



La Depressione e il Lutto

di Salvatore Di Salvo

Il termine “lutto” indica la reazione alla morte di una persona cara, in genere il coniuge, un figlio o un genitore. Si tratta di una risposta primordiale comune a tutti gli esseri umani tanto che, pur avendo un significato soggettivo catastrofico, è vissuta come un’esperienza “fisiologica”. E’ come se la natura avesse previsto un programma atto a far vivere, elaborare ed esprimere il dolore con precise finalità, in modo da superare la perdita e creare le premesse per l’instaurarsi di nuovi legami.

Aspetti fenomenologici

La convivenza dell’uomo con la morte ha fatto del lutto un argomento centrale di molte opere artistiche. Manca invece la trattazione accurata dal punto di vista medico, poiché si presume abbia un’evoluzione naturale e non sia pertanto necessario l’intervento specialistico. La risposta alla morte di una persona cara implica reazioni psicologiche, comportamentali e fisiologiche in gran parte sovrapponibili a quelle che si riscontrano nell’episodio depressivo. Le manifestazioni sono pianto, disperazione, tristezza, polarizzazione del pensiero sul defunto e sul ricordo della sua vita, distacco e disinteresse per l’ambiente circostante.

Nella fase iniziale sono più comuni i sintomi depressivi, talvolta accompagnati da ideazione suicidaria. In realtà l’umore, tendenzialmente depresso, subisce frequenti oscillazioni, mentre sono più stabili l’insonnia, i sentimenti d’inadeguatezza, di colpa, d’inutilità. In una fase successiva può manifestarsi rabbia diretta contro il defunto. Non si tratta di una rabbia generalizzata, ma di un sentimento ben individuabile e tale da costituire un fattore importante, se non necessario, per garantire la normale evoluzione del processo luttuoso. Più raramente è stata segnalata la presenza di sintomi somatici, lieve confusione, comportamenti automatici, soprattutto nei primi giorni o settimane dopo l’evento, iperattività, diminuito bisogno di sonno ed irrequietezza oppure pensieri ossessivi e rituali. E’ possibile anche l’aumento dei livelli d’ansia con apprensione e preoccupazioni estese, la più tipica delle quali è il timore di morire alla stessa maniera del defunto. L’incremento dell’ansia è dovuto ad un disturbo dell’adattamento sviluppato durante il periodo precedente il decesso, soprattutto qualora avviene dopo una lunga malattia o una penosa agonia che abbiano comportato un notevole impegno di assistenza al malato.

I fattori che influenzano la reazione al lutto sono molteplici: caratteristiche di personalità del soggetto, eventuali esperienze precedenti, qualità della relazione con il defunto, presenza di un sostegno familiare e sociale. Nonostante le variabili soggettive, il lutto evolve abitualmente in tre fasi ben individuabili in tutti gli individui.

La prima, dello “shock”, può durare da pochi giorni a qualche settimana ed è dominata dall’incredulità, dalla negazione e dalla “confusione”.

La seconda, del “dolore acuto”, si protrae per settimane o mesi ed è caratterizzata dalla rievocazione e da sentimenti d’intensa nostalgia. In questo periodo sono comuni i malesseri fisici (mancanza d’aria, vuoto allo stomaco, sensazione di debolezza, tensione muscolare), l’isolamento sociale, la perdita d’interessi, le ruminazioni sull’evento, le idee di colpa, l’irritabilità, i sentimenti di rabbia verso se stessi o verso il defunto, gli atteggiamenti rivendicativi, ad esempio verso i sanitari. Talvolta si osservano fenomeni di “identificazione” con il morto, con l’assunzione di comportamenti o di sintomi, soprattutto relativi al periodo terminale, che possono raggiungere dimensioni patologiche.

Nell’ultima fase della “risoluzione”, che può richiedere mesi o anni, il soggetto prende atto dell’ineluttabilità del decesso per cui torna alle proprie attività e interessi, riacquista il proprio ruolo, sviluppa nuove relazioni.

E’ stata riportata una notevole variabilità circa i tempi necessari per il compimento dell’intero processo: nelle società occidentali sono abitualmente sufficienti 6-12 mesi, ma in alcuni soggetti possono essere necessari anche anni oppure si può avere una risoluzione incompleta.

Pur presentando diverse manifestazioni simili, lutto e depressione non possono essere del tutto assimilati sul piano dei sintomi. La distinzione si rende utile anche perché non tutti i soggetti, dopo la morte di un familiare, vanno incontro ad un vero e proprio episodio depressivo.

Secondo il DSM-IV in caso di lutto si può fare diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore solo quando sono presenti i seguenti sintomi:

- sentimenti di colpa diversi da quelli relativi ad azioni fatte o non fatte al momento del decesso;
- idee di morte diverse dalla sensazione che sarebbe stato meglio morire insieme o al posto del defunto;
- sensazione d’inutilità;
- marcato rallentamento psicomotorio;
- prolungata e intensa compromissione funzionale;
- esperienze allucinatorie diverse dall’udire la voce o dal vedere fuggevolmente l’immagine della persona deceduta.

La sintomatologia depressiva che si associa al lutto non richiede in genere uno specifico trattamento poiché non provoca difficoltà sul piano sociale, non altera la qualità della vita e tende a risolversi spontaneamente. Bisogna in ogni caso tenere presente che in almeno il 10% dei casi il quadro psicopatologico può durare consecutivamente per più di un anno ed associarsi a elevato rischio di suicidio e di complicazioni di natura medica e sociale. In tali casi si può ricorrere ad una terapia specifica, tenendo presente che farmaci o psicoterapia non ritardano o arrestano la naturale evoluzione del processo del lutto.

Lutto complicato

Con la definizione generica di lutto “complicato” sono indicate diverse condizioni, alcune relative ad alterazioni del fisiologico processo del lutto, altre a complicità psichiatriche e mediche conseguenti al decesso di una persona cara. Classicamente sono descritte quattro principali reazioni “anomale” alla morte di un familiare.

La forma più comune, riguardante il 10-25 % dei casi, è rappresentata dal *lutto non risolto*, in cui il naturale processo di cordoglio si arresta e compaiono sintomi depressivi, disturbi somatici e fenomeni d’identificazione patologica.

Relativamente frequente è anche il *lutto cronico*, caratterizzato dal protrarsi indefinito della perdita e dall’idealizzazione del morto. Tale evoluzione è più probabile se la relazione con il defunto era “ambivalente”, se il soggetto ha una personalità di tipo dipendente o se mancano dimostrazioni di solidarietà da parte di familiari e amici o validi supporti sociali.

Nel *lutto ipertrofico*, che fa più spesso seguito ad una morte improvvisa o inaspettata, le reazioni dolorose sono particolarmente intense e protratte e le abituali strategie di rassicurazione, come la vicinanza di persone amiche, risultano inefficaci.

Nel *lutto ritardato*, sostenuto da meccanismi di negazione talvolta associati a sentimenti di rabbia o di colpa, sono assenti o minimi i segni della fase acuta del cordoglio.

Al pari di altri eventi, la morte di una persona cara è in grado di scatenare un disturbo psichico o l’aggravamento di una patologia preesistente, come disturbi dell’umore e d’ansia.

I soggetti che hanno subito un lutto vanno incontro ad un significativo aumento di *morbilità*, con accresciuta richiesta di visite mediche, di ospedalizzazione e di uso di farmaci. L’aumentata suscettibilità alle malattie, più evidente negli anziani e in chi non ha un valido supporto sociale, può essere spiegata con la riduzione delle difese immunitarie o la riattivazione di preesistenti disturbi fisici.

Contribuiscono ad aggravare il rischio di patologie organiche anche la tendenza all’abuso di sostanze, in particolare alcool e nicotina, e i tentativi di automedicazione con ansiolitici.

I dati presenti in letteratura indicano che la perdita di una persona cara è seguita da un innalzamento del tasso di *mortalità*, fenomeno che risulta correlato con il sesso e con il tempo trascorso dall'evento. Nei maschi la mortalità è più elevata nel primo anno ed è causata da gesti autolesivi, incidenti, patologie cardiovascolari e infezioni. Nelle donne si evidenzia invece dal secondo anno ed è in relazione ad una minore attenzione per la propria salute, al consumo di sostanze voluttuarie e all'assunzione non controllata di farmaci.

Evoluzione

Diversi fattori influenzano l'andamento del periodo successivo a un lutto: età, sesso, classe sociale, reddito, razza, educazione, possibilità di sostentamento futuro, iniziali sintomi di stress, morte improvvisa del coniuge, percezione del supporto sociale, qualità della relazione coniugale e molteplici eventi vitali.

Un problema particolare è costituito dal lutto nei bambini. Si è a lungo pensato che la morte di un genitore possa causare comportamenti asociali nell'infanzia e nell'adolescenza e disturbi psichici nella vita adulta. In particolare, la perdita della madre prima dei 10-11 anni è stata associata ad un maggior rischio di depressione e di attacchi di panico. Nei lavori più recenti, tuttavia, non è stato riscontrato un significativo aumento di patologie psichiatriche negli adulti che avevano subito un lutto da bambini. L'eventuale sviluppo di un disturbo psichico è invece in relazione con la qualità della vita seguente la perdita di un genitore e le capacità di adattamento individuali.

Alcuni studi hanno dimostrato che la morte di un coniuge ha effetti più negativi se improvvisa, piuttosto che dopo una malattia di lunga durata. In quest'ultimo caso si pensa che l'anticipazione del lutto abbia un ruolo protettivo, svolgendo un'azione preparatoria che consente di fronteggiare meglio l'evento. Sono i giovani a presentare maggiori difficoltà nell'affrontare un improvviso decesso del coniuge, poiché in quest'età costituisce un evento innaturale che, quando accade inaspettatamente, può avere un impatto violento.

Anche le modalità del decesso possono facilitare la comparsa di complicanze, come nel caso di morte violenta o accidentale (omicidio, incidente stradale). Se la morte riguarda un bambino il quadro luttuoso presenta una maggiore gravità, con persistenza di profondi sentimenti colpa, pensieri intrusivi e rappresentazioni d'immagini relative all'evento.

Secondo alcuni studi le donne hanno una maggiore fragilità nei confronti del lutto in quanto tendono a mantenere più a lungo il rapporto con il defunto.

Sono stati infine indicati, come ulteriori possibili fattori prognostici negativi, la mancanza di un valido supporto sociale, l'incapacità del soggetto a percepire l'aiuto disponibile, lo scadimento della qualità della vita sul piano finanziario e relazionale, le conflittualità familiari, il persistere di eventi

stressanti, le caratteristiche di personalità, la presenza di precedenti disturbi psichici, in particolare di tentativi di suicidio.

Nella maggior parte dei casi il lutto si risolve spontaneamente e non necessita, quindi, di terapie specifiche; un valido aiuto è costituito dal sostegno di familiari e amici.

Un intervento specifico per facilitare il superamento del lutto e prevenire la comparsa di complicanze può invece essere necessario in presenza di particolari fattori di rischio e quando manca un supporto sociale valido. A tale scopo sono state proposte diverse modalità di psicoterapia: breve, di appoggio, ad orientamento analitico, comportamentale, di gruppo, ma non vi sono dati circa la specificità e l'effettiva efficacia di ciascuno di questi interventi.

Il ricorso ad una terapia farmacologica è necessario quando compare una sintomatologia d'intensità moderata o grave oppure sono presenti idee di suicidio, rallentamento psicomotorio, idee di colpa o indegnità. In tali casi la scelta del farmaco dipende dalle caratteristiche del quadro clinico, dall'età e dallo stato di salute del paziente e segue le linee guida proposte per il trattamento dell'episodio depressivo maggiore.

Particolare attenzione è necessaria nel prescrivere benzodiazepine e ipnoinducenti che, utili nelle fasi iniziali per il controllo dell'ansia e dell'insonnia, devono tuttavia essere rapidamente sospesi per evitare assuefazione e dipendenza, cui questo tipo di pazienti è particolarmente esposto.