



I familiari dei pazienti depressi: domande e risposte

di Salvatore Di Salvo

Nella pratica giornaliera sono frequenti le domande da parte dei familiari dei pazienti relative ai comportamenti da adottare. Vengono di seguito riportate le più frequenti e le relative risposte.

Può essere colpa dei genitori se un figlio si ammala di depressione?

Le cause della depressione sono sempre molteplici. Possono prevalere, secondo i casi, determinanti biologiche, quali l'ereditarietà, oppure fattori ambientali. Analizzare la storia familiare è un punto di partenza per individuare le origini del malessere. Quando si manifesta in età molto precoce è indice di contesti familiari in cui sono presenti problemi relazionali con le figure significative del bambino o eventi stressanti di varia natura. L'adolescenza può essere considerata un periodo particolarmente a rischio perché, oltre possibili difficoltà di rapporto con i genitori, sono generalmente presenti problemi di rapporto con l'altro sesso o conseguenti a fattori biologici (trasformazioni fisiche ed ormonali).

Che cosa faccio se il depresso dorme troppo o troppo poco?

L'eccesso di sonno è spesso spiegato dai pazienti con la necessità di “non pensare” o di “evitare l'angoscia quotidiana” o di “annullarsi il più possibile”. Considerando che, realisticamente, l'aumento delle ore trascorse a dormire riduce il tempo della sofferenza depressiva, di norma è bene non interferire con tale ritmo adattativo e difensivo. Quando è invece necessario che il paziente mantenga un buon livello di vigilanza o quando l'eccesso di sonno si accompagna ad insonnia notturna è opportuno intervenire con alcuni semplici accorgimenti, quali fornire una serie di stimoli durante la giornata, scoraggiare l'eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano, favorire l'assunzione controllata di una certa quantità di caffè.

L'altra faccia della medaglia è l'insonnia, disturbo spesso presente nella depressione. Tipicamente il depresso si addormenta abbastanza facilmente, ma si sveglia dopo poche ore e non riesce più a riaddormentarsi. E' importante ricordare che l'insonnia non è una malattia, ma un sintomo della depressione: se possibile, è meglio affidarne la cura alla terapia antidepressiva assunta ed evitare gli ipnoinducenti.

E' meglio che prosegua la sua attività lavorativa oppure è meglio sospenderla?

Nella condizione depressiva la capacità di concentrazione e attenzione sono ridotte, è presente una maggiore affaticabilità, i rapporti con i compagni di lavoro diventano faticosi e tendono ad essere evitati.

Nelle condizioni depressive gravi lo svolgimento dell'attività lavorativa è impossibile.

Quando, invece, la depressione non è grave o è in fase di miglioramento, il proseguimento o la ripresa dell'attività abituale può contribuire a rendere più sopportabile la condizione depressiva.

Cosa faccio se passa tutto il giorno tra il letto e la poltrona?

Tutti i depressi riducono il loro livello di attività abituale. Capita che alcuni, soprattutto se anziani, trascorrono la loro giornata completamente inattivi, in parte sdraiati sul letto, in parte seduti su una sedia o poltrona. Ciò è conseguenza del profondo senso di stanchezza fisica e mentale: il depresso, inoltre, ha perso interesse per qualunque attività. L'insistenza dei familiari a "fare uno sforzo di volontà" può a volte peggiorare la situazione, aumentando l'irritabilità del paziente e peggiorando la sua condizione di isolamento. Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti.

Il primo consiste nella conservazione della routine quotidiana. Il depresso tende a trascurare i piccoli gesti abituali relativi alla cura della propria persona, il ritmo dei pasti quotidiani, l'ordine e la pulizia della propria stanza e della propria casa, le piccole spese di ogni giorno e così via. Può essere un aiuto importante sollecitare, ed eventualmente aiutare, il paziente a mantenere il più possibile questi piccoli "riti" abituali.

E' anche importante occuparsi della cura e dell'igiene della propria persona, dall'attenzione al proprio abbigliamento e, più in generale, del proprio aspetto fisico, allo scopo di mantenere una soddisfacente "immagine di se stessi".

Il depresso ha di sé un'immagine negativa e tende a trascurare tutti gli atti della vita quotidiana che potrebbero migliorarla.

Può essere anche utile tentare di coinvolgere il paziente in qualche tipo di attività comune. Va tenuto presente che il "livello di depressione" varia da giorno a giorno, ma può anche variare molte volte nel corso della giornata.

Opportuno, infine, stimolare il rapporto del depresso con persone che abbiano per lui importanza affettiva.

Può essere pericoloso per gli altri?

A volte si legge sui giornali che un “depresso” ha perso improvvisamente il controllo di sé e ha aggredito un componente della propria famiglia.

Altre volte si sente affermare che un “depresso” è improvvisamente “impazzito” e ha commesso atti antisociali che hanno messo in pericolo la vita di qualcuno.

Altre volte ancora che una persona che “soffriva di depressione da molto tempo” ha danneggiato persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile.

E’ bene chiarire subito che un depresso non può essere considerato fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili. Le notizie dei media prima accennate sono in realtà conseguenti al fatto che, nel linguaggio comune, il termine “depressione” è usato per fare riferimento a ogni tipo di disturbo psichico di qualunque genere, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici che non hanno nulla a che vedere con la depressione.

Cosa faccio se vuole prendere decisioni importanti mentre è in piena crisi depressiva?

Le decisioni e le scelte fatte nel corso di una depressione, soprattutto se grave, sono più o meno pesantemente influenzate dalla tristezza, dal pessimismo e dalla perdita di speranza. Il paziente va quindi scoraggiato a prendere decisioni. Nel caso in cui una di esse riguardi, direttamente o indirettamente, un componente della famiglia, è opportuno che quest’ultimo metta in atto tutta la sua capacità di convincimento perché la decisione sia rinviata. L’accorgimento migliore è quello di non rifiutare apertamente la decisione “pericolosa”, ma prendere tempo dicendo ad esempio: “Si tratta di una cosa così importante che deve essere analizzata e discussa più a fondo e che va decisa quando ti sentirai più sollevato...”

Se arriva una cattiva notizia, gliela comunico o aspetto che stia meglio?

Spesso i familiari temono che una cattiva notizia, quale ad esempio un problema economico, la malattia di un amico o di una persona cara, possa far peggiorare la depressione o comunque possa avere conseguenze negative sul decorso della malattia. In genere non è così. Come regola è preferibile comunicare sempre al depresso tutte le notizie e tutti gli eventi anche spiacevoli che lo possano interessare sul piano personale. Tempi e modi della comunicazione potranno variare in funzione della gravità dello stato depressivo e in funzione della gravità dell’evento. Nel comunicare una notizia o un avvenimento spiacevole bisogna sempre tenere presente l’opportunità di un sostegno familiare. Un evento spiacevole in una persona già depressa è chiaramente meglio gestito e superato grazie al sostegno ed alla presenza affettiva costanti.

Cosa faccio quando dice di volere morire o volersi togliere la vita?

Il depresso è una persona che soffre e che ha perso la speranza di un cambiamento: il domani non esiste e non c'è via d'uscita. E' comprensibile che, in tali condizioni, possa pensare alla morte come liberazione dallo stato di sofferenza. E' naturale che i familiari, quando lo sentono parlare di desiderio di morte e di suicidio, si allarmino e si chiedano cosa fare. Il rischio di mettere in atto un tentativo di suicidio varia molto in rapporto al tipo di depressione, alla sua gravità, al carattere di base del paziente e alle condizioni ambientali in cui si trova.

Le situazioni a basso rischio sono quelle in cui la gravità della depressione non è elevata e il paziente collabora alla terapia.

Le situazioni a medio rischio sono quelle in cui il paziente parlare con frequenza della possibilità di togliersi la vita, ma lo manifesta come pensiero saltuario e non dominante.

Le situazioni ad alto rischio sono quelle in cui la condizione depressiva è particolarmente grave, la collaborazione alla cura è scarsa o nulla e sono presenti deliri di colpa e di rovina. Fattori di rischio sono anche la presenza di tentativi di suicidio nel corso di precedenti episodi depressivi e un temperamento di base del paziente di tipo impulsivo-aggressivo.

Se il rischio di suicidio è elevato e non è possibile un'adeguata assistenza domiciliare è necessario il ricovero in una struttura specializzata.

Cosa faccio quando continua a ripetere, senza ragione, che è sicuro di avere una qualche malattia fisica?

Talvolta il depresso, soprattutto se è anziano, tende ad interpretare sintomi quali debolezza, insonnia o inappetenza non conseguenti alla depressione, ma come segnali di una grave malattia somatica. In altre parole non pensa di stare male fisicamente perché soffre di depressione, ma di essere depresso per la presenza di una grave e non diagnosticata malattia organica. Questo modo di interpretare i propri sintomi fisici si chiama "ipocondria". Il depresso ipocondriaco richiede frequenti visite mediche, accertamenti di laboratorio sempre più sofisticati e complessi ed esprime in modo eccessivo ed insistente i suoi timori ai familiari.

Nella fase iniziale, è necessario un accertamento medico completo per escludere la presenza di malattie somatiche. Successivamente il ricorso ripetuto ed inutile al medico di famiglia e agli specialisti va, per quanto possibile, scoraggiato. Quasi sempre il paziente può avere una temporanea rassicurazione da una visita medica "negativa", ma rapidamente torna alle sue preoccupazioni ipocondriache.

Per quanto riguarda il comportamento dei familiari, vanno evitati due estremi opposti.

Il *primo* è di rinforzare la preoccupazione del malato con la propria ansia e preoccupazione per la possibile esistenza di una malattia somatica.

Il *secondo estremo*, più frequente, è considerare il depresso ipocondriaco un “malato immaginario”, ignorando e svalutando sistematicamente le sue richieste.

Può guidare l'auto mentre assume la terapia?

Di solito un depresso perde il desiderio e la voglia di fare qualsiasi cosa e quindi anche la spinta a muoversi con i mezzi di trasporto abituali si riduce.

Può accadere però, se la depressione non è molto grave e se vi è la necessità, che debba muoversi autonomamente. In tali casi bisogna tenere presenti alcune cose:

- nella depressione tutti i movimenti sono rallentati ed i riflessi sono in qualche misura ritardati;
- l'attenzione tende ad essere polarizzata sulle proprie preoccupazioni più che sugli stimoli ed eventi esterni;
- gli antidepressivi e soprattutto gli ansiolitici possono temporaneamente ridurre la prontezza dei riflessi e dare sonnolenza.

Di conseguenza è opportuno che il paziente limiti i suoi spostamenti alla guida dell'auto o di mezzi a due ruote, soprattutto se è in corso una terapia.

Cosa faccio quando mi irrito e perdo la pazienza per i suoi comportamenti?

A volte un familiare depresso può apparire frustrante, irritante o addirittura esasperante per il distacco dalla vita familiare, l'incapacità a svolgere anche attività semplici, la sua apparente mancanza di volontà o di collaborazione e la continua tristezza. E' chiaro che irritazione, fastidio o rabbia non giovano certo al depresso e in alcuni casi possono far peggiorare il suo stato. Se ciò accade, è opportuno ricordare alcuni punti importanti:

- la depressione è una malattia e, come ogni altra malattia, può colpire chiunque;
- nella depressione si verifica la riduzione dei neurotrasmettitori nelle cellule dell'encefalo e le funzioni alterate sono quelle dipendenti da tale organo;
- capire lo stato d'animo del depresso aiuta a ridurre eventuali sentimenti di irritazione o d'impazienza nei suoi confronti.

Può essere di aiuto il “concedersi un momento di riflessione” per porsi la semplice domanda: “Perché provo irritazione nei confronti del mio familiare depresso?”. Può anche essere utile parlare apertamente con gli altri familiari, confrontando i propri modi di reagire ai comportamenti del paziente.

Parlare di questo problema con lo specialista e chiedere consiglio può spesso essere utile per esser aiutati a superare la difficoltà di rapporto.

Può fumare, prendere caffè o bere alcolici?

Spesso il depresso, nel tentativo di alleviare in qualche modo la sofferenza, può aumentare l'abituale consumo di sostanze normalmente assunte in moderate quantità, quali il tabacco, il caffè e le bevande alcoliche.

Per quanto riguarda il *tabacco*, va rilevato che la nicotina ha un modesto effetto "stimolante". Il paziente può aumentare il consumo di sigarette per ricercare tale effetto e per far fronte all'ansia e all'irrequietezza che spesso accompagnano lo stato depressivo. Proibire il fumo è quasi sempre inutile e talvolta controproducente.

Per quanto riguarda il *caffè*, che ha notoriamente un'azione psicostimolante, il problema è quello della quantità consumata. E' bene ricordare che, nella maggioranza dei depressi, il momento più "brutto" della giornata è quello del risveglio. L'assunzione, quindi, del caffè al mattino ed eventualmente dopo il pasto di mezzogiorno, secondo le proprie abitudini, va considerata normale e addirittura utile. Va evitata l'assunzione di caffè nelle ore serali.

Per quanto riguarda le *bevande alcoliche*, il loro uso va sistematicamente evitato per due ragioni. La prima è che l'azione "disinibente" dell'alcol tende a far peggiorare lo stato emotivo del paziente. La seconda è l'interferenza con le terapie antidepressive. Gli alcolici tendono a peggiorare tutti gli effetti secondari e fastidiosi dei farmaci come, ad esempio, la debolezza, la sonnolenza, l'abbassamento della pressione arteriosa o i disturbi fisici di vario genere, rendendo più imprevedibile ed incostante l'efficacia delle terapie antidepressive.

Cosa faccio se sembra mancare "la forza di volontà"?

Capita molto spesso che un paziente depresso sia esortato e sollecitato dai familiari a "farsi forza", a "reagire", a "metterci un pò di buona volontà" o a "non lasciarsi andare". Dietro tali sollecitazioni, anche se fatte con affetto e con l'intento di fornire un aiuto, vi è l'idea che l'inerzia, la passività e la rinuncia al mondo, presenti a causa della depressione, siano da lui in qualche misura superabili con uno sforzo attivo e consapevole. Tale idea è totalmente errata e conseguente al possesso d'informazioni errate sul disturbo depressivo.

Quando bisogna rivolgersi al medico e a quale specialista mi devo rivolgere nel caso di una depressione?

Certamente *agli inizi di un disturbo depressivo*. I primi segni della depressione possono essere costituiti dall'insonnia, dalla riduzione del desiderio sessuale, dall'insolito e facile affaticamento, dalla riduzione o dall'aumento dell'appetito, dalla diminuzione dell'interesse e del piacere per le attività abituali. A volte anche la comparsa di ansia, inquietudine e preoccupazioni immotivate possono mascherare l'inizio di una depressione. Altre volte ancora l'inizio può manifestarsi con disturbi fisici di varia natura, non spiegabili con una malattia somatica. In tutti questi casi, quando i disturbi mostrano una durata superiore alle due settimane, è opportuno rivolgersi al medico. Spesso, tuttavia, accade che il paziente tenda a sottovalutare i sintomi, a ritenerli temporanei e passeggeri, a pensare di poterli gestire e controllare da solo.