

Salvatore Di Salvo

# I familiari di chi soffre di depressione



*Associazione  
per la Ricerca  
sulla Depressione*

## **Sommario**

**I familiari di chi soffre di depressione**

**I familiari di pazienti in psicoterapia**

**Le domande più frequenti dei familiari dei pazienti depressi**

## I familiari di chi soffre di depressione

a cura della Associazione per la Ricerca sulla Depressione

### *La sofferenza è un fatto personale...*

La sofferenza è sempre personale, spesso incomunicabile, genera vissuti di solitudine, d'isolamento e di estraneità dal mondo e dagli altri, è paralizzante, blocca la volontà di relazionarsi all'altro, chiunque esso sia.

In particolare, la sofferenza originata dalla depressione fa percepire la vita come un tunnel oscuro senza via d'uscita e da percorrere da soli.

### *... che però coinvolge anche il gruppo*

Quando un membro di un gruppo si ammala, il suo malessere riguarda e coinvolge l'intero gruppo. A tale regola non sfugge il gruppo "famiglia" quando un suo componente si ammala di depressione. La sofferenza della persona malata agisce come onda d'urto nel contesto in cui l'individuo è inserito: la sofferenza di un figlio, di una madre, di un padre coinvolge - e sconvolge al tempo stesso - l'intero nucleo familiare.

Se nel mondo animale tali situazioni si risolvono col prevalere dell'istinto di sopravvivenza del gruppo e il conseguente abbandono del membro malato, l'uomo deve adottare ben altri comportamenti e strategie per salvaguardare la sopravvivenza del gruppo e dell'individuo malato.

Chi vive a stretto contatto con un depresso si trova spesso in difficoltà, non sa come affrontare la situazione e soffre quasi quanto la persona malata. Gli diventa difficile scegliere il comportamento adatto, rischia di turbare il congiunto pur volendolo rassicurare o di deprimerlo pur intendendo confortarlo.

Tale realtà è confermata dalle richieste di aiuto che giungono al Servizio d'Ascolto dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione da parte di familiari, parenti, amici di persone che soffrono di disturbi depressivi e ansiosi. Nel tentativo di aiutare, oltre il singolo paziente, anche i suoi familiari, l'Associazione dedica uno spazio di ascolto a chi sta vicino alle persone malate. A cadenza mensile una coppia di terapeuti incontra, in piccoli gruppi, coloro che sentono la necessità di condividere con altri le difficoltà presenti nel rapporto con un familiare depresso e le considerazioni che seguono consistono nell'elaborazione dei contenuti emersi durante tali incontri.

### *Gli incontri con i familiari*

Gli incontri sono in primo luogo uno spazio d'accoglienza e di scambio tra sofferenze diverse che desiderano dialogare e confrontarsi. Ciò che spinge i familiari a partecipare è il bisogno di informazioni e la ricerca di risposte, oltre che il desiderio di condivisione e di sostegno. Vengono agli incontri per un figlio, un genitore, il coniuge, una sorella, un amico o il partner. A volte si presentano in due o tre per la stessa persona. Raccontano storie di tentativi di cura precedenti o in corso, ma anche di difficoltà nell'identificare i professionisti cui rivolgersi. Chiedono informazioni sulla patologia diagnosticata, la sintomatologia, l'efficacia dei farmaci. Esprimono preoccupazione per la durata delle cure, spesso spaventati se la remissione dei sintomi appare lenta, se si verificano ricadute, se la guarigione tarda ad arrivare.

### *Le loro richieste*

Le domande più frequenti dei familiari e le relative risposte verranno presentate nel dettaglio in un capitolo successivo. In generale possiamo qui affermare che chiedono soprattutto di essere aiutati ad individuare i comportamenti da adottare con la persona malata, a capire se quanto fanno è abbastanza, se possono fare di

più o meglio.

Ciò che emerge con chiarezza è il profondo vissuto d'impotenza che la sofferenza della persona malata provoca in loro. Alcuni si sentono esclusi e tenuti a distanza, altri troppo coinvolti, quasi tutti hanno la sensazione di sbagliare, qualunque cosa facciano.

Un vissuto comune a molti è la sensazione di non riconoscere più il congiunto rispetto a prima della malattia.

*“E' ancora mio figlio, quello che passa ore e ore seduto alla scrivania a guardare il muro? Io non lo riconosco più!”* In queste parole di una madre vi è il dramma della malattia depressiva che trasforma la persona colpita e costringe i familiari a modificare il modo di relazionarsi con lei.

I familiari, durante gli incontri, pongono molte domande. A volte, però, più forte del bisogno di sapere è quello di parlare del proprio dolore: chiedere aiuto per se stessi sembra essere l'altra motivazione che spinge a venire agli incontri.

*“Io ho un marito depresso, sono già venuta l'altra volta e oggi vengo di nuovo per stare con chi ha lo stesso mio problema, ne ho bisogno”* diceva una signora che ha partecipato a più di un incontro.

Sono spesso presenti sensi di colpa dovuti alla sensazione di non fare abbastanza, vissuti di frustrazione legati al non vedere apprezzati i propri sforzi, vissuti di rabbia legati al rifiuto dell'aiuto, vissuti d'inadeguatezza, di angoscia, di aggressività.

Molti pensano di non essere in grado di dare sufficiente affetto nella convinzione che, se fossero davvero adeguati, se si “sforzassero” di più a capire le esigenze dell'altro, se riuscissero a dare più “amore”, il miracolo della guarigione si compirebbe e la persona cara smetterebbe di soffrire.

### *Le nostre risposte*

“Accogliere” è il compito principale degli psicologi che conducono il gruppo, dando ad ogni partecipante lo spazio necessario per raccontare la storia del parente malato.

Gli operatori rispondono, innanzitutto, alle domande poste. In genere è necessario descrivere come fare per contattare gli specialisti del settore e dare chiarimenti sulle differenti figure professionali: lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta. E', inoltre, spesso necessario parlare dei pregiudizi sui “medici dei matti” o sugli “strizzacervelli”, che alimentano fantasmi poco rassicuranti, e fornire informazioni sui servizi dei Centri di Salute Mentale delle ASL di zona.

Gli obiettivi più importanti di tali interventi sono:

- trasmettere un messaggio chiaro rispetto alle possibilità di cura del disagio e della malattia che può essere così riassunto: “Da questi disturbi si può guarire, purchè ci si rivolga ai professionisti e si seguano le cure prescritte”;
- fare in modo che la persona malata non sia colpevolizzata dalla convinzione che potrebbe guarire semplicemente dandosi da fare, mettendoci un po' di buona volontà;
- ridefinire il ruolo del familiare come quello di “colui che sta a fianco” del malato senza sostituirsi a lui nè ai curanti.

Lo scopo è aiutare i familiari a limitare comportamenti d'eccessiva presenza e controllo conseguenti al sentirsi unici responsabili della salute del congiunto. L'affetto può essere senz'altro terapeutico, ma non

coincide con la cura: i familiari hanno il diritto d'informarsi, di essere informati, di partecipare e di accompagnare, ma non di essere sempre presenti nei luoghi dove avviene la cura. Alcuni familiari, ad esempio, di pazienti in psicoterapia lamentano vissuti di esclusione da parte dello psicoterapeuta cui il malato è affidato: ad essi è necessario spiegare che il parente può essere presente durante la visita psichiatrica, ma che lo spazio della psicoterapia è riservato unicamente al paziente ed è protetto dal segreto professionale.

Questo argomento verrà ripreso ed approfondito nel capitolo successivo. Altre volte è, invece, necessario sottolineare il fatto che tali disturbi determinano un'alterazione del modo di percepire il mondo da parte del malato e questo modifica il rapporto con se stesso e con gli altri.

I familiari, inoltre, devono fare i conti con i propri limiti: spesso occorre invitarli a rivalutare le energie spese e quelle ancora a disposizione.

Man mano che si alternano i racconti dei partecipanti agli incontri diventa evidente che ciascuno, oltre a raccontare la storia della persona malata, parla di sé e delle difficoltà presenti nello stare a fianco di chi soffre di disturbi depressivi.

E' necessario rassicurare sulla legittimità dei vissuti d'insofferenza che possono emergere dopo mesi, a volte anni, di preoccupazioni e sulla necessità di recuperare i propri spazi vitali in modo da non farsi trascinare, per esaurimento delle energie, nello stesso pozzo nero in cui è caduto il congiunto.

Ad alcuni basta suggerire il recupero delle proprie attività e di concedersi anche spazi "leggeri" che consentano di tornare dal malato più ricaricati e disponibili.

Ad altri occorre consigliare un percorso terapeutico che consenta di rileggere in un'ottica diversa le modalità relazionali in atto col paziente.

In presenza di preoccupazioni relative alla pericolosità per gli altri del familiare depresso, è necessario specificare che nella patologia depressiva l'aggressività è soprattutto autodiretta (rivolta cioè contro se stessi) e che è, invece, raro che il depresso sia pericoloso per le persone che gli stanno accanto.

A volte succede che agli incontri partecipino familiari di pazienti che, per la gravità del disturbo, sono ricoverati in strutture specializzate. Si tratta di situazioni estreme che determinano nei familiari sensi d'impotenza e di colpa per quello che spesso viene vissuto come "abbandono del congiunto malato". Occorre allora sottolineare che il ricovero è, in realtà, uno strumento terapeutico che dà al paziente la possibilità di affrontare la fase acuta della crisi in un luogo protetto. In alcuni casi è l'unica strada percorribile per avvicinare alle cure la persona che soffre: tale fase può trasformarsi in un'importante occasione di osservazione e di diagnosi, prima tappa del percorso di cura e guarigione.

### *Considerazioni conclusive*

L'elemento centrale della sofferenza psichica è la solitudine del paziente e di coloro che gli stanno accanto e il compito più arduo degli operatori è di aiutare a costruire ponti che consentano di mettere in contatto tali solitudini e sofferenze.

Va, innanzitutto, precisato che non esiste un decalogo che indichi quali siano i comportamenti "giusti" e quelli "sbagliati". Segnaliamo di seguito alcuni suggerimenti su ciò che è più opportuno dire o non dire al proprio congiunto depresso, tenendo presente che i parenti non possono superare i limiti della loro cultura, delle conoscenze di cui sono in possesso e dello stato emotivo che stanno vivendo. Insomma, fanno quello che possono.

### *Cosa dire*

*“La depressione è una malattia curabile... è però necessario rivolgersi ad uno specialista”*

*“Anche se adesso ti sembra un tunnel senza via di uscita, il rimedio c'è e, con le cure adeguate, se ne può uscire nel giro di poche settimane”*

*“Non puoi puntare sulla volontà per superare questa fase: è necessario un aiuto esterno che ti metta in condizioni di recuperare le tue energie vitali”*

*“Non devi sentirti in colpa se non riesci a fare quello che fai di solito: per adesso è così, ma è sicuro che, quando la depressione sarà scomparsa, tornerai ad essere quello di prima”*

*“E' solo una situazione transitoria: con le cure adeguate questa condizione è destinata a migliorare fino a scomparire del tutto”*

*Cosa non dire*

*“Cerca di tirarti su... in fondo tutti hanno dei problemi... bisogna rimboccarsi le maniche”*

*“Devi sforzarti, devi mettercela tutta... con un po' di buona volontà, ce la puoi fare”*

*“E' solo un problema di pigrizia... in fondo ti fa comodo stare lì e non fare nulla”*

*“Sei tu che non vuoi fare, non vuoi provare, non vuoi collaborare”*

*“Non c'è nessuno che può aiutarti... devi farcela da solo”*

*“Non c'è bisogno di medici né di medicine... è solo un problema di buona volontà”*

*“Sei un egoista, pensi solo a te stesso, non pensi a noi che stiamo male nel vederti stare così”*

Quelle elencate sono frasi esemplificative, le cui linee guida possono essere così riassunte: è necessario evitare di far leva sulla “forza di volontà” e sulla “colpevolizzazione” del paziente depresso che, a causa della malattia, è già in preda a sensi di colpa e privo di quella energia vitale (che è, appunto, quella che noi chiamiamo volontà) da poter usare a piacimento.

I familiari non devono stigmatizzare la sofferenza del congiunto come incapacità ad affrontare la vita, non devono accentuare il suo isolamento né aumentare il suo carico d'inadeguatezza e di colpa.

Tornando alla metafora dei ponti da costruire allo scopo di mettere in contatto solitudine e sofferenza del paziente con quelle dei familiari, è possibile individuare nell'*empatia* il materiale per costruirli.

L'*empatia* è la capacità di mettersi nei panni dell'altro, di guardare con gli occhi dell'altro, ascoltare con l'orecchio dell'altro e sentire con il cuore dell'altro e appare come l'unico conduttore di energia positiva tra i due poli - paziente e familiari - della sofferenza psichica.

Un comportamento empatico è soprattutto disponibilità all'ascolto dell'altro. Senza l'*empatia* ogni comportamento dei familiari rischia d'essere inutile, se non dannoso. Pretendere reazioni, incitare all'attività, aggredire o scuotere possono solo peggiorare la situazione. Essere genitori, amici o fidanzati non è semplice e lo è ancor meno quando è presente la malattia. Soltanto la capacità empatica consente di stare accanto al paziente e accompagnarlo nel percorso che gli consentirà di uscire da quel tunnel oscuro dal quale non sembra esserci uscita.

## **I familiari di pazienti in psicoterapia**

## *L'ambiente relazionale*

L'inizio di una psicoterapia attiva reazioni emotive intense nell'ambiente relazionale e in particolare all'interno della famiglia: chi chiede apertamente se può fare qualcosa, chi fa valere il proprio potere, chi risulta invadente senza volerlo, chi invece pensa sia suo diritto intervenire e poco importa come.

Questo capitolo si sofferma sulla relazione tra il paziente che inizia una psicoterapia ed i suoi familiari.

## *Il paziente, il terapeuta e la segretezza*

La relazione psicoterapeutica è uno spazio privato in cui il paziente porta il proprio disagio e i personaggi della propria vicenda personale, alla ricerca di nuovi significati. Il terapeuta offre una relazione nuova ed un ambiente protetto dalle regole del setting e dal segreto professionale.

*Al telefono:*

“Dott./Dott.ssa Z”?

“Sì, buongiorno, la Signora...?”

“Buongiorno... sono la mamma di Dario (un paziente di 25 anni), è venuto oggi? Sa, non mi dice mai nulla... volevo sapere come sta andando la terapia... sì, insomma, come sta...?”

La richiesta della mamma di Dario è comprensibile ma, se il paziente è adulto, nulla di quanto viene detto in seduta può esser rivelato. L'unica possibilità è riportare la richiesta all'interno della seduta con il paziente e concordare con lui la risposta.

Compito del terapeuta è sostenere il paziente nel confronto con il suo mondo interno, ma anche con l'ambiente esterno e le sue richieste.

L'alleanza tra paziente e terapeuta non significa essere “contro” nessuno dei suoi familiari, amici o conoscenti. E' spesso difficile evidenziare che la relazione esclusiva non vuole essere escludente. I genitori, il marito, la fidanzata o il miglior amico non possono avere dal terapeuta informazioni su quanto avviene in seduta semplicemente per il rispetto di un fondamentale patto di segretezza stretto con il paziente.

## *Cosa possono fare i familiari*

### *Stare vicino*

Chi decide di iniziare una psicoterapia dichiara a se stesso e agli altri, in modo più o meno esplicito e diretto, il desiderio di prendersi cura di sé per stare meglio e l'ideale cui dovrebbero tendere i familiari è “stare a fianco” e rinforzarlo nel percorso intrapreso. Le difficoltà sono evidenti, perché si tratta di un ruolo nuovo, diverso da quello “di partenza”. Moglie, padre, fratello, amica, fidanzato di solito interagiscono con la persona che si cura da una posizione relazionale connotata affettivamente, fonte di doveri e, talvolta, di diritti specifici: può, quindi, essere difficile tenere presente i loro limiti ed evitare comportamenti invasivi nella relazione tra il paziente e il suo terapeuta. *L'informazione*

Acquisire informazioni, tramite pubblicazioni o siti internet qualificati, sulla psicoterapia, su cos'è, come si svolge, quali sono gli scopi, i tempi, “le regole”, è senza dubbio importante per i familiari ed è utile per individuare i comportamenti più corretti da adottare.

Un modo relativamente più recente per informarsi è frequentare familiari di pazienti con patologie simili, per confrontarsi direttamente sulle difficoltà incontrate e mettere in comune informazioni e risorse.

## *Prendersi cura di sé*

Se la sofferenza del congiunto occupa un posto eccessivo nella propria vita, prenderne consapevolezza può provocare un cambiamento e instaurare un circuito benefico.

Riporto la testimonianza del padre di un ragazzo di 24 anni sofferente di depressione:

*“Mio figlio è depresso da due anni...non lo riconosco più...va dallo psicologo e prende i farmaci, ma esce poco, gli amici gli telefonano e lo invitano ad andare a ballare o a mangiare una pizza, ma lui resta a casa...esce solo per andare al lavoro...io e mia moglie non sappiamo più cosa fare...abbiamo rinunciato a tutto per stargli vicino...non andiamo nemmeno più al cinema per non lasciarlo da solo...e litighiamo spesso, parliamo solo di lui e di come fare per farlo stare meglio...non è più vita”.*

Questi genitori sentono che la sofferenza del figlio sta invadendo la loro vita, ma non riescono a legittimare a se stessi la possibilità di stare bene. Gli aspetti vitali della quotidianità assumono un colorito colpevole: non è giusto stare bene se il figlio sta male. Un invito a recuperare gradualmente spazi personali e di coppia gratificanti può aiutarli a confrontarsi più realisticamente con i loro limiti e le loro risorse ed evitare che il loro rapporto e quello con il figlio siano incentrati esclusivamente sulla sofferenza.

## *La cura è contagiosa*

A volte la sofferenza del proprio caro può riverberarsi profondamente sul vissuto di chi gli sta vicino e raggiungere corde emotive profonde, scoprendo un disagio personale che va accolto ed elaborato. In tali casi è consigliabile richiedere aiuto per sé e prendersi cura della propria sofferenza con un ciclo di colloqui di sostegno psicologico oppure con una psicoterapia individuale.

## *Cosa non devono fare i familiari*

### *La negazione della sofferenza*

Se una persona intraprende una psicoterapia vuol dire che riconosce la presenza di un disagio di cui intende prendersi cura. Perché negare tale disagio?

In seduta:

*“Mia moglie dice che sono tutte palle quelle che ho... ma io sto male. So che questa situazione è penosa anche per lei... ma perché non mi crede?”*

Un colloquio di accoglienza, presenti mamma e figlio (un ragazzo di 25 anni):

*“Io so che mio figlio sta male, ma non so più cosa fare... è stato lui a telefonare per fissare l'appuntamento qui e mi ha chiesto di accompagnarlo... il nostro medico di famiglia gli ha dato qualche goccina...va bene che le prenda, ma io non credo sia così grave da avere bisogno di uno psicologo o addirittura di uno psichiatra...”*

In seduta:

*“Mio marito non sa che vengo qui... non l'ho detto a nessuno perché ho paura che pensino che sia matta... loro mi credono forte, nessuno sembra accorgersi che sto male anche se piango in continuazione per un non-nulla...l'altro giorno stava per succedere anche di fronte ai bambini, mi sono alzata da tavola e sono andata in bagno quasi di corsa per non farmi vedere... ero disperata e mi veniva da vomitare... poi mi sono lavata la faccia e sono tornata di là... mio marito non mi ha chiesto niente... è successo la settimana scorsa... forse non vuole mettermi in difficoltà...”*

La sofferenza di una persona è un segnale emotivamente forte per chi le sta vicino e può spaventare o destabilizzare. Negare la sofferenza del proprio caro è una difesa comprensibile, ma non giustificabile. Negare il malessere (“*Tu stai bene!*”) impedisce alla persona di trovare un punto fermo da cui partire per la ricerca autonoma e responsabile di un sollievo e di un significato. Tale atteggiamento lascia la persona sola e confusa e rende difficile la richiesta d’aiuto.

### *La svalutazione della cura*

Chi intraprende una psicoterapia può decidere di comunicarlo o meno. Nel caso in cui scelga di farlo, le reazioni possono essere le più svariate: chi chiederà informazioni su cos’è la psicoterapia in generale; chi vorrà sapere chi è il terapeuta scelto e che formazione ha; chi accetterà con curiosità i racconti di spaccati di seduta; chi ne farà con lui argomento di conversazione; chi ascolterà senza entrare nel merito, avvertendo di essere reso partecipe di una relazione particolare e privata su cui non gli vengono richiesti commenti. Gli esempi potrebbero continuare, ma una reazione in particolare merita un approfondimento: la svalutazione della cura. Denigrare il percorso psicoterapeutico con critiche e giudizi generali che ne mettono in dubbio la serietà e ne svalutano l’efficacia sminuisce la portata emotiva e spesso affettiva della comunicazione. Svalutare la psicoterapia o il terapeuta svaluta il paziente, la sua scelta e prende le distanze dalla sua sofferenza. Non è necessario, naturalmente, che tutti credano nell’utilità di tale percorso, ma tale posizione va dichiarata in modo esplicito ed affettivo come semplice parere personale con cui il paziente può confrontarsi, sentendosi comunque accolto.

In seduta:

*“Il mio fidanzato continua a dirmi che non capisce perché vengo da lei a buttare via i soldi...lui dice che se andassi in palestra, visto che ho già pagato l’abbonamento e non ci vado mai o se facessimo un viaggio, starei meglio comunque e mi divertirei di più...in realtà mi dice anche che mi trova un po’ meglio ultimamente... sarà anche perché, da quando vengo qui, è capitato meno di frequente di scoppiare in lacrime senza motivo quando siamo insieme o che decida all’ultimo di non uscire perché ho un attacco d’ansia...”*

E’ evidente che la paziente potrebbe trarre giovamento, come ognuno di noi, dallo sport o da un viaggio. Perché, però, svalutare la sua scelta? La psicoterapia non è assimilabile ad uno svago: è un investimento impegnativo e faticoso, a livello emotivo ed economico, scelto per ritrovare il proprio benessere. E’ probabile che, presto, tornerà a desiderare (e poi a fare) le cose che faceva prima di stare male, sport e viaggi inclusi.

La cura non è dunque uno svago, nonostante sia un’esperienza emozionante. Possiamo immaginarla come una palestra per imparare a riconoscere le proprie emozioni e le proprie modalità di funzionamento, oppure come un viaggio relazionale che si intraprende per dare un significato ad un disagio, per attraversarlo ed integrarlo in maniera più efficace nella propria vicenda personale.

### *Gli agiti aggressivi*

La negazione della sofferenza e la svalutazione del percorso di cura possono essere considerate espressioni di aggressività, a volte inconsapevole. L’aggressività non riconosciuta viene proiettata all’esterno e agita con azioni e comportamenti orientati a colpire direttamente la psicoterapia.

In seduta:

*Una signora di 45 anni: “Mi scusi, sono di nuovo in ritardo... è che mia sorella... lo sa che non ce la faccio a guidare in questo periodo e... sì, mi dice che mi accompagna lei, che per lei non è assolutamente un problema perché tanto in questo periodo non lavora e che lo fa volentieri... ma è la terza volta che viene a prendermi in ritardo di venti minuti... è impossibile che io arrivi puntuale... gliel’ho detto e ripetuto... mi fa sentire ancora*

*più una nullità... io non la capisco”*

Al telefono:

*Il padre di Giulia, una ragazza di 23 anni: “Buongiorno. Giulia non viene all'appuntamento questa settimana perché non ho ancora preso lo stipendio e non le posso dare i soldi”*

*“Non è davvero un problema, abbiamo affrontato questo argomento con Giulia e abbiamo trovato una soluzione, non so se lei ne è al corrente...”*

*“No, non mi ha detto niente... cioè, mi ha detto di non telefonarle, ma...”*

*“Non credo sia una buona idea che Giulia salti le sedute per questo motivo, comunque ne riparlerò con lei, forse non ci siamo capiti, non è facile parlare di certi argomenti...”*

*“Comunque questa settimana non viene...”*

*“D'accordo, allora cancello l'appuntamento per questa settimana. Ne riparlerò con Giulia, l'aspetto tra due settimane. E' lì vicino a lei?”*

*“No... è andata via con sua madre... mi ha detto che preferiva telefonare lei, ma io...”*

*“Magari potremmo pensare ad un momento in cui affrontare questo argomento tutti e tre insieme, se Giulia è d'accordo. Quando rientra le dica che, se ha piacere di mettersi in contatto con me, oggi mi trova...”*

In sala d'attesa:

*Stefano sta parlando con due persone sedute vicino a lui: penso possano essere suoi familiari. In sala ci sono altri tre pazienti che attendono l'ora dell'appuntamento con il proprio terapeuta.*

*“Buongiorno Stefano, prego...”*

*“Buongiorno (alzandosi per entrare in seduta)”*

*Si alza anche una delle due persone che gli stanno sedute accanto: “Buongiorno, sono Valeria, la sua fidanzata, posso parlarle un minuto?”*

*Stefano si sofferma sulla porta senza dire nulla, con un'espressione inintelligibile.*

*“Mi spiace, non è proprio possibile in questo momento, se ha piacere di parlarmi devo consultarmi prima con Stefano, abbia pazienza”*

*Senza accennare a riprendere il suo posto seduta, Valeria incalza: “Ma devo parlarle solo qualche minuto! Lui è d'accordo, figuriamoci! Vero che sei d'accordo?”*

*I presenti osservano la scena. Si avverte un'atmosfera di leggero imbarazzo.*

*“Mi spiace davvero, non ritarderei oltre l'inizio della seduta, vedremo cosa si può fare, buongiorno”.*

In ognuno degli esempi sopra riportati il terapeuta deve garantire la protezione del setting, del paziente e del suo stesso lavoro. Tali “incidenti di percorso” sono relativamente frequenti e, se elaborati durante la seduta con il paziente, possono rivelarsi un importante strumento di lavoro. Può però anche capitare che l'incidente si trasformi in danno, quando ad esempio contribuisce in qualche misura all'interruzione della terapia.

*L'uso strumentale della psicoterapia da parte del paziente*

I familiari entrano nella stanza della psicoterapia sotto forma di personaggi interpretati e filtrati dai vissuti, consapevoli ed inconsci, del paziente. Il terapeuta non conosce e non conoscerà, per esempio, la madre reale del paziente, ma esclusivamente il racconto che lui ne fa. Il racconto dei fatti, in psicoterapia, parla in primo luogo del paziente, del suo modo di sentire emotivamente, di pensare, di relazionarsi con se stesso e con gli altri. I giudizi sugli accadimenti o le attribuzioni di valore ai personaggi significativi della storia non fanno parte del lavoro del terapeuta, che si relaziona invece esclusivamente con il protagonista e con le sue modalità di rapportarsi a fatti, persone, categorie concettuali e valoriali. In altre parole, compito del terapeuta non è scoprire la verità, né il colpevole.

In seduta:

*“Ho detto a mia moglie che anche lei pensa che sia tutta colpa sua se io oggi sto così male!”*

*“Mio marito continua a chiedermi come va la terapia...io non me la sento di dirgli niente, sono così confusa... sono arrabbiata con tutti e non so perché...non sopporto che mi si avvicini...così gli ho detto che è meglio non avere rapporti (sessuali) quando si fa una psicoterapia”*

*“Teri sono andato a cena dai miei, c'erano anche i miei fratelli e mia sorella...quando ci siamo seduti a tavola ho cominciato a stare male, un'ansia tremenda e un groppo in gola... mio padre mi ha chiesto se ero di cattivo umore e ...sono esploso, gli ho detto che, con una famiglia del genere, c'era poco da stare allegri...gli ho anche detto che lei sostiene che lui non è stato una figura maschile di riferimento positiva...mio padre non aveva la più pallida idea di cosa io stessi parlando! Ho rovinato la cena a tutti”*

E' bene chiarire che il terapeuta, negli esempi citati, non ha detto nessuna delle parole riportate ai familiari. E' bene inoltre ricordare che il paziente, a volte in buona fede, può attribuire parole e pensieri al terapeuta e farne un uso strumentale per riuscire a dire quanto non è mai riuscito, per giustificare i suoi comportamenti o, nei momenti di tensione, quando teme di non riuscire a gestire in altro modo lo scontro.

In alcune fasi della psicoterapia, inoltre, può avere bisogno di non esporsi o di esprimere la propria aggressività in modo protetto: in tali occasioni è possibile che utilizzi, più o meno consapevolmente, il terapeuta attribuendogli affermazioni, giudizi sui familiari o indicazioni al paziente sul comportamento da tenere.

## **Le domande più frequenti dei familiari dei pazienti depressi**

Nella pratica giornaliera sono frequenti le domande da parte dei familiari dei pazienti depressi: di seguito sono 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 per il bambino o eventi stressanti di varia natura.

*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”. Di norma è bene non interferire con tale ritmo difensivo, considerato che l'aumento delle ore trascorse a dormire riduce il tempo della sofferenza depressiva. 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 o scoraggiare l'eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano. 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 tenere presente che l'insonnia è un sintomo della depressione per cui è preferibile affidarne la cura alla terapia antidepressiva e limitare l'uso degli ipnoinducenti.

*E' meglio che prosegua la sua attività lavorativa o che la sospenda?*

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 fasi acute del disturbo lo svolgimento dell'attività lavorativa è impossibile.

Quando la depressione non è grave o è in fase di miglioramento, il proseguimento o la ripresa dell'attività abituale può contribuire a rendere più supportabile 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 anziani, trascorrono la loro giornata completamente inattivi, a letto o seduti su una sedia o poltrona. Ciò è conseguenza del profondo senso di stanchezza fisica e mentale e della perdita d'interesse per qualunque attività. L'insistenza dei familiari a "fare uno sforzo di volontà" può aggravare la situazione, aumentando l'irritabilità del paziente e il suo isolamento. Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti. E', ad esempio, importante la 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. Occuparsi della cura e dell'igiene della propria persona, dell'attenzione al proprio abbigliamento e, più in generale, del proprio aspetto fisico, aiuta a mantenere una soddisfacente "immagine di se stessi".

Può anche essere utile tentare di coinvolgere il paziente in qualche tipo di attività e stimolare il rapporto 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", ha commesso atti antisociali che hanno messo in pericolo la vita di qualcuno e ha danneggiato persone o cose in modo impreveduto 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 riferirsi a qualunque tipo di disturbo psichico, 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 crisi depressiva, soprattutto se grave, sono più o meno influen-

zate dalla tristezza, dal pessimismo e dalla perdita di speranza. Il paziente va quindi scoraggiato a prendere decisioni. Nel caso in cui una di esse dovesse riguardare, direttamente o indirettamente, un componente della famiglia, è opportuno che quest'ultimo metta in atto tutta la sua capacità di convincimento perché tale decisione sia rinviata. L'accorgimento migliore è quello di non rifiutare apertamente la decisione "pericolosa", ma affermare che è più opportuno rimandarla per avere la possibilità di analizzarla più a fondo.

*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 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 e 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 depressione non è particolarmente grave ed il paziente collabora alla terapia.

*Le situazioni a medio rischio* sono quelle in cui il depresso parla 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 so-

matiche. 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 che ha dato esito negativo riguardo ad una patologia, ma rapidamente torna alle sue preoccupazioni ipocondriache.

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

il *primo* è quello di rinforzare la preoccupazione del malato con la propria ansia e la preoccupazione per la possibile esistenza di una malattia somatica;

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

### *Può guidare l'auto mentre assume i farmaci?*

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:

- nel depresso 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 e gli 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 farmacologica.

### *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, l'apparente mancanza di volontà o di collaborazione e la continua tristezza. Irritazione, fastidio o rabbia non giovano certo al depresso e in alcuni casi possono far peggiorare il suo stato.

E' opportuno ricordare che la depressione è una malattia e, come ogni altra malattia, può colpire chiunque.

Comprendere lo stato d'animo del depresso può aiutare a ridurre eventuali sentimenti di irritazione o d'impazienza nei suoi confronti.

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 servire per essere 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 difficile 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’alcool tende a far peggiorare lo stato emotivo del paziente, la seconda è l’interferenza con le terapie antidepressive. Gli alcolici tendono, infatti, 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.

### *Si può superare la depressione con la 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. Si è più volte sottolineato, nei precedenti capitoli, che tale idea è infondata e conseguente al possesso di informazioni errate sul disturbo depressivo: ribadiamo ancora una volta che non è possibile utilizzare la volontà per superare una crisi depressiva.

### *Quando bisogna rivolgersi al medico nel caso di una depressione?*

Certamente *nelle fasi iniziali del 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, ritardando così l’intervento medico.