

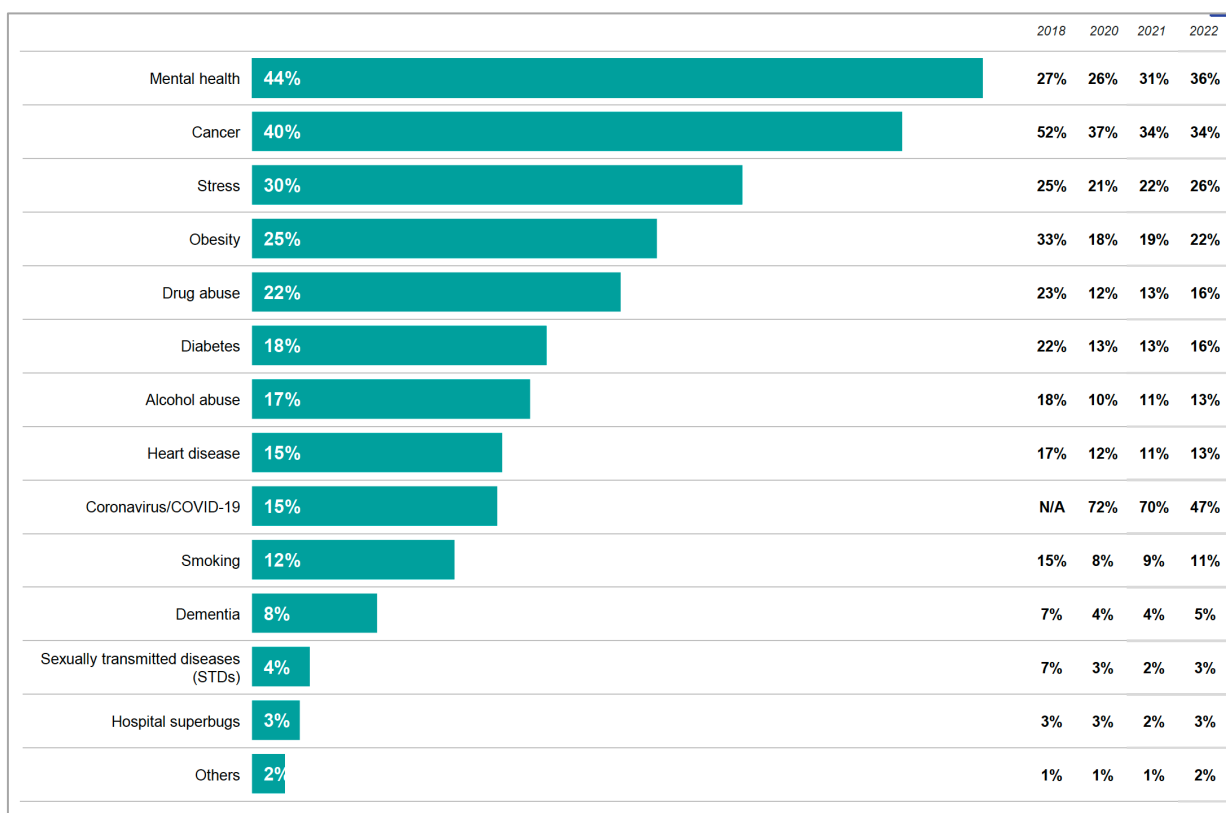
Stress, ansia, depressione

Premesse di contesto

Lo scenario in era post COVID è stato segnato, tra l'altro, da un aumento dei disturbi sia della sfera emotiva (stress, ansia, depressione) sia di quella cognitiva: la cosiddetta "brain fog", termine utilizzato per definire le difficoltà di attenzione-concentrazione-memoria.

Parallelamente è aumentata ovunque l'importanza riservata alla salute mentale rispetto ad altre problemi legati alla salute

Quest'incremento è stato documentato in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale del 10 Ottobre scorso (2023) da un'indagine IPSOS condotta in 31 paesi da cui emerge che alla domanda "Ragionando in generale, quali dei seguenti, se ce ne sono, vedi come i maggiori problemi di salute che le persone devono affrontare oggi nel tuo paese?" il 44% pone al 1° posto la salute mentale, al 2° posto il Cancro con il 40% ed al 3° posto lo Stress con il 30%



Significativi sono i dati che emergono da una comparazione tra Cancro e Salute Mentale: infatti mentre nel 2018 gli intervistati avevano la percezione che il Cancro fosse in cima all'elenco dei problemi di salute che le persone dovevano affrontare con un 52% rispetto al 27%, nel 2023 le posizioni si sono invertite con i problemi legati alla Salute Mentale al 44% e quelli oncologici al 40%.

Un altro dato emerso dall'[Ipsos Global Health Service Monitor](#) è l' aumento della focalizzazione sullo stress, problema menzionato dal 30% del campione intervistato ed in aumento di 5 punti rispetto al 2018. A livello internazionale il 62% dichiara di essersi sentito stressato almeno una volta nell'ultimo anno in modo tale da avere un impatto negativo sulla propria vita quotidiana; più di un terzo (34%) poi afferma che ciò è successo più volte.

Anche in Italia si registrano percentuali piuttosto alte: in particolare nell'ultimo anno il 57% dichiara di essersi sentito stressato tanto da non riuscire a far fronte alla situazione ed il 53% dichiara che lo stress ha avuto un impatto sulla propria vita quotidiana, il 44% afferma di essersi sentito giù di morale e il 31% di non essere andato al lavoro per un periodo di tempo per colpa dello stress.

A livello internazionale emerge anche come le donne siano più propense (36%) a riconoscere l'impatto che lo stress sta avendo sulla loro vita contro il 26% degli uomini.

Le donne sono più propense a dire di essersi sentite "giù di morale" al punto di sentirsi tristi o senza speranza quasi ogni giorno per un paio di settimane o più (30% contro il 24% degli uomini).

Al contrario, nel gruppo di chi si sente stressato al punto da non andare al lavoro non si rilevano grandi differenze tra le donne (20%) e gli uomini (17%).

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE: **problematiche comunicative**

Anche se i dati sopra esposti non rappresentano una realtà oggettivabile con parametri misurabili - come i valori derivati da esami ematochimici, immagini radiologiche, tracciati ecografici - ma sono espressione di una percezione soggettiva, rappresentano comunque un mood talmente diffuso che assolutamente non può e non deve essere sottostimato.

Per scendere nei dettagli dell'intervento terapeutico, va sottolineata l'importanza di riconoscere, identificare e descrivere il più precocemente possibile i sintomi tipici da parte di chi ne soffre ed di interpretarli, classificarli ed attenuarli (se non eliminarli del tutto) da parte di chi li cura: per questo motivo nella relazione medico-paziente - che mai come in quest'ambito deve essere empatica e fonte di gratificazione reciproca - vanno eliminati tutti quei fattori che potrebbero renderla inefficace o ostacolarla.

- *Difficoltà dei pazienti nel riconoscere i sintomi depressivi*: la persona giovane tende ad interpretare molti sintomi organici come conversioni somatiche di un disagio psicologico, la persona anziana al contrario tende ad attribuire ai suoi inevitabili acciacchi anche i disturbi affettivi considerandoli un corredo naturale di un'esistenza che volge al termine, quasi vergognandosi del non saper accettare serenamente l'idea della morte sempre più prossima.

Il medico dal canto suo deve essere conscio che la depressione non fa parte del naturale processo di invecchiamento e che pertanto è colpevole ed ingiustificato ritenere fisiologica (e quindi da non trattare) la depressione in età geriatrica, nascondendosi dietro pretestuose argomentazioni come la dipendenza generata dagli psicofarmaci o le loro numerose interazioni farmacologiche.

- *Difficoltà dei pazienti legati ad un'idea di mascolinità stereotipata nel riferire sintomi* di disagio psicologico per pudore, per paura di intaccare quell'immagine di forza virile/sicurezza/autorità inculcategli fin dall'infanzia mentre le donne in genere sono più "oneste" ed immediate nell'esteriorizzare i propri sentimenti.

Questa considerazione potrebbe contribuire a spiegare il divario riscontrato nella rilevazione statistica tra donne depresse (10-15%) e uomini depressi (5%-10%), non motivabile unicamente con la predisposizione ai disturbi dell'umore causati dalle variazioni dell'assetto ormonale femminile od alla necessità di essere sempre all'altezza dei compiti insiti nei molteplici ruoli svolti in ambito lavorativo e familiare.

- *L'atteggiamento del medico curante*, che mentre è spesso proattivo nella ricerca di indicatori e/o fattori di rischio in ambito cardiometabolico ed oncologico, quasi mai indaga sullo stato di salute mentale
- *L'estrema delicatezza e fragilità del rapporto* che si instaura tra medico e paziente, dove l'oggetto della negoziazione non ha un riscontro concreto ma è soggettività pura: quando il vissuto soggettivo ed interiore del paziente acquista dignità di dato oggettivo (come se fosse un danno d'organo documentabile), viene messo in crisi il modello di scienza che fa da riferimento culturale abituale per il medico.

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE: **definizioni**

E' opportuno che tutti gli attori siano concordi sulle definizioni di alcune parole chiave.

1. Stress

Il termine *stress* significa originariamente "pressione" e venne introdotto in medicina mutuandolo dalla metallurgia (dove indica la pressione che si applica a un metallo per testarne la resistenza) e si riferisce alla risposta messa in atto da un organismo di fronte ad una qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente. In questa prima definizione non c'è nessun riferimento alla dimensione di negatività che generalmente si tende ad associare al termine. A emergere è la dimensione adattativa. Lo stress è una forma di risposta dell'organismo verso l'ambiente che lo circonda, ed è dunque necessario alla sua sopravvivenza.

Nella quotidianità invece al termine *stress* viene associata per lo più una connotazione negativa di sovraccarico come ben sintetizzato da Sheldon Choen inventore della famosa Perceived Stress Scale: *"Lo Stress avviene quando un individuo percepisce che la domanda ambientale eccede le sue capacità adattive."* Questa definizione tuttavia può sembrare ancora troppo semplice. Lo stress, infatti, è una complessa combinazione di reazioni chimiche e fisiche che preparano l'organismo a reagire a una presunta minaccia.

In conclusione lo *stress* si può definire come la risposta fisiologica dell'organismo, multisistemica e integrata, a qualsiasi esigenza - di natura biologica, emotiva o cognitiva (Fink, 2016). Una risposta che nel breve periodo (stress acuto) promuove fenomeni dinamici di adattamento dell'organismo alle più svariate condizioni ambientali ma che, se si verifica troppo frequentemente e/o per lunghi periodi (stress cronico), può avere effetti disfunzionali e maladattativi di lunga durata.

Inoltre, così come esistono fattori di stress (stressor) negativi, che mettono in tensione il nostro organismo, allo stesso modo possono esistere anche forme benefiche, che attivano invece positivamente l'organismo (eustress).

Negli ultimi decenni poi numerosi ed autorevoli studi condotti nel campo della PNEI (PsicoNeuroEndocrinImmunologia) hanno fornito contributi rilevanti in diversi ambiti di ricerca, dalle neuroscienze alla psicobiologia, dall'epigenetica alla biologia molecolare, fino alla ricerca clinica, analizzando gli effetti dello stress sulla salute umana (ed ovviamente sull'invecchiamento) alla luce delle strette interrelazioni tra psiche, cervello e corpo. Oggi è nozione universalmente accettata che lo stress cronico può alterare la fisiologica "interferenza" tra cervello e sistemi biologici, poiché induce una varietà di effetti disfunzionali a lungo termine su tutti i sistemi fisiologici, compromettendo così la resilienza agli eventi stressanti e le traiettorie di salute.

In ambito clinico si parla di *stress acuto* quando la reazione fisiologica dell'organismo è attivata da un evento esterno circostanziato e facilmente identificabile.

Questa è la forma più comune. Ha una durata limitata e induce reazioni volte ad aumentare la prontezza delle risposte di fronte ad un pericolo e quando l'evento stressante viene superato si attiva una risposta di *rilassamento*, che ripristina il normale funzionamento dell'organismo.

Si parla invece di *stress cronico* qualora la causa o meglio le concause coincidono con una condizione prolungata. In questo caso l'individuo si sente costantemente sotto pressione, e lo stato di allerta e l'attivazione corporea che ne derivano rischiano di cronicizzarsi.

Quando questo avviene, il sistema di recupero del meccanismo di sovraeccitazione non funziona più come dovrebbe, e l'organismo resta in uno stato di allarme costante. L'eccesso di sovraeccitazione rischia di avere conseguenze potenzialmente dannose: per esempio non solo l'ovvio sviluppo di disturbi emotivi come ansia e depressione ma anche una riduzione delle difese immunitarie, un aumento dei radicali liberi e di alcuni ormoni, il potenziamento dei processi di infiammazione cronica etc, il tracollo è la conseguenza più probabile ed è ormai acclarato che **vivere un forte stress equivale a invecchiare prima del tempo.**

Negli ultimi anni, sono emerse e sono state consolidate le seguenti evidenze:

1. le malattie cronico degenerative (come le patologie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie, i disordini mentali, le malattie autoimmuni) sono caratterizzate dalla persistenza di reazioni infiammatorie croniche
2. il processo infiammatorio è regolato dal sistema immunitario e dal sistema nervoso (soprattutto quello "autonomo": SNA)
3. fattori ambientali, legati a stili di vita ed abitudini alimentari, e lo stress causano modificazioni in ambito epigenetico (il modo con cui i geni si esprimono)
4. il sistema immunitario ed il sistema nervoso vengono a loro volta regolati dal corredo genico ed, epigeneticamente (v. sopra) , dall'ambiente biologico, relazionale, nutrizionale, comportamentale.
5. vi sono forti correlazioni tra stress, disfunzione del sistema immunitario, depressione, ansia, infiammazione cronica, obesità, e altre malattie cronico-degenerative

Tab. 1 - Meccanismi biologici dell'invecchiamento correlati allo stress

1. Ossidazione

Lo stress cronico può aumentare i livelli di radicali liberi nel corpo, accelerando l'ossidazione cellulare. Questo processo può danneggiare il DNA e contribuire all'invecchiamento cellulare.

2. Telomeri

I Telomeri sono le estremità dei cromosomi e si accorciano naturalmente con l'invecchiamento. Lo stress cronico può accelerare questo processo di accorciamento dei telomeri.

3. Infiammazione cronica

Lo stress può portare ad un'infiammazione cronica, nota come infiammazione sistemica. Questo stato infiammatorio persistente è stato associato all'invecchiamento precoce oltre che ad altre e numerose malattie legate all'età.

4. Declino del Sistema Immunitario:

Lo stress cronico può indebolire il sistema immunitario, rendendo il corpo più suscettibile ad infezioni e malattie, ed accelerare il processo di invecchiamento e ridurre la qualità della vita.

RIDURRE LO STRESS AUMENTA LA LONGEVITA'

L'età biologica riflette la salute delle cellule e dei tessuti di una persona e può essere influenzata da malattie, cambiamenti dello stile di vita, esposizioni ambientali, alimentazione e altro ancora.

Se da una parte è ormai assodato che l'insieme di tutti i fattori di stress a lungo andare accelerano il processo di invecchiamento, dall'altra emerge anche come la riduzione del proprio livello di stress quotidiano aiuti a combattere l'invecchiamento biologico.

In un articolo sulla rivista *Cell Metabolism*, i ricercatori hanno affermato: «*I nostri dati hanno rivelato la natura dinamica dell'età biologica: lo stress può innescare un rapido aumento del processo di invecchiamento, che può però essere invertito. Questa nozione suggerisce immediatamente che la mortalità può essere ridotta riducendo l'età biologica e che la capacità di riprendersi dallo stress può essere un fattore determinante per la longevità*»

E' POSSIBILE MISURARE LO STRESS ? IL PERCORSO MENTAL WELLNESS

Mentre la misurazione del livello di stress percepito tramite questionari come il PSS di S.Choen (vedi oltre) è una pratica consolidata ed efficace, da un punto di vista strettamente fisiologico è molto difficile poter realmente avere una misura oggettiva dello stress a livello individuale.

Tecniche come la misura di alcuni ormoni come il **cortisolo** -che l'organismo produce in risposta allo stress- e test come quello neurofisiologico per lo studio del sistema nervoso autonomo possono dare informazioni utili ma non rientrano nella pratica clinica abituale, anche se potrebbero essere in grado di darci informazioni utili sia per verificare gli effetti dello stress sia per osservare i miglioramenti indotti da tecniche di gestione dello stress, come ad esempio quelle di rilassamento e di Mindfulness. Su questo sito abbiamo pensato di proporre un'autovalutazione dello stress percepito attraverso la compilazione online (libera e gratuita) del questionario PSS (Perceived Stress Scale).

Nel caso in cui il risultato del test fosse suggestivo di un sovraccarico di stress è possibile l'inserimento nel percorso *Mental Wellness* presso il centro di medicina preventiva [VYTA](#) con sede ad Abano Terme dedicato alla longevità che fornisce tra l'altro check-up medici mirati, terapie personalizzate, percorsi anti-aging multidisciplinari con la consulenza di esperti e professionisti d'eccellenza in campo medico, medico-estetico, fitness, wellness e alimentare

Nello specifico del percorso *Mental Wellness* sono comprese:

1. la somministrazione in presenza del test (DASS 42 - Depression Ansia Stress Scale) per l'identificazione/quantificazione di eventuali sintomi ascrivibili ad ansia/depressione
2. una visita specialistica neurologica per l'inquadramento della situazione emersa dai test all'interno di tutta la situazione clinica generale con particolare riguardo ad eventuali patologie concomitanti e ai relativi trattamenti farmacologici in atto
3. la definizione del percorso personalizzato che prevede gli interventi di volta in volta necessari ed adattati al caso di life coaching, gestione dello stress e del tempo, assertività e mindfulness oltre ovviamente alla prescrizione psicofarmacologica ove fosse necessaria.

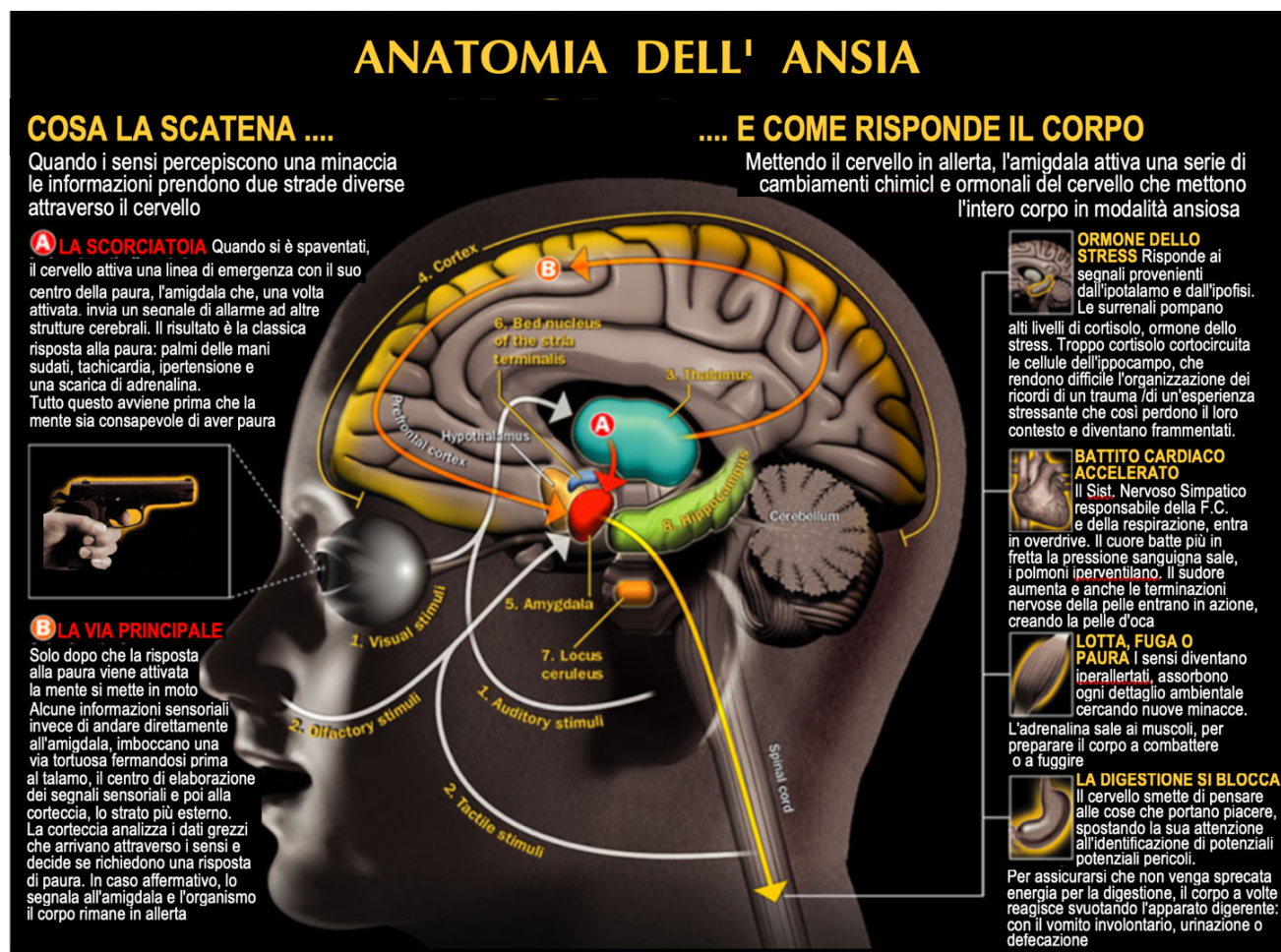
Ansia

L'ansia è uno stato emotivo associato a una *condizione di allerta e paura generalmente eccessiva* rispetto alla reale situazione, tuttavia, non è un fenomeno anormale: si tratta di un'emozione di base che comporta uno stato di attivazione dell'organismo che si attiva quando una situazione viene percepita dal soggetto come pericolosa.

L'ansia si traduce in una tendenza immediata all'esplorazione dell'ambiente, nella ricerca di spiegazioni, rassicurazioni e vie di fuga, nonché in una serie di fenomeni fisiologici come l'aumento della frequenza del respiro, del battito cardiaco (tachicardia), della sudorazione, della orripilazione (la cosiddetta "pelle d'oca").

Quando il corredo dei sintomi somatici si accentua e si amplia con senso di costrizione alla gola e di soffocamento, dolori retrosternali, parestesie etc si configura il quadro dell' *Attacco di Panico* propriamente detto, in cui il paziente arriva a vivere una sensazione di morte imminente.

Fig. 1 - Anatomo-fisiologia dell'ansia

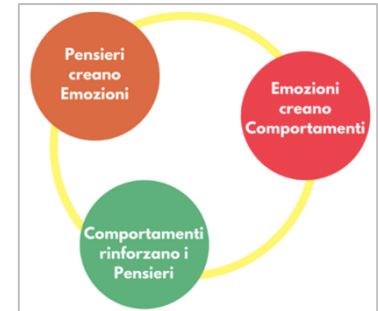


Generalmente tutti gli individui incappano prima o poi in sensazioni di ansia, la quale - se adeguatamente motivata - resta una sensazione transitoria e con effetto positivo, uno dei tanti colori nella tavolozza fisiologica dei sentimenti.

Viceversa, gli episodi ansiosi che insorgono **senza una reale giustificazione** sono all'origine di reazioni eccessive caratterizzanti l'ansia patologica o negativa.

Sebbene l'ansia sia una risposta naturale allo stress o all'incertezza, può diventare problematica quando il corredo dei suoi sintomi si verifica in situazioni che non sono particolarmente pericolose o minacciose, o quando è così intenso da interferire con le normali attività quotidiane fino a comprometterne lo svolgimento.

Per combattere l'ansia, esistono molte strategie, tra cui il rilassamento, l'esercizio fisico regolare e la terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behaviour Therapy, CBT) che rappresenta un metodo terapeutico efficace per affrontare e gestire l'ansia, in quanto consente di individuare e affrontare in modo risolutivo i pensieri distorti e i comportamenti disfunzionali che ne sono alla base.



Quando l'ansia diventa persistente e inizia a influire negativamente sulla qualità della vita, è importante la collaborazione tra più professionisti qualificati: uno psicologo/psicoterapeuta o, ove necessario, un neurologo che sarà in grado di prescrivere e gestire in modo corretto i farmaci più appropriati.

È fondamentale tenere presente che non esiste una cura universale che possa adattarsi a tutti: la scelta del percorso terapeutico da seguire dipende dalle caratteristiche, dalle necessità e dalle preferenze personali di ciascun individuo.

Tristezza (umore depresso)

Per **tristezza** si intende uno stato d'animo prettamente soggettivo che comunque non implica conseguenze sul piano dei rapporti interpersonali, del comportamento e delle performance. Fa parte della già citata tavolozza dei sentimenti che sperimentiamo nella nostra vita. Va e viene, non opprime per tutta la giornata, lascia liberi degli spazi, si lascia fuorviare da diversivi. In questa situazione il paziente si rivolge al medico per avere un aiuto che lenisca la sofferenza, come avrebbe sicuramente fatto in presenza di un mal di denti. Nel colloquio pone il proprio fastidio in primo piano, pur mantenendone un certo distacco critico. Evidenzia spontaneamente la correlazione con eventi di stress ambientale, si considera vittima delle circostanze e non si addossa alcuna colpa, né si sente incapace o fallito. La struttura della personalità non è intaccata dal sentimento doloroso, che se ne colloca nettamente al di fuori, come evento estraneo ed occasionale.

Contrariamente al depresso, la persona **demoralizzata**, che nel credersi incapace ed inadeguata di fronte alla realtà accentra il suo malessere, può provare ancora sentimenti di gioia in un ambiente in cui non le venga fatta alcuna richiesta/sollecitazione; i suoi desideri non sono inibiti ed il ritmo sonno-veglia non è alterato.

Depressione

La *depressione* è un vero e proprio disturbo dell'affettività che colora di nero tutta la giornata ed ogni attività. E' un vampiro mai sazio che succhia di continuo l'energia vitale, che annulla ogni interesse, che azzerava l'autostima, che anestetizza ogni effetto e sentimento anche, e soprattutto, verso le persone più care, che fa rimpiangere acriticamente il passato, subire il presente, cancellare il futuro. Il coinvolgimento somatico, soprattutto nei casi in cui si associa una componente ansiosa, è evidente e drammatico

L'attenzione del medico deve focalizzarsi nella ricerca dei tre sintomi cardinali su cui fondare con certezza un diagnosi corretta di malattia depressiva:

1. *umore depresso*: il paziente riferisce di sentirsi a disagio, giù di morale, triste, cupo, infelice, malinconico.

Il presente è pesante da vivere, il futuro non esiste oppure è nebuloso e tinto di nero, non vi è alcuna progettualità. Il passato è invece sempre presente con il suo carico di rimorsi, di rimpianti per presunte occasioni mancate, di nostalgie.

A volta i sensi di colpa predominano in modo drammatico con idee ossessive che il paziente subisce e che non sa allontanare. Le giornate si susseguono tutte uguali, monotone e cariche di pena: non c'è più nulla da aspettare.

I piccoli, banali contrattempi di ogni giorno assumono le caratteristiche di una irrimediabile sciagura; predomina il senso di incapacità e di inadeguatezza di fronte ad ogni evento, anche irrilevante, del vivere quotidiano.

Incombe il pensiero della morte, a volta addirittura invocata come unico rimedio possibile al proprio disagio di essere. A volte i sensi di colpa predominano in modo drammatico con idee ossessive che il paziente subisce e che non sa allontanare.

Il tono della voce è monocorde, a volte flebile. Parla poco, senza mimica facciale, e, sollecitato sul suo modo di sentirsi, piange con facilità.

2. *apatia/anedonia*: si manifesta con sensazione di "perdite": da una parte dell' energia vitale necessaria per affrontare gli eventi della vita e dall'altra della capacità di provare sentimenti.

Energia vitale: il lavoro e le incombenze della routine quotidiana sono pesanti, mal sopportati e causa di angoscia, insicurezza e senso di incapacità e di inadeguatezza con conseguente crollo dell'autostima.

Il depresso abbandona i passatempi e gli hobbies preferiti ed in genere tutte quelle attività che solitamente gli procuravano gioia e gratificazione.

E' indifferente alla cura della propria persona, rifugge i contatti amicali o le attività sociali.

La perdita di affettività e di attenzioni verso i familiari è vissuta con un profondo senso di colpa.

La perdita della pulsione sessuale peggiora il rapporto già critico con il partner.

Spesso è tale e tanto lo stato di anedonia che, paradossalmente, il depresso non è più nemmeno capace di provare tristezza per eventi luttuosi.

3. *astenia*: i pazienti si lamentano costantemente di essere affaticati, deboli, stanchi e senza forze già al mattino. Le gambe sono "fiacche", non reggono. Anche uno sforzo fisico minimale produce profonda prostrazione ed insofferenza. Ogni cosa da fare sembra difficile e pesante

Il letto è visto come un miraggio per tutta la giornata. L'addormentamento è rapido, ma il risveglio è precoce e definitivo, e subito accompagnato da pensieri dolorosi in riferimento alla nuova giornata che sta per iniziare.

L'astenia è sicuramente un sintomo subdolo da decodificare: molte altre situazioni infatti possono riprodurre la perdita di energia tipica della depressione ed un medico frettoloso potrebbe essere sviato verso una falsa interpretazione funzionale di un disturbo decisamente organico che spesso può essere invece facilmente scoperto con semplici esami ematici e quindi corretto efficacemente e rapidamente con una terapia appropriata.

L'esperienza pluridecennale di pratica clinica generalista (oltre che di neurologo) suggerisce allo scrivente di indicare nelle anemie, sia quelle da carenza di ferro che da deficit di vit.B12 e folati, nei disturbi elettrolitici, nelle disfunzioni tiroidee quelle di più comune riscontro.

Meritano una sottolineatura particolare le evidenze emerse da recenti studi che mettono in stretta correlazione da una parte le disfunzioni del microbioma intestinale e dall'altra infezioni comuni (virus della Mononucleosi e Cytomegalovirus) o più rare (malattia di Lyme) con la Sindrome da Affaticamento Cronico (CFS): una malattia caratterizzata in primis da un affaticamento prolungato ed estremo che non migliora con il riposo, in cui però sono presenti anche annebbiamento mentale, artro-mialgie, mal di gola ricorrenti, linfadenopatie e cefalea. Per evitare errori diagnostici è opportuno che in casi di astenia profonda e persistente con indagini negative in cui la depressione potrebbe essere una conseguenza del senso di spossatezza e della sintomatologia dolorosa il neurologo si consulti con uno specialista esperto in CFS.

Per modulare correttamente la sua "intuizione" diagnostica su più livelli il medico curante dovrebbe:

- prospettare sempre una diagnosi di depressione/ansia/stress di fronte a malesseri vaghi, molteplici, non obiettivabili né localizzabili, senza una eziologia evidente, ma comunque riferiti come causa di dolore morale oltre che di sofferenza fisica. In questo percorso uno degli ostacoli maggiori è rappresentato dal fatto che spesso il paziente vive con senso di colpa profondo la propria esperienza di sofferenza, rinchiudendosi in un guscio che lo isola e lo protegge dagli altri, di cui teme quel giudizio "morale" negativo che spesso si associa al disagio psichico
- mettere in dubbio di contro una sbrigativa diagnosi di depressione/ansia/stress qualora vi fossero concomitanti sintomi somatici la cui interpretazione psicodinamica potesse risultare forzata, anche contro la sicurezza che potrebbe derivare da precedenti analoghe esperienze conclusesi con una diagnosi certa di disturbo inorganico. In effetti un paziente con molti sintomi e molti guai, querulo, insistente e ripetitivo, un paziente frequentatore assiduo degli ambulatori e dei pronto soccorsi rischia purtroppo di venire etichettato per sempre come *nevrotico* qualunque nuovo disturbo riferisca e conseguentemente di essere sottovalutato e congedato sbrigativamente senza provvedimenti adeguati.

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE: **strategie terapeutiche**

La grande complessità dell' organismo umano, dei sistemi e delle reti che lo compongono è un pressante invito a considerare e a trattare il paziente nel suo insieme, come un individuo unico e intero, particolarmente vulnerabile agli effetti dello stress cronico. Nell'ottica di una visione integrata della salute e della malattia umane, è necessario quindi "rimettere insieme il paziente", superando il riduzionismo biomedico (Greene & Loscalzo, 2017 sul NEJM).

Così come ormai è chiaro come il disturbo ansia-depressione sia un unicum che si manifesta con quadri sindromici differenti in cui ora predomina l'una ora l'altra, così vi è accordo sul fatto che la sua eziopatogenesi sia complessa e multifattoriale, ricoprendo ruoli importanti sia la vulnerabilità genetica individuale (che comprende anche le variazioni epigenetiche legate ad ambiente, stili di vita, alimentazione, stress), sia determinanti sociali e culturali, sia vissuti psicologici, sia modificazioni chimiche della neurotrasmissione.

Da tutto ciò deriva in modo evidente che, malgrado ancora sopravvivano scuole di pensiero integraliste che indichino come unica terapia ora solo quella farmacologica ora solo quella psicoterapica ora solo quella "naturale", la CURA invece deve essere sempre basata su interventi molteplici integrantisi vicendevolmente, interscambiabili nel tempo e modulabili rispetto all'intensità/gravità dei sintomi..

Pur rappresentando il trattamento psicofarmacologico classico con antidepressivi e/o ansiolitici la strategia terapeutica irrinunciabile nelle forme più "gravi" (per intensità e durata dei sintomi, impatto sulle performance, resistenza ad altri interventi) va ricordato come anche in questo caso questa scelta "dura" non debba precludere ed anzi si possa giovare di altre strategie terapeutiche concomitanti "dolci" spesso erroneamente riservate alle sole forme "lievi" (vedi pag.6 punto 3) .

Da non trascurare infine altri interventi finalizzati sia alla riduzione dello stress ossidativo -una delle cause della LLD (depressione in età avanzata) e del declino cognitivo- e dell' infiammazione cronica, sia al potenziamento di attività di "detoxing" nei confronti di xenobiotici (metalli pesanti ed in generale inquinanti ambientali). Tra quest'ultime rientrano, ad esempio, gli interventi correttivi sulle abitudini alimentari e l'utilizzo di sostanze già presenti nel nostro organismo: il Glutathione, la NAC, l' Acido alfa lipoico e la SAME non solo aiutano a ridurre l'infiammazione e a proteggere le cellule cerebrali dai danni ossidativi ma, nel caso di quest'ultima, interagiscono positivamente anche con il sistema serotoninergico la cui disfunzione è tra le principali cause della depressione.

Dott. Marco Visconti - Specialista Neurologo

Web site: <https://www.visconti-neurologo.it/>

