con maggior frequenza negli uomini. Questi risultati suggeriscono che molti fattori di rischio nelle donne non sono, di per sé, sufficienti a creare la depressione, ma richiedono un fattore scatenante o determinate condizioni sociali per la loro espressione. Vi è evidenza che il contesto familiare e culturale, con la specifica struttura dei ruoli sociali e le aspettative correlate, può influenzare il numero di "life events" ed il rischio di depressione associato. Analisi di confronto tra campioni di donne a Londra e nelle Ebridi hanno mostrato che i life events avvenivano molto meno frequentemente nei contesti rurali: a Londra le donne della working-class sviluppavano più facilmente depressione paragonate alle donne della middle-class perché sperimentavano maggiormente fattori provocanti e di vulnerabilità.

Presso la popolazione Ebrida, le donne meno connesse a ruoli tradizionali erano più a rischio di depressione forse per i sentimenti di minor autostima, legati a comportamenti meno convalidati dalla comunità.

Pochi sono stati gli studi che hanno tentano di determinare l'aumento di rischio per lo sviluppo della depressione associato ad eventi stressanti. Il rischio nei sei mesi seguenti l'evento è approssimativamente sei volte maggiore e decade rapidamente con il tempo. Comunque negli anni è stata valutata la proporzione di disturbi depressivi causati da eventi di vita: tale valore oscilla tra il 29% ed il 69%, con una media intorno al 40%. Queste scoperte suggeriscono che i life-events giocano un ruolo importante nella insorgenza della depressione insieme ad altri fattori[15].

In accordo con la teoria psicoanalitica classica, le donne sono più inclini alla depressione dei maschi perché la struttura di personalità risulta dallo sviluppo psico-sessuale femminile e dalle principali relazioni d'amore narcisistiche, dal masochismo, dalla bassa autostima, dalla dipendenza e dalla inibizione della ostilità. Agenti di socializzazione e stereotipi di genere possono influenzare la costruzione dell'identità. In generale i genitori tendono a favorire comportamenti dipendenti e attitudini alla cura nelle ragazze e indipendenza e comportamenti attivi nei maschi. Questo atteggiamento, conforme agli stereotipi culturali, enfatizza la competenza e la fiducia nei maschi in opposizione alla passività, al bisogno di sostegno e alla dipendenza nelle femmine.

L'effetto degli agenti di socializzazione e degli stereotipi di genere contribuisce a far si che le ragazze mostrino livelli maggiori di preoccupazione nella valutazione di sé. Queste preoccupazioni possono avere le funzioni di precursori o fattori di rischio per lo sviluppo futuro di una depressione. Infatti le preoccupazioni più elevate nelle ragazze, relative al piacere agli altri, fanno in modo di rendere più probabili le esperienze di fallimento nel corrispondere agli standard di comportamento, e producono un più basso senso di padronanza e di controllo.

Indagando sui tratti di personalità di soggetti ricoverati in ospedale con una scala di misurazione della "dipendenza interpersonale" e della "incapacità appresa", non compaiono differenze di personalità tra maschi e femmine nell'età adulta; i valori più alti nella dipendenza si sono mostrati nel gruppo dei pazienti rispetto al gruppo di controllo. Nella incapacità appresa i valori più alti sono nel gruppo delle pazienti rispetto al gruppo di controllo, mentre non vi erano valori significativi nei maschi. Le differenze tra gruppo di pazienti e gruppo di controllo erano simili per maschi e femmine, in contrasto con l'ipotesi che gli attributi della personalità femminile si accordino maggiormente con una immagine di depressione.

Gli uomini tendono a reagire all'abbassamento del tono dell'umore in modo attivo e distraendosi dai motivi di depressione; le donne sono meno attive e hanno un atteggiamento di "ruminazione" circa le cause e gli effetti della loro depressione. Ciò può anche amplificare e far durare più a lungo la loro depressione.

L'impatto dei ruoli sociali e delle aspettative può essere responsabile delle differenze di genere nei tassi di depressione. Specifica attenzione è stata data all'effetto del matrimonio sui tassi di depressione. L'essere sposati sembra avere un esito protettivo per i maschi e dannoso per le donne, poiché, in generale, i più alti tassi di depressione fanno riferimento alle donne sposate[18].

Una evidenza indiretta[19] è stata anche fornita dall'effetto dell'interruzione del matrimonio sulla depressione in maschi e femmine. Dai dati longitudinali raccolti dal bacino di osservazione epidemiologica di New Haven (Epidemiologic Catchment Area Study), è scaturito che l'interruzione del matrimonio è associata con una più alta prevalenza di tassi di depressione, sia nei maschi che nelle femmine; per i maschi il rischio più elevato riguarda l'insorgenza per la prima volta di un disturbo depressivo.

Ricerche sulla analogia coniugale nella insorgenza di disturbi psichi-

ci hanno messo in rilievo che le donne hanno un maggior rischio degli uomini ad incorrere in un disturbo depressivo quando sono sposate con un partner malato. Un ulteriore aspetto è stato preso in considerazione: la cura dei figli; le donne sposate e con una occupazione, con tre o più figli sotto i 14 anni, hanno tassi più elevati di depressione[19].

È stata anche esaminata l'incidenza delle psicosi affettive ed è stato trovato che le donne sposate, con figli, sono più a rischio degli uomini sposati, mentre quelle senza figli hanno un rischio più basso.

Questi studi suggeriscono che la maggiore vulnerabilità delle donne sposate alla depressione può essere associata al lavoro familiare come fonte di stress. Infatti, le donne sposate che non lavorano, riguardo l'autostima, poggiano unicamente sull'identità di moglie e madre; questo ruolo, peraltro svalutato dalla società moderna, porta con sé molti elementi frustranti come routine, isolamento, nessun vantaggio economico. Viceversa, le donne che entrano nel mercato del lavoro, fronteggiano discriminazioni ed iniquità, con relativi bassi livelli di controllo, bassa complessità, scarsa sicurezza, e basso salario. Inoltre, poiché le donne sentono come responsabilità primaria la cura dei figli e della casa, le donne lavoratrici sperimentano un sovraccarico ed un conflitto di ruolo. Queste differenze di genere, nel tipo e nella struttura di occupazioni e ruoli, creano aspettative che influenzano lo stato di salute mentale[19].

Meddin,[20] usando dati da una ricerca nazionale sulla qualità della vita negli Stati Uniti, ha prodotto una comparazione tra intervistati maschi e femmine sposati che rispondevano ai criteri della tradizionale divisione del lavoro, in cui il maschio lavora e la donna no, e tra intervistati sposati che corrispondevano ai criteri della divisione del lavoro non tradizionale, nel quale ambedue i coniugi lavorano.

In entrambi i casi le donne hanno riportato una maggior incidenza di depressione rispetto agli uomini, soprattutto per la situazione non tradizionale rispetto a quella tradizionale.

Le donne in definitiva vanno maggiormente incontro a depressione dei maschi sia che lavorino sia che non lavorino.

Le principali differenze di genere nei disordini affettivi possono essere riassunte come segue:

1. Nonostante i tassi di prevalenza per la depressione maggiore e la distimia varino a seconda dei paesi, i tassi sono più alti nelle donne che negli uomini di circa due volte. Gli stessi risultati vengono riportati per quanto riguarda la depressione intermittente e quella

breve ricorrente, benché questi disordini siano stati studiati in campioni della popolazione generale in misura minore.
2. Le differenze di genere nei tassi di prevalenza per il disordine bipolare variano tra i diversi studi fatti e non sono riportabili ad alcun modello;
3. Non sono riportate rilevanti differenze di genere per i tassi sul disturbo bipolare.

Nel World Health Report[21] del 1999 la depressione maggiore, nelle nazioni ad alto reddito è inserita tra le principali cause di carico di malattia (Disease Burden) dell'anno 1998.

La depressione unipolare occupa per gli uomini l'ottavo posto tra tutte le principali cause di carico di malattia mentre per le donne il terzo posto. Il cosiddetto Disabilty Adjusted Life Years (DALYs) sviluppato dall'OMS e congiuntamente dalla Harvard University e dalla World Bank, misura il carico complessivo di malattia, combinato da un lato con gli anni di vita potenzialmente residui rispetto alla durata della vita statisticamente prevedibile (YLLs: Years of Life Lost), dall'altro con gli anni di vita produttiva in meno rispetto alla disabilità prodotta dalla condizione di patologia (YLDs: Years Lived with Disability). La depressione è la principale causa di disabilità, misurata dal YLDs e il quarto contributore che conduce al carico globale di malattia (DALYs) per l'anno 2000. Entro il 2020, la depressione dovrebbe raggiungere il 2° posto nella classifica dei DALYs calcolata per tutte le età, per entrambi i sessi. Se restringiamo il campo di osservazione e valutiamo la presenza dei disturbi psichici nei paesi ad alto reddito, e nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, la depressione maggiore è al primo posto per le donne e al terzo posto per gli uomini (tab.I.I.).

	Principali Cause Carico di Malattia, Maschi		Principali Cause Carico di Malattia, Femmine	
	15-44 anni	45-59 Anni	15-44 anni	45-59 anni
1	Alcolismo 3 368 317	Malattie Ischemiche 1 797 168	**Depressione Maggiore Unipolare** 3 404 250	Osteoartriti 1 019 386
2	Incidenti Stradali 2 588 238	Tumore App. Respiratorio 701 102	Psicosi 1 061 323	**Depressione Maggiore Unipolare** 837 947
3	**Depressione Maggiore Unipolare** 1 864 603	Osteoartiti 691 670	Incidenti Stradali 872 470	Tumore mammario 689 178
4	Ferite Autoinflitte 1 279 658	Malttie vascolari cerebrali 621 737	Diordini Affettivi Bipolari 760 428	Malattie Ischemiche 513 340
5	Psicosi 1 163 653	Cirrosi epatica 571 437	Disordini Ossessivo Compulsivi 656 493	Diabete mellito 489 714
6	Tossico dipendenza 1 037 882	Alcolismo 515 608	Alcolismo 610 877	Malattie vascolari cerebrali 445 959
7	Violenza Interpersonale 794 963	Diabete mellito 502 365	Ferite autoinflitte 387 664	Tumore App. Respiratorio 357 941
8	Disordini Affettivi Bipolari 785 646	**Depressione Maggiore Unipolare** 459 669	Malattie trasmesse sessualmente escluso HIV 375 327	Demenza 261 783
9	HIV/AIDS 664 297	BPCO 358 920	Osteoartriti 373 276	Cancro colon/retto 228 987
10	Disordini Ossessivo Compulsivi 510 009	Ferite autoinflitte 348 815	Disturbi da panico 359 964	BPCO 212 710

Tab.I.I.

Dallo schema presentato possiamo concludere che nella fascia 15-44 anni le donne hanno il carico più elevato per la depressione.

Sempre in questa fascia di età, in entrambi i sessi vi sono 6 cause di malattie gravi di tipo psichico situate nei primi dieci posti, a cui possiamo aggiungere la quota di suicidi compresa nelle "ferite autoinflitte" della categoria infortuni.

La prevalenza delle cause psichiche nelle donne nel confronto con i maschi si realizza nel modo seguente: la depressione è sempre al primo posto mentre per gli uomini si situa al terzo posto; la psicosi si situa al secondo posto per le femmine e per gli uomini al quinto posto; i disturbi bipolari si situano al quarto posto per le femmine e per gli uomini all'ottavo; i disturbi ossessivi al quinto per le femmine ed al decimo per gli uomini; i disturbi da panico al decimo posto per le femmine e sono oltre il decimo tra gli uomini.

Alcune cause relative alla categoria degli infortuni, come la violenza interpersonale, sono presenti solo tra gli uomini.

Se consideriamo poi, sempre nei paesi ad alto reddito, maschi e femmine non suddivisi per fasce di età, la differenza tra uomini e donne aumenta: per le donne la depressione occupa sempre il primo posto mentre per gli uomini occupa il quinto posto.

Per quanto riguarda il suicidio, tra le donne si registra un maggior numero di tentativi e tra gli uomini un maggior numero di suicidi realizzati. Questo incide da un lato per gli uomini su un aumento dei tassi di mortalità mentre per le donne si converte in un aumento del carico di malattia. Infatti il suicidio è la quarta causa di disabilità per le donne e solo l'ottava per gli uomini.

La depressione è la prima causa del carico di malattia per le donne tra i 15 e i 44 anni sia nei paesi sviluppati che in via di sviluppo, ed è la terza causa per gli uomini di questa stessa fascia di età.

Il suicidio è compreso nella classe delle ferite autoinflitte costituendone la categoria maggiore e occupando il diciassettesimo posto tra le cause di disabilità nel mondo.

Nella classe di età 15-44 anni nei paesi in via di sviluppo il suicidio è l'ottava causa di disabilità negli uomini e la quarta causa nelle donne. Il suicidio è tra le dieci principali cause di morte nella maggioranza dei paesi ed è una delle tre principali cause di morte tra i giovani. I tentati suicidi sono tra 10 e 20 volte più elevati dei suicidi realizzati.

II.3. *La realtà italiana*[22]

La depressione colpisce l'11% degli italiani contro il 14% del resto d'Europa (dati sicuramente sottostimati visto che nel 50% dei casi non è diagnosticata). I costi socio-economici sono calcolati intorno ai 5 miliardi di euro l'anno considerata anche l'astensione dalle occupazioni lavorative.

Si calcola infatti che il 17% delle giornate lavorative perdute abbia nella depressione la sua causa primaria. La disoccupazione è uno degli elementi importanti nel determinare e mantenere la depressione nelle persone. Da qualche anno, il 6 Ottobre si celebra l'European depression day (Edd) e anche l'Italia aderisce all'iniziativa. Ogni anno si verificano 250 nuovi casi ogni 10000 abitanti; fra questi aumenta sempre più la prevalenza delle donne e dell'età giovanile. La fascia di età più colpita è quella tra i 45 e i 64 anni, con il 7% degli adolescenti e il 2% circa dei bambini.

La categoria di persone più colpite è quella delle casalinghe, che costituiscono il 40% dei pazienti, seguite dai pensionati (14,5%); in coda gli agricoltori (3,4%). Che la depressione colpisca soprattutto le donne, lo si capisce dai dati rilevati in Marche, Umbria e Calabria dove su 10 casi, 9 riguardano le donne.

Gli antidepressivi sono, insieme agli ansiolitici, ai primi posti nella classifica dei farmaci più venduti: 27 milioni le confezioni di antidepressivi vendute nel 2002 (dati Eurispes; Federfarma, 2004). Secondo l'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile della Regione Lazio, su 800.125 giovani (di cui 394.125 sono donne), con un'età che oscilla tra i 25 e i 34 anni, la quantità di persone affette da disturbi depressivi è il 17%.

In Italia una persona su tre va incontro alla depressione almeno una volta nella vita. purtroppo, in un paese come il nostro, si fa fatica ad ammettere che si tratti di un problema di salute, soprattutto se la persona è giovane, anche a causa di un nostro particolare retaggio culturale".

CAPITOLO III

L'attività Fisica Come Terapia

Claudio Macchi, Paola Aiello

III.1. *Premessa*

Chi attraversa una crisi depressiva o uno stato di depressione che persista da più tempo, può essere spinto a minimizzare o a esagerare la gravità della propria condizione in modo da impedire una valutazione realistica e serena del proprio stato.

Non sottovalutare la depressione significa soprattutto pensare che la vita non coincide con essa e che si può vivere anche senza, facendo

appello alle proprie risorse interiori per reagire, attraverso la comprensione del proprio stato e la ricerca di una soluzione, anche se, almeno all'inizio, è quasi sempre necessario l'intervento medico. Non esistono cure farmacologiche e psicoterapeutiche standard perché non esiste una sola depressione. Ognuna ha la propria causa, la propria gravità e il proprio significato, quindi richiede un approccio specifico, attento all'individuo nella sua particolarità. Recarsi dallo specialista può essere difficile, faticoso e non privo di conseguenze emotive anche se è considerato normale rivolgersi ad un medico a cui chiedere aiuto per risolvere la propria sofferenza. Tuttavia si accetta diversamente un "male" non così facilmente circoscrivibile, delimitabile, oggettivabile da una strumentazione diagnostica.

La sofferenza psichica coinvolge l'individuo nella sua più profonda intimità minando l'equilibrio del suo rapporto con il mondo.

A causa della natura psicologica, spirituale del proprio male, chi soffre di depressione può incontrare una certa "incomprensione" in coloro che lo circondano. Questo, in molti casi, raddoppia la sofferenza e rende più acuto il distacco fra sé e il resto del mondo, aumentando la solitudine.

Quindi, da un lato, almeno in certi momenti, il rivolgersi all'esperto è visto come una soluzione che possa finalmente risolvere una situazione, così apparentemente priva di orizzonte e di speranza, caratteristica della depressione. Dall'altro, il momento della consultazione è visto come l'ammissione a sé stessi e agli altri, dell'esistenza del problema.

In realtà ognuno, in queste condizioni, si domanda quale sia la fonte delle proprie difficoltà, sia che il problema si presenti sotto forma di inibizione, insoddisfazione generalizzata per la propria esistenza, ansia pervasiva, angoscia ripetutamente sperimentata, come ad esempio il timore di malattie incurabili, oppure come depressione marcata. Difficile accreditare risposte e soluzioni, trattandosi di argomenti sempre carichi di enigmi.

Farsi visitare o meglio esplorare da uno psicanalista o da uno psicologo può creare l'imbarazzante ruolo di un "malato" dalle caratteristiche particolari cui si attribuisce il pregiudizio, il marchio di uno stato inaccettabile con il quale è bene non avere nulla a che fare.

Questo atteggiamento comune di tutte le società è il maggior deterrente contro il legittimo desiderio di curarsi e di farsi aiutare. Ma solamente quando, spesso spinti unicamente dalla disperazione, si riesce a superare tutte le resistenze, aprendo la porta della consultazione, l'individuo trova la forza di affrontare i numerosi interrogativi che riguardano la propria esistenza.

III.2. *Gli effetti dell'attività fisica*

III.2.1. Introduzione

Soren Kierkegaard scriveva: "*Camminando ogni giorno, raggiungo uno stato di benessere e mi lascio alle spalle ogni malanno; i pensieri migliori li ho avuti mentre camminavo, e non conosco pensiero così gravoso da non poter essere lasciato alle spalle con una camminata. Ma stando fermi si arriva sempre più vicini a sentirsi malati. Perciò basta continuare a camminare, e andrà tutto bene*".

Queste parole, sicuramente scaturite dalla semplice osservazione di un uomo che non apparteneva alla medicina, implicano una innumerevole serie di considerazioni particolarmente significative, che riconducono tutte al fatto che spesso non c'è bisogno di dimostrare ciò che è

palesemente evidente, anche oggi, in un mondo scientifico sempre più rigoroso e attaccato ai numeri e alla riproducibilità dei fenomeni.

Se la depressione rappresenta uno dei mali del secolo, l'esercizio fisico costituisce uno dei rimedi non farmacologici che ne può ridurre le conseguenze.

La depressione e la sedentarietà, inoltre, vanno di pari passo: l'una induce l'altra, e introdurre un'attività fisica regolare spezza questo circolo vizioso inducendo un miglioramento sia nel corpo che nella mente: *mens sana in corpore sano*[23,24].

Gli effetti positivi che l'attività fisica produce sul benessere mentale, in particolare su alcune caratteristiche della personalità e su stati disfunzionali quali ansia e depressione, sono noti già da tempo.

Fin dalle prime ricerche che hanno esaminato gli effetti dell'allenamento con i pesi e di quello aerobico, risalenti ai primi anni ottanta, è emerso che chi si allena con regolarità è meno depresso, arrabbiato e confuso ed è meno ansioso di chi non svolge attività fisica.

Nel corso degli ultimi decenni molti studi hanno decantato i benefici effetti di una attività fisica regolare nel miglioramento e nel mantenimento del benessere mentale oltre che fisico[25,26] e proposto l'esercizio fisico come una vera e propria terapia, alternativa ai farmaci ed alla psicoterapia, per l'ansia e i disturbi dell'umore[27].

III.2.2 Evidenze cliniche

Nell'Università di Durham, in North Carolina[28], è stato recentemente condotto uno studio sull'utilizzo dell'attività fisica contro la depressione che ha evidenziato come l'esercizio fisico sia efficace quanto i farmaci ed in alcuni casi anche in grado di sostituirli.

La ricerca è stata condotta su 202 soggetti volontari ultracinquantenni sofferenti di depressione, suddivisi in tre gruppi:

A. il primo sottoposto esclusivamente all'uso di farmaci;
B. il secondo seguiva esclusivamente un programma di esercizio fisico;
C. il terzo sottoposto sia all'uso di farmaci che ad un programma di esercizio fisico.

Dopo quattro mesi dall'avvio del progetto, il 75% dei volontari appartenenti a tutti e tre i gruppi ha evidenziato risultati simili: la depressione era significativamente diminuita o scomparsa; quindi sono stati sospesi i farmaci. Dieci mesi dopo i ricercatori hanno esaminato nuovamente i pazienti: i volontari che facevano parte del gruppo sottopo-

sto esclusivamente al regime di esercizio fisico hanno mostrato il più basso tasso di ricadute nella depressione, mentre circa la metà dei soggetti degli altri due gruppi sono stati oggetto di recidiva. Ricerche analoghe sono state condotte dalle Università di Harward, dell'Illinois, e della California-Berkeley School of Public Health.

Hassmen e collaboratori[29] hanno studiato le abitudini fisiche e il benessere mentale di 3.403 adulti finlandesi. Buona parte della popolazione finnica, è affetta infatti come sappiamo, da un disturbo depressivo conosciuto come SAD (Seasonal Affect Disorder), ovvero "disturbo affettivo stagionale", dovuto alle poche ore di luce solare durante i mesi invernali.

Hassmen ha scoperto che le persone che svolgono attività fisica 2-3 volte alla settimana soffrono molto più raramente di depressione e di disturbi dell'umore in genere e da stress rispetto a quelle sedentarie.

Risultati similari sono stati osservati da autori nel campo dei disturbi da stress post-traumatico[30] e nei disturbi nevrotici[31].

Uno studio del 2001 pubblicato sul British Journal of Sports Medicine[32], ha documentato invece che l'azione antidepressiva della attività fisica, anche in caso di depressione grave, è evidente e documentabile già dopo 10 giorni.

Analoghi risultati sono stati ottenuti dai ricercatori dell'università del Texas in uno studio del 2005 dimostrando come l'attività fisica abbia un effetto diretto sull'umore e sul benessere[33].

Uno studio americano pubblicato sull'American Journal of Preventive Medicine[34] ha illustrato una significativa riduzione dei sintomi, dopo 3 mesi, perfino nei soggetti che avevano effettuato solo esercizi di flessibilità, mentre nei depressi che si erano dedicati ad attività più intense, i disturbi si sono ridotti del 50%.

L'efficacia, secondo lo studio, aumenta dunque con l'intensità dell'esercizio, che sempre di più viene a rappresentare l'alternativa più naturale e piacevole ai farmaci; un'alternativa che non presenta comunque alcuna controindicazione ad essere associata ad altri trattamenti (siano essi presidi farmacologici o psicoterapeutici).

Un altro studio olandese pubblicato sul British Journal of Sports Medicine nel 2005[35] ha invece dimostrato l'efficacia 'anti-assenteismo' dell'attività sportiva. Su 1228 lavoratori osservati per 4 anni, si è potuto infatti rilevare che i soggetti sedentari rimanevano più spesso a casa per malattia, e per tempi più lunghi rispetto ai loro colleghi fisicamente più attivi: questi ultimi infatti effettuavano almeno 5 giorni di malattia in

meno ogni anno; questo fenomeno era maggiormente evidente nei soggetti che svolgevano lavori di per sé sedentari.

Se dunque l'attività fisica favorisce il buon umore e mantiene in forma l'organismo e il sistema immunitario, è importante notare che questo non avviene solo a livello preventivo: chi fa sport, guarisce prima!

Uno studio di De Vries e Adams[36], ha paragonato una singola sessione di allenamento all'effetto di un sedativo, per stabilire quale dei due sortisse l'effetto maggiormente "rilassante". L'esercizio fisico (15 minuti di passeggiata ad una frequenza cardiaca di 100 BPM), si è dimostrato più efficace nel ridurre la tensione neuromuscolare. In particolare, dai risultati dell'indagine sembra che fare sport moderato tre volte alla settimana (per almeno 45 minuti) aiuti ad allontanare i disturbi dell'umore. Non solo, con l'esercizio fisico si riduce anche il rischio di ricadute: dopo sei mesi di regolare attività fisica solo il 10% dei pazienti ha avuto delle recidive, mentre nel gruppo di controllo (trattato solo con i farmaci) ciò si è verificato nel 40% dei casi.

Questo non è tuttavia l'unico studio che ha evidenziato il fenomeno: ricerche analoghe sono state condotte dall'Università dell'Illinois, dall'Università di Harward e dall'Università della California-Berkeley School of Public Health, oltre che dall'università di Berlino[37].
Alla luce di questi ed altri risultati sperimentali, è disarmante pensare a quante case di cura ed istituti utilizzino farmaci che modificano la coordinazione motoria ed incoraggiano un'esistenza passiva, quando invece l'esercizio migliora la funzionalità generale dell'organismo e favorisce uno stile di vita attivo e salutare.

Alcuni ricercatori berlinesi hanno studiato persone con un episodio depressivo maggiore che durasse già da oltre 6 mesi, e, nei 10 giorni dell'esperimento, li hanno fatti correre ogni giorno per 30 minuti ininterrottamente su treadmill (con i dovuti intervalli). Lo scopo, anche in questo caso, era quello di dimostrare che se gli antidepressivi iniziano la loro attività dopo circa 15 giorni dall'assunzione e che gli effetti della corsa agiscono prima[38].

La durata media dell'episodio (correttamente definito secondo il DSM-IV-TR[2] episodio depressivo maggiore) era di 35 settimane. Alla fine dei 10 giorni di prova sia i punteggi della scala di Hamilton (valutazione oggettiva della gravità della depressione) sia le autovalutazioni erano nettamente e significativamente migliorati. Le spiegazioni dei risultati di questo studio pilota possono essere diverse: si può infatti pensare al fatto che la corsa, o comunque l'esercizio fisico, favorisca la

produzione di alcuni neurotrasmettitori che innalzano il livello dell'umore, oppure al fatto che la azione metabolica dell'esercizio influenzi il funzionamento cerebrale.

Vale la pena ricordare che la corsa è uno dei pochi sport in cui comunque si continua "a volare": il corpo è obbligato a passare quasi la metà del tempo in cui corre completamente sollevato da terra. Sembrerebbe una condizione opposta (anche a livello simbolico) a quella di chi è depresso, e forse favorisce il riequilibrio di questa condizione. L'approccio con la corsa, come con qualsiasi altra attività sportiva, deve essere graduale e lento.

Una cosa è certa: questo studio dà ragione ai pochi ma validi psichiatri che sanno di poter intervenire su molte patologie facendo interagire terapia farmacologica, psicoterapia e attività fisica.

Uno studio elaborato da Bäckmand e collaboratori[39], del dipartimento di sanità pubblica dell'università di Helsinki (Finlandia) ha avuto come scopo quello di investigare l'influenza dell'attività fisica e di altri fattori sul tono dell'umore di atleti professionisti maschi di età media ed avanzata. I soggetti erano rappresentati da 664 atleti professionisti che si sottoposero ad alcuni test nel 1985 e nel 1995. Le variabili dipendenti dei sintomi depressivi furono valutate sulla base di una scala di valori. I risultati furono subito evidenti dato che, con l'attività fisica e l'attività di gruppo, i sintomi depressivi riscontrati nel 1985 erano diminuiti sensibilmente nel 1995. L'attività fisica, inoltre, ha dimostrato effetto protettivo contro la depressione: l'aumento di 1 MET ora/giorno, produceva una diminuzione significativa del rischio di depressione dell'8%.

Se questo è stato dimostrato negli atleti professionisti, anche nei soggetti anziani l'attività aerobica dimostra di saper migliorare la qualità di vita, in termini di ansia e depressione[40,41]. Anche per questa delicata fascia di età, l'attività fisica potrebbe rappresentare una vera e propria terapia, al pari di psicoterapia e farmaci antidepressivi[42,43,44,45,46,47]. Addirittura, in un recente studio condotto in Giappone, pazienti di età compresa tra i 65 e i 79 anni hanno tratto maggiori benefici dall'esercizio fisico regolare rispetto ai pazienti di 40-64 anni[48].

Anche nei giovani si ottengono buoni risultati: uno studio interventistico americano condotto su ragazzi dai 9 ai 12 anni ha dimostrato i benefici di un esercizio fisico regolare nel doposcuola su qualsiasi disturbo dell'umore[49].

Recentemente anche studi e ricerche effettuati nel campo dell'agopuntura[50] hanno evidenziato che le attività aerobiche, quindi di resi-

stenza, producono effetti positivi su soggetti affetti da depressione. Infatti secondo questa medicina complementare l'energia vitale "Qi", generata nel polmone che è strettamente correlato con il cuore, viene stimolata e rafforzata attraverso esercizi respiratori, soprattutto quelli che vengono effettuati in coordinazione con il movimento del corpo. La corsa e lo sci di fondo sono le attività indicate come terapia per far si che il Qi polmonare assorba energia dall'ambiente in grandi quantità.

III.3 *Meccanismi di azione dell'attività fisica*

III.3.1 Ipotesi psicologiche della relazione tra depressione e attività fisica

Negli ultimi anni si è sempre creduto che l'efficacia dell'attività fisica sui disturbi dell'umore dipendesse da una globale modifica dello stile di vita.

Secondo la prof.ssa Kristin Vickers-Douglas[51], psicologo clinico della Mayo Clinik, l'esercizio fisico può espletare i suoi effetti benefici sullo stato psicologico in vari modi:

- *Migliorando la sensazione di efficacia e di fiducia in se stessi.* I soggetti depressi si sentono incapaci di avere cura di loro stessi e di assumere delle responsabilità. Se ci poniamo un obiettivo, per quanto minimo (possiamo decidere di camminare per 10 minuti al giorno) e ci rendiamo conto di essere riusciti a raggiungerlo, ci sentiremo più "capaci", più fiduciosi delle nostre possibilità e quindi di gestire i nostri sintomi depressivi.
- *Offrendo delle distrazioni positive.* Chi si sente depresso o ansioso facilmente non riesce a concentrarsi su niente di diverso dal suo stato, dai propri sintomi e dalle conseguenze di essi. Questa "ruminazione" impedisce di affrontare in maniera efficace le difficoltà. L'attività fisica aiuta a focalizzarci su pensieri e progetti più piacevoli e positivi.
- *Aumentando la nostra autostima.* Durante lo stato ansioso o depressivo l'autostima si riduce. L'esercizio fisico, anche moderato, può farci sentire più attraenti fisicamente e più "meritevoli", qualunque sia la nostra età[52,53]. Se facciamo qualcosa per noi, vuol dire che siamo abbastanza importanti da concedercelo.
- *Permettendoci di effettuare un confronto positivo.* I cambiamenti che avvengono nel nostro organismo mentre svolgiamo una attività fisica

(cambiamenti su respiro, sudorazione, aumento delle pulsazioni) sono simili a quelli che avvertiamo in caso di ansia o attacchi di panico. Ma nel caso dell'attività fisica questi cambiamenti non sono associati ad una situazione di sofferenza emotiva. Col tempo può verificarsi, in questo modo, una sorta di de-condizionamento per cui gli stessi segnali fisici che prima suscitavano paura e venivano associati ad una situazione di pericolo, incrementando il circolo vizioso dell'ansia e degli attacchi di panico, possono essere associati a situazioni piacevoli o neutre e che quindi non spaventano.

– *Fornendoci rinforzi ambientali.* Spesso quando siamo depressi tendiamo ad isolarci. Fare dell'attività fisica all'aria aperta o in palestra ci permette di entrare in contatto con la natura o con altre persone e di poter sperimentare le sensazioni positive che provengono da questi contatti.
– *Aiutandoci a sperimentare nuovi modi per combattere gli stati d'animo negativi.* Spesso si cerca di affrontare i propri stati di ansia e di depressione ritichiudendoci in se stessi, rimuginando, o addirittura mettendo in atto comportamenti dannosi per la nostra salute (bere alcol, abusare di farmaci o altre sostanze). Fare qualcosa di "attivo" per stare meglio rinforza la fiducia nella nostra capacità di affrontare le difficoltà in maniera efficace e soprattutto autonoma.

Ovviamente, sapere che l'attività fisica fa bene non implica automaticamente che si riesca ad iniziare e a mantenere nel tempo un programma di esercizio fisico.

La maggior parte delle persone si propone di iniziare un'attività fisica regolare (fare jogging, andare in palestra) ma, o non inizia affatto, oppure interrompe dopo breve tempo. Per tutti è difficile tener fede a tali propositi, tanto più per le persone che soffrono di depressione. Tali persone, più delle altre, fanno fatica ad iniziare attività nuove e impegnative, anche se l'impegno è minimo e a mantenerle nel tempo. Le persone depresse sono infatti demotivate e tendono a sentirsi prive di energia.

Per superare l'inerzia iniziale e mantenere l'impegno nel tempo è indispensabile:

a) Cercare di identificare ciò che piace di più, quale tipo di attività fisica potrebbe essere più consona per noi. Potrebbero esserci delle attività che non faremmo mai e altre che invece ci appaiano più naturali e gradevoli da fare (potremmo odiare lo sci, ma pensare al nuoto come qualcosa di piacevole e rilassante).

b) Porci degli obiettivi ragionevoli. Non è necessario diventare maratoneti o fare un'ora di jogging ogni giorno. Basta poco per ottenere gli effetti positivi dell'attività fisica: possiamo decidere di parcheggiare la macchina più lontano o scendere qualche fermata di autobus prima e poi raggiungere il lavoro a piedi, oppure concederci dieci minuti di passeggiata in un parco. Adattiamo i nostri obiettivi alle nostre necessità e possibilità.

c) Iniziare con un programma minimo e andare avanti. Cominciamo da ciò che siamo in grado di fare, traiamone soddisfazione e poi poniamoci degli obiettivi che siano leggermente sempre più alti. Se pensiamo che l'ideale sarebbe camminare 60 minuti al giorno e ci rendiamo conto di riuscire a camminarne appena cinque, ci sentiremo senz'altro insoddisfatti del risultato e ancora più depressi. Cominciamo invece a "goderci" i nostri cinque minuti di passeggiata e piano piano incrementiamoli. Per la maggior parte delle persone depresse la cosa più difficile è iniziare: indossare le scarpe e uscire può richiedere una fatica enorme. Concentriamo quindi le nostre energie su questo inizio.

d) Adottare strategie a breve termine. Può darsi che ci siamo iscritti ad una palestra e abbiamo pianificato il nostro programma di allenamento per i prossimi sei mesi. Ciò va benissimo, ma teniamo a portata di mano delle strategie prontamente utilizzabili per affrontare i fastidiosi stati d'animo negativi che possono affiorare all'improvviso (ad es. fare il giro del quartiere in bicicletta).

e) Non pensare all'attività fisica come ad un peso. L'esercizio fisico non deve diventare un altro dei "doveri" della nostra vita. Non "dobbiamo" muoverci per forza, così come non siamo costretti a recarci dallo psicoterapeuta o a prendere dei farmaci, ma è necessario acquisire la consapevolezza che queste cose possono aiutarci a stare meglio.

f) Imparare a riconoscere gli ostacoli. Cerchiamo di divenire consapevoli di cosa ci impedisce davvero di svolgere attività fisica. Ad esempio, potremmo renderci conto che non abbiamo mai frequentato una palestra perché ci dà fastidio che gli altri ci osservino. In tal caso è opportuno aggirare quest'ostacolo optando per un'attività che non ci ponga a contatto con gli altri (passeggiare in un parco, fare un giro in bicicletta in un posto poco frequentato).

g) *Prepararsi alle difficoltà e ai "passi indietro".* Fare dell'attività fisica non è sempre facile o piacevole. A tutti può capitare di essere colti dalla pigrizia o di inventarsi delle "scuse" per non rispettare il programma che ci si era proposti. Non cadiamo nella trappola dell'"autodeni-

grazione" per ciò che non siamo riusciti a fare. È molto facile per le persone depresse biasimarsi e rimuginare sul fallimento: concentriamo invece la nostra attenzione su ogni passo fatto nella direzione giusta e gratifichiamoci per esso. Pensiamo che il processo di cambiamento non è affatto facile e che gli ostacoli e i "passi indietro" ne fanno parte.

Secondo altri l'esercizio fisico aiuterebbe a superare la depressione anche grazie alla possibilità di sfruttare adeguatamente:

- la possibilità di stimolare il positivo contatto con la natura e l'esposizione a benefici legati a tale rapporto (aria aperta, verde, luce, ecc…);
- l'opportunità di spostare il focus dell'attenzione quotidiana da pensieri negativi a pensieri centrati su schemi motori e su momenti creativi e positivi che possono appassionare;
- il recupero di sensazioni corporee positive, di un senso fisico di benessere e di una percezione estetico-fisica positiva di sé, che influiscono direttamente sull'autostima, dimensione dell'identità estremamente connessa allo sviluppo e al superamento dei sentimenti depressivi;
- l'offerta di nuove possibilità di relazione e di situazioni di gruppo, che se adeguatamente gestite, possono diventare opportunità di riabilitazione sociale dal momento che i gruppi sportivi positivi possono soddisfare il bisogno di appartenenza, divenendo luoghi di appartenenza sostitutivi in casi in cui, per varie ragioni, il gruppo familiare primario sia assente o presenti problematiche;
- l'aumento di occasioni di pratica di attività ludiche e divertenti, che possono generare piacere e buonumore.

Gli aspetti psicosociali, anch'essi pregnanti nella cura e nella risoluzione degli stati depressivi, sono sicuramente i fattori, al di là della necessità terapeutica, che maggiormente incidono sulla motivazione ad intraprendere l'attività fisica.

Alcuni dei benefici psicologici legati ad un costante esercizio sportivo sono correlati al miglioramento della fiducia in sé stessi, alla focalizzazione di pensieri e progetti più piacevoli e positivi, al diverso approccio ad alcuni segnali fisici (cambiamenti nel respiro, sudorazione, aumento delle pulsazioni), che possono ora associarsi a situazioni piacevoli e neutre e non più ad anticipazioni di pericolo.

Ovviamente, la consapevolezza di ciò non significa automaticamente riuscire ed iniziare e mantenere un programma prestabilito.

La maggior parte delle persone si propone di intraprendere un'attività fisica regolare ma spesso demorde oppure interrompe dopo breve tempo.

È difficile per tutti tener fede a tali propositi, ma lo è di più per le persone che soffrono di depressione; infatti, gli individui affetti da questa patologia, tendono a sentirsi privi di energia e demotivati. Questo è tanto più vero in soggetti che soffrono anche di altre patologie, come ad esempio i pazienti diabetici e cardiopatici, in cui è necessario un supporto maggiore per incoraggiare l'attività fisica e possono essere più soggetti a ricadute in stati depressivi[54,55,56].

Un interessante studio di fase due ha inoltre indagato l'efficacia dell'attività fisica nei pazienti neoplastici sottoposti a chemioterapia, riscontrando un effetto benefico sul disagio psicologico di queste persone, in particolare in chi presenta bassi livelli di malattia e comorbilità[57].

Gli studi condotti in ambito psicologico offrono anche interessanti suggestioni sulla tipologia di attività fisica da svolgere per la regolazione dell'umore evidenziando che indipendentemente dal meccanismo implicato appare evidente la necessità di mantenere la continuità dell'esercizio. È preferibile e più salutare allenarsi poco ma con costanza che passare periodi di impegno intensissimo alternato a inutili e pericolosi periodi di totale inattività.

A tale proposito, una ricerca realizzata presso il Dipartimento di Psicologia della Hofstra University di Hempstead[58], ha evidenziato che l'attività fisica aerobica e anaerobica può ridurre i sintomi della depressione. Lo studio è stato condotto su 89 studenti, sottoposti ad attività diverse come nuoto (sport aerobico) e sollevamento pesi (sport anaerobico). Dai risultati è emerso che l'attività fisica, sia di tipo aerobico che non, se protratta nel tempo, tende a ridurre notevolmente i sintomi depressivi e aumenta la stima di sé.

Risultati analoghi si sono avuti da una ricerca realizzata presso il Dipartimento norvegese di Psichiatria dell'Innherred Hospital di Levanger[59], dove un gruppo di ricercatori ha analizzato 52 soggetti con disturbi dell'umore. I pazienti sono stati sottoposti, per un periodo di 8 settimane, ad allenamenti moderati e regolari. Al termine dell'indagine, i soggetti hanno mostrato una netta riduzione di intensità di tutti i sintomi presentati.

L'azione antidepressiva della attività fisica è talmente evidente e da potere misurare gli effetti della sua sospensione in soggetti asintomatici.

L'interruzione dell'attività fisica aerobica, anche solo dopo una settimana, può causare la ricomparsa, in alcuni soggetti, di segni importanti di cambiamento dell'umore.

III.3.2 Ipotesi neurobiologiche della relazione tra depressione e attività fisica

L'ampia letteratura scientifica presente sul tema della relazione tra depressione e attività fisica induce a considerare quest'ultima un valido strumento di cura da integrare alle terapie maggiormente in uso nel trattamento della più ampia categoria dei disturbi dell'umore.

Una correlazione negativa tra attività fisica, sintomi e prevalenza della depressione è stata infatti ampiamente documentata[60,61]. Nel 2003, in particolare sono stati pubblicati i risultati di un'indagine condotta negli Stati Uniti su un campione di 8098 adulti da cui è emerso che un'attività fisica regolare riduce significativamente il rischio di concomitante depressione maggiore[62].

Parimenti, in uno studio successivo condotto su un campione di 5451 uomini e 1277 donne è emerso che la depressione era significativamente più diffusa tra gli uomini e le donne "inattivi" piuttosto che tra la loro controparte "attiva"[63].

Sebbene una cospicua letteratura scientifica evidenzi la positività degli effetti dell'esercizio fisico nei soggetti affetti da disturbi dell'umore e nel promuovere un generale stato di benessere mentale[64,65,66,67,68], non si è però ancora pervenuti ad una comprensione soddisfacente del meccanismo che sottende tale fenomeno. La maggior parte degli studi infatti mostrano carenze metodologiche[69].

I dati che provengono da studi condotti con disegno *cross sectional* seppure mostrino una correlazione negativa tra attività fisica e depressione non sono adeguati a stabilire una relazione di causalità, potendo tale associazione dipendere dalla carenza di motivazione del paziente depresso, poco orientato a svolgere attività fisica.[70]

Più utili per meglio definire relazioni causali sono gli studi longitudinali, prospettici, tuttora poco numerosi[70,71].

La mancanza di un razionale scientifico soddisfacente e la presenza di dati talvolta discordanti sugli effetti a lungo termine dell'esercizio nella regolazione dell'umore ha a lungo limitato l'impiego dell'attività fisica nel trattamento clinico dei disturbi psichici e l'uso alternativo alle terapie farmacologiche e psicologiche. Solo in alcuni paesi, i numerosi studi che ne hanno affermato la valenza, hanno indotto ad assumere posizioni favorevoli[72]. In particolare il National Institute of Clinical Excellence (NICE) del Regno Unito ha suggerito programmi di attività motoria tre volte a settimana (dai 45 ai 60 minuti) per 10-12 settimane

come protocollo terapeutico da adottare in pazienti affetti da depressione lieve[73].

Varie ipotesi neurobiologiche sono state formulate per spiegare la relazione tra attività fisica e depressione ma, considerando la complessità dei meccanismi implicati nella patogenesi della depressione, non sorprende che poco consenso vi sia sui sistemi biologici che sottendono i benefici effetti della attività fisica nella regolazione dell'umore.

Il ruolo delle monoamine

Questa ipotesi deriva dalle teorie formulate sin dagli anni '50 del secolo scorso sulla patofisiologia della depressione che postulavano una inadeguata o insufficiente attività dei neurotrasmettitori monaminergici, dopamina, norepinefrina e in particolare serotonina. A tale proposito, studi su animali hanno evidenziato un aumento della attività serotoninergica nell'organismo sottoposto ad attività fisica: l'esercizio fisico sembrerebbe aumentare la produzione nel plasma e nel liquido cerebrospinale di triptofano, un aminoacido precursore della serotonina; l'aumentata funzionalità serotoninergica cerebrale è dimostrata dall'aumento della produzione di un suo metabolita, l'5-Hydroxyindolacetic (5-HIAA). A ciò si aggiungerebbe il decremento dei livelli di valina, leucina e isoleucina, aminoacidi che competono con il triptofano per attraversare la barriera ematoencefalica, determinato dall'attività fisica.

L'esercizio fisico agisce anche sulla attività dei neuroni implicati nella trasmissione noradrenergica, come appare in studi su animali dalla aumentata attivazione della tirosina idrossilasi (TH), un enzima coinvolto nella produzione di norepinefrina. Le evidenze che coinvolgono la dopamina sembrano piuttosto indirette, come risulta dallo sviluppo di una forma di dipendenza dalla regolare attività fisica e da una sorta di astinenza alla sua sospensione.

Il ruolo degli oppioidi e dei cannabinoidi

Il correlato neurochimico dell'attività fisica maggiormente conosciuto è il processo biologico sotteso al "*running high*" traducibile in un senso di euforia e analgesia secondario alla pratica dell'esercizio fisico intenso, documentato da uno studio recente su soggetti in cui, dopo due ore di corsa, si riscontrava tramite tomografia ad emissione di positroni (PET) un aumento dell'attività degli oppioidi in diverse regioni frontolimbiche implicate nella regolazione dell'umore. Tale meccanismo conduce ad ipotesi neurobiologiche sugli effetti benefici dell'esercizio fisi-

co nella depressione, per l'evidente aumento di oppioidi endogeni nel plasma e nel liquido cerebrospinale e per la riduzione dell'effetto analgesico dopo somministrazione di naloxone o farmaci antagonisti dei recettori degli oppioidi.

Il fenomeno del "running high", anche se non presente in modo costante e regolare, sembra collegare direttamente l'esercizio fisico e l'umore[74].

Il ruolo dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene

Altre ipotesi si focalizzano sul feedback del sistema neuro endocrino che interessa l'asse ipotalamico-ipofisi-surrene (HPA), implicato nella risposta dell'organismo allo stress, il cui funzionamento nei pazienti depressi appare alterato. L'ipotalamo e l'ipofisi sembrano incapaci di inibire la produzione degli ormoni dello stress, determinando una condizione cronica di ipercortisolemia anche in assenza di fattori stressogeni. L'esercizio fisico appare in grado di ridurre o annullare l'alterazione dell'asse ipotalamo ipofisi surrene. Gli effetti dell'esercizio fisico a lungo termine sono un appiattimento della risposta allo stress determinato non solo dall'esercizio stesso ma anche da altri stressors.

Il ruolo dei fattori neurotrofici

L'ipotesi neurotrofica della depressione è scaturita dalla osservazione degli effetti dei farmaci antidepressivi nell'aumentare la rigenerazione cellulare e contrastare la morte neuronale.

Studi recenti hanno collegato l'attività fisica e la produzione di fattori neurotrofici responsabili della rigenerazione di determinate cellule cerebrali[75,76], sia in studi sugli animali che sull'uomo.

Il ruolo dei neurocircuiti

Nuovi contributi scientifici, a sostegno degli effetti benefici dell'attività motoria sui disturbi dell'umore, sembrerebbero giungere negli ultimi anni dalle neuroscienze, dalla psicologia cognitiva e dalle evidenze empiriche emergenti dagli studi sulle funzioni neuro anatomiche dei processi mentali superiori, spesso condotti avvalendosi dei vantaggi di un'evoluta diagnostica strumentale.

Essi propongono nuove strategie metodologiche ed avallano con i propri risultati l'effettiva valenza dell'esercizio fisico nel contrastare i pensieri negativi associati agli stati depressivi e nel determinare reazioni fisiologiche che possono migliorare il tono dell'umore[77].

A tale proposito, l'ipotesi di una transitoria ipofrontalità come effetto dell'esercizio, suggerisce una possibile spiegazione del meccanismo neurale che mette in relazione la depressione e i disturbi d'ansia con l'attività fisica. Secondo tale ipotesi, l'attivazione neurale richiesta dall'esecuzione di schemi motori, dall'assimilazione degli input sensoriali e dalla regolazione automatica dei livelli abilitativi coinvolti nella coordinazione è concomitante ad una ridotta attività di strutture cerebrali non direttamente implicate nell'esecuzione di compiti motori. La conseguente ipofuzionalità frontale generata dall'esercizio fisico sembrerebbe avere un effetto sull'emotività e la cognizione[78].

L'ipotesi appare coerente con le più recenti evidenze emerse nel campo delle scienze cognitive e delle neuroscienze, le quali affermano la competitività delle strutture cerebrali che appiaono essere limitate nel processo di elaborazione parallela dell'informazione[79], per cui l'attività motoria impedirebbe la concomitante attivazione di altre aree non direttamente interessate durante l'esecuzione di un compito motorio. A ciò si assocerebbe il limite biologico delle risorse metaboliche per cui l'esercizio fisico, in particolare, impiegandone la maggior parte per l'attivazione di determinate aree della corteccia motoria sensoriale, del cervelletto, del corpo calloso e non ultimo del sistema nervoso autonomo avrebbe come effetto una riduzione dell'attività di altre aree maggiormente coinvolte nella regolazione dell'emotività e delle funzioni cognitive superiori.

A sostegno di tale ipotesi, infatti, numerosi studi condotti avvalendosi di strumentazioni sofisticate, (indagini scintigrafiche, EEG, SPECT, e PET) hanno mostrato che l'esercizio fisico coinvolge estese aree cerebrali ed in particolare la corteccia motoria primaria, la corteccia motoria secondaria, i gangli della base, il cervelletto e altre strutture sottocorticali.

L'attivazione delle suddette aree cerebrali sembrerebbe corrispondere ad una inibizione dell'attività della corteccia prefrontale e frontale, del giro del cingolo, dei campi CA3, dei nuclei mediali dell'amigdala, del nucleo accumbens e di alcuni nuclei ipotalamici.

Allo stesso modo, gli studi volti ad indagare le possibili cause della depressione hanno mostrato che in presenza di tale patologia si registra una disfunzione del lobo frontale. Questo dato è supportato dalle immagini ottenute attraverso l'impiego della tomografia ad emissione di positroni (PET), le quali hanno mostrato come, in disturbi depressivi sia bipolari che unipolari, sia presente una riduzione del flusso ematico e del metabolismo nella corteccia prefrontale ventrale fino alla porzione

anteriore del corpo calloso. A tale decremento la correlazione con le tecniche di risonanza magnetica mostravano un'associata riduzione del volume corticale cerebrale della stessa area in misura del 39 e del 48% in entrambi i disturbi[80].

Studi successivi hanno riconosciuto la natura multifattoriale della depressione evidenziando il coinvolgimento del sistema limbico e dei relativi neurotrasmettitori e mediatori molecolari[81,82,83,84,85].

In particolare, è stata notata attraverso l'impiego della PET, in pazienti depressi una iperattività della corteccia prefrontale ventromediale (VMPFC) e dell'amigdala, mentre la corteccia prefrontale dorso laterale (DLPFC), associata alle funzioni cerebrali superiori, sembrerebbe inibita, deprivando il soggetto della possibilità di attivare quelle funzioni cognitive in grado di mitigare gli effetti di un stato d'animo negativo.

L'efficacia del trattamento con gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina che si è dimostrato efficace nel contrastare il malfunzionamento dei circuiti, ha indotto definitivamente a considerare l'alterazione dell'interazione tra VMPFC e DLPFC alla base dei sintomi depressivi[86].

L'idea di una funzione antidepressiva delle attività di movimento verrebbe pertanto supportata dall'ipotesi di una transitoria inibizione della corteccia prefrontale e dell'amigdala in concomitanza ad una iperattivazione di numerose aree cerebrali che si realizza durante l'esercizio fisico. Esso ridurrebbe lo squilibrio tra attività del VMPFC e DLPFC, sottoponendo l'attività cerebrale di aree estese ad un impegno eccessivo che verrebbe sottratto alla iperfunzionalità dell'amigdala e della corteccia frontale. Si tratterebbe di un beneficio transitorio, ma non pertanto meno rilevante, che potrebbe rappresentare il punto di partenza di ulteriori studi volti a definire i circuiti neurali responsabili degli effetti prodotti dall'esercizio fisico e le ragioni del riconosciuto benessere psico-fisico generato dall'attività motoria anche in presenza di sintomi depressivi.

Ulteriori ipotesi

Fin dall'inizio degli anni '90 c'è stato un grande interesse dei mass media per "la morfina personale del corpo", le endorfine, che il corpo secerne durante l'attività fisica e che danno una sensazione di benessere. Sfortunatamente sono stati effettuati pochi studi sistematici che non hanno dimostrato rapporti diretti tra il livello di endorfine e il grado di benessere.

Sembrerebbe che durante l'esercizio fisico, si riduca il livello di beta-endorfine[87] nel plasma, facendo diminuire a sua volta i sintomi depressivi.

Un'altra teoria si basa sull'idea che il calore produce rilassamento muscolare. Durante l'attività fisica la temperatura corporea aumenta, il che dovrebbe produrre maggior rilassamento muscolare e, di conseguenza, benessere. I pochi studi sistematici svolti non hanno però potuto confermarlo.

L'attività fisica porta ad un aumento del flusso sanguigno e quindi ad una maggiore ossigenazione di tutti gli organi del nostro corpo, compreso il cervello.

Una maggiore quantità di ossigeno all'apparato cerebrale potrebbe ridurre i sintomi di alcuni disturbi psichici.

Questo sembra essere sempre in relazione a meccanismi chimici ed enzimatici per mezzo dei quali si liberano endorfine similmente a quanto avviene con l'assunzione di farmaci antidepressivi.

L'attività fisica porta ad un aumento del flusso sanguigno e quindi ad una maggiore ossigenazione di tutti gli organi del nostro corpo, compreso il cervello.

III.4. *Tipi di attività fisica utile*

La quasi totalità degli studi condotti fino ad oggi suggerisce che l'attività aerobica rappresenta l'allenamento ideale per chi soffre di depressione. Secondo uno studio del 2004, i miglioramenti più significativi si ottengono nei soggetti che presentano maggiori livelli di ansia e di depressione, e che vengono sottoposti ad esercizi aerobici ritmici, che coinvolgono grandi gruppi muscolari (jogging, nuoto, bicicletta, cammino), di intensità lieve e moderata. Essi dovrebbero essere effettuati per 15-30 minuti tre volte alla settimana inseriti in programmi di almeno 10 settimane. I risultati mostrano un "effetto acuto", cioè la riduzione dell'ansia e della depressione dopo singole sessioni di esercizio[88].

Il carico deve essere all'inizio modesto e raggiungibile senza affaticamento: alcuni minuti per iniziare e una progressione lenta ma incessante, per fornire al "soggetto" obiettivi facilmente raggiungibili.

Occorre però rilevare che uno studio recente[89] afferma che anche l'attività fisica con i pesi costituisce un'ottima forma di allenamento contro la depressione. Lo studio, guidato dalla dottoressa Mary Fiatarone, ha rilevato un significativo miglioramento dell'umore dopo dieci settimane

di allenamento con i pesi. Il 90% dei partecipanti allo studio ha addirittura sospeso la cura farmacologica. Ma, a parte questo studio pilota, le evidenze scientifiche suggeriscono tre o quattro sedute alla settimana di attività aerobica a bassa intensità, della durata dai dieci ai trenta minuti. Se un istruttore sa essere abbastanza convincente con il suo assistito e riesce a spronarlo all'esercizio, si potranno riconoscere gli effetti positivi dopo due settimane.

La rassegna di tutte le potenzialità delle pratiche sportive nella lotta ai disturbi depressivi mette in gioco numerosi sport che, praticati in luoghi adeguati, secondo programmi specifici e sotto il controllo di figure sportive e professionali specializzate, possono diventare veri e propri strumenti terapeutici.

Tra questi la danza, soprattutto praticata con libertà e creatività, recuperando lo spirito ludico che spesso si perde nello sviluppo, nonché l'esercizio di sport di gruppo o di squadra come pallavolo o pallacanestro e, per i più piccoli colpiti da depressione, del minibasket.

Anche la pratica di arti marziali come l'aikido si è dimostrata utile dal momento che nei luoghi in cui si praticano (il dojo) la dimensione del rispetto reciproco nel contatto con l'altro e la ritualizzazione di questo contatto sono maggiormente controllati dai maestri e dagli allenatori e dal momento che l'assenza di competizioni, che connota questo sport, rende più facile perseguire le finalità educative, spesso intrinseche alle filosofie orientali.

Ma anche altre pratiche sportive di origine giapponese, come lo Judo, possono essere un valido aiuto per trovare un esercizio simbolico e catartico dell'aggressività, che nella depressione viene rivolta sempre verso il sé, fino all'estremo del suicidio.

In generale, la possibilità di sviluppare la passione verso uno sport può portare l'attenzione della mente verso la ricerca di nuovi schemi di azione e di difesa, può favorire la concentrazione sui kata nelle arti marziali, come sulle coreografie nella danza, lasciando poco spazio e tempo alla mente per i pensieri negativi, che prima avevano l'esclusiva o il predominio quotidiano.

Nell'esercizio di "sport antidepressivi" viene sottolineata l'importanza della regolarità e della pratica di attività che possano produrre un moderato, controllato e costante sforzo fisico; per questo in genere si sono dimostrati molto efficaci programmi specifici di footing, jogging, bicicletta o step.

Per far fronte all'iniziale difficoltà, presente nella depressione grave,

a reagire e ad iniziare l'esercizio sportivo oppure a condividerlo con un gruppo o a praticarlo in luoghi comuni, viene consigliato di iniziare un programma di riabilitazione psicologica attraverso l'uso di step da appartamento o biciclette da camera.

Questa soluzione può essere un valido aiuto per incominciare e poi passare gradualmente all'esercizio di sport all'aria aperta, che potenziano i vantaggi delle attività ginniche attraverso il contributo del contatto con la natura e dell'esposizione alla luce del sole che esercita importanti effetti antidepressivi[90,91,92].

Ma la pratica di esercizi da camera non è necessariamente da sostituire, ma può essere abbinata o alternata a quella eseguita in palestra o all'aperto; inoltre, nell'ambito di un programma specifico di riabilitazione psicomotoria, può essere associata a musicoterapia, scegliendo brani di sottofondo adeguati a stimolare l'attività cerebrale connessa ad emozioni positive.

Inoltre, sembra particolarmente facile eseguire la prescrizione di esercizi in aree spesso più luminose di alcune palestre, in cui gli occhi possono essere esposti indirettamente alla luce solare con effetti benefici sul tono dell'umore.

In conclusione, dai contributi finora discussi, sembra particolarmente utile, per la prevenzione e la lotta alla depressione attraverso lo sport, la pratica di attività fisiche moderate e possibilmente diversificate. Per i soggetti più giovani o comunque in buono stato di salute, l'ideale sembra la combinazione tra sport di resistenza, sport di squadra e sport marziali.

Si deve però sempre tenere presente che nella fase di riabilitazione neuropsicologica, è opportuno seguire un programma graduale e adeguatamente ponderato di sforzo, per non superare la soglia di stress positivo e quindi trasformare la funzione attivante che lo sport esercita in una situazione che può mantenere o aggravare lo squilibrio ormonale che alimenta la depressione.

È altresì opportuno che, se l'obiettivo è la riabilitazione psicologica, possano essere creati corsi amatoriali in palestre e gruppi sportivi in cui gli operatori sostengano, con conoscenze e coscienza, il recupero psicologico con atteggiamenti positivi, sia incoraggiando gli atleti che stimolando la coesione di gruppo. A tal proposito, sembra inopportuno frequentare palestre in cui si respira un alto grado di competitività o di impegno tecnico, che può essere utile per stimolare agonisti "non a rischio depressivo", ma che può essere controproducente per l'autostima di una persona depressa.

Pertanto, nella progettazione di un intervento sportivo riabilitativo sia individuale che di gruppo, il ricorso alla consulenza psicologica diagnostica e alla supervisione sono da ritenersi importanti elementi per la gestione di corsi educativi-riabilitativi nelle palestre e nei centri di salute e benessere.

Per realizzare corsi sportivi che possano rappresentare un valido aiuto alla depressione, è indispensabile progettare attività pensate per raggiungere obiettivi specifici, supervisionate periodicamente da professionisti della salute mentale, accertandosi che esse si collochino in un ambiente sportivo favorevole ad ospitare un'utenza di persone con depressione.

L'atteggiamento mentale è fondamentale per ottenere il massimo beneficio, quindi non è il caso di sforzarsi per ottenere subito dei risultati: si rischierebbe di aumentare la propria tensione e la propria ansia.

Il benessere risiede anche nel saper ascoltare il nostro corpo: possiamo imparare a farlo, per riconoscerne i segnali, praticando uno sport dolce come il walking.

Come è noto, il nostro benessere psicofisico risiede in un perfetto equilibrio tra la mente ed il corpo. Questo equilibrio viene però costantemente minacciato dai ritmi intensi della vita quotidiana e, sovente, gran parte del nostro lavoro si svolge esclusivamente a livello mentale. Questo comporta la necessità di ricorrere a una pratica motoria specifica per ristabilire il nostro benessere. Il walking si presta ottimamente al raggiungimento di questo risultato.

Seguire delle sedute di walking è un metodo efficace per contrastare l'ansia e la depressione. Prima di iniziare un programma di sedute di walking adottiamo un semplice "diario di bordo", cioè un quaderno sul quale segneremo periodicamente alcune delle nostre impressioni.

Alcuni consigli sono essenziali per avvicinarsi alla corsa ed al walking quando si è inesperti: è meglio non correre quando si è troppo stanchi, quando si è dormito poco, durante periodi di convalescenza o quando si è affetti da malattie anche lievi, come il raffreddore o il mal di gola.

Per la corsa sono da evitare le gare con i compagni, specialmente alle prime uscite quando non si ha un allenamento sufficiente, per poter evitare il rischio di incidenti, di infortuni muscolari o un affanno eccessivo; è consigliabile, durante le prime settimane, lavorare sulla quantità, cercando di aumentare il numero di chilometri percorsi in modo graduale; evitare le giornate troppo calde ed afose che porterebbero facilmente a

problemi di disidratazione e al colpo di calore, ma anche quelle gelide. Correre su strade non sconnesse al fine di non danneggiare le caviglie, evitare la corsa continua sull'asfalto che causa spesso problemi ai tendini, e, se possibile, correre in ambienti non troppo inquinati. Correre sulla pista di tartan provoca sollecitazioni eccessive a carico dei muscoli e dei tendini, con conseguenti disturbi infiammatori e, talvolta, microfratture a livello del piede.

È consigliabile allenarsi almeno tre volte alla settimana a giorni alterni per permettere al fisico di recuperare, correndo con un ritmo blando, per cinque minuti e aumentando gradualmente sia il tempo che la velocità; eseguire esercizi di stretching alla fine della corsa.

Ognuno di noi corre assumendo un suo stile, infatti non esiste una posizione standard, ma certo rispettare alcune regole aiuta ad evitare inutili rischi. È preferibile correre con i muscoli del collo rilassati tenendo la testa in una posizione fissa, non troppo avanti o troppo indietro. Le spalle devono essere decontratte, il busto leggermente inclinato in avanti per riuscire a correre in scioltezza. Non si deve correre a ginocchia alte e sulla punta dei piedi; bisogna evitare di saltellare verso l'alto piuttosto che procedere in avanti. Il passo non deve essere particolarmente lungo e il piede deve essere tenuto il più possibile aderente al suolo. Cercare di sincronizzare il movimento delle braccia, comunque siano tenute, con quello delle gambe. Quando si corre in salita cambiano leggermente alcuni particolari della posizione. La testa, le spalle e il busto vengono leggermente inclinati in avanti per potersi muovere più agilmente e con meno fatica; il passo diventa più corto di quello effettuato in pianura, si spinge sulle punte dei piedi facendo leva sulle caviglie e sulla muscolatura anteriore della gamba e della coscia; le braccia, sincrone al movimento delle gambe, aiutano nella spinta in avanti, più o meno come si fa con i bastoncini nello sci di fondo. La discesa viene affrontata con la testa rilassata e dritta, con il busto ancora inclinato in avanti, evitando di inarcare la schiena all'indietro, con il passo corto e il piede aderente al terreno, evitando di correre sui talloni e a balzi, perché ciò comporterebbe danni al ginocchio e al tendine di Achille e con le braccia che accompagnano il movimento in scioltezza, senza farle ciondolare mollemente lungo il corpo. La posizione corretta evita certamente alcuni danni e dolori agli arti, ma anche chi corre in modo corretto non è immune da alcuni piccoli fastidi evitabili con semplici accorgimenti. Quei dolori muscolari tardivi, che si manifestano il giorno dopo alla coscia e al polpaccio, scompaiono spontaneamente, ma migliorano

più velocemente se la parte viene massaggiata e se viene eseguito lo stretching. I crampi, che sovente interessano il polpaccio, la parte posteriore della coscia e il piede, provocati da una mancanza di sali persi con il sudore, possono essere evitati facendo uso di preparati salini specifici e bevendo molto.

Quando si pratica la corsa, sia a livello agonistico che a livello amatoriale, è opportuno controllare la frequenza cardiaca proprio per trarre il maggior giovamento dalla pratica di questa attività sportiva. Prima di tutto bisogna stabilire quale tipo di corsa viene praticato e, di conseguenza, stabilire quale livello di frequenza cardiaca mantenere. La frequenza cardiaca massima teorica è all'incirca = 220 – età in anni.

Per la corsa lenta la frequenza deve essere il 50-60% della massima, per quella a ritmo moderato, quando si pone come traguardo il dimagrimento, è consigliato un valore corrispondente al 60-70% della massima. Chi pratica la corsa veloce deve avere una frequenza cardiaca intorno al 70-80% della massima mentre questo valore sale all'80-90% in caso di corsa agonistica.

Per quanto riguarda il walking, questa è una pratica sportiva riscoperta di recente negli Stati Uniti ed è alla base di tutto il fitness, ma soprattutto viene valorizzata per le sue potenzialità contro lo stress.

Il walking, dal punto di vista tecnico, è un perfezionamento del movimento naturale della camminata: la parola stessa significa appunto camminare. È un gesto spontaneo e naturale che tutti siamo in grado di compiere ma che tendiamo ad usare sempre meno.

Per iniziare a praticare il walking non c'è bisogno di una preparazione particolare, non ci sono rischi e controindicazioni.

Si riarmonizza il battito del cuore che, come sappiamo, nei momenti di stress tende ad accelerare, causando ansie e paure.

In seguito ai miglioramenti fisici del corpo, la mente tende ad allontanare i problemi rendendoli meno assillanti e, allo stesso tempo, tende a vedere con maggiore tranquillità le preoccupazioni di tutti i giorni in modo da poterle affrontarle serenamente.

Si regolarizza il respiro, che invece nei momenti di ansia e di paura tende a farsi corto, superficiale e si scaricano le tensioni muscolari accumulate nei momenti di stress, senza il rischio di strappi o stiramenti.

Si protegge l'organismo da osteoporosi e da artrosi: infatti uno sforzo moderato e costante stimola la capacità delle ossa di assimilare il calcio e viene stimolata la produzione di sostanze come l'elastina ed il collagene che formano le cartilagini. Si favorisce il ristabilirsi dei valori del-

la pressione sanguigna, dei livelli dei trigliceridi e del colesterolo: si consumano cioè i grassi.

È bene inoltre seguire alcuni accorgimenti importanti.

Per iniziare, non bisogna avere troppa fretta, ponendosi degli obiettivi impossibili da raggiungere. È necessario invece procedere gradualmente per tappe e per livelli. In ogni caso, conviene seguire la vecchia regola di rallentare o di fermarsi quando il respiro si fa affannoso.

È bene prepararsi con qualche esercizio di stretching (allungamento dei muscoli) sia prima della seduta di walking che dopo.

Porre attenzione a curare la propria postura, magari facendosi consigliare da un esperto: la camminata deve risultare fluida, armoniosa ed elastica se si vogliono avere dei benefici.

Bere acqua durante e dopo l'allenamento; mangiare cibi ricchi di sodio e di potassio (banane, patate, pomodori, latte, riso, carne di pollo, piselli, lenticchie, mandorle, spinaci).

Curare l'abbigliamento, indossando abiti comodi ed in fibre naturali. Calzare scarpe comode, con la suola rigida alta circa tre centimetri e la parte interna morbida.

In ultimo il walking va praticato preferibilmente in zone verdi, cioè parchi, campagne, boschi, evitando i centri cittadini ad elevato inquinamento.

CAPITOLO IV

Depressione nell'Adolescenza e Attività Fisica: Implicazioni Didattiche

Paola Aiello

IV.1. *Epidemiologia*

Le proiezioni dell'OMS riguardo al carico di disabilità legato ai disturbi mentali appaiono estremamente preoccupanti anche per quanto riguarda i soggetti in età evolutiva. Nel 2020 si stima che un ragazzo su cinque presenti un disturbo psichico e le principali situazioni di emergenza sembrano riguardare le conseguenze di gravi disturbi dell'umore[93].

I disturbi depressivi, che comprendono il disturbo depressivo maggiore, la distimia e la fase depressiva del disturbo bipolare, influenzano il rischio di malattie, problemi interpersonali e psicosociali che possono persistere anche dopo la remissione della condizione depressiva. Negli adolescenti aumentano il rischio di abuso di sostanze e il rischio suicidario[94,95]. Purtroppo vi è una tendenza da parte di familiari e medici a non riconoscere tali disturbi, sia perchè la sintomatologia depressiva nell'età evolutiva può essere vista come una normale oscillazione dell'umore tipica di questa fase della vita, sia per la riluttanza a "etichettare" con una diagnosi di disturbo mentale un soggetto giovane.

La precocità della diagnosi e del trattamento è tuttavia un elemento critico per un sano sviluppo emotivo, sociale e comportamentale.

Gli studi epidemiologici che valutano la diffusione della depressione in età evolutiva hanno evidenziato che la prevalenza del disturbo depressivo maggiore è stimata tra l'1.8% e il 2.5% in età prepubere e tra il 2.9% e il 4.7% negli adolescenti[96,97].

Le stime epidemiologiche mostrano una variabilità consequenziale alle difficoltà diagnostiche che emergono a causa dell'eterogeneità della sintomatologia in età evolutiva.

La presenza del disturbo depressivo viene valutata prevalentemente tramite due approcci: il primo consiste nell'applicazione di test di screening, con scale di autovalutazione dei sintomi depressivi, il secondo si avvale di interviste diagnostiche che, seppure con dati spesso discordanti, mostrano un alto rischio di depressione prevalentemente tra gli adolescenti che si protrae in età adulta[98].

Esiste infatti un generale consenso nel ritenere che la depressione, rara nell'infanzia, sia maggiormente presente nella fase adolescenziale di sviluppo.

La depressione nelle sue diverse manifestazioni sembra esordire rispetto al passato più precocemente[99].

Rispetto alla distribuzione per sessi, la prevalenza della depressione è uguale nell'infanzia, mentre nell'adolescenza le femmine hanno una probabilità doppia rispetto al maschio, come avviene nell'adulto[100].

IV.2. *Eziologia, sintomi e diagnosi*

La letteratura esistente sull'eziologia dei disturbi depressivi nei bambini e negli adolescenti evidenzia, come per la maggior parte dei disturbi psichici, l'interazione di molteplici fattori piuttosto che cause specifiche e isolate.

I fattori di rischio riportati in letteratura possono essere suddivisi in quattro grandi categorie[101].

La prima appare essere in linea con quanto già evidenziato in riferimento ai disturbi dell'umore nell'età adulta; anche nella fase di sviluppo è possibile infatti riconoscere nei fattori biologici una condizione predisponente o scatenante.

Tali fattori biologico-genetici caratterizzano anche la seconda categoria che riguarda i problemi inerenti la familiarità. I disturbi psicopatologici nei genitori sono spesso infatti correlati positivamente con i disturbi psichici dei propri figli anche se ciò, per quanto concerne la depressione, non chiarisce in che misura le cause possono essere attribuite ad atteggiamenti e comportamenti propri di genitori depressi o a fattori familiari di origine genetica.

In alcuni studi è stato rilevato che i fattori genetici appaiono essere più influenti quando la depressione riguarda i bambini di sesso femminile[102] e quando il livello di gravità della depressione, manifestata dai minori di età compresa tra i 9 e i 18 anni, non è molto severo[103].

Le altre due categorie, difficilmente inscindibili, riguardano i fattori scatenanti e di rischio che vengono comunemente identificati con la storia personale del bambino e/o dell'adolescente, propri della terza categoria, a cui si possono associare i fattori psicologici, sia cognitivi che emozionali che caratterizzano la quarta categoria. Le esperienze negative di vita infatti non rappresentano di per sé un fattore di rischio ma lo diventano nel momento in cui generano una reattività emotiva eccessiva o in presenza di una incapacità di rielaborazione cognitiva e affettiva adeguata. Non è possibile pertanto rintracciare una corrispondenza diretta tra i propri *life events* e i disturbi dell'umore in quanto le modalità con cui viene rielaborato l'evento appaiono essere assolutamente soggettive[104].

I sintomi dei disturbi depressivi che colpiscono bambini e adolescenti possono manifestare delle peculiarità che li differenziano da ciò che appare più tipico nel quadro clinico della depressione dell'età adulta. In età evolutiva, la rabbia etero o autodiretta è molto più frequente dell'umore depresso. A ciò si aggiunge una vasta gamma di sintomi come l'attribuzione negativa agli eventi della propria esistenza, l'anedonia, la riduzione del peso corporeo, i disturbi del sonno, il senso di affaticamento, la scarsa concentrazione, il rallentamento psicomotorio, l'autosvalutazione, i sensi di colpa e i pensieri ricorrenti di morte[105]. Tale quadro clinico si manifesta con sintomi diversificati a seconda dell'età di insorgenza e del periodo di sviluppo. Nel corso dell'infanzia, ad esempio, è maggiormente riscontrabile la presenza di agitazione e disturbi fisici, mentre appare più frequente in età adolescenziale, la demotivazione, l'incapacità a provare piacere come il senso di impotenza e sembrerebbe che tali sintomi non incidano in maniera differente in relazione al genere.

Le profonde trasformazioni che caratterizzano la fase adolescenziale della vita di un individuo e che inducono a considerarla uno dei periodi di maggiore variabilità, rendono particolarmente difficile la diagnosi in quanto le manifestazioni di disagio, che spesso sfociano nel disturbo, sono spesso silenti oppure, ciò che sembra essere un sintomo caratteristico dei disturbi dell'umore, appare come una alterazione momentanea del proprio modo di valutare gli eventi della vita.

Naturalmente purché si possa parlare di disturbo è necessario che i sintomi sopra descritti siano presenti per almeno due settimane[106].

Anche nella depressione in età evolutiva, come avviene in età adulta, sembra essere presente l'andamento tipico stagionale, con esordio

nel periodo che precede l'inverno con frequenti sintomi ansioso-depressivi e somatizzazioni, più frequentemente nella fascia adolescenziale. La rabbia che spesso si manifesta induce ad autopunizioni e autocommiserazione fino a spingere a comportamenti auto e/o eterodistruttivi che possono esplicarsi anche con condotte devianti.

La valutazione clinica che conduce alla descrizione dettagliata delle caratteristiche del disagio, e quindi alla diagnosi, è un processo complesso che richiede di individuare gli indicatori di malessere manifesti considerando anche le caratteristiche del contesto in cui il bambino e l'adolescente è inserito e che riguardano l'ambiente familiare e quello scolastico.

La diagnosi può, anche in questo caso, avvalersi dei manuali diagnostici che vengono utilizzati comunemente come punto di riferimento anche per una diagnosi differenziale e, in particolar modo, del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM IV-TR)[2] e/o *all'International Classification of Diseases* (ICD-10)[1].

Tali manuali non considerano i cambiamenti nella fenomenologia del disturbo depressivo legati alle fasi dello sviluppo; i sintomi nucleari della depressione sono gli stessi per bambini e adolescenti anche se viene suggerito che con l'età cambia l'importanza dei sintomi caratteristici.

Alcuni sintomi come l'irritabilità, le lamentele somatiche e il ritiro sociale sono considerate comuni nei bambini, mentre il rallentamento psicomotorio, l'ipersonnia e i deliri sono meno comuni in età prepuberale rispetto all'adolescenza e all'età adulta[1,2].

Pertanto, la necessità di un corretto inquadramento psicopatologico in età evolutiva che tenga conto delle tappe e del livello di sviluppo cognitivo ed emozionale, ha condotto il National Center for Clinical Infant Programs di Washington nel 1994 alla stesura della *Classificazione diagnostica 0-3* (CD 0-3-R) e in Francia della *Classificazione francese di Misés e colleghi*.

La prima propone un sistema di classificazione multiassiale della psicopatologia in relazione alle tappe evolutive riferibili alla fascia di età dai 0 ai 3 anni. Esso analizza sia il quadro sintomatologico che le caratteristiche relazionali in cinque assi:

asse I: riflette la caratteristica clinica e psicopatologica più saliente del disturbo;

asse II: codifica le disfunzioni nella relazione del bambino con il caregiver;

asse III: indica eventuali disturbi fisici, neurologici e

mentali associati, incluse le patologie mediche e patologiche;

asse IV: identifica diversi gradi e forme di agenti stressanti di natura sociale;

asse V: codifica il livello di sviluppo del funzionamento emotivo.

La seconda fornisce criteri diagnostici di tipo sintomatico, scegliendo un orientamento evolutivo che tiene conto dei momenti significativi dello sviluppo considerando anche la fascia di età propria dell'adolescenza.

Gli assi proposti sono due:

asse I: categorie cliniche di base;

asse II: fattori organici e condizioni ambientali.

La complessità che caratterizza la diagnosi psicopatologica nell'età evolutiva non può inoltre limitarsi a un livello di classificazione descrittivo ma richiede necessariamente l'integrazione di sistemi nosografici-descrittivi con sistemi interpretativi-esplicativi che consentono un successivo trattamento adeguato ai bisogni del minore e al suo ecosistema di vita.

Seguendo un orientamento cognitivo-comportamentale, il modello interpretativo-esplicativo proposto da Stark nel 2002[107] rappresenta una classificazione valida per la costruzione di una trama esplicativa che consenta di orientare il trattamento verso soluzioni maggiormente efficaci.

Tale modello raggruppa i sintomi in quattro categorie:

- **sintomi emozionali**: umore disforico, rabbia, umore irritabile, anedonia, tendenza al pianto, perdita di allegria, autocommiserazione, percezione di non essere amato;
- **sintomi cognitivi**: autovalutazione negativa, sensi di colpa, mancanza di speranza, difficoltà di concentrazione, ideazione morbosa, indecisione;
- **sintomi motivazionali**: ritiro sociale, ideazione e comportamento suicidario, diminuizione del rendimento scolastico;
- **sintomi fisici e neurovegetativi**: stanchezza, cambiamento di peso e/o di appetito, disturbi del sonno

Un sistema valutativo che si avvalga di entrambi i modelli di classificazione consente di definire un quadro sintomatologico e di giungere a una diagnosi sulla base delle valutazioni della dimensione relazionale, emozionale e cognitiva, del comportamento e dello sviluppo psicomo-

torio del bambino e dell'adolescente che manifesta i segni caratteristici di un disturbo dell'umore.

IV.3. *Strumenti di valutazione*

L'identificazione della presenza di disturbi dell'umore negli adolescenti rappresenta attualmente uno dei target dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'aumentato rischio di problemi psicosociali che vanno dall'insuccesso scolastico al rischio suicidario[108,109]. Una diagnosi precoce appare però particolarmente difficile a causa delle caratteristiche proprie della fase di sviluppo adolescenziale che rendono non affidabile la tracciabilità di un confine netto tra la patologia e lo stato depressivo "fisiologico" insito del normale processo adolescenziale. Una precoce identificazione della depressione in età evolutiva è determinata anche dal limitato accesso a strutture sanitarie e competenti[110].

Gli strumenti di valutazione attualmente riconosciuti in ambito clinico appaiono essere validi ausili nella fase di screening.

Una modalità per un riconoscimento precoce dei sintomi patologici dei disturbi dell'umore nella pre-adolescenza e adolescenza richiede la possibilità di effettuare screening di routine anche nei contesti scolastici, finalizzati ad attuare misure preventive per arginare i problemi ad essi connessi. È infatti riconosciuta la presenza e l'associazione al disturbo depressivo di altre condizioni psicopatologiche come disturbi d'ansia, della condotta, dell'attenzione e l'iperattività, che inficiano il normale sviluppo psicosociale e il rendimento scolastico.

L'insuccesso scolastico e le difficoltà relazionali nei minori che presentano un disturbo depressivo accentuano il disadattamento al proprio ambiente di appartenenza con conseguente diminuzione di autostima, autoefficacia, di capacità sociali e di *problem solving* che rendono particolarmente vulnerabili ad altre condizioni di disagio.

La ricerca sull'identificazione di strumenti, validi e attendibili, per la rilevazione dei sintomi depressivi come utili ausili anche per gli educatori ha condotto al riconoscimento di una possibilità non illusoria di attuare misure di intervento preventive grazie ad una rilevazione precoce della sintomatologia depressiva.

A tale proposito sono stati identificati sul piano internazionale alcuni strumenti di cui si fa già largo uso in una molteplicità di setting diversi-

ficati. Si tratta di strumenti che consentono di chiarire dubbi diagnostici e di ottenere informazioni aggiuntive al fine di pianificare non solo interventi psicoterapeutici ma anche psicoeducativi.

Nell'ambito delle scale di autovalutazione della depressione la **Beck Depression Inventory** (BDI) consente di valutare le manifestazioni comportamentali della depressione assumendo la teoria cognitiva come riferimento per l'interpretazione dei risultati.

Il BDI misura la tristezza, i pensieri negativi riguardo a se stessi e al futuro e i sintomi fisici: a ciascun livello di gravità (4 livelli) corrisponde una definizione specifica che il soggetto deve scegliere per descrivere la propria condizione[111].

La **Children's Depression Inventory** è destinata all'identificazione della sintomatologia depressiva nei bambini dai 7 ai 17 anni e si focalizza principalmente sulla stima di sé, sulla capacità di provare piacere, sulla motivazione, sulla perdita di interesse per attività particolarmente piacevoli e sui pensieri negativi che si presentano nelle due settimane antecedenti la somministrazione[112].

La ricerca scientifica internazionale riconosce, inoltre, l'impiego di uno strumento sviluppato dal Center of Epidemiolgical Studies, noto come **CES-DC.** Esso consente di operare uno screening dei sintomi depressivi nei bambini dai 6 ai 17 presenti nelle 2 settimane antecedenti la somministrazione[113], attraverso 20 items (10 items nella forma breve) misurabili su una scala Likert a 3 passi. Il CES-DC ha mostrato un'alta affidabilità interna in numerosi studi condotti in diversi paesi.

Parimenti attendibile è considerata la **Reynolds Adolescent Depression Scale** (RADS) che consente di misurare la severità dei sintomi depressivi in una fascia di età compresa tra i 13 e i 18 anni[114].

Gli strumenti di autovalutazione si associano all'eterovalutazione dei sintomi depressivi nei bambini e negli adolescenti.

Particolarmente utile per operazioni di screening nella fascia di età compresa tra i sei e i diciannove anni è il **Test dell'ansia e della depressione nell'infanzia e nell'adolescenza** (TAD). Esso consente sia in contesti scolastici che in ambito clinico di acquisire informazioni sui pensieri, sulle emozioni e sul comportamento dei soggetti, rivelando sia come essi si percepiscono che come vengono percepiti dalle persone con cui si relazionano. Il TAD, si compone infatti di una scala di autovalutazione, di una scala di valutazione da parte dei genitori e di una da parte degli insegnanti.

Tra le scale di etero valutazione la **Hamilton Depression Rating**

Scale (Ham-D) è la scala maggiormente utilizzata in ambito clinico ma la sua somministrazione risulta particolarmente difficile a personale non esperto.

È opportuno che la somministrazione di qualsiasi strumento di valutazione sia riservata a personale con esperienza e conoscenza degli strumenti e del processo di valutazione Gli strumenti descritti e selezionati tra una vasta gamma di proposte si prestano comunque ad un possibile uso nei contesti scolastici. L'implementazione di azioni di intervento richiedono infatti la definizione di programmi di screening che consentono di applicare misure preventive finalizzate a ridurre il rischio di patologie depressive che inficiano la qualità della vita e minacciano il sano sviluppo psicofisico dei minori.

IV.4. *La didattica delle attività motorie come strumento di prevenzione e di intervento*

La letteratura scientifica sul tema della relazione tra disturbi dell'umore e attività fisica sembra attualmente suggerire l'impiego dell'esercizio nella prevenzione e nella riduzione dei sintomi depressivi anche durante l'infanzia e l'adolescenza[115,116,117,118].

Per quanto concerne i meccanismi biologi e neurofisiologi è possibile confermare le ipotesi formulate a sostegno di una correlazione negativa tra disturbi dell'umore ed esercizio fisico, a cui si associano le ipotesi psicologiche che suggeriscono un'ulteriore chiave interpretativa di tale correlazione in particolar modo nella fase adolescenziale[119].

La prima è la già citata **ipotesi della distrazione** che si realizza durante l'attività fisica distogliendo dai pensieri negativi caratteristici degli stati depressivi. Tale ipotesi, elaborata da Bahrke & Morgan (1978)[120] in uno studio che comparava gli effetti positivi sugli stati di ansia del walking su treadmill e la meditazione e il riposo su una seduta confortevole, ha confermato gli effetti benefici dell'esercizio fisico sul generale benessere psicofisico, riducendo lo stress generato dai pensieri negativi legati a particolari eventi di vita.

La seconda ipotesi sostiene che la riduzione dei sintomi depressivi è l'effetto di un aumento diretto dell'**autostima** che si genera conseguentemente alla pratica dell'attività fisica. Uno dei modelli teorici a sostegno di tale relazione è stato proposto da Sonstroem (1978)[121] che ha sostenuto che la pratica delle attività di movimento genera l'acquisizione di

abilità fisiche che aumentano la stima di sé e conducono a reiterare i comportamenti che ne innalzano i livelli. A ciò si associa l'effetto del feedback propriocettivo nel modificare la percezione del proprio corpo: la riduzione del peso e l'aumento del tono muscolare contribuisce ad una migliore immagine di sé.

Da alcuni studi è emerso infatti che il tipo di immagine corporea posseduta dalle femmine a tredici anni può essere un fattore predittivo del manifestarsi della depressione verso i diciotto anni, allo stesso modo, per i maschi, l'immagine corporea che possiedono a quindici anni permette di prevedere il grado di depressione a diciotto[122].

La terza ipotesi nota come "**mastery hypothesis**" suggerisce che l'assolvimento di un compito (come imparare un nuovo sport) genera un senso di soddisfazione che migliora il tono dell'umore.

La quarta ipotesi si riferisce agli effetti indiretti che lo sport produce sull'umore fornendo opportunità per una maggiore **interazione sociale**.

Se tali meccanismi sono stati indicati come fattori di protezione che riducono i rischi dei disturbi dell'umore in età adulta, è lecito supporre che, in una fase dello sviluppo in cui si crea una propria immagine corporea personale collegata al processo di costruzione dell'identità sessuale e si acquisiscono abilità sociali che consentono una sana interazione con l'altro, l'attività fisica possa svolgere un ruolo determinante nel contrastare i rischi di uno sviluppo atipico.

La valorizzazione delle attività di movimento, dunque, nell'infanzia e nell'adolescenza condurrebbe in sintesi a favorire la *resilienza*, ossia quell'insieme di caratteristiche cognitive e affettive che consentono di affrontare e di interpretare in maniera positiva gli eventi della propria vita attraverso l'innalzamento dei livelli di autostima e di autoefficacia, l'assunzione di un atteggiamento attivo per il superamento di ostacoli e difficoltà e l'acquisizione di abilità cognitive, affettive e relazionali indispensabili nelle strategie di *coping* che permettono di affrontare le sfide continue del processo di sviluppo.

Seppure la lettura in chiave psicologica dell'efficacia delle attività di movimento nella regolazione dell'umore induca a riconoscerne la valenza, gli attuali programmi di intervento e di prevenzione non sembrano tradurre in pratica quanto dichiarato sul piano scientifico internazionale.

Il luogo di eccellenza per l'applicazione degli interventi di prevenzione è il contesto scolastico dove il bambino e l'adolescente trascorrono gran parte del loro tempo e dove instaurano relazioni significative

con i pari che influiscono sul proprio stile cognitivo, affettivo e relazionale spesso compromesso in presenza di un disturbo depressivo.

La possibilità di praticare attività di movimento nei contesti scolastici crea un'opportunità di intervento finalizzata a prevenire e ridurre i rischi di disturbi depressivi nei minori, qualora siano fornite adeguate indicazioni sulle metodologie didattiche maggiormente efficaci.

Non si tratta di offrire indicazioni prevalentemente sulla tipologia di esercizi da praticare ma di fornire indicazioni metodologiche che possano favorire la prevenzione e il trattamento di tali disturbi nei contesti scolastici avvalendosi della documentata efficacia dell'esercizio come programma di intervento preventivo.

Attualmente è riconosciuta una notevole efficacia, soprattutto nella fase adolescenziale, alla psicoterapia che si avvale di strategie cognitive-comportamentali; esse possono ricorrere non solo al lavoro di psicologi clinici ma anche all'intervento di educatori esperti[123].

Tali strategie si servono di una serie di tecniche che offrono interessanti suggestioni metodologiche alle prassi didattico-motorie negli interventi di prevenzione dei disturbi dell'umore:

- lo **shaping** consiste nel rinforzare quei comportamenti che più si avvicinano all'obiettivo, anche se ne sono ancora distanti. Naturalmente, per il docente significa accontentarsi delle risposte anche solo parzialmente positive e rinforzarle avvicinandosi sempre più agli obiettivi prefissati: assistere alle attività svolte da altri in palestra è già un primo passo verso la pratica dell'esercizio;
- il **rinforzamento** è il meccanismo o la tecnica di matrice comportamentista maggiormente utilizzata. Il rinforzatore è rappresentato da una qualsiasi conseguenza positiva di un comportamento emesso, che rende maggiormente possibile il ripetersi del medesimo. La teoria su cui si basano le tecniche cognitivo-comportamentali distingue tra *rinforzatori primari* e *rinforzatori secondari*: i primi sono legati alla sopravvivenza, i secondi sono appresi nel corso della vita. Tra questi ultimi i più efficaci sono i *rinforzatori sociali*, che possono esplicarsi anche attraverso la prossemica del corpo, e i *rinforzatori informativi* come i feedback verbali. Si tratta in questi casi di meccanismi estrinseci: se un bambino riceve un premio per ogni attività che svolge, naturalmente la sua motivazione estrinseca aumenta. Qualora la partecipazione a una attività nasce dal piacere di prendervi parte agisce una motivazione intrinseca.

In linea con il pensiero comportamentista i rinforzatori possono essere sia positivi che negativi e questi ultimi non sono associabili alla punizione ma, in quanto rinforzatori, producono comunque risposte positive attraverso la cessazione di una situazione sgradita.

Pertanto, la scelta di attività gradite e di persone con cui creare occasioni di relazione diventa fondamentale in situazioni di rischio;

- il **role playing** è una tecnica che viene tradizionalmente utilizzata nel trattamento dei Disturbi dell'Umore per sviluppare comportamenti che consentono di ricevere gratificazioni dall'ambiente, attraverso la sperimentazione di una valenza affettiva nelle relazioni che si instaurano. È una metodologia che consente di immedesimarsi in un ruolo mettendo in atto dei comportamenti che consentirebbero di acquisire delle abilità emotivo-relazionali da impiegare successivamente nelle situazioni reali. Il role playing si presta particolarmente ad attività di gruppo laboratoriali in cui vengono impiegate le potenzialità motorie ed espressive del corpo nella simulazione di situazioni, sia positive che negative, che favoriscono l'autocontrollo e la gestione dell'ansia e dell'aggressività;
- le **tecniche di autocontrollo** (training autogeno, mindfulness), che derivano dal modello di Rehm (1997)[124] sulla depressione, consentono di monitorare i propri pensieri, i propri comportamenti e le proprie sensazioni fisiche (battito cardiaco, tensione muscolare) valutando la possibilità del verificarsi di determinati eventi;
- la **ristrutturazione cognitiva** è uno strumento di cui ci si può avvalere per contrastare i pensieri disfunzionali che spesso generano demotivazione[107,101];
- le attività di movimento consentono di agire indirettamente sulle convinzioni distorte caratterizzate da deduzioni arbitratrie che conducono a generalizzazioni spesso errate pericolose. Si tratta di aiutare a riconoscere i pensieri negativi che generano malessere nel corso delle attività proposte: l'accellerazione del battito cardiaco prima di una prova o a seguito di una prova non è necessariamente il segno di un malessere incombente ma l'effetto fisiologico normale dell'attività svolta o dell'arousal necessario a prepararsi alla prova;
- l'**educazione razionale emotiva** è strettamente connessa al processo della ristrutturazione cognitiva realizzabile durante le attività motorie. In questo caso, si tratta di operare un intervento sulla

capacità di gestire le emozioni distinguendo tra pensieri razionali e irrazionali legati alle performance e a non intravedere i pericoli di una "catastrofe" in ogni attività da svolgere;

- la **tecnica della pianificazione delle attività** ossia l'assegnazione di compiti graduati rappresenta una modalità efficace nell'aumentare la probabilità di successo e dunque un'occasione dl rinforzo. Nello specifico, significa partire da una valutazione delle potenzialità e difficoltà motorie del bambino anche considerando il quadro depressivo. Sulla base di esse il programma di intervento potrà prevedere una serie di esercizi a difficoltà crescente o la scomposizione di un compito in una serie di sotto-obiettivi, partendo dall'osservazione dell'altro e dall'ascolto di alcuni suggerimenti verbali;
- il **problem solving** rappresenta una strategia cognitiva utile nell'acquisizione di abilità di analisi, *coping* e risoluzione del problema. Solitamente, si articola in cinque fasi:
  - ✓ riconoscere il problema e capire che una soluzione può essere cercata;
  - ✓ definizione del problema;
  - ✓ cercare con l'aiuto di altri soluzioni possibili;
  - ✓ scegliere una delle soluzioni individuate;
  - ✓ mettere alla prova la soluzione e valutare i risultati[101].

Il problem solving riguarda anche la ricerca di soluzioni di tipo motorio che consentono di individuare modalità alternative alla risoluzione di attività e situazioni problematiche stimolando le capacità di sintesi, analisi, progettazione, ideazione e immaginazione e, nel contempo, la partecipazione e l'interesse.

Naturalmente le suggestioni che emergono dalle terapie cognitivo-comportamentali per una didattica delle attività motorie che agisca sulla regolazione dell'umore nei bambini e negli adolescenti si prestano a processi di generalizzazione, cioè all'acquisizione di abilità che consentono di applicare quanto appreso anche in situazioni diverse[101]. È naturale che se l'intervento attraverso le attività motorie nei contesti scolastici si protrae con le stesse finalità anche in attività extrascolastiche l'efficacia sarà di gran lunga maggiore.

La didattica delle attività motorie improntata ai principi delle tecniche cognitivo-comportamentali consente di agire sulla visione che il bambino o il ragazzo possiedono su se stessi, sul mondo e sul futuro modifi-

cando gli schemi mentali e i propri stili di attribuzione che influiscono sulla regolazione dell'umore.

Il docente, assume con tali finalità, il ruolo di educatore esperto qualora sia in grado di rendere concrete dimensioni di competenza che si esprimono in una assoluta padronanza dei metodi attraverso cui trasmettere le proprie conoscenze in ambito motorio. L'*accettazione incondizionata*, la *relazione empatica* e la *congruenza* rappresentano gli elementi di una comunicazione formativa efficace, finalizzata ad azioni di intervento e prevenzione dei disturbi dell'umore nei contesti scolastici.

CAPITOLO V

Aspetti Peculiari dell'Anziano

Claudio Macchi, Debora Valecchi

Sappiamo come esista una identità funzionale fra il carattere di una persona e il suo atteggiamento corporeo. Spesso tensioni muscolari croniche, limiti articolari e molte altre alterazioni fisiche compaiono e si definiscono durante l'infanzia, per poi progredire durante l'età adulta e anziana.

La psicologia ha da sempre privilegiato tutto ciò che è in evoluzione, come l'infanzia e l'adolescenza, ma negli ultimi anni ha cominciato ad interessarsi anche agli adulti ed agli anziani.

I dati demografici evidenziano infatti un incremento della vita media della popolazione, dato che ha ed avrà un grosso impatto sia sull'economia delle nazioni che sull'organizzazione sociale.

Gli aspetti psicologici e quindi le capacità intellettuali subiscono un'involuzione quando la creatività e l'operatività sono meno brillanti che nelle età precedenti, salvo rare eccezioni, anche se in questi casi risalta un evidente rallentamento delle attività intellettive, una riduzione della memoria, dell'attenzione e dell'adattamento ad ogni tipo di cambiamento.

Con l'invecchiamento, le modificazioni della sfera affettiva sono talvolta più marcate di quelle intellettive; l'allontanamento dei figli, la perdita del coniuge e la progressiva scomparsa di parenti ed amici, rendono l'anziano sempre più solo, meno autonomo e dipendente dagli altri, anche per i comuni atti della vita quotidiana; da qui la paura dell'isolamento e la depressione.

Uno degli aspetti sociali più gravi della vecchiaia è costituito dal modificato rapporto con i figli, dai quali spesso gli anziani sono più tollerati che desiderati, specie se coabitano e non sono più in grado di

accudire i nipoti o di eseguire i lavori domestici, anche se quasi sempre contribuiscono al bilancio familiare con la loro pensione.

Col pensionamento si hanno dei cambiamenti radicali nel proprio stile di vita al quale non si è mai preparati abbastanza anche se spesso, almeno all'inizio, l'andare in pensione è considerato un periodo di meritato riposo simile a quello delle ferie e delle vacanze. Dopo un periodo piacevole più o meno lungo subentra il malessere legato alla perdita del lavoro e dei riferimenti spaziali e temporali su cui, in precedenza, si era basata l'esistenza, con reazioni di tipo depressivo o aggressivo.

Da queste brevi considerazioni si capisce, come ad ogni età sia importante preservare la propria salute e la propria forma fisica a salvaguardia dell'autonomia e dell'autostima, indispensabili per una buona qualità di vita. L'insegnante, l'istruttore, il personal trainer o comunque si voglia chiamare colui che è deputato alla valutazione dello stato di salute fisica e mentale del soggetto, all'allenamento ed alla promozione della salute, deve essere in grado di dare consigli anche sullo stile di vita, ivi compresi stimoli motivazionali di vario genere.

Per fare questo deve essere culturalmente preparato, caratterialmente predisposto ai rapporti umani e conoscere gli atteggiamenti psicologici delle varie età della vita

Nell'anziano, il concetto di salute mentale si presta difficilmente ad una definizione, perlomeno univoca e sufficientemente condivisa. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità non ha stilato definizioni ufficiali in merito. Difficile è infatti riferirsi ad una condizione di cosiddetta normalità, anche perché l'assenza di malattie mentali non implica necessariamente la condizione di salute mentale, analogamente a quanto possiamo riscontrare per definire il concetto di salute[125]. Ciò diviene particolarmente difficile per la frequente presenza di comorbilità che implicano già di per sé alterazioni del tono dell'umore e del comportamento.

Il malessere mentale dell'anziano si associa spesso a scarsa autostima, disturbi del sonno, depressione del tono dell'umore, stili di vita e comportamenti inadatti al suo stato di salute.

Indubbiamente possiamo affermare che la perdita di salute mentale si configura in uno stato di malessere emotivo e psicologico che spesso impedisce di sfruttare le proprie capacità all'interno della vita sociale e delle attività quotidiane. In questa condizione risulta difficoltoso partecipare alle modificazioni ambientali e sociali, stabilire relazioni soddisfacenti, conservare la propria personalità con la giusta autostima e risolvere le conflittualità[126].

È ormai comunemente accettata la relazione tra attività fisica e stato mentale, in tutte le età della vita. La ricerca in questo campo comprende la valutazione sia di deterrenti o incentivanti psicologici per la partecipazione all'esercizio (motivazione) che dei fattori psicologici che influenzano la prestazione fisica[127,128].

Gli effetti positivi sulla sfera psicologica dell'esercizio nell'anziano possono essere indiretti, tramite la riduzione dei sintomi legati alla perdita di peso oppure diretti attraverso il miglioramento dell'ansia, della depressione e delle performances cognitive[129].

Gli studi, sviluppati soprattutto a partire dagli anni '70, sono concordi nel dimostrare un effetto dell'attività fisica sul benessere psicologico. I primi studi si sono focalizzati sulla riduzione delle emozioni negative (ansia normale e patologica, sfiducia in se stessi), mentre in un secondo tempo sono aumentate le evidenze sulla attività fisica come promotrice di sensazioni positive, come il senso di energia. A questo proposito Thayer[127] ha dimostrato che una passeggiata di 10 minuti è più efficace nel ridurre la tensione e a produrre una sensazione di energia rispetto a mangiare un dolce o fumare.

Tuttavia non è ancora nota la correlazione dose-dipendente tra esercizio (frequenza, intensità e durata delle sedute) e aspetti emozionali: anche una sola seduta è in grado di produrre una sensazione di benessere della durata di qualche ora.

Anche per l'anziano, i meccanismi attraverso i quali l'esercizio produce questo effetto non sono del tutto chiariti; le ipotesi più accreditate comprendono:

- **Distrazione** - L'esercizio può distrarre dalle preoccupazioni quotidiane. Gli effetti positivi dell'esercizio a livello psicologico sono stati dimostrati in alcuni studi mentre altri non hanno fornito correlazioni significative, in modo da lasciare ancora aperta la discussione.
- **Endorfine** - Le Endorfine sono oppioidi endogeni rilasciati in circolo in risposta a varie perturbazioni, tra cui l'attività fisica: alcuni studi hanno dimostrato che esiste una correlazione tra alti livelli circolanti di queste sostanze e la sensazione di benessere che segue una seduta di esercizio; tuttavia il blocco a livello biochimico del loro effetto in vivo, ha prodotto il mantenimento della sensazione di benessere in una parte dei soggetti studiati. Il ruolo delle endorfine non è quindi ancora precisamente definito.
- **Termogenesi** - Un esercizio abbastanza intenso da provocare un aumento di temperatura corporea, attraverso l'azione dell'ipotalamo

e del talamo, è in grado di stimolare alcune aree cerebrali che a loro volta inducono un rilassamento muscolare; l'ipotesi è che tale rilassamento, producendo una riduzione della stimolazione sensoriale, si rifletta positivamente sulla sfera psicologica[130,131].

- **Monoamine** - Neurotrasmettitori come la norepinefrina, la dopamina e la serotonina influenzano il tono dell'umore a livello del SNC: l'attività fisica modifica i livelli intracerebrali di queste sostanze nell'animale, e studi recenti sembrano convalidare questi risultati anche nell'uomo.
- **Flusso ematico cerebrale** - Un aumento selettivo del flusso cerebrale a livello corticale (lobo frontale, lobi parietali e temporali) e della sostanza grigia, in cui sono localizzate aree di controllo degli stati emozionali, è stato dimostrato da alcuni studi, quindi messo in relazione con l'aumento dell'arousal (livello di vigilanza), con la performance cognitiva e con gli stati emozionali, verosimilmente tramite una modulazione del metabolismo locale delle monoamine.

Le variazioni dei livelli di monoamine e del flusso cerebrale sono meccanismi biologici chiamati in causa anche per spiegare gli effetti positivi dell'attività fisica praticata regolarmente nel tempo anche se fattori psicologici e sociali rivestono un ruolo essenziale.

La pratica regolare di un'attività fisica aumenta sia l'autostima (cioè la componente valutativa della concezione di sé) che l'autoefficacia (cioè la fiducia nelle proprie capacità di seguire la linea ottimale di condotta richiesta nelle diverse situazioni) e sembra promuovere un locus del controllo più interno aumentando la percezione di poter incidere positivamente sulla propria vita tramite il comportamento, a scapito della sensazione che la propria vita sia fuori dal proprio controllo e determinata esclusivamente da agenti esterni al soggetto (locus del controllo esterno). Questi effetti sono stati evidenziati sia nei giovani che negli adulti e negli anziani, in cui spesso si ha una riduzione dell'autoefficacia e un viraggio all'esterno del locus del controllo[132].

La tipologia delle attività deve essere tuttavia ulteriormente studiata: da ricerche iniziali sia l'esercizio aerobico che quello di rinforzo muscolare si sono dimostrati efficaci per sollevare il tono dell'umore (sintomi depressivi), mentre soltanto l'esercizio aerobico sembra efficace per ridurre i livelli di ansia.

Sicuramente anche gli effetti dell'esercizio sull'aspetto fisico, oltre che sull'immagine corporea, sulla forma fisica, e in alcuni casi, su sintomi patologici, hanno una ricaduta positiva sul benessere psicologico

dei soggetti attivi. Soprattutto negli anziani, ma non solo in questi, è probabile che giochino un ruolo fondamentale le attenzioni ricevute durante i programmi di attività fisica e la socializzazione nelle attività di gruppo.

Conclusioni

Abbiamo quindi visto come la depressione abbia "ammalato" in questi ultimi anni la popolazione di tutto il mondo e soprattutto come prevalga l'incidenza nel sesso femminile.

L'uso dei farmaci antidepressivi e lo psicologo non possono e non devono essere gli unici rimedi per combattere la depressione; l'attività fisica è un ottimo aiuto e, in alcuni casi, un'alternativa ai metodi tradizionali di cura.

Purtroppo ancora oggi per molti, tra medici pazienti, nonostante la pratica dell'attività fisica venga considerata positivamente, c'è ancora molto scetticismo sulla sua applicabilità e praticabilità e quindi si continua a privilegiare l'impiego di farmaci e a cercare di interpretare il malessere dei soggetti affetti da disturbi dell'umore con lunghe e imbarazzanti visite specialistiche.

L'attività fisica riequilibra i mediatori chimici coinvolti nella depressione quali dopamina, noradrenalina e serotonina, comportando un netto miglioramento a livello di umore, emotività e funzioni cognitive, ma permette anche la possibilità di familiarizzare con persone nuove e di aumentare la propria autostima.

Un aspetto sempre trascurato è che non si pensa in maniera sufficiente ad adattare tipo e durata dei programmi di attività fisica al soggetto soprattutto nei confronti del sesso femminile, mentre è un fatto oggettivo che le donne sono maggiormente colpite dalla sindrome depressiva. Occorre quindi creare e calibrare metodi allenanti rivolti anche alle donne.

Praticare un'attività fisica è per tutti una scelta che può essere molto più che una semplice forma di allenamento o di mantenimento della propria forma fisica; chi pratica un'attività fisica regolare e un sano stile di vita ha scelto di vivere nel benessere sia del corpo che della mente.

Bibliografia

1. ICD-10 – *Classificazione Statistica Internazionale Delle Malattie e Dei Problemi Sanitari Correlati*. Decima Rev. Volume 1. Oms. Ginevra. Ist. Poligrafico e Zecca Dello Stato. Libreria Dello Stato, 1992.
2. American Psychiatric Association (APA). *Dsm-IV-TR. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Edizione Italiana: Masson, Milano, 2001.
3. Angst J., Cui L., Swendsen J., Rothen S., Cravchik A., Kessler R.C., Merikangas K.R. "Major Depressive Disorder With Subthreshold Bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication". *Am J Psychiatry*. 2010 Aug 16.
4. Judd LL., Kunovac JL. Clinical characteristics and management of unipolar depressive disorders comorbid with neurological disorders. *Neuropsychobiology*. 1998; 37 (2): 84-7.
5. McWilliams N. In conversation with Dr Nancy McWilliams. Interviewed by George Halasz. *Australas Psychiatry*. 2008 Dec; 16 (6): 397-404.
6. Klerman G., Weissman M. Jama. "Increasing Rates Of Depression", American Medical Association. *The Journal of the American Medical Association* 1989; 261: 2229-2235.
7. Frisch U, Riecher-Rössler A."Depression during pregnancy". *Ther Umsch*. 2010 Nov; 67 (11): 571-575. German.
8. Parcells DA. "Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy". *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 Nov; 17 (9): 813-20.
9. Marcus S, Lopez JF, McDonough S, Mackenzie MJ, Flynn H, Neal CR Jr, Gahagan S, Volling B, Kaciroti N, Vazquez DM. "Depressi-

ve symptoms during pregnancy: Impact on neuroendocrine and neonatal outcomes". *Infant Behav Dev.* 2010 Oct 28.
10. Kessler R., Mcgonagle K., Zhao S., Nelson C., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H., Kendler K., "Lifetime And 12-Month Prevalence Of Dsm-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results From The National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry,* American Medical Association, 1994; 51: 8-19.
11. Dubini A., Mannheimer R., Pancheri P. "Depression in the Community: Results of the First Italian Survey", *International Clinical Psychopharmacology*, Lippincott Williams & Wilkins, Jan 2001; 16 (1): 49-53.
12. Breslau N., Chilcoat H., Schultz L. "Anxiety Disorders and The Emergence Of Sex Differences in Major Depression". *The Journal Of Gender-Specific Medicine: Jgsm: The Official Journal Of The Partnership For Women's Healtht At Columbia*, Multimedia Healthcare/Freedom, 1998 Dec; 1 (3): 33-39.
13. Nolen-Hoeksema S., Girgus J. "The Emergence Of Gender Differences In Depression During Adolescence" *Psychological Bulletin*, American Psychological Association, May 1994; 115 (3): 424-443.
14. Murray C., Lopez A. "Evidence-Based Health Policy – Lessons From The Global Burden Of Disease Study", *Science*, American Association For The Advancement Of Science, 1996; 274: 740-741.
15. Brown G., Prudo R. "Psychiatric Disorder In a Rural And Urban Population: 1. Aetiology of Depression" *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, Aug 1981; 11 (3): 581-599.
16. Paykel E. "Life Events, Social Support And Depression". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum Munksgaard International Publishers, 1994; 377: 50-58.
17. Wilhelm K., Parker G. "Sex Differences In Depressiogenic Risk Factors and Coping Strategies In a Socially Homogeneus Group". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Munksgaard International Publishers, Sep 1993; 88 (3): 205 -211.
18. Weissman M., Klerman G. "Sex Differences And Epifemiology Of Depression". *Archives of General Psychiatry.* American Medical Assocaition, Jan 1977; 34 (1): 98-111.
19. Lennon M., Bravo M., Guzman J., Burgos N."Depressive Symptomatology In Single Women Heads Of Households In Puertorico:

A Comparative Analysis". *Women & Health*, Haworth Press, 1995; 23 (3): 1-18.
20. Meddin J.R. "Sex Differences In Depression An Dissatisfaction With Self: Finding From a United States National Survey". *Social Science And Medicine*, Pergamon Press, 1986; 22 (8): 807-812.
21. The World Health Report, Making a Difference, WHO, Geneva 1999; 104-109.
22. Adnkronos Salute, "Depressione, Oggi Giornata Europea", Adnkronos, 11 Ottobre 2007.
23. Perrino T., Mason C.A., Brown S.C., Szapoczni K. "The relationship between depressive symptoms and walking among Hispanic older adults: a longitudinal, cross-lagged panel analysis". *J. Aging Ment Health.* 2010 Mar; 14 (2): 211-9.
24. Galper D.I., Trivedi M.H., Barlow C.E., Dunn A.L., Kampert J.B. "Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women". *Med Sci Sports Exerc.* 2006 Jan; 38(1): 173-8.
25. Penedo F.J., Dahn J.R. "Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity". *Curr Opin Psychiatry.* 2005 Mar; 18 (2): 189-93.
26. Mead G.E., Morley W., Campbell P., Greig C.A., McMurdo M., Lawlor D.A. "Exercise for depression". *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8; (3): CD004366.
27. Ströhle A. "Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders". *J Neural Transm.* 2009 Jun; 116 (6): 777-84. Epub 2008 Aug 23.
28. James A. Blumenthal, Phd, Michael A. Babyak, Phd, P. Murali Doraiswamy, Md, Lana Watkins, Phd, Benson M. Hoffman, Phd, Krista A. Barbour, Phd, Steve Herman, Phd, W. Edward Craighead, Phd, Alisha L. Brosse, Phd, Robert Waugh, Md, Alan Hinderliter, Md And Andrew Sherwood, Phd. "Exercise and Pharmacotherapy In The Treatment of Major Depressive Disorder" *Psychosomatic Medicine* 2007, 69: 587-596.
29. Hassmen P., Koivula N., Uutela A. "Physical Exercise And Psychological Well-Being: A Population Study In Finland". *Preventive Medicine,* Academic Press, Jan 2000; 30 (1): 17-25.
30. Manger T.A., Motta R.W. "The impact of an exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression. *Int J Emerg Ment Health.* 2005 Winter; 7 (1): 49-57.

31. Sexton H., Maere A., Dahl N.H. "Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. A controlled follow-up study". *Acta Psychiatr Scand.* 1989 Sep; 80 (3): 231-5.
32. Di Meo F., Bauer M., Varaham I., Proest G., Halter U. "Benefit from aerobic exercise in patient with major depression: a pilot study". *Br J sports Med* 2001. Apr; 35 (2). 114-7.
33. Bartholomew J.B., Morrison D., Ciccolo J.T. "Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder". *Med Sci Sports Exerc.* 2005 Dec; 37 (12): 2032-7.
34. Brown W.J., Ford J.H., Burton N.W., Marshall A.L. *Am J Prev Med* 2005 Nov; 29 (4): 265-72.
35. Pigozzi F., Spataro A., Alabisio A., Parisi A., Rizzo M., Fagnani F., Di Salvo V., Massazza G., Maffulli N. "Role of exercise stress test in master atlete". *Br J Sports Med* 2005 Aug; 39 (8): 527-37.
36. De Vries H., Adams G. "Electromyographic comparision of single doses of exercise and meprobamate as to effects on muscular relaxation". *American Journal Of Physical Medicine*, Williams and Wilkins, Jun 1972; 51 (3): 130-141.
37. Dimeo F., Bauer M., Varahram I., Proest G., Halter U. "Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study". *Br J Sports Med.* 2001 Apr; 35 (2): 114-7.
38. Eyerer S., Kupfer B. "Physical exercise and psychological health". *Sports Med.* 1994; 17 (2): 108-16.
39. Bäckmand H., Kaprio J., Kujala U., Sarna S.: "Influences of physical activity on depression and anxiety of former elite athletes". *International Journal Of Sport Medicine*,Thieme, Nov 2003; 24 (8): 609-619.
40. Antunes H.K., Stella S.G., Santos R.F., Bueno O.F., De Mello MT. "Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program". *Rev Bras Psichiatr.* 2005 Dec; 27 (4): 266-71. Epub 2005 Dec 12.
41. Blake H., Mo P., Malik S., Thomas S. "How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review". *Clin Rehabil* 2009 oct; 23 (10): 873-87.
42. Barbour K.A., Blumenthal JA."Exercise training and depression in older adults". *Neurobiol Aging.* 2005 Dec; 26 Suppl 1: 119-23. Epub 2005 Oct 11.
43. Brosse AL, Sheets ES, Lett HS, Blumenthal JA. "Exercise and the

treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions". *Sports Med.* 2002; 32 (12): 741-60.
44. Barbour K.A., Edenfield T.M., Blumenthal J.A. "Exercise as a treatment for depression and other psychiatric disorders: a review". *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2007 Nov-Dec; 27 (6): 359-67.
45. Blumenthal J.A., Babyak M.A., Moore K.A., Craighead W.E., Herman S., Khatri P., Waugh R., Napolitano M.A., Forman L.M., Appelbaum M., Doraiswamy P.M., Krishnan K.R. "Effects of exercise training on older patients with major depression". *Arch Intern Med.* 1999 Oct 25; 159 (19): 2349-56.
46. Barbour K.A., Blumenthal J.A. "Exercise training and depression in older adults". *Neurobiol Aging.* 2005 Dec; 26 Suppl 1: 119-23. Epub 2005 Oct 11.
47. Blumenthal J.A., Babyak M.A., Doraiswamy P.M., Watkins L., Hoffman B.M., Barbour K.A., Herman S., Craighead W.E., Brosse A.L., Waugh R., Hinderliter A., Sherwood A. "Step-exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder" *Psychosom Med.* 2007. Oct; 69 (7): 587-96.
48. Fukukawa Y., Nakashima C., Tsuboi S., Kozakai R., Doyo W., Niino N., Ando F., Shimokata H. "Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms". *Psychol Aging.* 2004 Jun; 19 (2): 346-51.
49. Annesi J.J. "Correlations of depression and total mood disturbance with physical activity and self-concept in preadolescents enrolled in an after-school exercise program". *Psychol Rep.* 2005 Jun; 96 (3 Pt 2): 891-8.
50. Reininger M.: *Frequenza*, Punkte, Techniken, *Im* Verlag, Graz 2005; 126-130.
51. Vickers K.S., Patten C.A., Lewis B.A., Clark M.M., Ussher M., Ebbert J.O., Croghan I.T., Decker P.A., Hathaway J., Marcus B.H., Hurt R.D. "Feasibility of an exercise counseling intervention for depressed women smokers". *Nicotine Tob Res.* 2009 Aug; 11 (8): 985-95.
52. Motl R.W., Konopack J.F., McAuley E., Elavsky S., Jerome G.J., Marquez D.X. "Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after a physical activity intervention". *J Behav Med.* 2005 Aug; 28 (4): 385-94.
53. Lee Y., Park K. "Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults?" *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Mar; 23 (3): 249-56.

54. Vickers K.S., Nies M.A., Patten C.A., Dierkhising R., Smith S.A. "Patients with diabetes and depression may need additional support for exercise". *Am J Health Behav.* 2006 Jul-Aug; 30 (4): 353-62.
55. Vickers K.S., Patten C.A., Lewis B.A., Clark M.M., Ussher M., Ebbert J.O., Croghan I.T., Decker P.A., Hathaway J., Marcus B.H., Hurt R.D. "Feasibility of an exercise counseling intervention for depressed women smokers". *Nicotine Tob Res.* 2009 Aug; 11 (8): 985-95. Epub 2009 Jun 18.
56. Blumenthal J.A., Sherwood A., Rogers S.D., Babyak M.A., Doraiswamy P.M., Watkins L., Hoffman B.M., O'Connell C., Johnson J.J., Patidar S.M., Waugh R., Hinderliter A. "Understanding prognostic benefits of exercise and antidepressant therapy for persons with depression and heart disease: the UPBEAT study-rationale, design, and methodological issues". *Clin Trials.* 2007; 4 (5): 548-59.
57. Midtgaard J., Rørth M., Stelter R., Tveterås A., Andersen C., Quist M., Muller T., Adamsen L. "The impact of a multidimensional exercise program on self-reported anxiety and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: a phase II study". *Palliat Support Care.* 2005 Sep; 3 (3): 197-208.
58. Manger T.A., Motta R.W. "The impact of an exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression". *Int J Emerg Ment Health.* 2005 Winter; 7 (1): 49-57.
59. Sexton H., Maere A., Dahl N.H. "Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. A controlled follow-up study". *Acta Psychiatr Scand.* 1989 Sep; 80 (3): 231-5.
60. Ross CE, Hayes D. "Exercise and psychologic wellbeingin the community". *Am J Epidemiol*, 1988; 127: 762-771.
61. Stephens T. "Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys". *Prev Med*, 1988; 17: 35-47.
62. Goodwin RD. "Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States". *Prev Med*, 2003; 36: 698-703.
63. Galper DI, Trivedi MH, Barlow CE, et al. "Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women". *Med Sci Sports Exerc.* 2006; 38: 173-178.
64. Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R., Dudgeon, K.

"Physical exercise and psychological well being: a critical review". *British Journal of Sports Medicine,* 1988; 32, 111-120.
65. O'Neal, H., Dunn, A.L., Martinsen, E.W. "Depression and exercise". *Int. J. Sport Psychol.*, 2000; 31, 110-135.
66. Paluska, S.A., Schwenk, T.L. "Physical activity and mental health". *Sports Med.*, 2000; 29, 167-180.
67. Penedo, F.J., Dahn, J.R. "Exercise and well-being: a review of mental andphysical benefits associated with physical activity". *Curr. Opin. Psyciatr.*, 2005; 18, 189-193.
68. Tomporowski, P.D. "Effects of acute bouts of exercise on cognition". *Acta Psychologica*, 2003; 112, 297-324.
69. Lawlor, D.A., Hopker, S.W. "The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and metaregression analysis of randomised controlled trials". *Br. Med. J.*, 2001; 322, 1-8.
70. Rot Marije aan het, Collins Katherine A., Fitterling Heidi L. "Physical Exercise and Depression". *Mount Sinai Journal of Medicine*, 2009, 76: 204-214.
71. Strhöle A. "Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders". *J Neural Transm. Biological Psychiatry*, 2009 116: 777-784.
72. Donaghy M., Durward B. "A report on the clinical effectiveness of physiotherapy in mental health". *Research and Clinical Effectiveness Unit,* Chartered Society of Physiotherapy, 2000.
73. National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of depression in primary and secondary care.
74. Dietrich A., McDaniel WF. "Endocannabinoids and exercise". *Br J Sports Med*, 2004, 38: 536-541.
75. Cotman CW, Berchtold NC. "Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity". *Trends in Neurosciences*, 2002; 25 (6): 295-301.
76. Ernst C, Olson AK, Pinel JPJ, Lam RW, Christie BR. "Antidepressant effects of exercise: evidence for an adult neurogenesis hypothesis?". *Journal of Psychiatry & Neuroscience*; 2006; 31 (2): 84-92.
77. Duclos M, Gouarne C, Bonnemaison D. "Acute and chronic effects of exercise on tissue sensitivity to glucocorticoids". *Journal of Applied Physiology*, 2003; 94 (3): 869-75.
78. Dietrich, A. "Functional neuroanatomy of altered states of con-

sciousness: the transient hypofrontality hypothesis". *Consciousness and Cognition*, 2003; 2, 231-256.
79. Miller, E.K., Cohen, J.D.,. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience,* 2001; 24, 167-202.
80. Drevets WC, Price JL, Simpson JR Jr, Todd RD, Reich T, Vannier M, Raichle ME. "Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders". *Nature.* Apr 1997, 24; 386 (6627): 824-7.
81. Manji, J.K. Drevets, W.C. and Charney, D.S. "The cellular neurobiology of depression". *Nat. Med.* 2001; 7, 541–547.
82. Mayberg, H.S. "Limbic-cortical dysregulation: a proposed model of depression". *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1997; 9, 471-481.
83. Nemeroff, C.B. "Recent advances in the neurobiology of depression". *Psychopharmacol. Bull.* 2002; 36 (Suppl.), 6-23.
84. Nestler, E.J. Barrot, M. DiLeone, R.J. Eisch, A.J. Gold, S.J. and Monteggia, L.M. "Neurobiology of depression". *Neuron* 2002, 34, 13-25.
85. Vaidya, V.A. and Duman, R.S. "Depresssion-emerging insights from neurobiology". *Br. Med. Bull.* 2001, 7, 61-79.
86. Mayberg, H.S. et al. "The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect". *Am J Psychiatry* 2002 May; 159: 728-737.
87. Lobstein D., Rasmussen C. "Decreases in resting plasma beta-endorphin and depression scores after endurance training". *The Journal Of Sports Medicine And Physical Fitness,* Edizioni Minerva Medica, Dec 1991; 31 (4): 543-551.
88. Guszkowska M. "Effects of exercise on anxiety, depression and mood". *Psychiatr Pol.* 2004 Jul-Aug; 38 (4): 611-20.
89. Singh N.A., Clements K.M., Fiatarone MA. "A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1997 Jan; 52 (1): M27-35.
90. Virk G., Reeves G., Rosenthal N.E., Sher L., Postolache T.T. "Short exposure to light treatment improves depression scores in patients with seasonal affective disorder: A brief report". *Int J Disabil Hum Dev.* 2009 Jul; 8 (3): 283-286.
91. Schiffer F., Johnston A.L., Ravichandran C., Polcari A., Teicher M.H., Webb R.H., Hamblin M.R. "Psychological benefits 2 and 4 weeks after a single treatment with near infrared light to the forehead: a pilot study of 10 patients with major depression and anxiety". *Behav Brain Funct.* 2009 Dec 8; 5: 46.

92. Wirz-Justice A. "From the basic neuroscience of circadian clock function to light therapy for depression: on the emergence of chronotherapeutics". *J Affect Disord.* 2009 Aug; 116 (3): 159-60. Epub 2009 May 15.
93. Motl Robert W., Birnbaum Amanda S., Kubik Martha Y., and Dishman Rod K. "Naturally Occurring Changes in Physical Activity Are Inversely Related to Depressive Symptoms During Early Adolescence". *Psychosomatic Medicine* 2004, 66: 336-342.
94. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P et al. "The Clinical picture of major depression in children and adolescents". *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, pp. 854-861.
95. Shaffer D., Gould M.S. et al. "Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide". *Archives of General Psychiatry* 1996, 53 (6), 339-48).
96. Kessler R.C., Avenevoli S., Ries Merikangas K. "Mood diorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective". *Biol Psychiatry* 2001, 49: 1002-1014.
97. Nobile M., Cataldo G.M., Marino C. et al. "Diagnosis and treatment ofdysthymia in children and adolescents". *CNS Drugs*, 2003, 17 (13): 927-946.
98. Pınar A., Dil?ad S. "Adolescent depression: Progress and future challenges in prevention-control activities". *Marmara Medical Journal* 2004, 17 (1); 47-52.
99. Rushton JL, Forcier M , Schectman RM. Epidemiology of depressive symtoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 41: 199-205.
100. Allison SL Roeger G et al. "Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents". *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 34: 498-503.
101. Celi F. *Psicopatologia dello sviluppo.* Mc Graw-Hill, It. Ed. Milano, 2002.
102. Murray K.T., Sines J.O. "Parsing the genetic and nongenetic variance in children's depressive behavior", *Journal of affective disorders*, 1996; 36 (4): 23-24.
103. Mash Eric J., Barkley Russell A. *Child Psychopathology*. The Gilford Press, New York, 2003.
104. Shaffer D, Gould MS et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry,* 1996, 53 (6), 339-48).

105. Aringolo K. *La depressione nell'infanzia e nell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano, 2008.
106. Alvin E. *La diagnosi psicologica nella scuola secondo il DSM-IV*. Erikson, Trento, 2001.
107. Stark K. *Childhood depression. School-based intervention*. Guilford Press, New York, 2002.
108. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: SettingWHOdirections. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
109. Woolley, M. E.,& Curtis, H.W. "Assessing depression in latency-age children: A guide for school social workers". *Children and Schools*, 2007; 29 (4), 209-218.
110. Carnevale T. An Integrative Review of Adolescent Depression Screening Instruments: Applicability for Use by School Nursesjcap. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2010; 256 51-57.
111. Beck J. S., Beck, A. T., & Jolly, J. B. *Beck youth inventories*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 2001.
112. Cortese S., Falissard B., Angriman M., Pigaiani Y., Banzato C., Bogoni G., Maffeis C. "The relationship between body size and depression symptoms in adolescents". *Journal of Pediatrics*, 2009; 154 (1), 86-90.
113. Cuijpers, P., Boluijt, P. & Van Straten "A. Screening of depression in adolescents through the internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 17 (1), 32-38.
114. Reynolds, W.M., Mazza, J. J. "Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. *Journal of School Psychology*, 1998; 36 (3), 295-312.
115. Annesi, J. J. "Relationship between self-efficacy and changes in rated tension and depression for 9 to 12 year old children enrolled in a 12 week afterschool physical activity program". *Perceptual and Motor Skills*, 2004; 99, 191-194.
116. Crews, D.J., Lochbaum, M.L., & Landers, D.M. "Exercise effects on psychological well-being and academic achievement in low income hispanic children". *Perceptual and Motor Skills*, 2004; 98, 319-324.
117. Johnson Carolyn C., Murray David M., Elder Jhon P., Jared B., Jobe, Dunn Andrea L., Kubik M. Voorhees C., Schachter K. "De-

pressive Symptoms and Physical Activity in Adolescent Girls". *Medicine & Science in Sports & Exercise,* 2008; 818-826.
118. Hume C., Timperio A., Veitch J., Salmon J., Crawford D., Ball K. "Physical Activity, Sedentary Behavior,and Depressive Symptoms Among Adolescents". *Journal of Physical Activity and Health,* 2011, 8, 152-156.
119. Rothon C., Edwards P., Bhui K. , Viner Russell M., Taylor S. and Stansfeld Stephen A. "Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study". *BMC Medicine* 2010, 8: 32.
120. Bahrke, M. S. & Morgan, W. P. "Anxiety reduction following exercise and meditation". *Cognitive Therapy and Research*, 1978; 2, 323.
121. Sonstroem, R. J. "Physical estimation and attraction scales: rationale and research". *Medicine and Science in Sports*, 1978, 10, 97-102. [Medline].
122. Kraft P., Breivik S., Holsen I., Rosamb. "Body image and depression: a longitudinal study of adolescents aged 13-18", relazione presentata al XXVII International Congress of Psychology, Stockholm, 23-28 luglio.
123. Pınar A., Dil?ad S. "Adolescent depression: progress and future challenges in prevention-control activities". *Marmara Medical Journal*; 2004, 17 (1); 47-52.
124. Rehm L.P. "A self-control model of depression". *Behavior therapy*, 1997; 8: 787-804.
125. Fox K.R. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.* 1999; 2 (3A): 411-8.
126. Weyerer S., Kupfer B. "Physical exercise and psychological health". *Sports Med.* 1994; 17 (2): 108-16.
127. Thayer R.E. *The biopsychology of mood and arousal.* Oxford University Press, New York, 1989.
128. Hale BS, Koch KR, Raglin JS."State anxiety responses to 60 minutes of cross training". *Br J Sports Med.* 2002, 36 (2): 105-7.
129. Taylor C.B., Sallis J.F., Needle R. "The relation of physical activity and exercise to mental health". *Public Health Rep.* 1985, 100 (2): 195-202.
130. Teske J.A., Billington C.J., Kotz C.M. "Neuropeptidergic mediators of spontaneous physical activity and non-exercise activity thermogenesis". *Neuroendocrinology.* 2008; 87 (2): 71-90.
131. Thompson D., Batterham A.M., Bock S., Robson C., Stokes K.

"Assessment of low-to-moderate intensity physical activity thermogenesis in young adults using synchronized heart rate and accelerometry with branched-equation modelling". *J Nutr.* 2006 Apr; 136 (4): 1037-42.

132. Guyton Hornsby W., Brynar R.W. *Clinical Exercise Psychology.* In. Brown SP (ed.). *Introduction to Exercise Science.* Lippincott, Williams and Wilkins, Baltimore 2001.

Gli Autori

Claudio Macchi, *MD, Direttore U.O. di Riabilitazione a Direzione Universitaria Fondazione Don Gnocchi ONLUS, IRCCS, Firenze. Presidente Corsi di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate e in Management dello Sport e delle Attività Motorie, Università degli Studi di Firenze.*

Duccio Bacci, *MD, Specializzando in Neurologia, comitato scientifico Mugello Study, Firenze.*

Debora Valecchi, *MD, Ricercatore Fondazione Don Gnocchi ONLUS, IRCCS, Firenze, comitato scientifico Mugello Study, Firenze.*

Paola Aiello, *Dottoranda in "Metodologia della ricerca educativa", indirizzo "Sport, salute, didattiche e integrazione" presso il Dipartimento delle Scienze Umane, Filosofiche e della Formazione dell'Università degli Studi di Salerno.*

Pensa
EDITORE

Finito di stampare
nel mese di maggio 2011
da Pensa Editore