

Salvatore Di Salvo

# La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?



## Indice

Collana di Psichiatria Divulgativa	Pag.	3
Presentazione dell'Associazione	Pag.	5
Una Ricerca svolta dall'Associazione	Pag.	8
La terapia con i farmaci	Pag.	21
La terapia psicologica	Pag.	43
La storia di Roberta	Pag.	57
A chi rivolgersi per la cura	Pag.	64
Gli "effetti collaterali" della depressione	Pag.	67
La cura della depressione e lo psichiatra	Pag.	71
Testimonianze	Pag.	75
Biblioteca dell'Associazione	Pag.	82
Un nuovo libro	Pag.	84

## Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta un'iniziativa consistente nella pubblicazione di una *Collana di Psichiatria Divulgativa* di cui il primo libro ha titolo: "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia" (140 pagine f.to 15x21), ed è editato da Edizioni Libreria Cortina Torino.

La versione cartacea dei libri della Collana, pubblicati a cadenza annuale (sono previste almeno cinque pubblicazioni) non saranno in vendita presso le librerie, ma saranno gratuitamente disponibili e consultabili presso le Strutture Comunali del territorio nazionale che ne faranno richiesta all'Associazione (Biblioteche, InformaGiovani, Centri Culturali), a cui verranno spediti al solo costo di produzione.

La versione pdf di questo primo libro (90 pagine f.to A4) verrà inviato, **a titolo totalmente gratuito**, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione [assodep@tiscali.it](mailto:assodep@tiscali.it)

La stessa cosa avverrà anche per i libri successivi.

La Collana si occupa della cosiddetta "piccola psichiatria", cioè di quei Disturbi Depressivi e Disturbi d'Ansia che, tranne nei periodi acuti, non interferiscono nella vita relazionale, lavorativa e sociale. Si tratta di disturbi che interessano *direttamente* circa 7 milioni di persone (tale è il numero di soggetti che almeno una volta, nel corso della loro vita, hanno sofferto di fasi acute di Disturbi Depressivi o di Disturbi d'Ansia), mentre il numero delle persone *indirettamente* coinvolte (i parenti stretti dei pazienti) è di due-tre volte maggiore.

Sono, quindi, disturbi che hanno notevole rilevanza sociale, ma sono oggetto di molti pregiudizi a causa dei quali solo un paziente su quattro si rivolge al medico e riceve una corretta diagnosi ed una adeguata terapia.

L'obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle suddette barriere pregiudiziali mediante l'informazione che, per essere efficace, deve essere *divulgativa*.

La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?

L'informazione è divulgativa quando, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti".

Ribadiamo il concetto che l'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi *fare informazione equivale a fare prevenzione*.

## **Presentazione dell'Associazione**

*L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione* si è costituita nell'Aprile 1996 e si prefigge lo scopo di favorire l'approfondimento scientifico, la sensibilizzazione, la divulgazione e la prevenzione in materia di depressione, ansia e disturbi da attacchi di panico nei loro aspetti medici, sociali e psicologici.

### **I servizi dell'Associazione**

#### **Il servizio di Ascolto**

*È un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00. Il numero di telefono è 011.6699584.* Il servizio si caratterizza per il fatto di essere svolto da Psicologi.

La sua attivazione risale al settembre 1998 con lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desiderava aprirsi, parlare di sé, esporre i suoi problemi a persone competenti. È anche un primo momento di supporto psicologico, integrato dalle informazioni sugli specialisti cui rivolgersi, sulle possibili terapie che si possono intraprendere e da risposte a quesiti sulla sintomatologia depressiva, ansiosa o dei disturbi da attacchi di panico.

Dalla sua attivazione, ogni anno riceviamo circa 4.000 telefonate. La possibilità di mantenere l'anonimato, quindi di non esporsi in modo diretto, ha aiutato le persone a “prendere in mano la cornetta” e ad esprimere il disagio, la paura, l'angoscia e la rabbia con cui sono vissuti i disturbi in questione, cosa che probabilmente non sarebbero riuscite a fare in altro modo.

## **Il sito internet**

Collegandosi al sito internet dell'Associazione [www.depressione-ansia.it](http://www.depressione-ansia.it) è possibile scaricare gratuitamente materiale informativo sui temi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico (sono disponibili circa 600 pagine).

Nella Sezione "Pubblicazioni on line" vengono periodicamente inseriti lavori di ricerca, storie cliniche e approfondimenti sui temi di cui l'Associazione si occupa.

## **Audiovisivi**

L'Associazione ha realizzato tre audiovisivi, ognuno dei quali è suddiviso in paragrafi (60 in tutto). La durata complessiva è di circa 120 minuti.

La tecnica utilizzata è quella delle diapositive PowerPoint, i cui contenuti vengono descritti e commentati.

Nei primi due, intitolati "I Disturbi Depressivi" e "I Disturbi d'Ansia", sono trattati gli aspetti descrittivi, diagnostici e terapeutici dei disturbi depressivi e ansiosi e le loro diverse forme cliniche.

Nel terzo, dal titolo "La Consulenza Psichiatrica", viene descritta la prima visita psichiatrica dal punto di vista del paziente e dello specialista e le successive visite di controllo.

Gli audiovisivi sono pubblicati nella *Sezione Audiovisivi* del sito dell'Associazione.

## **Gli altri servizi**

- *Campagne informative:* periodicamente l'Associazione organizza Campagne informative sui temi della depressione, ansia e attacchi di panico allo scopo di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di questi disturbi. Le Campagne finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.
- *I colloqui di accoglienza:* l'Associazione offre questo tipo di servizio, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Si tratta di un colloquio, svolto da psicologi, della durata di circa 45 minuti durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.
- *Gli incontri con i familiari:* gli psicologi dell'Associazione si rendono disponibili ad incontri gratuiti con familiari, amici e conoscenti di chi soffre di depressione, ansia

e attacchi di panico, durante i quali vengono date indicazioni sul comportamento da adottare per essere loro di aiuto.

- *I Convegni*: annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentati i lavori di ricerca svolti dall'Associazione.
- *Un libro gratis*: per tutto il 2011, in occasione del 15esimo anniversario della sua costituzione, l'Associazione invia, a titolo assolutamente gratuito, a chi ne fa richiesta il libro "Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura" (100 pagine A4 circa). La richiesta va fatta all'indirizzo email [assodep@tiscali.it](mailto:assodep@tiscali.it) e l'invio avviene via mail in formato pdf.

### **Collana di Psichiatria Divulgativa**

Da Ottobre 2011 vi è la possibilità di ricevere via email, sempre a titolo gratuito, il pdf del libro: "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia" (90 pagine A4 circa).

Si tratta del primo libro della Collana di Psichiatria Divulgativa descritta nel capitolo precedente.

## Una ricerca svolta dall'Associazione

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione ha attivato, a partire dal gennaio 2005, un servizio che consiste nell'offrire un colloquio informativo, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Il colloquio si svolge con uno psicologo e ha durata di circa 45 minuti, durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.

Ogni colloquio si conclude con la compilazione da parte dell'operatore, in forma anonima, di una scheda riassuntiva di quanto emerso durante l'incontro. Oltre ai principali dati socio-demografici relativi ai partecipanti (sesso, età, stato civile, professione), nelle schede sono registrate alcune informazioni su temi ritenuti di particolare rilievo:

- presenza/assenza di pregressi o attuali interventi terapeutici;
- aspettative nei confronti dei differenti percorsi di cura;
- pregiudizi relativi alle varie strategie terapeutiche.

Il numero totale di persone che, a partire dall'attivazione del servizio, ha effettuato un colloquio orientativo è di 1121.

Un tema, frequentemente presente durante i colloqui e sul quale sono richiesti chiarimenti agli operatori dell'Associazione, è quello relativo alla modalità di cura della depressione: farmaci o psicoterapia?

Da tale tema prende origine la nostra ricerca.

A partire dal totale dei colloqui è stato selezionato un campione di 374 soggetti accomunati dalla contemporanea presenza di due caratteristiche:

- precedenti contatti con una o più figure professionali di tipo sanitario, per lo stesso problema di natura emotiva riferito durante il colloquio orientativo;

- presenza di sintomatologia depressiva rilevata dall'operatore e valutata, in termini di intensità, attraverso la compilazione della *scala Hamilton per la Depressione*.

In particolare, si è fatto ricorso al primo criterio perché, volendo discutere specificamente il tema della cura, abbiamo inteso valorizzare le informazioni ottenute da quanti hanno riferito passate esperienze di contatto, per lo stesso problema di natura emotiva evidenziato in sede di colloquio, con una o più figure terapeutiche (medici di medicina generale, psichiatri, neurologi, psicologi). Si è fatto ricorso al secondo criterio perché, volendo circoscrivere il tema della cura ai disturbi depressivi, è parso utile approfondire le aspettative e i pregiudizi, proprio nei confronti dei diversi percorsi terapeutici, espressi da coloro che sono stati riconosciuti clinicamente depressi (in forma lieve, moderata o grave) dall'operatore che li ha incontrati.

Come dicevamo, per ogni persona è stata compilata la Scala Hamilton della Depressione. Si tratta di uno strumento tradizionalmente utilizzato per valutare la gravità dei sintomi depressivi<sup>1</sup> presenti nel soggetto durante i 3-7 giorni precedenti il colloquio.

Come visibile nella tabella riportata di seguito, tutti i 374 soggetti inclusi nel campione sono stati riconosciuti clinicamente depressi dall'operatore che li ha incontrati, con presenza di sintomatologia in forma lieve (36,1%), moderata (47,8%) o grave (16,1%) secondo i parametri della Scala Hamilton. Si è deciso di ricorrere a questa modalità, composta di osservazione clinica e valutazione attraverso un apposito strumento, per non confidare sulla sola autodiagnosi dell'interessato, facilmente esposta a distorsioni e fraintendimenti.

### **Punteggi ottenuti alla scala Hamilton della depressione**

<7 assenza di depressione = 0 = 0%

8-17 depressione lieve = 135 = 36,1%

18-24 depressione moderata = 179 = 47,8%

>25 depressione grave = 60 = 16,1%

Sempre su un piano descrittivo, riportiamo di seguito alcune tabelle di sintesi che indicano le principali caratteristiche socio-demografiche del campione:

---

<sup>1</sup> Per la descrizione dei sintomi del Disturbo Depressivo rimandiamo alla Pubblicazione "*Come riconoscere la depressione*" degli Approfondimenti della Sezione Pubblicazioni online del sito dell'Associazione.

<p><b>SESSO</b></p> <p>Femmine = 249 = 66,6%</p> <p>Maschi = 125 = 33,4%</p>	<p><b>ETÀ</b></p> <p>18-30 anni = 73 = 19,5%</p> <p>31-40 anni = 113 = 30,2%</p> <p>41-60 anni = 130 = 34,7%</p> <p>&gt; di 60 anni = 57 = 15,3%</p>
<p><b>STATO CIVILE</b></p> <p>Nubile/celibe = 131 = 35,1%</p> <p>Coniugata/o = 159 = 42,5%</p> <p>Separata/o Divorziata/o = 55 = 14,7%</p> <p>Vedova/o = 29 = 7,7%</p>	<p><b>PROFESSIONE</b></p> <p>Lavoratore dipendente = 172 = 45,9%</p> <p>Libero professionista = 72 = 19,3%</p> <p>Pensionato = 58 = 15,4%</p> <p>Casalinga = 40 = 10,8%</p> <p>Studente = 23 = 6,2%</p> <p>Disoccupato = 9 = 2,4%</p>

Hanno partecipato ai colloqui più donne (66,6%) che uomini (33,4%). Considerando che tutti i soggetti sono stati valutati clinicamente depressi, il dato risulta concorde con numerosi studi che mettono in evidenza come i disturbi depressivi colpiscano le donne in rapporto 2:1 rispetto agli uomini, soprattutto nella fascia d'età tra i 40 e i 50 anni.

Rispetto alla variabile età, il 65% del campione si colloca fra i 31 e i 60 anni. Il 19,5% dei soggetti, quindi una porzione significativa, rientra invece nella fascia giovanile (18-30 anni), come noto caratterizzata dal verificarsi di profondi riadattamenti della persona a diversi livelli: affettivo, sociale e lavorativo.

Due periodi a rischio per lo sviluppo di una sofferenza depressiva sono anche la mezza età e il passaggio verso la vecchiaia, durante i quali il soggetto è portato a fare un bilancio della propria vita e si trova a dover affrontare situazioni nuove con un ruolo diverso. Nel nostro campione, le persone con più di 60 anni sono risultate il 15,3% del totale. Ormai sappiamo che le sindromi depressive colpiscono significativamente i soggetti over 65, ed è prevedibile che la percentuale di anziani sofferenti di depressione sia destinata a salire, per il progressivo invecchiamento della popolazione.

A proposito della situazione lavorativa, i soggetti professionalmente attivi costituiscono circa il 65% del campione, composto per la restante parte, in ordine quantitativo, dalle seguenti categorie: pensionati (15,4%), casalinghe (10,8%), studenti (6,2%) e disoccupati (2,4%). In merito allo stato civile, la categoria più rappresentata, non lontana dal costituire la metà del campione, è quella delle persone coniugate (42,5%), seguita nell'ordine da

nubili/celibi (35,1%), separate/i o divorziate/i (14,7%) e vedove/i (7,7%).

Come già precisato, le persone appartenenti al campione sono state selezionate per aver contattato, in precedenza, altre figure professionali di tipo sanitario a causa dello stesso problema evidenziato in sede di colloquio orientativo.<sup>2</sup>

In particolare sono state loro poste alcune domande:

- I contatti sono avvenuti in strutture pubbliche (Servizio Sanitario Nazionale) o in contesti di cura privati?
- Quali figure professionali ha consultato (medico di medicina generale, psichiatra, neurologo, psicologo, altro)?
- In passato, ha intrapreso delle terapie per lo stesso problema? Se sì, quali?
- Attualmente, sta seguendo delle terapie per lo stesso problema? Se sì, quali?

Ai quesiti in elenco si sono ottenute le percentuali di risposta riportate di seguito:

<b>PRECEDENTI CONTATTI</b>		
Struttura pubblica =	207 =	55,4%
Struttura privata =	94 =	25,1%
Struttura pubblica + privata =	73 =	19,5%

<b>Figura profess. Consultata</b>	<i>Primo contatto</i>	<i>Secondo contatto</i>	<i>Terzo contatto</i>	<i>Quarto contatto</i>	<b>Totale</b>
Medico Medicina Generale	198 = 33,9%	0	0	0	198 = 33,9%
Psichiatra	57 = 9,7%	66 = 11,3%	18 = 3,1%	0	141 = 24,1%
Neurologo	43 = 7,3%	39 = 6,7%	8 = 1,4%	5 = 0,9%	95 = 16,3%
Psicologo	72 = 12,3%	36 = 6,2%	0	0	108 = 18,5%
Altro	4 = 0,7%	20 = 3,4%	16 = 2,8%	2 = 0,3%	42 = 7,2%
					<b>584 = 100%</b>

<sup>2</sup> Il tema verrà approfondito nel capitolo “A chi rivolgersi per la cura della depressione”.

Da sottolineare che la numerosità dei contatti, che sono risultati 584, supera la numerosità del campione, composto da 374 soggetti, poiché diverse persone hanno dichiarato di aver consultato più di un professionista.

<b>TERAPIE PRECEDENTI</b>		<b>TERAPIE ATTUALI</b>	
Nessuna =	127 = 33,9%	Nessuna =	165 = 44,1%
Antidepressivi + Ansiolitici =	89 = 23,7%	Antidepressivi+Ansiolitici =	75 = 20,1%
Antidepressivi =	60 = 16,1%	Antidepressivi =	40 = 10,7%
Ansiolitici =	58 = 15,5%	Ansiolitici =	93 = 24,8%
Psicologia =	15 = 4,1%	Psicologia =	1 = 0,3%
Farmaci + Psicologia =	0 = 0%	Farmaci + Psicologia =	0 = 0%
Altro =	25 = 6,7%	Altro =	0 = 0%

Nella maggioranza dei casi (55,4%), i soggetti facenti parte del campione hanno riferito precedenti contatti con professionalità sanitarie all'interno di strutture pubbliche (Servizio Sanitario Nazionale). Un quarto (25,1%) dei soggetti ha dichiarato di essersi rivolto a contesti di cura privati, in cui, così come in ambito pubblico, lavorano psichiatri, neurologi e psicologi. Circa un quinto (19,5%) ha detto di essersi recato da professionisti in contesti pubblici e privati, sottolineando il bisogno di ottenere più di un parere o riportando storie di cura, talvolta complesse, fatte di terapie iniziate e più volte interrotte. Quest'ultima parte del campione coincide, in misura rilevante, con le persone la cui sintomatologia è stata valutata di intensità moderata o grave attraverso la compilazione della scala Hamilton per la Depressione.

Il 33,9% dei contatti è avvenuto con il proprio medico di medicina generale, il primo professionista ad essere generalmente interpellato dal depresso o dai suoi familiari, grazie all'esistenza di un rapporto di stima e fiducia il più delle volte pluriennale. Spesso è il medico di base a esprimere le valutazioni iniziali sui sintomi e sulle possibilità di intervento. In riferimento al nostro campione, i 198 contatti con i medici di base sono avvenuti tutti prima, in ordine di tempo, rispetto a quelli con altri professionisti.

Il 18,5% dei contatti è avvenuto con uno psicologo, a dimostrazione del riconoscimento della natura emotiva delle problematiche depressive. Nel complesso si tratta di una percentuale circoscritta, anche inferiore a quella dei contatti con lo psichiatra (24,1%). Se però consideriamo unicamente le richieste di primo intervento, mentre il 12,3% dei con-

tatti è avvenuto con uno psicologo come opzione iniziale, ciò è accaduto per gli psichiatri solo nel 9,7% dei casi. Possiamo dire che dallo psichiatra si giunge in seconda o terza battuta, quindi su indicazione di altri professionisti, più di quanto accada per le altre figure sanitarie contemplate nella ricerca. Anche questo riscontro sembra legato ai pregiudizi che condizionano in modo negativo la percezione sociale dello psichiatra, probabilmente ancor più di quella dello psicologo.

Come sintetizzato in tabella, ai soggetti che abbiamo incontrato sono state chieste informazioni su eventuali terapie, passate o attuali, intraprese per far fronte allo stesso problema di carattere emotivo segnalato durante il colloquio. Il 33,9% dei soggetti ha riferito di non essere ricorso ad alcuna terapia in passato. Il 44,1% ha specificato di non stare seguendo, nel presente, alcuna terapia. Si tratta di percentuali di significativa entità. Va tuttavia ricordato che i membri del nostro campione, pur avendo già avuto contatti con una o più figure professionali, hanno generalmente prenotato il colloquio orientativo proprio perché ancora alla ricerca di una risposta terapeutica alla loro sofferenza depressiva.

In merito alle esperienze di cura pregresse, il 55,3% dei soggetti ha descritto terapie esclusivamente farmacologiche, nella maggior parte dei casi legate all'assunzione combinata di ansiolitici e antidepressivi. A proposito delle terapie in corso, una percentuale molto simile di persone, pari al 55,6% del campione, ha descritto terapie unicamente farmacologiche, nella maggior parte delle situazioni, però, legate all'assunzione di soli ansiolitici (24,8%). Molto pochi si sono rivelati i casi di precedenti (4,1%) o attuali (0,3%) interventi psicologici. Nessuno ha riferito, rispetto al passato o al presente, terapie integrate di tipo farmacologico e psicologico. Al tema della cura saranno dedicati specifici approfondimenti nelle parti conclusive di questo lavoro.

Veniamo ora ai pregiudizi che i membri del campione hanno espresso durante il colloquio, in merito alla natura dei disturbi depressivi, alle figure professionali cui rivolgersi e alle alternative terapeutiche. In questo caso si tratta di considerazioni liberamente espresse e in seguito raggruppate nelle categorie che compaiono in tabella:

<b>PREGIUDIZI</b>		
Pregiudizi legati ai <i>Farmaci</i> =	100 =	26,8%
Pregiudizi legati allo <i>Psichiatra</i> =	89 =	23,9%
Pregiudizi legati alla <i>Volontà</i> =	78 =	20,8%
Nessuno =	98 =	26,3%
Altro =	9 =	2,2%

Numerosi pregiudizi riguardano i disturbi depressivi<sup>3</sup> che, vissuti spesso con vergogna e colpa, tendono a essere disconosciuti, negati o nascosti. Molto radicato nella coscienza. Come dicevamo, solo una minoranza (circa 25%) delle persone affette da depressione consulta lo specialista di competenza, cioè lo psichiatra. Ciò è riconducibile alla presenza radicata di pregiudizi proprio nei confronti di questa figura professionale, comunemente associata all'idea della "follia", come testimonia il 23,9% dei soggetti appartenenti al nostro campione. Tale ostacolo non è facilmente superabile e genera forti inibizioni anche rispetto alla semplice acquisizione di informazioni.

Il pregiudizio della volontà, riguardante il 20,8% del campione, in base al quale si ritiene che uno stato depressivo possa essere superato mediante un semplice atto di volontà, è falso e contribuisce a determinare l'aumento dei sensi di colpa, già tipicamente connotati alla sofferenza depressiva.

Nel 26,8% delle persone incontrate si sono registrati specifici pregiudizi legati agli psicofarmaci, interpretati a volte come pillole miracolose, le cosiddette "pillole della felicità", altre volte, più spesso, assimilati alle sostanze stupefacenti e quindi ritenuti certamente dannosi.

Ricordiamo che quando i sintomi depressivi esercitano una forte azione inibente sulla vita sociale, lavorativa e affettiva è opportuno utilizzare gli antidepressivi allo scopo di ridurre la fase acuta del disturbo. Se una persona è esposta, per tempi troppo lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica (gravi problemi di natura relazionale, emotiva, economica o lavorativa) e se tali "uscite" eccessive non sono compensate da "entrate" tali da controbilanciarle, può verificarsi un deficit di energia psichica. Il "conto corrente" va in rosso e quando ciò accade compaiono i sintomi tipici dei disturbi depressivi.

Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che c'è poca energia psichica equivale a dire che c'è una bassa quantità di neurotrasmettitori. La presenza del malessere depressivo può infatti essere espressa dal punto di vista energetico (c'è poca energia), dal punto di vista clinico (sono presenti i sintomi) o dal punto di vista biochimico (modesta quantità di neurotrasmettitori). I farmaci intervengono a livello biochimico, determinando l'aumento della disponibilità di neurotrasmettitori negli spazi sinaptici, a cui corrisponde l'aumento della quantità di energia psichica e la riduzione dei sintomi.

Proprio in merito all'uso dei farmaci, sono numerosi gli errori che derivano da una scor-

---

3 Per un approfondimento sul tema dei pregiudizi nei confronti del Disturbo Depressivo rimandiamo alla Pubblicazione "*Depressione e pregiudizi*" degli Approfondimenti della Sezione Pubblicazioni online del sito dell'Associazione.

retta o incompleta adesione alle indicazioni dello specialista. Nel nostro campione, tra i 164 pazienti che hanno dichiarato precedenti o attuali esperienze di terapia farmacologica, abbiamo riscontrato i seguenti errori di assunzione:

- 19 soggetti hanno dichiarato di utilizzare *dosi sub-terapeutiche* di antidepressivi: invece di concordare con lo specialista eventuali correzioni della terapia, hanno autonomamente ridotto le dosi stabilite con l'intento di limitare gli effetti collaterali;
- 15 soggetti hanno dichiarato un'*assunzione saltuaria*, con aumento autonomo dei farmaci in presenza di sintomi e riduzione e/o sospensione in loro assenza;
- 11 soggetti hanno assunto la terapia per *periodi di tempo non adeguati*, il più delle volte per periodi inferiori alle 4-6 settimane, insufficienti per una valutazione corretta e completa dell'azione terapeutica;
- 6 soggetti hanno sospeso in modo improvviso la terapia antidepressiva e ciò ha determinato la repentina e violenta ricomparsa dei sintomi: si tratta del noto effetto rebound, consistente nella ricomparsa dei sintomi se i farmaci non vengono sospesi gradualmente;
- 4 soggetti hanno dichiarato di assumere farmaci da molto tempo, mediamente 2-3 anni, e di non avere alcuna intenzione di sospenderli per il timore del ritorno dei sintomi. Si tratta del problema opposto a quello descritto in precedenza e anch'esso costituisce un errore terapeutico. Quando con i farmaci si ottiene la scomparsa dei sintomi non vi è più alcun motivo di assumerli, per cui vanno sospesi. Utilizzando la metafora del mal di denti, quando l'antidolorifico ne determina la scomparsa è errato proseguire l'assunzione per il timore che il mal di denti possa tornare.

Complessivamente, circa 1/3 dei soggetti (55 su 164) con esperienze di terapie farmacologiche ha riferito di non rispettare le indicazioni del medico: l'ampia diffusione dell'autogestione della terapia trova riscontro anche nella pratica clinica giornaliera, con conseguenze negative sull'efficacia della cura.

Come per i pregiudizi, anche in merito alle aspettative riguardanti il tema della cura abbiamo raccolto le considerazioni liberamente espresse dai soggetti del campione. Le riflessioni emerse sono apparse riconducibili a due categorie principali, che nella sottostante tabella compaiono con le diciture: "aspettative legate ai farmaci" e "aspettative legate alla psicologia" (la categoria "altro", riguardante il 7,3% del campione, è stata inserita per accogliere chi non rientrava nelle due precedenti).

### **ASPETTATIVE**

Aspettative legate ai Farmaci =	197 =	52,6%
Aspettative legate alla Psicologia =	150 =	40,1%
Altro =	27 =	7,3%

Il 52,6% delle persone ha indicato delle aspettative di risoluzione della propria sofferenza legate alla necessità di intervenire con una terapia farmacologica. Di questa parte del campione non tutti hanno fatto esplicito riferimento ai farmaci, tutti però hanno formulato delle attese, in relazione alla propria salute, che tradotte in obiettivi e tempi di realizzazione risultano perseguibili attraverso la via farmacologica. Ci riferiamo a quanti hanno manifestato pensieri e desideri del tipo: *“da una cura mi aspetto di stare meglio il prima possibile”*, *“quello che cerco è la scomparsa dei sintomi in tempi brevi”*, *“vorrei superare la crisi perché non ce la faccio più”*.

Il restante 40,1% delle persone appartenenti al campione ha espresso delle aspettative di cura più legate all'area degli interventi psicologici. Anche in questo caso, non tutti hanno fatto esplicito riferimento alle figure professionali dello psicologo e dello psicoterapeuta. Tutti però, chi in modo realistico e aderente alla natura del lavoro psicologico, chi in modo meno informato e consapevole, hanno comunicato aspettative terapeutiche riconducibili alla dimensione della cura psicologica. Ci riferiamo a quanti hanno formulato considerazioni del tipo: *“ho bisogno di essere ascoltato e di imparare ad ascoltarmi”*, *“ho bisogno di potermi fidare di qualcuno che possa sostenermi”*, *“credo sia fondamentale chiarire le cause che mi fanno stare male”*, *“vorrei riordinare la mia vita e ritrovare un dialogo con me stesso”*, *“da una cura mi aspetto di conoscermi meglio e di vivere con più soddisfazione le mie relazioni”*, *“vorrei trovare un nuovo equilibrio per gestire in modo diverso i miei sensi di colpa”*.

Sulla base di quanto emerso durante i colloqui, proprio in riferimento alla categoria di aspettative appena richiamata, si rende opportuna una breve precisazione: parlare di cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici significa fare preciso riferimento alla psicoterapia.

Come abbiamo visto, curarsi con il farmaco ed eliminare i sintomi fa sicuramente stare meglio e aiuta a ritrovare il benessere: il limite del farmaco sta però nel non rispondere al “perché” della sofferenza. Questa ricerca va oltre il farmaco e richiede un impegno personale. La psicoterapia può aiutare chi vuole intraprendere tale percorso.

Essa richiede un atteggiamento attivo del paziente e una sua cooperazione con lo psi-

coterapeuta nel processo psicologico di ricerca. Proprio per questo è consigliabile che il lavoro psicoterapeutico venga iniziato quando il paziente è in grado di fornire la sua collaborazione e quindi non durante la fase acuta del disturbo, troppo condizionata dai sintomi e dalla carenza di energia disponibile. Per meglio comprendere la differenza tra l'intervento con i farmaci e quello con la psicoterapia, possiamo utilizzare la metafora della cura del mal di denti. Se il dolore è molto forte, è indicato l'uso di un antidolorifico, tenendo comunque presente che la sua azione si limita al controllo del sintomo dolore e che invece non interviene su ciò che lo determina, ad esempio una carie, per curare la quale è necessaria un'azione specifica.

In termini generali è utile intraprendere una psicoterapia quando il malessere si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive a eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente. È utile cioè quando il paziente intuisce che la sua sofferenza è anche un segnale di qualcosa di dissonante all'interno della propria personalità e che, al di là della soppressione dei sintomi, è necessario attivare un lavoro di ricerca su ciò che essi vogliono comunicare. In definitiva, il sintomo non è solo "star male", ma può diventare spinta propulsiva al cambiamento. È però necessario, riconoscendolo come segnale, attribuirgli un senso, coglierne il significato e giungere così all'incontro con se stessi.<sup>4</sup>

Sul piano delle indicazioni e controindicazioni, potremmo dire che la psicoterapia non è indicata quando il paziente presenta resistenze troppo forti che fanno sì che non sia pronto né disponibile, ad esempio quando ritiene che sia solo una perdita di tempo e di denaro, senza alcun tipo di utilità

La psicoterapia non è peraltro indicata quando la persona si caratterizza per la presenza di scarsa capacità introspettiva. Per essa si intende la facoltà di auto-osservare i propri eventi e processi psichici, di poter fornire un resoconto dei propri vissuti soggettivi. Essendo la psicoterapia un viaggio esplorativo nell'interiorità, è importante che il paziente sia equipaggiato della necessaria sensibilità a entrare in contatto con se stesso.

Un errore frequente, infine, consiste nell'utilizzo "fuori tempo" dello strumento psicoterapeutico. In caso di disturbo depressivo, intraprendere una psicoterapia quando la sofferenza è in fase acuta con l'aspettativa, più o meno consapevole, di ottenere, tramite essa, una rapida risoluzione dei sintomi, significa confonderne l'azione con quello che è propriamente il compito della terapia farmacologica. Il rischio che può conseguirne, visto che il lavoro psicologico non è finalizzato a risolvere la sofferenza nell'immediato del colloquio, ma è orientato a comprendere i motivi profondi del malessere, è che il paziente

---

<sup>4</sup> Per un approfondimento sul tema della psicoterapia rimandiamo alla Pubblicazione "*La psicoterapia individuale*" degli Approfondimenti della Sezione Pubblicazioni online del sito dell'Associazione.

giunga alla conclusione che la psicoterapia non serve a nulla. Per queste ragioni, quando i sintomi sono intensi è opportuno prevedere una prima risposta di tipo farmacologico, posticipando l'avvio di una eventuale psicoterapia a quando il paziente avrà sufficienti energie psichiche per poterne beneficiare.

Nel caso si ritenga comunque appropriato cominciare la psicoterapia in fase acuta, bisogna tenere presente che essa ha inizialmente un valore supportivo, di sostegno, mentre la ricerca più approfondita delle cause di malessere deve essere rimandata alla fase successiva al miglioramento dei sintomi

### *Considerazioni conclusive*

La ricerca ha preso in esame un campione di 374 soggetti selezionati tra i 1121 che hanno svolto un colloquio di orientamento con gli psicologi dell'Associazione. Dalla misurazione effettuata con la scala Hamilton, i soggetti sofferenti di depressione in grado lieve/moderato sono risultati in prevalenza donne (il rapporto è di 2:1) e di età compresa tra i 40 e i 50 anni.

I principali dati emersi dalla ricerca sono sintetizzati di seguito.

Oltre metà del campione aveva già consultato una o più figure sanitarie all'interno di strutture pubbliche, circa 1/4 presso contesti privati e poco meno di 1/5 nell'ambito di servizi sia pubblici sia privati, riferendo storie di cura spesso caratterizzate da ripetute interruzioni. Il 40% dei contatti è avvenuto con medici di medicina generale, i primi professionisti in genere incontrati dalle persone depresse e dai loro familiari. Meno del 25% dei contatti è avvenuto con uno psichiatra, lo specialista cui propriamente compete la cura dei disturbi depressivi. Questa percentuale scende al 10% se consideriamo le visite psichiatriche richieste come primo intervento in ordine di tempo. In merito alle esperienze di cura pregresse o attuali, si è riscontrata una netta maggioranza (55%) di terapie esclusivamente farmacologiche, spesso legate all'assunzione di soli ansiolitici. Nessuno ha riferito, rispetto al passato o al presente, terapie integrate di tipo farmacologico e psicologico.

La ricerca ha confermato che numerosi pregiudizi gravitano attorno alla sofferenza depressiva. Una persona su cinque ha espresso la falsa credenza che lo stato depressivo sia risolvibile mediante un semplice atto di volontà. Circa una su quattro ha associato la figura dello psichiatra a quella del "medico dei matti". Più del 25% dei soggetti ha evidenziato pregiudizi nei confronti degli psicofarmaci, accomunati alle sostanze stupefacenti, quindi ritenuti certamente dannosi, o al contrario investiti di aspettative magiche come se si trattasse di "pillole miracolose".

Proprio rispetto ai farmaci, circa 1/3 dei soggetti con esperienze di terapie farmacologiche ha mostrato di non attenersi correttamente alle indicazioni del medico. Gli errori di assunzione più frequentemente riscontrati sono i seguenti: utilizzo di dosi sub-terapeutiche, assunzione saltuaria, assunzione per periodi non adeguati (troppo brevi o troppo lunghi), sospensione improvvisa. Ognuna di queste scelte nell'ordine dell'autogestione si ripercuote negativamente sull'efficacia della cura.

Più del 50% delle persone incontrate ha formulato delle aspettative di risoluzione della propria sofferenza perseguibili attraverso la via farmacologica. Rientrano in questo gruppo coloro che hanno dichiarato di attendersi, da una terapia, il superamento della crisi e la scomparsa dei sintomi in tempi brevi. Circa il 40% dei soggetti ha invece comunicato del-

le attese più in linea con le caratteristiche degli interventi psicologici. Parliamo di quanti hanno espresso il bisogno di comprendere le motivazioni alla base del proprio malessere, di rispondere al “perché” della sofferenza elaborandone il significato.

Questa seconda categoria di aspettative fa preciso riferimento alla psicoterapia, che è la cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. In termini generali, la psicoterapia è indicata quando il paziente coglie che il disagio emergente segnala qualcosa di dissonante all'interno della propria personalità. Non è indicata quando sussistono resistenze troppo forti a un viaggio esplorativo nella propria interiorità o quando il paziente non è equipaggiato della necessaria sensibilità introspettiva per entrare in contatto con se stesso. Un errore comune consiste nell'inizio “fuori tempo” della psicoterapia, in fase acuta, con l'aspettativa che conduca a una rapida scomparsa dei sintomi. Questo è l'obiettivo dei farmaci, mentre la psicoterapia mira alla progressiva acquisizione di nuove consapevolezze, al fine di migliorare la qualità della vita e prevenire le recidive.

Di fronte a una crisi depressiva, in ultima analisi, è più corretto parlare di “strategie terapeutiche” piuttosto che di semplice terapia. Ciò perché, in linea generale, è necessario mettere in atto una serie di misure terapeutiche tali da risolvere la fase acuta ma anche da fare in modo che la crisi non si ripresenti in un tempo successivo.

Come abbiamo detto più volte, i farmaci mirano al ripristino della situazione precedente agendo sul piano chimico, senza alcun effetto sulle cause che hanno generato i sintomi. Lo psicoterapeuta, invece, si occupa della cura della psiche esclusivamente mediante la parola e la relazione, con lo scopo di ricostruire la storia della sofferenza del paziente, coglierne l'origine e comprenderne il senso. Si può quindi dire che i due tipi di intervento, farmacologico e psicoterapico, stiano tra di loro in rapporto di complementarità, poiché rivolti al conseguimento di finalità differenti e integrabili. Per questo, alla formula “farmaci o psicoterapia” è preferibile sostituire la soluzione combinata “farmaci e psicoterapia”.

Un problema della terapia combinata può consistere nell'eventualità che la riduzione dei sintomi legata all'azione dei farmaci faccia decadere la motivazione al proseguimento della psicoterapia. In questo caso si perderebbe la possibilità di elaborare compiutamente il significato della sofferenza, trascurando un'occasione di cambiamento. Proprio quando i sintomi occupano meno la scena è importante continuare il lavoro psicologico di ricerca, al fine di prevenire ricadute e trovare nuovi equilibri nel rapporto con se stessi e con gli altri.

## La terapia con i farmaci

Il cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni, che comunicano tra loro attraverso impulsi elettrici e messaggi chimici. Questi ultimi sono trasmessi mediante il rilascio di particolari sostanze, i *neurotrasmettitori* o *mediatori chimici*, grazie ai quali le cellule nervose “si parlano” tra di loro.

Il passaggio delle informazioni tra due neuroni inizia con il “rilascio” dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni) da parte del neurone “trasmettitore”. Il passaggio dell’informazione avviene quando i mediatori sono captati (cioè catturati) dai recettori del neurone “ricevente”.

Successivamente i mediatori sono liberati dai legami con i recettori del neurone ricevente e in parte sono “distrutti” da un enzima, la monoaminoossidasi, in parte sono ricaptati (cioè ricatturati) dal neurone “trasmettitore” che li aveva rilasciati.

Nel cervello sono presenti molti neurotrasmettitori e alcuni di essi, in particolare la *dopamina*, la *noradrenalina* e la *serotonina*, regolano il tono dell’umore.

Nel caso di malattia depressiva è presente uno squilibrio tra rilascio e ricaptazione di queste sostanze che determina la carenza dei mediatori nello spazio sinaptico.

### Neurotrasmettitori e comportamento

Sul ruolo che i neurotrasmettitori hanno sul comportamento si può dire, a grandi linee, che la serotonina controlla l’impulsività, l’ideazione suicidiaria, l’umore, l’appetito, il sonno, le funzioni cognitive e la sessualità. L’alterazione, quindi, dei livelli di serotonina determina disturbi dell’umore, del sonno, dell’alimentazione e dell’interesse sessuale.

La noradrenalina e la dopamina controllano principalmente la concentrazione, l’attenzione, l’euforia, l’attività psicomotoria, l’energia, le motivazioni, le funzioni cognitive. La carenza di tali neurotrasmettitori determina quindi riduzione dell’attività psicomotoria e

dell'energia psichica, perdita d'interessi, riduzione della capacità lavorativa.

Non è, comunque, possibile attribuire un'azione specifica e selettiva ad ogni singolo neurotrasmettitore e il ruolo svolto nell'organismo è la risultante della loro interazione.

Alterazioni temporanee dei mediatori chimici possono essere dovute a fattori costituzionali, ambientali o alla prolungata esposizione a situazioni stressanti.

La serotonina (5-idrossitriptamina, 5-HT) è un neurotrasmettitore monoaminico che, nel Sistema Nervoso Centrale, è sintetizzato nei neuroni serotoninergici e, a livello periferico, nelle cellule enterocromaffini dell'apparato gastrointestinale.

La noradrenalina è una catecolamina sintetizzata dai neuroni noradrenergici e coinvolge parti del cervello umano dove risiedono i controlli dell'attenzione e delle reazioni.

Insieme all'epinefrina, provoca la risposta di "attacco o fuga" (*fight or flight*), attivando il Sistema Nervoso Simpatico per aumentare il battito cardiaco, rilasciare energia sotto forma di glucosio dal glicogeno e aumentare il tono muscolare.

La dopamina è una amina biogena. Nel Sistema Nervoso Simpatico la sua messa in circolo determina l'accelerazione del battito cardiaco e l'innalzamento della pressione sanguigna.

## **Neurotrasmettitori e antidepressivi**

I primi antidepressivi utilizzati all'inizio degli anni cinquanta sono stati gli IMAO, inibitori della monoaminossidasi, enzima che, dopo la trasmissione del messaggio nervoso, "distrugge" serotonina, noradrenalina e dopamina nello spazio sinaptico. Con tale meccanismo gli IMAO aumentano la concentrazione e la disponibilità dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico, svolgendo in tal modo la loro azione antidepressiva. Attualmente sono in disuso per la loro elevata tossicità, soprattutto epatica, e per l'incompatibilità con altri farmaci.

Intorno alla fine degli anni cinquanta si è cominciato ad utilizzare gli antidepressivi triciclici (TAC), così chiamati per la loro struttura chimica. La loro azione antidepressiva è dovuta all'aumento della concentrazione dei neurotrasmettitori cerebrali nello spazio sinaptico, cui corrisponde il miglioramento dei sintomi depressivi.

L'azione dei TAC, però, avviene non solo a livello dell'encefalo, ma anche di altri organi (ghiandole salivari, intestino, occhi, prostata, cuore) per cui determinano svariati fenomeni collaterali (secchezza delle fauci, stipsi, aumento ponderale, ecc.) e sono controindicati nei casi di glaucoma, ipertrofia prostatica e gravi cardiopatie.

A partire dagli anni ottanta sono entrati nell'uso clinico gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) che hanno spiccata selettività d'azione sulla serotonina e sono efficaci nei disturbi depressivi, nei disturbi d'ansia, nella distimia e anche nei disturbi del comportamento alimentare.

Rispetto ai TAC hanno migliore risposta terapeutica e maggiore tollerabilità

I più recenti sviluppi della ricerca farmacologica hanno introdotto nuovi prodotti da utilizzare nella terapia della depressione.

Ad esempio gli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NARI), ad azione speculare rispetto agli SSRI.

Da citare anche gli inibitori selettivi della ricaptazione sia della serotonina sia della noradrenalina (NSRI), ad azione simile ai triciclici, ma più efficaci e molto meglio tollerati grazie alla loro azione mirata sulle cellule nervose (come del resto accade per gli SSRI e i NARI).

## **Neurotrasmettitori e energia psichica**

L'energia psichica è una vera e propria energia che si esprime sotto forma di slancio vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri.

Ognuno di noi ne possiede, fin dalla nascita, una quantità definita che varia da individuo a individuo: vi sono cioè persone che hanno una dotazione energetica maggiore rispetto ad altri.

Utilizzando la metafora di un conto corrente bancario, alcuni nascono più ricchi e altri meno.

È certo, comunque, che nessuno ne ha una quantità illimitata per cui è importante tenere conto del bilancio tra le uscite (quantità di energia spesa per far fronte alle richieste esterne) e le entrate (aspetti piacevoli della vita, la cui presenza ha effetto di ricarica).

Se una persona è esposta, per tempi eccessivamente lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica (gravi problemi di natura relazionale, emotiva, economica o lavorativa) e se tali "uscite" eccessive non sono compensate da "entrate" tali da controbilanciarle, può verificarsi un deficit di energia psichica e, tornando alla metafora prima citata, il "conto corrente" va in rosso.

Quando ciò si verifica, compaiono i sintomi tipici dei Disturbi Depressivi o dei Disturbi d'Ansia.

Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che c'è poca energia psichica equivale a dire che c'è una bassa quantità di neurotrasmettitori e che sono presenti i sintomi.

Quindi la presenza del malessere depressivo o ansioso può essere espresso dal punto di

vista energetico (c'è poca energia), dal punto di vista clinico (sono presenti i sintomi) o dal punto di vista biochimico (modesta quantità di neurotrasmettitori).

I farmaci intervengono a livello biochimico, determinando l'aumento della disponibilità dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico, cui corrisponde l'aumento della quantità di energia psichica disponibile e la riduzione dei sintomi.

## **Gli antidepressivi**

Passiamo ora alla descrizione delle classi di antidepressivi.

### ***Gli antidepressivi inibitori delle monoaminossidasi (IMAO)***

Gli IMAO sono una classe farmacologica caratterizzata da elevata efficacia terapeutica, ma scarsa maneggevolezza. Come accennato nel capitolo precedente, svolgono la loro azione bloccando la monoaminossidasi, enzima che “distrugge” i neurotrasmettitori, determinando così l'aumento della loro concentrazione nello spazio sinaptico e quindi l'effetto antidepressivo.

Gli IMAO hanno numerosi effetti secondari che li rendono poco maneggevoli. A livello del Sistema Nervoso Centrale è abbastanza frequente la comparsa d'insonnia, sensazione d'irrequietezza, tremori e vertigini. A livello del Sistema Nervoso Autonomo spesso provocano ipotensione arteriosa, soprattutto nei pazienti anziani.

Durante la terapia con gli IMAO è necessario evitare l'ingestione di alimenti ad alto contenuto di tiramina quali vino rosso, formaggi stagionati, aringhe, o di alcuni farmaci quali ipertensivi o vasocostrittori nasali. L'interazione con tali alimenti o farmaci può determinare cefalea pulsante, vomito, dolore toracico, iperpiressia, ipertensione grave, talvolta fino a 250-300 mm/Hg, stato di ottundimento.

L'interazione degli IMAO con gli antidepressivi triciclici è in alcuni casi responsabile della comparsa di una sindrome acuta solitamente benigna denominata “Sindrome Serotoninergica”, dovuta al brusco incremento della quantità di serotonina cerebrale e caratterizzata da diarrea, tremori, febbre, confusione mentale e agitazione.

Gli IMAO hanno, quindi, scarsa maneggevolezza e per tale motivo non sono più utilizzati nella pratica clinica.

### ***Gli antidepressivi triciclici (TAC)***

Gli antidepressivi triciclici sono normalmente considerati farmaci efficaci, ma con fastidiosi effetti collaterali.

La loro attività clinica si realizza attraverso il blocco della ricaptazione della serotonina,

della noradrenalina e in minor misura della dopamina a livello dello spazio sinaptico.

Tra gli antidepressivi triciclici vi sono molecole che si differenziano in base alla loro capacità d'inibire prevalentemente la ricaptazione della serotonina e/o della noradrenalina. Ad esempio la clorimipramina (Anafranil) blocca prevalentemente la ricaptazione della serotonina, l'imipramina (Tofranil) agisce in modo più spiccato sulla noradrenalina mentre l'amitriptilina (Laroxyl) blocca la ricaptazione di entrambe.

La risposta antidepressiva è estremamente variabile: è possibile trovare pazienti che rispondono bene a dosi di 75-100 mg ed altri che devono raggiungere i 200-250 mg .

La dose va sempre personalizzata in rapporto all'età, alle condizioni mediche, a precedenti risposte al farmaco e alla gravità dei sintomi depressivi.

Gli effetti collaterali possono essere descritti in base al sistema colpito. Elenchiamo i più frequenti.

*Sistema Cardiovascolare:* spesso, soprattutto all'inizio del trattamento, compare ipotensione ortostatica e tachicardia.

*Sistema Neurovegetativo:* la bocca secca, la stipsi, il ritardo dell'eiaculazione sono effetti collaterali estremamente frequenti anche se, nell'ambito della stessa classe, alcune molecole (come ad esempio l'amitriptilina e l'imipramina) inducono tali effetti collaterali più frequentemente di altre (come ad esempio la desipramina). Meno frequenti, ma non rari, sono la riduzione della libido, la sudorazione profusa e, in caso di lunghi trattamenti, l'aumento ponderale.

*Effetti collaterali Neurologici:* sedazione e rallentamento psicomotorio sono molto frequenti all'inizio, ma spesso diminuiscono d'intensità nel corso del trattamento.

Le interazioni più a rischio sono quelle con l'alcool (aumento degli effetti collaterali), anfetamine o anfetaminosimili (potenziamento degli effetti dell'anfetamina), antipertensivi (riduzione/annullamento dell'attività ipotensiva).

I triciclici sono antidepressivi a largo spettro e quindi potenzialmente utilizzabili in tutti i quadri depressivi. Da sottolineare che tanto maggiore è la dose terapeutica necessaria, tanto più marcati sono i fenomeni collaterali ed è per tale motivo che, nella pratica clinica, i TAC sono attualmente ritenuti antidepressivi di seconda scelta.

### ***Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)***

A questa classe farmacologica appartengono molecole con meccanismo d'azione basato sul blocco selettivo della ricaptazione della serotonina, di efficacia medio/alta e ben tollerati.

La prima molecola di questa classe è stata la fluoxetina (Prozac) e, a seguire, sono state introdotte la fluvoxamina, la paroxetina, la sertralina, il citalopram.

Gli SSRI sono molecole dotate di effetti secondari non particolarmente fastidiosi e comunque gestibili, soprattutto se s'inizia con quantità minime e l'incremento fino alle dosi terapeutiche avviene in maniera graduale.

I fenomeni collaterali più frequenti sono i seguenti:

*Apparato gastrointestinale:* in circa il 20-30 % dei casi compaiono sintomi quali nausea, gastralgia, diarrea, che normalmente si affievoliscono durante il trattamento.

*Sintomi psichici:* i sintomi d'ansia e irritabilità sono riferiti da circa il 20% dei pazienti. Raramente l'attivazione è violenta e i pazienti lamentano una forte "agitazione" interna. Tali sintomi sono facilmente controllabili con l'associazione di ansiolitici a basso dosaggio.

*Sfera sessuale:* il disturbo più frequente consiste nella difficoltà orgasmica. Tale disturbo è dose dipendente e solitamente scompare quando si riduce il farmaco.

*Sintomi somatici:* cefalea, insonnia e ipersonnia sono meno frequenti rispetto ai disturbi precedentemente descritti e tendono a ridursi nel corso del trattamento.

Gli SSRI sono utilizzati nella terapia di mantenimento dell'episodio depressivo maggiore o nella profilassi della depressione ricorrente. Sono farmaci di prima scelta in alcune forme di depressione con caratteristiche di atipicità (presenza d'ipersonnia o abusi alimentari), in casi di depressione accompagnata da ansia, nel Disturbo da Attacchi di Panico, nel Disturbo d'Ansia Generalizzato, nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, nella Fobia Sociale e nelle Fobie Semplici

### ***Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI)***

La venlafaxina è il capostipite di una classe farmacologica in grado d'inibire la ricaptazione di serotonina e noradrenalina. Ha un livello di tollerabilità particolarmente elevato e ciò consente di raggiungere alte dosi anche nel giro di pochi giorni.

Gli effetti collaterali sono legati prevalentemente all'attivazione serotoninergica e compaiono con incidenza variabile. Molto frequenti, soprattutto all'inizio del trattamento, sono cefalea, nausea, disturbi del sonno; meno frequenti sono irritabilità, tremore, anoressia, disturbi della sfera sessuale.

L'azione combinata su serotonina e noradrenalina conferisce alla venlafaxina un poten-

ziale antidepressivo elevato, paragonabile a quello dei triciclici, rispetto ai quali è molto più tollerabile.

Recentemente è stata introdotta in commercio la duloxetina. Anch'essa inibisce la ricaptazione della serotonina e della noradrenalina, ha spiccata azione antidepressiva e, rispetto alla venlafaxina, determina meno fenomeni collaterali.

### ***Antidepressivi specifici noradrenergici e serotoninergici (NaSSA)***

La mirtazapina è il capostipite di una nuova classe di antidepressivi che agiscono potenziando la neurotrasmissione della noradrenalina e della serotonina attraverso il blocco specifico dei recettori presinaptici alfa-2 dei due mediatori.

I fenomeni collaterali più frequenti sono la secchezza delle fauci, la sedazione, la sonnolenza, l'aumento dell'appetito, l'aumento ponderale.

Non sono state segnalate interazioni degne di nota fra mirtazapina e altre molecole, se si esclude l'aumento dell'attività sedativa di alcool e benzodiazepine.

Ha un'azione terapeutica ampia e agisce anche su disturbi depressivi maggiori. Caratteristica della mirtazapina è la spiccata azione sedativa che la fa preferire in tutte quelle forme caratterizzate da insonnia, ansia, irritabilità.

### ***Inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NaRI)***

La reboxetina è una molecola in grado di inibire selettivamente la ricaptazione della noradrenalina.

Gli effetti secondari più frequentemente presenti sono la stipsi, la secchezza delle fauci, la sudorazione, i disturbi dell'addormentamento e la difficoltà di svuotamento della vescica.

Grazie all'azione sulla noradrenalina, la reboxetina è indicata nel trattamento delle depressioni medio-gravi caratterizzate da rallentamento, apatia, mancanza di spinta motivazionale.

### ***Inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina e dopamina (DNRI)***

Il bupropione è un antidepressivo utilizzato da molti anni in America e nel 2008 introdotto anche in Italia. Esplica la sua azione attraverso l'inibizione della ricaptazione della dopamina e della noradrenalina ed è indicato in quelle forme depressive in cui prevalgono anergia e inibizione e in cui la componente ansiosa è modesta (se è elevata, è meglio utilizzare gli SSRI). Rispetto agli altri antidepressivi determina con minore frequenza aumento di peso e disfunzioni in ambito sessuale.

### ***Altri antidepressivi***

Nel 2010 è stata introdotta in commercio la Agomelatina, un agonista della melatonina sui recettori MT1 e MT2, che si comporta da antagonista nei confronti della serotonina inibendo i recettori 5-HT<sub>2C</sub>. Non siamo ancora in possesso di dati clinici sufficienti per pronunciarsi sulla validità del suo impiego nella terapia della depressione.

## **La gestione della terapia della depressione**

La varietà di farmaci antidepressivi oggi disponibili è vantaggiosa in quanto pazienti che non rispondono ad una determinata terapia possono essere trattati con antidepressivi a differente meccanismo d'azione. Inoltre, nel caso in cui siano presenti effetti collaterali molto fastidiosi, è possibile ricercare l'aumento della tollerabilità cambiando farmaco. È da tenere presente che non c'è alcuna ragione teorica per preferire una classe di antidepressivi come farmaci di prima scelta. Nel singolo paziente è la combinazione delle considerazioni cliniche e dei meccanismi d'azione dei farmaci ad orientare verso l'antidepressivo da utilizzare.

### ***Condizione del trattamento nei disturbi dell'umore***

Per la scelta dell'antidepressivo è necessario tenere presenti la previsione del tempo di risposta, la valutazione della gravità dei sintomi, il riconoscimento e gli effetti collaterali di ogni classe di farmaci, la ricerca delle dosi più efficaci e tollerate.

### ***La scelta del farmaco antidepressivo***

La scelta ha almeno tre elementi principali di riferimento:

- meccanismo d'azione del farmaco;
- risposte a precedenti trattamenti antidepressivi;
- classificazione clinica dell'episodio depressivo.

La scelta dipende dai sintomi prevalenti della depressione da curare. Ad esempio, se prevalgono malinconia e inibizione sono più indicati farmaci che agiscono sui sistemi di trasmissione noradrenergica (NARI), mentre, se prevalgono ansia e ossessività, sono da

preferire farmaci che agiscono sul sistema serotonergico (SSRI).

Indipendentemente dal tipo di disturbo dell'umore, nella gestione del trattamento della depressione è necessario tenere presente quanto segue.

Con differenze minime e difficilmente prevedibili, tutti i trattamenti antidepressivi iniziano a manifestare l'effetto terapeutico dopo un *periodo di latenza* oscillante tra le due e le quattro settimane. Tale periodo costituisce una fase delicata per i possibili ulteriori aggravamenti dell'umore, per la demoralizzazione del paziente a causa dell'apparente inefficacia della terapia e per la possibile presenza di effetti collaterali.

Nelle prime settimane di terapia può, inoltre, manifestarsi la "*Sindrome da attivazione*", che consiste nell'aumento della vigilanza, dell'attivazione motoria ed emotiva ed a volte anche dei sintomi della serie ansiosa. Tale sindrome è conseguente all'aumento, nelle cellule nervose, della quantità di serotonina e noradrenalina dopo le prime assunzioni di farmaci; tende ad attenuazione spontaneamente nel corso del trattamento e risponde positivamente all'associazione di ansiolitici.

Gli *effetti collaterali* sono molto diversi in rapporto alla classe farmacologica di appartenenza ed al profilo generale di azione a livello recettoriale.

In linea generale, come accennato in precedenza, i fenomeni collaterali di triciclici ed IMAO sono superiori rispetto agli antidepressivi più recenti, quali ad esempio gli SSRI. È importante prevedere la comparsa ed il decorso degli effetti collaterali. Alcuni, quali ad esempio l'ipotensione e la sedazione da triciclici o i disturbi gastrointestinali e la sindrome da attivazione da SSRI o SNRI, sono ad insorgenza rapida e tendono ad attenuarsi nel corso del trattamento.

Altri, come la stipsi o la secchezza delle fauci da triciclici od i disturbi della funzione sessuale da SSRI, tendono a presentarsi in modo più graduale ed a recedere più lentamente. I primi (ipotensione, sedazione e disturbi gastrointestinali) hanno spesso effetto molto negativo sulla collaborazione del paziente alla terapia (compliance) non tanto in rapporto alla loro gravità, quanto a causa dell'insorgenza nella fase di latenza della risposta, apparendo quindi come l'unica modificazione indotta dal trattamento.

I secondi (stipsi, secchezza delle fauci e disfunzioni sessuali) sono, nella maggior parte dei casi, tollerati in modo migliore, in quanto si manifestano quando sono già presenti i primi segni di miglioramento.

La valutazione delle modificazioni indotte dal trattamento antidepressivo costituisce una delle fasi più delicate della conduzione della terapia.

Si possono distinguere:

- *fase del periodo di latenza*: ha la durata di circa un mese, durante il quale la posologia

del trattamento è gradualmente incrementata, fino a raggiungere livelli ritenuti efficaci e/o tollerabili;

- *fase della risposta terapeutica*: dura in media 1-2 mesi, durante i quali il quadro clinico depressivo inizia a migliorare fino a essere giudicato clinicamente superato;
- *fase del consolidamento dell'effetto terapeutico*, della durata media di 2-3 mesi, in cui il paziente è più o meno asintomatico rispetto alla precedente condizione depressiva, ma necessita ancora di trattamento farmacologico a pieno dosaggio;
- *fase di mantenimento e sospensione*, di durata variabile in rapporto a frequenza, gravità e resistenza alla risposta alla terapia. In tale fase viene effettuata la riduzione graduale della posologia fino alla sospensione.

La corretta valutazione della risposta terapeutica è il parametro che orienta le modificazioni della posologia. In linea generale, la riduzione prematura o la sospensione in un paziente in corso di miglioramento, ma non ancora libero dai sintomi, può determinare la riacutizzazione del quadro clinico (*effetto rebound*).

È importante considerare che non tutti i sintomi hanno lo stesso andamento cronologico nella risposta della terapia.

Angoscia, tendenza al pianto, disturbi del sonno rispondono precocemente, a volte durante il periodo di latenza, dando l'impressione fuorviante di un rapido superamento dello stato depressivo.

Altri sintomi, invece, come ad esempio l'ideazione delirante, si modificano di norma in un tempo intermedio, mentre i sintomi più strutturali della depressione, quali melanconia e anedonia (incapacità di provare piacere), richiedono un periodo più lungo per la remissione e svolgono quindi il ruolo di reali indicatori della fase della risposta terapeutica.

### ***Strategie terapeutiche nel paziente resistente***

Deve essere considerata come resistenza al trattamento antidepressivo la persistenza di "sintomi strutturali" (quali melanconia e anedonia) dopo un periodo di trattamento teoricamente corrispondente a quello della risposta terapeutica, cioè dopo almeno 2-3 mesi di terapia. In tali casi le strategie possibili sono le seguenti:

- *incremento della posologia*: compatibilmente con la tollerabilità individuale, la dose dell'antidepressivo deve essere portata fino ai livelli massimi consentiti;

- *associazione di altri antidepressivi*: ha lo scopo di potenziare i sistemi di neurotrasmissione non sufficientemente stimolati dal primo trattamento;
- *cambio di farmaco antidepressivo*: è da valutare nei casi di reale inefficacia del trattamento o d'intollerabilità degli effetti collaterali. Il nuovo farmaco deve essere introdotto utilizzando una metodica di sostituzione crociata, cioè con dosaggi rapidamente crescenti associati a dosaggi più lentamente decrescenti del farmaco da sostituire, sospendendo quest'ultimo solo dopo avere raggiunto dosi terapeutiche del secondo.

### ***Fase di mantenimento***

Il passaggio alla fase di mantenimento del trattamento può avvenire dopo un periodo di stabilizzazione della remissione clinica di almeno 2-4 mesi. La riduzione della dose deve essere graduale, con monitoraggio attento delle possibili modificazioni cliniche e valutazione dell'eventuale necessità di ritornare, anche temporaneamente, alle dosi precedenti.

### ***La sospensione del trattamento antidepressivo***

La sospensione della terapia con antidepressivi deve essere un obiettivo potenziale nella cura di tutti i pazienti depressi.

In linea generale deve essere effettuata più precocemente nel paziente con disturbo bipolare, esposto al rischio di viraggio verso episodi critici di opposta polarità. La sospensione deve essere programmata solo dopo un adeguato periodo di mantenimento e stabilizzazione della remissione dei sintomi. È importante che le dosi siano ridotte in modo molto graduale.

## **Antidepressivi e comportamento alimentare**

Il controllo fisiologico dell'appetito è gestito da un sistema integrato, una volta definito semplicemente "centro della fame", oggi invece riconosciuto come circuito complesso dove agiscono sostanze ad azione stimolante o inibente.

La conoscenza dei meccanismi farmacologici che inducono l'aumento o la riduzione del peso corporeo è fondamentale nella scelta del trattamento.

Mentre l'antagonismo dopaminergico stimola l'assunzione di cibo, l'inibizione della ricaptazione della serotonina determina un senso di sazietà ed è, quindi, utilizzata nel trattamento della bulimia nervosa.

Tra i farmaci antidepressivi, l'amitriptilina può indurre incrementi ponderali di almeno 6

Kg in più del 30% dei casi.

Gli SSRI inducono, invece, riduzione del peso corporeo o aumento di entità lieve nel trattamento a lungo termine.

L'utilizzo preferenziale degli SSRI nel trattamento di pazienti sovrappeso od obesi è giustificato dal calo ponderale dell'ordine di 4-5 Kg già nelle prime settimane di terapia. Tale azione, indipendente dall'effetto antidepressivo, si mantiene per un periodo di circa 5-6 mesi.

## **Antidepressivi e sessualità**

Gli antidepressivi triciclici determinano molti effetti collaterali di tipo sessuale. Tra questi assumono particolare rilievo la riduzione della libido, l'impotenza, l'eiaculazione dolorosa, l'eiaculazione retrograda e l'anorgasmia.

Gli SSRI agiscono su tutte le fasi della risposta sessuale, quindi sulla riduzione della libido e dei livelli d'eccitazione; possono causare impotenza e soprattutto indurre disturbi di tipo orgasmico ed eiaculatorio (soprattutto ritardi eiaculatori o ritardi orgasmici).

Diverse opzioni possono essere considerate nella gestione degli effetti collaterali riguardanti la vita sessuale:

- *riduzione del dosaggio;*
- *attesa:* nei primi mesi del trattamento, alcuni effetti collaterali tendono a ridursi;
- *variazione della terapia:* soprattutto nel caso in cui gli effetti collaterali siano particolarmente rilevanti.

## **Terapia farmacologia e psicoterapia**

La terapia antidepressiva è "a tempo", deve cioè durare un periodo limitato. Nella fase acuta l'assunzione di farmaci è finalizzata alla risoluzione dei sintomi, indipendentemente dalle cause che li hanno determinati.

Nella fase successiva, quando cioè i sintomi non sono più presenti, si devono utilizzare strumenti terapeutici mirati alla cura delle cause del disturbo depressivo. A volte sono facilmente individuabili, come ad esempio un disadattamento lavorativo o problematiche legate alla vita di coppia. Sono situazioni di cui il soggetto è consapevole ed è opportuno avviare un trattamento finalizzato a modificare quelle situazioni, ad esempio una terapia

di coppia o una terapia familiare.

Capita però spesso che il soggetto non riesca a individuare la causa della sua crisi in quanto i conflitti non sono presenti nella coscienza, ma risiedono nell'inconscio. Si deve supporre che tali conflitti siano comunque rilevanti, tali cioè da determinare l'insorgenza di un disturbo depressivo: sono una sorta di spina irritativa, di elemento perturbatore interno che è bene individuare, al fine di evitare che faccia nuovamente sentire la sua presenza attraverso altre successive crisi.

In tali casi è opportuno che il paziente inizi una psicoterapia individuale.

## **Depressione resistente alla terapia farmacologica**

I dati della letteratura riportano che circa il 70% dei pazienti sottoposti a trattamento con antidepressivi ha una buona remissione dei sintomi, mentre circa il 30% non risponde alla terapia in modo soddisfacente. In tali casi si parla di depressione resistente. La maggior parte dei pazienti resistenti risponde alla somministrazione di un secondo antidepressivo con differente profilo farmacologico o all'associazione di due antidepressivi. Il 3-4%, invece, non risponde ad alcun trattamento e in tali casi si parla di depressione refrattaria.

### ***La Scala di Hamilton della Depressione (HAM-D)***

Lo strumento più comunemente usato per misurare la gravità di un disturbo depressivo e i miglioramenti ottenuti con la cura farmacologica è la Scala di Hamilton della Depressione (HAM-D), ideata da Max Hamilton e pubblicata per la prima volta nel 1960. Oggi viene utilizzata a scopo di ricerca e per valutare i risultati del trattamento. La scala contiene 17 items in forma di domande ad ognuna delle quali, a seconda della risposta, viene assegnato un punteggio da 3 a 5: se la somma dei punti delle 17 risposte è inferiore a 7 la valutazione è di assenza di depressione; un valore compreso tra 8 e 17 indica depressione lieve; tra 18 e 24 indica depressione moderata; più di 25 indica depressione grave.

### ***Definizioni***

Al fine di affrontare in modo organico la questione della depressione resistente, è necessario fornire alcune definizioni, ricavate dalla letteratura.

Si parla di *remissione* quando il paziente è libero da sintomi depressivi (valore inferiore a 7 della scala di Hamilton). Il raggiungimento dello stato virtualmente asintomatico deve essere mantenuto per due mesi consecutivi. Si parla di *guarigione* quando la remissione è presente da almeno sei mesi consecutivi.

Per quanto riguarda la terapia antidepressiva, si possono verificare diverse condizioni: si può avere una risposta, una non-risposta o una risposta parziale.

Si parla di *risposta al trattamento* quando si ottiene la riduzione di almeno il 50% del punteggio basale alla scala HAM-D.

Si parla di *non-risposta* quando i sintomi persistono al punto da richiedere un cambio di terapia: tale condizione corrisponde ad una riduzione inferiore al 25% alla scala HAM-D.

Si parla di *risposta parziale* quando vi è un miglioramento nella fase iniziale della terapia, ma continuano ad essere presenti sintomi. Tale condizione corrisponde ad una diminuzione dei punteggi di partenza alla scala HAM-D compresa tra il 50% e il 25%.

I concetti di *resistenza* e *refrattarietà* fanno riferimento all'intensità, alla durata e al numero di trattamenti.

Per *resistenza* s'intende la minima risposta al trattamento con un antidepressivo di provata efficacia, a dosi e per tempi adeguati (almeno 6 settimane) e regolarmente assunto dal paziente.

Il termine di *refrattarietà* viene utilizzato per i casi in cui non è presente alcuna risposta al trattamento ed i sintomi risultano immutati o peggiorati.

Per stabilire con chiarezza, nella pratica clinica, se la mancata risposta è conseguente ad una *resistenza vera e propria* oppure se si tratta di una *pseudoresistenza* occorre prendere in esame l'idoneità del trattamento e la durata della cura. Si parla di pseudoresistenza quando la mancata risposta al trattamento è dovuta a errori commessi dal terapeuta e/o dal paziente.

Gli *errori terapeutici* più frequenti consistono nell'utilizzo di dosi *sub-terapeutiche* di antidepressivi oppure per *periodi di tempo non adeguati*, inferiori anche alle 4-6 settimane, in cui non è possibile valutare in modo corretto e completo l'azione terapeutica.

Altra causa di pseudoresistenza può essere di tipo diagnostico, consistente nel *mancato riconoscimento*, da parte del medico, del *sottotipo di disturbo depressivo*.

Occorre, infine, citare *elementi di pseudoresistenza relativi al paziente* quali, ad esempio, variabili farmacocinetiche individuali conseguenti a problemi di malassorbimento, mancato rispetto delle prescrizioni a causa di effetti collaterali mal tollerati, errori di assunzione della terapia, eventuale presenza di malattie organiche taciute allo specialista.

### ***Fattori di resistenza alla terapia antidepressiva***

Elementi predittivi di resistenza agli antidepressivi sono l'insorgenza in età precoce (adolescenziale o giovanile) o in tarda età, la familiarità per disturbi dell'umore, la gravità della sintomatologia (punteggi superiori a 25 nella scala di Hamilton) ed infine la cronicità del disturbo (durata superiore a due anni).

Per quanto riguarda i diversi tipi di depressione, quella *bipolare* e la *depressione con agitazione psicomotoria* hanno elevata resistenza. La depressione psicotica non risponde adeguatamente ai soli antidepressivi, mentre trae beneficio dall'inserimento di neurolettici. Risposta sfavorevole si può avere anche nei *disturbi affettivi stagionali*, nella *distimia* e nella *depressione doppia* (distimia con sovrapposizione di episodi depressivi maggiori). Altro fattore di resistenza è la presenza, oltre ai sintomi depressivi, di abuso di sostanze, disturbi alimentari, disturbi da controllo degli impulsi e disturbi di personalità. L'efficacia del trattamento è inoltre compromessa dalla presenza di patologie organiche quali diabete, ipotiroidismo ed altri disturbi endocrini e metabolici, collagenopatie, neoplasie, infezioni, patologie neurologiche.

### ***Trattamento della depressione resistente***

Le contromisure da adottare nel caso di depressione resistente consistono in variazione della terapia in atto, sostituzione con un altro farmaco antidepressivo, combinazione di due o più antidepressivi ed infine la strategia di potenziamento con farmaci non primariamente antidepressivi.

### **Variazione della terapia in atto**

Prima di variare la terapia in atto va tenuto presente che i tempi di latenza della risposta al farmaco possono essere più lunghi in pazienti che hanno avuto ripetuti episodi depressivi o con tratti patologici di personalità oppure negli anziani, in cui la risposta tardiva (7-8 settimane) può essere dovuta al ritardo nel raggiungimento del livello plasmatico terapeutico.

Quando non si ottiene risposta completa al trattamento, il primo fattore da valutare è *l'adeguamento della dose* del farmaco: la mancata o scarsa risposta suggerisce la necessità dell'incremento, a condizione che non compaiano effetti collaterali non tollerabili dal paziente.

### ***Sostituzione con un altro farmaco***

La sostituzione può avvenire con un antidepressivo della stessa classe o con uno di classe diversa.

Le strategie di sostituzione più utilizzate nella pratica clinica sono:

#### ***1) Sostituzione di un SSRI con un altro SSRI***

Pazienti che non rispondono o sono intolleranti ad un SSRI possono rispondere positivamente ad un altro.

### 2) *Sostituzione di un SSRI con un TCA*

Sebbene negli ultimi anni i farmaci triciclici (TCA) siano poco usati, alcuni studi hanno evidenziato che, in caso di resistenza, la sostituzione di un SSRI con un TCA può rivelarsi utile.

### 3) *Sostituzione di un SSRI con venlafaxina o mirtazapina*

Diversi autori suggeriscono l'utilizzo della venlafaxina o della mirtazapina, che agiscono sulla serotonina e sulla noradrenalina, nei pazienti che non rispondono agli SSRI, che agiscono sulla sola serotonina.

## ***Combinazione di due o più farmaci***

La combinazione di più farmaci antidepressivi è in genere la terapia maggiormente utilizzata nella gestione della depressione resistente ed è finalizzata a migliorare la risposta. I vecchi clinici erano spesso contrari a combinare due antidepressivi per l'insorgenza di fenomeni collaterali fastidiosi. Gli antidepressivi più recenti, invece, sono più tollerati e, mediante il sinergismo d'azione, possono potenziare la loro azione al fine di ottenere una risposta migliore in pazienti resistenti.

## ***Potenziamento con farmaci non primariamente antidepressivi***

La strategia di potenziamento prevede l'impiego, in associazione all'antidepressivo prescritto inizialmente, di un altro farmaco non antidepressivo, allo scopo di potenziarne l'effetto. I vantaggi di tale strategia consistono nella possibilità di proseguire il trattamento con il farmaco iniziale, nella presenza di un'ampia esperienza clinica in letteratura rispetto alle altre strategie e nei tempi di risposta più brevi. Gli *svantaggi* sono invece costituiti da rischi più elevati d'interazione tra farmaci.

La strategia di potenziamento più comunemente adottata è la prescrizione di *Litio*: molti studi hanno mostrato che, soprattutto nei casi di depressione bipolare, 600 mg/die o più di litio permettono di ottenere buoni risultati in pazienti resistenti a precedenti trattamenti con soli antidepressivi triciclici o SSRI.

Bisogna comunque tenere presente il rischio di tossicità del litio. Una percentuale significativa di pazienti riporta fastidiosi effetti collaterali quali: nausea, vomito, sedazione, astenia, difficoltà di concentrazione, stitichezza, sudorazione, sete e diarrea. Raramente si registrano disturbi più seri quali confusione mentale, convulsione, ipertermia. A causa

della necessità di monitorare frequentemente i livelli ematici e dell'aumento di peso, spesso la strategia di potenziamento con litio viene percepita negativamente dai pazienti.

Un'altra strategia consiste nell'utilizzo di antipsicotici, in particolare del risperidone (0,5-2 mg/die) o dell'olanzapina (5-10 mg/die). Per le rapide proprietà ansiolitiche di tali farmaci, il loro utilizzo è particolarmente diffuso nei pazienti con agitazione e insonnia. I maggiori svantaggi sono il rischio di eccessiva sedazione e l'aumento di peso.

## **Stabilizzatori del tono dell'umore**

Più della metà dei pazienti che soffrono di un Disturbo dell'Umore presenta recidive nei mesi successivi alla remissione della crisi e tale rischio è maggiore con l'aumento del numero degli episodi.

L'obiettivo primario della profilassi è la modificazione della periodicità della malattia, cioè la riduzione del numero e della gravità delle recidive, sia per i disturbi bipolari sia per quelli unipolari. Per raggiungere tale scopo vengono utilizzati gli stabilizzatori del tono dell'umore di cui verranno descritti i principali.

### ***Sali di litio***

Il litio è diffuso in natura sotto forma di composto salificato e si trova in minerali, in acque termali e nei tessuti biologici, prevalentemente vegetali. Dal 1970 in poi, dopo averne verificato l'efficacia e la tollerabilità, viene utilizzato per il trattamento e la prevenzione dei Disturbi dell'Umore.

La via di somministrazione è quella orale: viene rapidamente assorbito e raggiunge il picco plasmatico entro 1 o 2 ore, con differenze legate al tipo di preparato, specie nei prodotti a lento rilascio, in cui il picco viene raggiunto dopo 3-6 ore.

Sebbene l'efficacia nella profilassi sia nota da molti anni, i meccanismi molecolari alla base di tale azione non sono chiari. Il litio è in grado di attraversare la membrana cellulare e diversi studi sperimentali hanno dimostrato che interferisce con le componenti intracellulari coinvolte nella trasmissione del segnale nervoso, quali ad esempio le proteine G e gli enzimi ad esse associati.

### ***Indicazioni per il trattamento con il litio***

Non esiste unanimità di vedute sui criteri cui attenersi per l'inizio di un trattamento profilattico e ne sono stati suggeriti diversi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fornito la seguente linea guida: il trattamento profilattico va iniziato negli unipolari

dopo tre episodi, in particolare se vi è stato un episodio, oltre quello in atto, negli ultimi cinque anni; nei bipolari, invece, va iniziato dopo il secondo episodio.

Molte scuole adottano criteri diversi e suggeriscono di iniziare la profilassi col litio già dopo il primo episodio maniacale, dal momento che circa il 90% dei pazienti ne manifesterà altri di entrambe le polarità.

Il trattamento con litio può dare una “risposta completa”, senza ricadute, una “risposta parziale”, quando la gravità e la durata degli episodi sono ridotti, oppure “nessuna risposta”, quando la morbilità prosegue senza variazioni.

È possibile individuare alcuni indici predittivi di risposta alla terapia.

Nei pazienti bipolari con frequenti episodi o con ricaduta entro un anno dall’inizio del trattamento è più frequente il fallimento della profilassi.

In quelli in cui è presente una rapida risposta alla terapia antimaniacale ed antidepressiva è, invece, più frequente l’esito favorevole.

Il trattamento vero e proprio inizia con 600 mg di litio carbonato suddiviso in due somministrazioni, ad intervalli equidistanti (mattino e sera). Dopo 7-10 giorni si fa il primo controllo della litiemia.

Occorre fornire al paziente le seguenti indicazioni:

- la somministrazione di litio non va sospesa la sera prima del prelievo;
- quella del mattino deve essere assunta dopo il prelievo;
- devono trascorrere 12 ore (con una tolleranza di mezz’ora in più o in meno) tra l’ultima assunzione ed il momento del prelievo.

La dose giornaliera da assumere è dipendente dai valori ematici, tenendo presente che per svolgere l’azione di profilassi è necessario che la litiemia raggiunga un valore compreso tra 0,5 e 1,5 mEq/litro: al di sotto di tale range non ha effetto, mentre al di sopra iniziano a manifestarsi i fenomeni collaterali.

La litiemia va monitorata ogni due-tre mesi, mentre gli esami della funzionalità epatica e renale vanno ripetuti due volte entro il primo anno. La durata della profilassi con litio va adattata da caso a caso. È opinione diffusa che, una volta iniziata, dovrebbe essere proseguita per sempre, dal momento che il rischio di recidive è molto elevato. Le ragioni della sospensione dovrebbe pertanto essere subordinate all’insorgenza di seri effetti collaterali o alla mancanza di efficacia.

È frequente, nella pratica clinica, l’esplicita richiesta del paziente di sospendere il litio dopo anni di assunzione, motivata dall’aumento di peso o dalla comprensibile esigenza psicologica di “non sentirsi più malato”. L’esperienza suggerisce, in linea di massima,

di assecondare tale richiesta consigliando una sorveglianza clinica adeguata nel periodo immediatamente successivo alla sospensione.

### ***Effetti collaterali***

Alcuni effetti collaterali del litio sono fastidiosi, ma di scarso rilievo clinico, mentre altri sono di gravità tale da richiedere l'immediata sospensione della terapia.

Uno dei più frequenti e noti riguarda l'aumento ponderale, frequente motivo di sospensione della terapia da parte dei pazienti. Non sono presenti differenze d'età o di sesso, anche se le donne tollerano meno tale effetto. I consigli che si possono dare è ridurre o abolire il consumo di cibi ad alto contenuto calorico e aumentare l'attività fisica.

All'inizio della terapia è frequente la poliuria (aumento delle frequenza delle minzioni) che si manifesta in più del 70% dei pazienti nelle prime settimane di trattamento ed è transitoria nel 50% dei casi.

È frequente la presenza di un fine tremore alle mani che tende ad aumentare nei movimenti intenzionali finemente coordinati, quali la scrittura, varia d'intensità in relazione allo stato emotivo ed è aggravato dal concomitante uso di altre sostanze, in particolare la caffeina. Nella maggior parte dei casi si riduce spontaneamente entro alcune settimane.

Altro fenomeno spesso presente nelle fasi iniziali del trattamento, anch'esso di breve durata, è l'affaticamento muscolare in caso di esercizio fisico prolungato.

Alcuni pazienti in terapia con litio riferiscono di sentirsi "rallentati" e di avere difficoltà a concentrarsi e a ricordare con tempestività avvenimenti recenti e passati.

Tuttavia studi a lungo termine hanno dimostrato che, in presenza di Disturbo Bipolare, le performance di soggetti in trattamento con litio sono migliori rispetto a quelli non stabilizzati.

Il litio può svolgere un'azione teratogenica tra la terza e la nona settimana di gravidanza ed è per tale motivo che deve esser sospeso: è, quindi, necessario che le pazienti che desiderano un figlio avvertano il proprio medico con un certo anticipo in modo da programmare l'interruzione graduale.

I sintomi premonitori dell'intossicazione da litio sono la comparsa o l'intensificazione di precedenti effetti collaterali, in particolare tremore, irritabilità, nausea, difficoltà di concentrazione. Compaiono oltre il range terapeutico e quindi generalmente intorno a 1,5 mEq/l, ma in alcuni soggetti possono presentarsi anche a livelli plasmatici inferiori.

### ***Altri stabilizzatori: carbamazepina e valproato***

Il litio ha scarsa efficacia in alcuni tipi di disturbi, quali ad esempio gli stati misti. Inoltre

L'uso è controindicato in pazienti con ridotta funzionalità renale, tiroidea o paratiroidea o in pazienti obesi.

Per questi casi gli anticonvulsivanti, principalmente carbamazepina e valproato, costituiscono la terapia alternativa. In molte circostanze tali farmaci si sono dimostrati utili, da soli o in associazione al litio, nella terapia antimaniacale ed in quella di mantenimento, ma non esistono studi che dimostrino un'efficacia superiore a quella del litio. Nella pratica clinica la tendenza è di utilizzare la carbamazepina ed il valproato negli stati misti, su cui il litio ha scarsa efficacia.

Il Disturbo Bipolare a cicli rapidi risponde poco alla profilassi con un solo farmaco per cui viene utilizzata la combinazione di due o anche tre stabilizzatori.

I più importanti effetti collaterali della carbamazepina sono vertigini, diplopia, incoordinazione motoria, nausea, leucopenia transitoria e rari casi di agranulocitosi.

Gli effetti collaterali del valproato sono di solito lievi, dose-dipendenti e ben gestibili soprattutto attraverso un lento incremento delle dosi da assumere.

I più comuni sono a carico dell'apparato gastrointestinale (nausea, vomito, anoressia), neurologico (tremore dose-dipendente) ed ematologici (trombocitopenia e leucopenia).

## **Depressione: sofferenza e trasformazione**

Dal punto di vista della medicina la sofferenza fisica viene considerata come l'interruzione di uno stato di benessere e il medico interviene su di essa al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato. L'intervento medico è quindi finalizzato a curare la sofferenza fisica che ha connotazioni negative e deve essere eliminata.

Facciamo un esempio per chiarire il concetto: nel caso di una colica renale che, come sappiamo, consiste nella presenza di un dolore acutissimo, l'intervento medico ha l'obiettivo primario di ridurre il dolore e a tale scopo utilizza gli antidolorifici. Il farmaco quindi costituisce lo strumento principale per sconfiggere la sofferenza e compito del medico è scegliere quello più idoneo.

## **Sofferenza e farmaci**

Per quanto riguarda i farmaci è utile sottolineare l'esistenza, nei loro confronti, di atteggiamenti di divinizzazione o, al contrario, di demonizzazione. In base ai primi, quelli cioè di divinizzazione, bisogna affidarsi ciecamente ai farmaci perché, grazie ad essi, è possibile risolvere, sempre e comunque, qualunque tipo di problema.

In base, invece, agli atteggiamenti di demonizzazione i farmaci sono prodotti chimici, non naturali, che determinano più danni, in termini di fenomeni collaterali, che vantaggi.

Estremizzando, i due tipi opposti di atteggiamento determinano due tipi di approcci pregiudiziali che possiamo così sintetizzare: l'atteggiamento divinizzante porta al "farmaci sempre", quello di demonizzazione porta al "farmaci mai".

Se tutto ciò è vero per i farmaci in generale, lo è ancora di più per gli psicofarmaci: alcuni li ritengono la soluzione definitiva dei problemi della sfera psichica, mentre altri, assimilandoli alle sostanze stupefacenti, temono che possano creare dipendenza e alterazioni dello stato di coscienza.

I due tipi di atteggiamenti interferiscono con una visione realistica, cioè che gli psicofarmaci sono strumenti utili solo quando è presente la fase acuta di un disturbo. Il loro scopo è ridurre i sintomi: sono cioè "sintomatici" e vanno sospesi quando la fase acuta regredisce. Non hanno invece alcuna azione sulle cause del malessere psichico, per la cura delle quali è necessario utilizzare lo strumento psicologico.

## **Sofferenza psichica e modello psicologico**

Utilizzando il modello psicologico, la sofferenza psichica è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità, la quale esprime la sua presenza producendo sintomi. Essi sono quindi segnalatori di uno squilibrio interno e la sofferenza non è solo qualcosa da eliminare, ma esprime la necessità di un lavoro di ricerca per individuare le cause dello squilibrio e mettere in atto i cambiamenti necessari per ripristinare l'equilibrio e il benessere della personalità.

Facciamo un esempio. Parliamo di Giacomo, un uomo di 35 anni, manager di una multinazionale che presenta una grave crisi depressiva, tale da determinare un ritiro dall'ambito sociale e impedirgli di lavorare.

Secondo il modello medico di cui abbiamo parlato prima, il problema di Giacomo va affrontato utilizzando gli antidepressivi al fine di ridurre i sintomi e consentirgli la ripresa della vita sociale e lavorativa.

Secondo il modello psicologico è, però, importante anche interrogarsi sulle cause profonde che hanno determinato la crisi depressiva, senza accontentarsi di spiegazioni generiche quali la stanchezza o lo stress in senso lato. È cioè importante che Giacomo risponda alla seguente domanda: perché questa crisi, cosa vuole indicarmi, qual è lo squilibrio che si nasconde dietro la mia sofferenza?

È quindi necessario che, oltre ad assumere una terapia farmacologica, svolga una ricerca psicologica allo scopo di mettere in atto quei cambiamenti nella sua vita che lo mettano al riparo, in futuro, dal ripetersi di crisi analoghe.

Così è stato: dal lavoro psicologico, è emerso che Giacomo ha fatto un investimento eccessivo sulla vita lavorativa a scapito di quella affettivo-sentimentale: poche storie, di

breve durata. Non c'era tempo! Ma i nodi vengono al pettine e, all'età di 35 anni, lo squilibrio della personalità presenta il conto attraverso la crisi depressiva.

Affrontare il problema unicamente con i farmaci, allo scopo di far scomparire i sintomi, sarebbe stato riduttivo e Giacomo avrebbe perso una buona occasione per riequilibrare il proprio atteggiamento nei confronti degli altri aspetti della vita, dal momento che finora ne aveva privilegiato solo uno, quello lavorativo.

### **Senso e potenziale trasformativo della sofferenza**

È, quindi, importante il modo di porsi nei confronti della sofferenza. Innanzitutto ciò dipende dalla sua entità: quando è troppo grande, tale da paralizzare, i farmaci hanno un'importante funzione di sblocco. Agire però sul malessere psichico unicamente con l'intervento farmacologico è sbagliato perché questo vuol dire perdere la possibilità di cogliere il significato della sofferenza.

Quest'ultima affermazione vuol dire che essa ha un senso: indica che il nostro equilibrio psichico è alterato e manda dei segnali mediante i sintomi. Occuparsi di essi utilizzando solo i farmaci vuol dire non tentare di comprenderne il senso e, in definitiva, perdere un'occasione di cambiamento.

La sofferenza, nel momento in cui assume funzione di stimolo per attivare la ricerca, diventa l'elemento propulsore per *modificare il rapporto con se stessi e con gli altri* attraverso il lavoro psicologico.

## **La terapia psicologica**

Si è più volte affermato che la terapia con antidepressivi è unicamente sintomatica, agisce cioè sui sintomi ed è necessaria quando la loro gravità inibisce la vita sociale, lavorativa affettiva. Si è anche più volte sottolineata l'importanza della terapia psicologica nella cura del disturbo depressivo.

Nei paragrafi successivi verranno descritti vari aspetti della psicoterapia individuale.

### **Cos'è la psicoterapia?**

La psicoterapia individuale consiste nell'indagine e nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. È un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta, e fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza.

Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in contatto con la realtà e con gli altri, ma si tratta solo di uno degli aspetti del rapporto con il mondo esterno. È illusorio pensare di relazionarsi ad esso solo razionalmente ed i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, sensazioni e intuizioni. Una parte della vita psichica sfugge quindi al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso.

La psicoterapia mira a produrre cambiamenti strutturali nel paziente attraverso il rafforzamento e la maturazione dell'Io e la modificazione dei meccanismi patologici.

Il fine della psicoterapia è, quindi, di portare a nuovi e più maturi modi di porsi in relazio-

ne con gli altri e di promuovere la soluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

## **Gli strumenti della psicoterapia**

Facciamo un breve cenno ai principali strumenti della psicoterapia.

*Il colloquio:* è usato dal paziente per raccontare la sua storia, le sue esperienze passate e presenti, le emozioni connesse. Il terapeuta utilizza la parola per fornire interpretazioni, chiarimenti e indicare le relazioni tra i diversi contenuti psichici che emergono durante il lavoro terapeutico.

*L'interpretazione:* mette in relazione i contenuti del passato con quelli del presente, fornendo a questi ultimi lo sfondo storico delle loro origini e aumentando i livelli di consapevolezza.

*La relazione:* il rapporto che s'instaura tra paziente e terapeuta, il campo emotivo della loro relazione, il rapporto di stima e fiducia reciproca sono strumenti molto importanti della psicoterapia e costituiscono il veicolo del processo di trasformazione attivato nel paziente.

*Il transfert:* durante la psicoterapia sono proiettati sul terapeuta alcuni contenuti significativi della vita interiore del paziente, quali sentimenti antichi familiari, relazioni col mondo esterno, rapporti emotivi con personaggi della realtà attuale. Tali contenuti sono "trasferiti" sul terapeuta consentendo al paziente di viverli nel "qui ed ora" della relazione terapeutica. Ciò permette di elaborarli in una situazione di attualità ed evita che il lavoro terapeutico diventi distante e astratto.

*Il setting:* è un termine di origine teatrale che indica ciò che è presente in scena in modo fisso ed entro cui si svolgerà l'azione rappresentata. La ripetitività della situazione in cui avvengono gli incontri, la certezza degli orari, la stabilità dell'ambiente ed il legame emotivo con il terapeuta forniscono al paziente la cornice del lavoro terapeutico. All'interno di tale cornice potrà fare emergere, in condizioni di relativa sicurezza, anche i propri contenuti emotivi più nascosti e vergognosi, rendendone possibile l'elaborazione e la modificazione.

## Quando è necessaria una psicoterapia?

È necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente. Il lavoro psicologico diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione. Il percorso psicoterapeutico, quindi, attiva un lavoro di elaborazione e ricerca interiore e mette in moto un processo di trasformazione personale.

La storia seguente esemplifica quanto finora detto.

Claudio chiede un consulto per problemi relativi al sonno. Da qualche settimana il suo risveglio, oltre ad essere molto precoce, tre/quattro ore prima del solito, è anche accompagnato da pensieri negativi sulla giornata che dovrà affrontare e spesso anche da ansia e tachicardia. Durante il giorno accusa molta stanchezza e difficoltà di attenzione e concentrazione che cominciano ad interferire con lo svolgimento dell'attività lavorativa. È preoccupato non tanto dalla gravità attuale dei sintomi che, per quanto fastidiosi, descrive come ancora sopportabili, quanto dal timore che venga di nuovo a svilupparsi una vera e propria crisi depressiva di cui aveva sofferto l'anno precedente. Anche allora inizialmente i sintomi erano simili a quelli attuali. Si erano però progressivamente aggravati tanto da determinare un periodo d'interruzione del lavoro. All'epoca, dopo alcuni tentativi di terapia da parte del suo medico di base, si era rivolto ad uno psichiatra, aveva iniziato una terapia con antidepressivi ed i sintomi erano regrediti nel giro di poche settimane. Aveva continuato ad assumere la terapia ancora per circa otto mesi e poi l'aveva sospesa.

Nel periodo successivo non aveva assunto alcun farmaco e non si erano più manifestati sintomi della serie depressiva fino a poche settimane prima.

Claudio ha appena compiuto 38 anni ed è un ingegnere elettronico. Figlio unico, vive solo con la madre. Il padre è mancato quando Claudio aveva 18 anni. Descrive il rapporto con la madre come positivo. A volte vi sono contrasti a causa dell'atteggiamento d'eccessiva preoccupazione di lei, ma complessivamente sta molto bene a casa sua. Dotato di intelligenza superiore alla media, si è sempre distinto per gli ottimi risultati scolastici e ha concluso il corso universitario con il massimo dei voti. Subito dopo la laurea si è facilmente inserito nel mondo del lavoro, dove ha iniziato una brillante carriera che l'ha portato a posizioni di vertice nell'azienda in cui lavora. Le cose sono invece andate meno bene sul versante sentimentale. Si descrive come timido e riservato e non ha avuto storie importanti fino all'età di 30 anni. Non riusciva ad impegnarsi seriamente con nessuna, la durata delle relazioni era molto breve e il suo impegno prevalente era rivolto all'attività

lavorativa. La sera, molto stanco, spesso preferiva stare a casa a guardare la televisione, piuttosto che uscire con gli amici o con le ragazze.

All'età di 30 anni inizia una relazione con una coetanea e, contrariamente a tutte le altre, resta emotivamente coinvolto. La relazione dura ancora adesso. I primi anni sono stati molto belli e coinvolgenti, ma poi la ragazza propone il matrimonio.

Claudio risponde di non sentirsi ancora pronto. Segue un periodo di forte tensione che determina una crisi nella coppia ed l'interruzione della relazione.

Riprendono a frequentarsi, ma una nuova crisi si verifica circa due anni dopo, quando la ragazza manifesta di nuovo il desiderio di sposarsi. Claudio non si sente ancora pronto. Di nuovo un'interruzione, di nuovo la ripresa del rapporto dopo qualche mese. Da allora la ragazza non ha più parlato di progetti matrimoniali e tanto meno l'ha fatto Claudio. Continuano a stare insieme, ad avere interessi comuni e a fare le vacanze insieme, vivendo però ognuno a casa propria.

Il quadro psicologico che si delinea è il seguente: Claudio ha una personalità disarmonica, in cui vi è stato un forte sviluppo della parte razionale, ma un'inibizione dello sviluppo della vita affettiva, che vive come paurosa e pericolosa. Vi è un forte sbilanciamento tra "personalità sociale" e "personalità privata", quest'ultima legata al mondo della madre, dal quale non riesce a svincolarsi. Tanto è grande nel mondo del lavoro, tanto è piccolo nel mondo materno, dal quale si fa accudire e coccolare. Resta nel posto sicuro, dal quale riceve calore e protezione. Il prezzo è l'inibizione dei progetti di una vita affettiva autonoma e di una parte importante della propria personalità: quella affettiva e del sentimento. Resta piccolo e dipendente, nel rapporto antico e sicuro, per non correre il rischio di soffrire e restare deluso in un rapporto adulto. Ha sperimentato, nell'ambito professionale, di avere ottime capacità d'autoaffermazione e in quest'ambito ha trovato il proprio posto al sole. L'altra parte di lui, quella affettiva, rimane all'ombra della madre. Non osa prendersi la responsabilità di una separazione da lei, a casa si sente protetto e al sicuro, non riconosce la spinta verso l'autonomia e il distacco dal mondo materno.

Claudio però non sa tutto questo, non è consapevole del sacrificio della propria autonomia affettiva, si dà spiegazioni del tipo: "Non mi sento ancora pronto" che è un modo per rimandare in maniera indefinita la responsabilità della scelta e per mantenere invariata la situazione attuale. Tutto ciò ha però un prezzo: la parte della personalità repressa e relegata nell'inconscio entra in conflitto con quella cosciente e da ciò prendono origine i sintomi. Le crisi depressive, quella dell'anno prima e quella attuale di cui sono presenti i primi segnali, sono l'espressione di un conflitto interno, dell'inibizione di una parte che preme per essere riconosciuta, ma che, relegata nell'inconscio, può esprimersi solo producendo sintomi. Occuparsi solo della loro cura con farmaci, com'è avvenuto nella prima crisi depressiva, lascia il conflitto immutato e pronto a manifestarsi nuovamente.

È, invece, necessario che Claudio faccia una psicoterapia in modo da acquisire la consapevolezza del suo problema interno. Potrà quindi prendersi cura di quella parte della sua personalità relegata nell'inconscio, assumersi la responsabilità di una scelta adulta e sanare la frattura tra la sua parte razionale e quella affettiva, riequilibrando la personalità globale.

## **La figura dello psicoterapeuta**

La psicoterapia può essere assimilata ad un “viaggio” all'interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale è il “compagno di viaggio” che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione grazie alla quale è iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e può esercitare l'attività di psicoterapeuta. La parte più importante del suo percorso formativo è l'essersi lui stesso sottoposto ad un lavoro di analisi personale e didattica con psicoterapeuti più esperti. Durante la sua formazione impara quindi a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa quella sensibilità empatica che gli consentirà d'essere egli stesso il primo “strumento” del lavoro psicoterapeutico. Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva. Da tale continuo confronto nasce per il paziente la possibilità di cogliere, realizzare ed agire le potenzialità del cambiamento. In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell'altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sé. Grazie al clima di fiducia e di empatia che si crea nella relazione, il paziente può “correre il rischio” d'esprimere quelle parti che, pur essendo presenti, non hanno avuto diritto di parola e d'espressione. Diritto negato dalla necessità di adattamento alle convenzioni sociali o dall'aver ricevuto un'educazione troppo rigida o troppo elastica, dalla necessità di salvaguardare relazioni significative ma problematiche, dalla necessità di apparire sempre all'altezza del ruolo che si è scelto o che gli è stato attribuito.

## **Il modello teorico**

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: freudiano, junghiano, adleriano, solo per citare i più noti. Vale quindi la pena fare qualche riflessione in proposito. È da sottolineare il fatto che gli studi mirati ad individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato differenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia. L'efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende dunque dalla validità del modello teorico di riferimento, ma nella relazione che s'instaura tra paziente e terapeuta. Ogni singola teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola per orientarsi nella vastità e complessità della psiche e che fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo ad essere scelto come interlocutore preferenziale, come "bussola" di riferimento. Sarebbe però un grave errore sposare tale modello, identificarsi con esso e ritenerlo come "l'unico modello possibile". In questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello "spontaneismo": si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche "naturali", con il rischio di abbandonarsi all'improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme è rappresentato dalla capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza precipitarsi in opzioni di fede e senza cedere all'atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi conoscenza.

## **Lo psichiatra e lo psicoterapeuta**

La psichiatria è quella specializzazione della medicina per conseguire la quale necessitano cinque anni di specializzazione successivi alla laurea e che si occupa della cura dei disturbi psichici, nella più vasta accezione del termine (psicosi, nevrosi, disturbi carat-

teriali, ecc.). Lo strumento principale, anche se non l'unico, dello psichiatra è costituito dagli psicofarmaci. Il suo intento curativo è rivolto alla risoluzione dei disturbi psichici e lo scopo è quello del ripristino della situazione precedente, turbata dalla manifestazione del sintomo.

Anche lo psicoterapeuta si occupa della cura della psiche, ma solo ed esclusivamente mediante le parole: cura cioè attraverso lo strumento psicologico, allo scopo di dare un senso alla sofferenza del paziente. L'azione dello psichiatra è mirata alla risoluzione del sintomo, quella dello psicoterapeuta invece ha lo scopo di comprenderlo.

Come più volte sottolineato, i due tipi di interventi, farmacologico e psicoterapeutico, stanno tra di loro in rapporto di complementarità.

Quando è presente una sintomatologia invalidante è necessario ottenere, nel giro di poche settimane, la regressione della fase acuta del disturbo e ciò è possibile mediante i farmaci. In tale tipo d'intervento il paziente è passivo e si deve solo limitare al rispetto della prescrizione medica. Più volte è stato sottolineato che i farmaci non hanno alcun effetto sulle cause dei sintomi e che, per agire su di esse, è necessario l'utilizzo dello strumento psicologico, cioè della psicoterapia. In tale caso è necessario un atteggiamento attivo del paziente ed una sua collaborazione con lo psicoterapeuta nel lavoro psicologico. Proprio per questo è consigliabile che il lavoro psicoterapeutico di ricerca venga iniziato quando il paziente è in grado di fornire la sua collaborazione e quindi non durante la fase acuta del disturbo, in cui la psicoterapia può solo avere funzione di supporto.

Per meglio comprendere la differenza tra l'intervento con i farmaci e quello con la psicoterapia, possiamo utilizzare l'esempio di ciò che avviene nel nostro organismo quando abbiamo la febbre. Essa è il segnale che il corpo si sta difendendo da un qualche attacco esterno, batterico o virale. Se la febbre è alta è necessario utilizzare gli antipiretici, tenendo però presente che il sintomo febbre è solo un segnale e che bisogna indagare sul tipo di attacco che il nostro organismo sta subendo per una cura più mirata.

Allo stesso modo, quando sono presenti sintomi psichici invalidanti, è utile l'uso dei farmaci, tenendo presente che i sintomi sono il segnale della presenza di conflitto interno che deve esser curato utilizzando lo strumento psicoterapeutico.

## **Quanto dura una psicoterapia?**

La durata della psicoterapia è spesso motivo di preoccupazione da parte di chi decide di iniziarla ed è frequente la richiesta d'informazioni al terapeuta sull'argomento. La risposta è di solito poco soddisfacente perché ci si aspetta un tempo preciso in termini di settimane o di mesi. Il fatto è che il terapeuta è in grado di fornire solo risposte orientative

perchè, nel determinare la durata di un trattamento, entrano in gioco fattori che sono solo in parte prevedibili. Può ad esempio verificarsi che una richiesta di consulenza mirata su un tema specifico, ad esempio una crisi coniugale, della durata di un numero limitato di sedute, si trasformi in un lavoro di ricerca personale che dura molto di più di quanto preventivato. Così come può succedere che il paziente inizi con lo scopo dichiarato di fare una psicoterapia del profondo, della durata prevedibile di molti mesi, ma che ad un certo punto la presenza di resistenze difficilmente superabili determini la stagnazione e quindi l'interruzione del lavoro.

In generale si può dire che una psicoterapia è un lavoro di ricerca impegnativo, dispendioso in termini di tempo, energia e denaro, che non accetta superficialità o mediocrità e quindi non può essere veloce. Del resto il suo obiettivo è ambizioso: si tratta di penetrare in meccanismi psichici complessi e in sistemi difensivi di solito molto strutturati, allo scopo di mettere in moto un processo di trasformazione e maturazione della personalità globale.

È comunque ragionevole mettere in conto, per una psicoterapia, un periodo di tempo di uno/due anni, con incontri a frequenza monosettimanale. Sono necessari decenni per dare forma ad una struttura psichica e non è possibile apportare ad essa modifiche nel giro di poche settimane.

## **Età e psicoterapia**

Come più volte sottolineato, la psicoterapia è un viaggio all'interno di sé che ha lo scopo di aumentare il livello di conoscenza dei propri meccanismi interni. Non esistono quindi limiti di età per tale processo che può essere iniziato in ogni fase della vita. Naturalmente è probabile che siano diverse le problematiche che emergono durante la psicoterapia di un paziente giovane rispetto a quelle di un paziente in età avanzata. Nel primo caso saranno affrontati in prevalenza problemi relativi al rapporto con le figure genitoriali, al binomio dipendenza/autonomia e alla sua ambivalenza, all'inserimento nel mondo del lavoro e alla costituzione di un proprio nucleo familiare.

Nel secondo invece, avendo ormai realizzato gli scopi biologici della vita, risulteranno in primo piano aspetti "spirituali", legati alla ricerca del senso dell'esistenza.

## **L'autoanalisi**

La psicoterapia è un viaggio da effettuare in due, paziente e psicoterapeuta, e non è possibile fare il cammino da soli. Sarebbe infatti necessario superare ostacoli insormontabili, rappresentati dai meccanismi inconsci che non possono essere affrontati utilizzando gli strumenti a disposizione della coscienza.

Ricordo il caso di Giacomo, un giovane studente universitario di Filosofia che aveva chiesto un consulto per la presenza di un disturbo di tipo claustrofobico: non riusciva a prendere l'ascensore né a stare in luoghi chiusi. Era molto arrabbiato con se stesso perché aveva fatto uno studio approfondito sui meccanismi che governano la nostra psiche. Aveva letto tutte le opere di Freud, ne aveva sintetizzato i concetti principali, riempiendo cinque grossi quaderni di appunti, sapeva tutto, ma il disturbo non accennava a diminuire. Il problema è che la conoscenza razionale dei meccanismi psichici può essere un punto di partenza per il lavoro psicologico, ma le componenti emotive e la collocazione nella storia personale soggettiva risiedono nella parte inconscia della personalità e non sono quindi accessibili utilizzando gli strumenti della razionalità. Nel caso di Giacomo era attivo un problema di dipendenza dalla figura materna che, peraltro, determinava in lui seri problemi con le ragazze, liquidati come semplicemente conseguenti alla sua timidezza. A livello cosciente non avvertiva la presenza di tale problema, ma il legame con la madre limitava la sua libertà d'azione e di relazione ed esprimeva la sua presenza producendo sintomi claustrofobici. Giacomo però non poteva giungere a tale consapevolezza da solo, attraverso le letture, perché la strada d'accesso alle sue dinamiche inconsce era sbarrata da meccanismi psichici inconsci quali la rimozione, la negazione e le resistenze. L'aiuto del "compagno di viaggio", che conosce i meccanismi e le loro dinamiche, si rende quindi necessario per poter avere accesso alla propria vita interiore.

## **Le paure dell'inizio**

L'inizio della psicoterapia è spesso accompagnato da alcune paure variabili d'intensità e dipendenti dalle informazioni in possesso del paziente. Accenniamo alle più frequenti.

Paura della durata. Se ne è già parlato in un precedente paragrafo. Aggiungiamo che spesso tale paura è legata ad una forma di resistenza e che, con il progredire del lavoro terapeutico, tende a scomparire e lasciare il campo alla scoperta delle proprie risorse interiori.

*Paura della dipendenza.* È spesso presente il timore del legame di dipendenza dallo psicoterapeuta e/o dalla psicoterapia tale da rendere difficile il distacco. Tale paura è basata sulla convinzione che lavoro di ricerca su se stessi sia esclusivamente legato alla figura del terapeuta o all'ambito in cui la terapia si svolge. È opportuno tenere presente che uno degli scopi della psicoterapia è la conquista dell'autonomia personale e quindi il superamento di legami di tipo dipendente. Durante la psicoterapia è fisiologica la presenza di una fase in cui il rapporto con il terapeuta assume carattere di dipendenza, ma si tratta di un passaggio tanto obbligato quanto transitorio nel cammino verso l'autonomia.

Bisogna inoltre tenere presente che il dialogo con il proprio inconscio non si esaurisce nel corso della psicoterapia. Avrà termine la fase in cui è necessaria la mediazione del terapeuta, ma il paziente acquisisce la conoscenza dei propri meccanismi interiori e degli strumenti che consentiranno di continuare a lavorare su se stesso anche dopo la fine della relazione con il terapeuta.

*Paura del cambiamento.* Per alcuni versi, tale paura è paradossale in quanto il cambiamento è ciò che il paziente ricerca attraverso la psicoterapia. La metafora delle stampelle può essere utile per spiegare tale contraddizione. Chi ha imparato a camminare utilizzando per molti anni le stampelle da un lato ha il desiderio di liberarsene, ma dall'altro teme di non poterne fare a meno. Fuori metafora, chi si è adattato al mondo esterno e interno utilizzando meccanismi di tipo nevrotico, da un lato ne avverte il peso, ma dall'altro essi rappresentano il "noto" e il "certo". Un tipo di adattamento diverso, senza quei meccanismi, appartiene al mondo del "non noto" e all'"incerto" e, quindi, oggetto di desiderio, ma anche di paura.

*Paura della scoperta dei "mostri".* Questa paura è figlia di una concezione riduttiva dell'inconscio in base alla quale esso è solo contenitore degli aspetti della nostra personalità rimossi per la loro connotazione negativa. Si tratta di una visione parziale che non tiene conto delle potenzialità positive ed inesprese presenti nell'inconscio e alle quali sarà possibile accedere attraverso il lavoro psicoterapeutico. Inoltre, quando ci si avvicina con un atteggiamento di paura a ciò che non si conosce, questo tende a essere vissuto come mostro terrifico. Solo attraverso la conoscenza i vari aspetti della personalità possono acquisire le loro reali dimensioni e caratteristiche.

*Paura di non essere all'altezza.* A volte è presente, in pazienti con un livello basso di autostima, la paura di non essere in grado di svolgere il lavoro psicoterapeutico a causa della presunta scarsa intelligenza o del basso livello culturale. Anche tale paura è però

fuori luogo perché la buona riuscita del lavoro non dipende dal livello intellettuale né da quello culturale, ma dalla sensibilità personale e dalla capacità d'introspezione.

*Paura della distruzione.* Nasce dall'idea che il lavoro psicoterapeutico consista prima nel demolire la struttura della personalità esistente e successivamente operare la ricostruzione sulle sue macerie. Da tale paura possono derivare timori per la stabilità del proprio rapporto affettivo o per la propria fede religiosa o per decisioni importanti già prese che si teme di scoprire inautentiche. In realtà la psicoterapia non ha lo scopo di distruggere quanto esiste, ma d'individuare e correggere le distorsioni presenti nel rapporto con se stessi e con gli altri, allo scopo di raggiungere una maggiore completezza ed autenticità.

Claudia è una donna di 30 anni che chiede un consulto perché sta attraversando un periodo di profonda crisi. Dice di trovarsi in una situazione che non avrebbe mai pensato di vivere che le genera uno stato d'intenso malessere. È sposata da cinque anni e ha due figli, di quattro e due anni. Lavora come impiegata e, da qualche mese, ha una relazione con un collega di lavoro. Dice che la cosa è iniziata quasi senza rendersene conto e l'ha comunque coinvolta. Vive nel terrore di essere scoperta ed è divorata dai sensi di colpa nei confronti del marito e soprattutto dei figli. È giunta al limite della sopportazione e per questo chiede aiuto. È molto presente in lei la paura che il lavoro psicoterapeutico e le scoperte che comporterà possano portare alla distruzione del suo matrimonio. Del resto è anche vero la relazione extraconiugale testimonia la presenza di qualche problema nel rapporto con il marito. È probabile che lei abbia cercato la soluzione all'esterno della coppia, ma è proprio tale spostamento ad essere distruttivo per la sua matrimoniale. Attraverso il lavoro psicoterapeutico Claudia potrà essere aiutata ad individuare i nuclei problematici del suo matrimonio, le sue insoddisfazioni all'interno di esso, le responsabilità del marito, ma anche le sue e potrà fare uso di tali conoscenze per attivare all'interno della coppia quel dialogo, da tempo interrotto, che porterà alla ricerca di soluzioni all'interno di essa.

## **Il “vis a vis”**

Durante il lavoro psicoterapeutico il paziente siede di fronte al terapeuta, “vis a vis” e la posizione del paziente sdraiato sul divano, con il terapeuta seduto alle sue spalle, viene utilizzata solo saltuariamente o in particolari fasi della terapia, proposta al paziente e con lui concordata. La posizione sdraiata comporta una più libera espressione del materiale inconscio e può essere un vantaggio per affrontare argomenti “imbarazzanti” guardando

in faccia il terapeuta. Presenta però anche svantaggi, ad esempio rischia di determinare episodi regressivi indesiderabili o lo sviluppo di forti sensi di sottomissione, dipendenza e vulnerabilità. La posizione vis a vis è sicuramente più paritaria ed aiuta il paziente a ricostruire la sua capacità di relazioni e altre funzioni dell'Io, quali l'esame di realtà e il contatto con essa. Lascia al tempo stesso possibilità all'emersione e all'analisi di materiale regressivo con un maggiore rispetto dei tempi di maturazione dell'Io.

Sandra è una giovane di 28 anni che inizia una psicoterapia per la presenza di sintomi di tipo depressivo e crisi d'ansia. È inoltre molto disturbata da un problema relativo alla sua vita coniugale: è sposata da cinque anni e, da circa un anno, ha iniziato a manifestare un'intensa gelosia nei confronti del marito. Da qualche mese è ossessionata dal pensiero che lui frequenti altre donne e a nulla valgono rassicurazioni o verifiche, con esito negativo, fatte per controllarne la fedeltà. La gelosia si presenta con forza violenta che non riesce a controllare e il marito è al limite della sopportazione, tanto da minacciare la fine del matrimonio. Sandra ha già fatto una psicoterapia tre anni prima per la presenza di sintomi analoghi, anche se meno violenti, ma l'aveva interrotta dopo circa tre mesi. All'inizio la posizione era "faccia a faccia", ma dopo poco il lavoro aveva subito un rallentamento per la presenza di resistenze. Per favorirne il superamento, il terapeuta le aveva proposto di assumere la posizione distesa sul lettino. Sandra, però, non aveva tollerato la nuova collocazione in quanto si erano presentate fantasie nei confronti del terapeuta, collocato alle sue spalle. Immaginava di essere aggredita o, al contrario, aveva fantasie aggressive nei confronti del terapeuta stesso. Si era molto spaventata per la loro violenza, per il fatto di non riuscire ad operare alcun tipo di controllo su di esse e aveva quindi interrotto la terapia. Dal racconto delle sue vicende familiari emerge un rapporto molto problematico con il padre. Nei ricordi dell'infanzia e dell'adolescenza sono presenti frequenti litigi tra i genitori, legati al fatto che il padre era molto poco presente a casa e spesso trascorrevano fuori le notti, adducendo motivi di lavoro. Era invece certa che intrattenesse altre relazioni ed in seguito si è scoperto che da una di queste era nato un bambino. Tali ricordi ancora adesso sono molto carichi di sofferenza e da essi si è sviluppata una forte carica aggressiva che non ha preso la via della coscienza, ma ha comunque causato molte interferenze nel rapporto con gli uomini. È molto probabile che sia questa l'origine del suo malessere e dei problemi con il marito. Sandra deve quindi elaborare l'aggressività presente dentro di lei e renderla più accessibile alla coscienza in modo che non si manifesti in forma di sintomi. Data però l'intensità dell'aggressività, è necessario un avvicinamento lento e progressivo ad essa, rinforzando nel contempo le strutture dell'Io in modo da poterne tollerare l'urto. È probabile che nel corso della prima psicoterapia la posizione sul divano, che favorisce la regressione e quindi la più facile emersione di materiale inconscio, abbia determinato una velocità eccessiva del processo. Sono, quindi, emerse quote troppo

intense di aggressività, l'Io non era ancora sufficientemente forte da poterle contenere e da qui l'interruzione del lavoro terapeutico.

## **Decisioni importanti durante la psicoterapia**

Spesso l'inizio della psicoterapia avviene in una fase in cui il paziente è in stato di estrema confusione per situazioni contingenti e il più delle volte si tratta di problemi di natura sentimentale che hanno raggiunto un livello d'intollerabilità. La sofferenza che ne deriva può spingere a compiere un "agito", cioè a prendere una decisione, una qualunque, pur di porre termine al malessere. Sarebbe però un errore cedere, almeno all'inizio del lavoro terapeutico, a tale tipo di tentazione. È opportuno, infatti, non prendere decisioni, specie quando rivestono una grande importanza per la vita attuale o futura della persona, almeno fino a quando non siano più chiare le motivazioni, coscienti ed inconsce, del conflitto in atto. È, quindi, necessario tollerare la sofferenza ed utilizzarla come spinta propulsiva al lavoro di ricerca, resistendo alla tentazione di decidere qualunque cosa, "purchè finisca". Una tale decisione, anche se inizialmente può alleviare il malessere, corre il rischio di essere pagata, in futuro, ad un prezzo ancora maggiore.

Giovanni è un uomo di 35 anni, imprenditore edile, che vive con i genitori. Decide di iniziare una psicoterapia perché sta vivendo una fase difficile della sua esistenza. Da circa due anni frequenta una sua coetanea, hanno deciso di sposarsi, hanno anche acquistato ed arredato la loro futura casa e fissato la data delle nozze a distanza di tre mesi. Da quando però è stata presa tale decisione ha iniziato a sviluppare un disturbo depressivo all'inizio non grave, ma che si sta progressivamente intensificando. Comincia quindi ad avere dubbi sui sentimenti provati nei confronti della futura moglie, sull'opportunità di portare avanti il progetto matrimoniale, ma si rende anche conto che si tratta della ripetizione di quanto già verificatosi circa cinque anni prima. Anche allora era arrivato sul punto di sposarsi e anche allora la decisione gli aveva provocato un'intensa reazione emotiva e la comparsa di sintomi depressivi. All'epoca aveva interrotto la relazione e rinunciato ai progetti matrimoniali. Adesso la tentazione è analoga: il suo malessere è molto intenso, lo attribuisce alla scelta matrimoniale e quindi ritiene che sospendere il tutto lo farà stare meglio. I dubbi, in realtà, non riguardano il sentimento nei confronti della ragazza, ma sono relativi ad un conflitto interno di cui non è consapevole e che produce il malessere. Giustamente decide di intraprendere una psicoterapia, ma deve resistere alla tentazione d'interrompere la relazione, come avvenuto la prima volta. La decisione saggia è quindi di rimandare la decisione, reggere la tensione che ciò comporta, rendere partecipe la fidanzata del suo stato di confusione emotiva personale, rinviare di un certo periodo la

data delle nozze e darsi il tempo d'individuare all'interno di sé i nuclei problematici da cui tutto ha origine.

In generale è sconsigliabile prendere decisioni importanti durante la psicoterapia, perlomeno nelle sue fasi iniziali, perchè le scelte sono influenzate da conflitti ancora attivi. È più opportuno aspettare che i nodi interni comincino a sciogliersi e che a decidere sia l'Io cosciente, volontario, razionale, non diretto da false motivazioni.

## **L'obiettivo finale**

Il presupposto di partenza è che nell'uomo la parte cosciente è importante quanto quella inconscia. La coscienza è la parte con la quale entriamo in rapporto con noi stessi e con il mondo in maniera consapevole e le sono proprie alcune funzioni, tra cui quelle razionali.

L'inconscio, quella parte cioè dell'uomo di cui non si è consapevoli, ha un'importanza per lo meno pari a quella cosciente e, anche se non è visibile, fa sentire la sua influenza determinando stati emotivi e comportamenti su cui la coscienza e le sue funzioni non hanno alcun potere. Ad esempio non si può decidere di chi e quando innamorarsi, così come non si può decidere se una persona deve esserci simpatica o antipatica.

Per vivere in una condizione di benessere psichico è necessario che le componenti coscienti e quelle inconscie siano in comunicazione, mentre il loro contrasto può dare origine alla nevrosi e al suo carico di sofferenza.

La psicoterapia ha lo scopo di agire sulla dissociazione tra la coscienza e l'inconscio e di mettere in relazione i loro contenuti, determinando l'ampliamento della consapevolezza e di conseguenza il rafforzamento e la maturazione della personalità.

## La storia di Roberta

Roberta è una giovane ragazza di 20 anni, vive in famiglia e lavora come impiegata. Da circa un anno ha iniziato ad accusare un Disturbo D'ansia sotto forma di Disturbo da Attacchi di Panico che si è sempre più aggravato fino ad impedirle di svolgere le normali attività lavorative e sociali.

Per tale motivo richiede una visita presso il nostro Centro.

Mi ha riferito che, fin dall'età di 10 anni, trascrive le proprie esperienze emotive su diari e che la scrittura è una modalità di comunicazione che le risulta semplice e veloce. Quando abbiamo avviato, come Associazione, il progetto di fare una serie di incontri con i ragazzi delle ultime classi delle scuole medie superiori sul tema "Giovani e Ansia", le ho chiesto la disponibilità a scrivere la sua esperienza per poterla presentare ai ragazzi che andavamo ad incontrare.

Lo ha fatto volentieri e questo ci dà la possibilità di utilizzare alcuni brani scritti da lei stessa.

Così Roberta descrive i suoi sintomi

*"Ero in ufficio, mi trovavo seduta alla mia scrivania e, quando un mio collega si è avvicinato per chiedermi aiuto per un lavoro, ho notato come la sua presenza e il suo guardarmi mi provocassero agitazione e un senso di inadeguatezza.*

*Ho cominciato a sentire il mio cuore battere sempre più velocemente, la sudorazione aumentare e la voglia di scappare fuori per il senso di soffocamento e stordimento che quella conversazione mi stava provocando. Sono andata di corsa in bagno, ho respirato profondamente e continuavo a chiedermi: "Ma che mi sta succedendo? Oh mio Dio mi sento svenire! Ma cosa mi è preso...??" Dopo cinque minuti buoni passati chiusa nel bagno sono tornata al*

*mio posto certa che non sarebbe mai più successo, che magari era l'eccessiva tensione di quei giorni che si era manifestata con l'episodio appena descritto. Da quel giorno però questi episodi si sono ripetuti in modo costante e sempre più frequente e i sintomi, poco per volta, mi hanno impedito di uscire la sera con gli amici, di andare a pranzo fuori durante la pausa lavorativa, di andare a bere qualcosa in un pub o di passare una serata con gli amici. Il timore di poter riprovare quelle sensazioni terribili mi accompagnava ogni giorno, mi tormentava e mi ha isolata, rendendomi sempre più distaccata dal mondo esterno.*

*L'ansia aumentava se la mia postazione in ufficio non era vicino ad una finestra, con la possibilità di aprirla in caso di bisogno: sentivo che con la finestra aperta vicino a me i sintomi si alleviavano.*

*Non andavo più a fare la spesa o in farmacia a prendermi una medicina ... non ero più in grado di fare nulla, mi sentivo di avere un handicap!*

*In ufficio pian piano sono andata sempre meno, spesso mi sono messa in mutua e, quando potevo, utilizzavo i tanti permessi e ferie accumulati negli anni precedenti, adducendo false motivazioni che servivano a nascondere il reale mio disturbo di ansia.*

*Non riuscivo più ad andare avanti, le crisi erano molto frequenti, la paura di relazionarmi con gli altri stava velocemente aumentando e il mio unico obiettivo era quello di isolarmi: solo così riuscivo a stare bene. Vivevo ormai da mesi in queste condizioni, ogni giorno piangevo e ogni giorno non capivo, non riuscivo a dare una spiegazione a quello che stavo vivendo, non ce la facevo più, mi sembrava di vivere una vita parallela alla mia, mi sembrava di veder scorrere la mia vita non da protagonista, ma come un'ansiosa spettatrice di me stessa che stava andando sempre più giù.*

*Cercavo ogni giorno di trovare la forza di reagire, di controllarmi, di non pensare, ma il mio primo pensiero la mattina era sempre lo stesso: "Oggi mi succederà di nuovo? E come potrò fare per evitarlo? Come potrò fare per non farmi notare dalla gente? Ho paura di un'altra giornata, ho paura di stare male, tornerei a dormire, tornerei nel mio letto a dormire per non pensare, per non affrontare la giornata, per non affrontare le persone".*

*Ma ero obbligata ad alzarmi, ero obbligata ad andare a lavorare, ero obbligata a relazionarmi, ad affrontare il mondo ...*

*Un giorno una mia collega mi prese da parte e mi parlò, mi disse che mi vedeva diversa, dimagrita, che non ero la stessa, che mi ero isolata, che ero stizzosa con le persone e che non ero più presente alle cene o aperitivi orga-*

*nizzati dai colleghi ... mi misi a piangere ... tentai di spiegarle che cosa stavo vivendo ormai da mesi.*

*Mi capì perfettamente: anche lei aveva vissuto queste sensazioni e situazioni, anche lei per anni aveva avuto crisi simili alle mie e pian piano ne stava uscendo.*

*Mi disse chiaramente che l'unico modo per uscirne era andare da uno specialista, parlarne con qualcuno che avesse le competenze per potermi capire e curare. Mi diede subito il numero di uno psichiatra da cui era stata in cura alcuni anni prima e che l'aveva aiutata moltissimo.*

*Chiamai il giorno stesso e presi appuntamento.”*

## **Malattia della madre**

Alla richiesta dell'esistenza di qualche problema particolarmente grave nella sua vita, racconta la malattia della madre:

*“Era il maggio del 2006 quando a mia madre venne diagnosticata una brutta malattia.*

*A seguito di un malore improvviso avuto nei giorni precedenti, l'esito degli esami del sangue furono per la mia famiglia devastanti: affetta dal virus dell'epatite C.*

*Non nascondo di aver provato stupore, rabbia, profonda tristezza e incredulità nello stesso istante e da lì la mia vita è cambiata.*

*La preoccupazione era tanta soprattutto perché non riuscivamo a capire come fosse stato possibile visto che mia madre ha sempre condotto una vita esemplare ... niente alcol, né droga, né fumo, né partner occasionali ... l'arcano poi è stato svelato abbastanza in fretta: una trasfusione avvenuta più di 35 anni prima a causa di un ricovero d'urgenza.*

*Conducevo le mie giornate con un pensiero fisso in testa: come poter fare per fermare e curare in modo definitivo il virus.*

*Mia madre iniziò la cura con l'interferone, le stavo molto vicino, le facevo le punture ogni venerdì, le preparavo le dosi, l'aiutavo fisicamente e psicologicamente e mi sentivo in parte madre in parte figlia, ma non mi pesava perché si trattava di mia madre per la quale avrei fatto e sopportato tutto sempre col sorriso sulle labbra.*

*La cura ha avuto esito negativo: il virus ha provocato danni irreversibili e l'unica possibilità sarà di fare un trapianto.”*

## Diagnosi e proposta di terapia combinata: resistenze

I sintomi sono troppo invalidanti nella vita di Roberta: le impediscono di andare a lavorare, di uscire di casa e causano il suo progressivo isolamento. È quindi necessario un intervento farmacologico che ne determini la riduzione.

I farmaci, comunque, non agiscono sulle cause che hanno provocato l'insorgenza del disturbo: ad esempio nel caso di un mal di denti l'antidolorifico agisce solo sul sintomo dolore ma non su ciò da cui origina, carie o pulpite che sia.

Allo stesso modo gli antidepressivi e gli ansiolitici agiscono sui sintomi depressivi e ansiosi, ma non sulle cause che li hanno determinati

Viene quindi consigliato, oltre alla cura con farmaci, anche una psicoterapia individuale, per avviare un processo di ricerca personale sulle origine del malessere.

### Le parole di Roberta

*“Ero contraria alla terapia farmacologica perché non credevo che i farmaci potessero aiutarmi. Troppe volte avevo sentito dire che creano dipendenza psico-fisica: quando si comincia a prenderli, poi non si riesce più a smettere. Avevo inoltre paura che i farmaci mi facessero perdere lucidità e che finissero per danneggiarmi.*

*Insomma, nella mia mente assimilavo gli psicofarmaci alla droga e per questo ero molto diffidente.*

*Ma il medico mi spiegò che la terapia farmacologica sarebbe stata utilizzata per breve tempo solo per alleviare i sintomi che ormai erano diventati troppo invasivi ... era però importante anche iniziare la terapia psicologica per capire che cosa ci fosse alla base di questo profondo malessere. I farmaci, dopo avere determinato la scomparsa dei sintomi, sarebbero stati ridotti poco per volta fino alla completa sospensione.*

*Ho accettato le sue spiegazioni, ho cominciato ad assumere gli antidepressivi e ho intrapreso il percorso psicologico presso il Centro.”*

Dopo circa un mese i sintomi cominciano a migliorare, gli attacchi di panico si riducono come frequenza ed intensità, fino a scomparire totalmente intorno al secondo mese di terapia. Si riduce nettamente l'ansia presente durante la giornata, migliora il tono dell'umore e, in generale, aumenta progressivamente la quantità di energia psichica a sua disposizione, cosa che le consente di riprendere appieno le attività sociali e lavorative.

A distanza di circa due mesi dall'inizio della terapia farmacologica, quando i sintomi sono quasi del tutto scomparsi, inizia la terapia psicologica.

## **Principali elementi emersi durante il lavoro di ricerca psicologico (dopo circa un anno)**

### **L'ambivalenza**

La famiglia di origine della madre comprende, oltre ai genitori (i suoi nonni), 3 sorelle (sue zie).

La nonna è sempre stata la colonna portante della famiglia ed era per tutti una figura di riferimento. Sempre presente, sempre autorevole, una figura rassicurante. Ha condizionato molto la vita delle figlie che, a loro volta, hanno ricreato la famiglia di tipo matriarcale da cui provenivano.

Per Roberta, quindi, crescere in questo tipo di “gestione familiare” è parsa una condizione naturale e normale: le piaceva il senso di protezione che la madre, le zie e la nonna le trasmettevano, nonostante fossero presenti restrizioni della propria autonomia e la tendenza ad operare un controllo su di lei.

Quando la madre tendeva ad imporle comportamenti, opinioni e modi di vedere, Roberta da un lato entrava in contrasto con quell'atteggiamento, ma nello stesso tempo si sentiva indecisa ed incapace di gestire qualsiasi situazione senza la sua approvazione.

Ciò che ha determinato la crisi è stato l'inizio della relazione con un ragazzo fatto conoscere ai genitori, ma che non piaceva alla madre perché di livello sociale inferiore. Ha continuato lo stesso a frequentarlo, nascondendo però le uscite con lui e raccontando molte bugie, ma la madre l'ha scoperto e, nel corso di una lite, le ha “ordinato” di non vederlo più.

Roberta ha “obbedito”: è seguita una fase di sottomissione nei confronti della madre, ma anche una spinta sempre maggiore alla ribellione.

La madre sapeva bene come colpirla: le imponeva comportamenti e, nel momento in cui lei non eseguiva, la ignorava e non le parlava più per giorni. La reazione di Roberta era di angoscia: da un lato non tollerava più quell'atteggiamento impositivo, ma nello stesso tempo non aveva la forza di ribellarsi e, per porre fine all'angoscia, si comportava secondo i voleri materni.

Ricorda che una volta, il giorno del suo diciannovesimo compleanno, prendendo il coraggio a due mani, si era posta in una posizione di scontro sostenendo che ormai aveva una vita sua, una sua indipendenza economica e che non doveva imporle più nulla: i consigli erano ben accetti, ma le imposizioni non più!

La madre non le aveva rivolto la parola per 20 giorni circa e lei, alla fine, aveva ceduto e le aveva chiesto scusa.

## **La rabbia**

La rabbia è stato l'altro grande tema affrontato durante il lavoro psicologico. L'imposizione di comportamenti l'aveva fatta aumentare a dismisura: Roberta la sentiva dentro di sé, ma non riusciva a gestirla né a controllarla come, ad esempio, quando aveva lanciato una bottiglietta d'acqua in ufficio contro un collega a seguito di una normale discussione di lavoro.

La rabbia veniva anche fuori in mezzo alla gente, in macchina e il più delle volte era lei stessa a provocare la lite perché sapeva che, prendendosela con una persona qualunque, avrebbe avuto modo di "sfogarsi", sentendosi poi meglio.

## **Elaborazione in psicoterapia dei temi dell'ambivalenza e della proiezione all'esterno della rabbia**

Gli elementi più rilevanti emersi nel lavoro di psicoterapia sono stati: l'ambivalenza (contemporanea presenza di amore e odio) nei confronti della madre e la gestione della rabbia, principalmente proiettata all'esterno.

Dopo avere elaborato in psicoterapia il tema dell'ambivalenza nei confronti della madre, ha deciso alla fine di fare lei il primo passo ma, invece di affrontarla urlando e litigando, come avvenuto in passato, è invece riuscita a parlarle in modo tranquillo. È riuscita così a spiegare che le forti emozioni e i sintomi di cui aveva sofferto erano stati determinati dal continuo esercizio, fin dall'infanzia, di quel principio di autorità da lei stessa ritenuta "normale", ma che una parte di lei non riusciva più a tollerare, quella parte che aveva l'esigenza di crescere ed evolversi come individuo autonomo.

Durante il lavoro psicoterapeutico è stato anche possibile per Roberta giungere a contatto con la sua rabbia, prima prevalentemente proiettata all'esterno, ad esempio contro altri automobilisti o contro il collega. L'elaborazione della rabbia ne ha determinato una forte riduzione e ha permesso la modificazione del rapporto con il mondo esterno (ad esempio, guida molto più tranquilla).

## **Differenza tra quanto emerge nel primo incontro e dopo circa un anno di psicoterapia**

In generale possiamo affermare che i sintomi sono segnalatori della necessità di cambiamento ed evoluzione verso una vita realmente (interiormente) autonoma.

All'inizio della terapia Roberta attribuisce, a livello consapevole, alla grave malattia della madre, l'epatite C, la causa prevalente del suo disturbo.

In realtà i suoi problemi emotivi principali sono costituiti dall'ambivalenza e della rabbia, ma lei non ne è consapevole.

I sintomi (gli attacchi di panico) segnalano la presenza di tali contenuti emotivi (ambivalenza e rabbia), ma per accedere ad essi è necessario mettere in atto un lavoro di ricerca psicologica.

La crisi assume allora un significato iniziatico che, attraverso l'elaborazione psicoterapeutica, consente l'attivazione di un processo di crescita e di autonomia personale.

Vediamo come Roberta descrive il suo percorso:

*“È un percorso difficile ed è impossibile affrontarlo da soli, lo so, l'ho provato ...*

*Anche se all'inizio pensi di potere controllare le emozioni e i sintomi, è solo una pura illusione. Io non ero a conoscenza dei molti conflitti presenti dentro di me e penso che non li avrei mai scoperti se non mi fosse arrivato l'attacco di panico.*

*Non dico di essere felice per tutto quello che ho passato, ma almeno sta avvenendo pian piano un esito positivo e so che andrà sempre meglio.*

*La tua psiche è padrona di te e del tuo corpo e, nel momento in cui non ce la fai più, ti manda segnali sotto forma di disturbi.*

*Sei tu che devi riuscire a interpretarli. All'inizio tutti questi sintomi ti sembrano senza controllo ... ma, man mano che vai avanti nella terapia psicologica e scavi dentro te stesso, raggiungi la consapevolezza della loro origine.*

*Solo così loro scompaiono e puoi riappropriarti di te stesso e della tua vita.*

*Solo così puoi crescere e diventare adulto.”*

## **A chi rivolgersi per la cura?**

Medico di famiglia, neurologo, psichiatra, psicologo, psicoterapeuta: quali sono le loro competenze nella cura dei Disturbi Depressivi?

I medici di famiglia sono le prime figure professionali a cui, grazie al rapporto di stima e fiducia il più delle volte pluriennale, di solito si rivolge chi soffre di un disturbo depressivo o ansioso. Compito del medico di famiglia è di fare una prima valutazione dei sintomi presentati dal paziente. Nel caso di forme di entità modesta, interviene indicando una blanda terapia farmacologica e/o qualche consiglio fondato sulla propria esperienza e sul buon senso. Nel caso invece di forme più gravi, dovrà inviare il paziente allo psichiatra, ma spesso si trova di fronte a fortissime resistenze: molti medici di famiglia hanno anche riferito che i pazienti si sentono “offesi” dall’indicazione ricevuta.

Ne consegue che a volte è lo stesso medico di famiglia a doversi prendere carico anche della terapia di casi gravi onde evitare che il paziente non si curi, andando incontro a cronicizzazione, o finisca per rivolgersi a ambiti paramedici o parascientifici.

Qualche difficoltà in meno può riscontrarla nell’invio al neurologo, più accettato dal paziente rispetto allo psichiatra. Il neurologo, però, non è lo specialista della cura dei disturbi depressivi e/o ansiosi. Si tratta, infatti, di un medico che, dopo la laurea in medicina, ha frequentato un corso di specializzazione di cinque anni per la cura dei disturbi organici del Sistema Nervoso Centrale (ad esempio epilessie, cefalee, malattie dei nervi) e non dei disturbi della sfera emotiva, di cui fanno parte i disturbi depressivi e ansiosi. Ciò nonostante il paziente è più disposto a rivolgersi al neurologo perché fa meno paura e perché ritiene sia lo specialista più adeguato per la cura dell’“l’esaurimento nervoso”, categoria senza alcun fondamento scientifico, ma utilizzata fino a non molto tempo addietro nel linguaggio comune, per fare riferimento a qualunque tipo di disturbo della sfera psichica.

In realtà lo specialista che cura depressione e ansia è lo psichiatra, il medico cioè che, dopo la laurea in medicina, ha frequentato un corso di specializzazione di cinque anni per

la cura dei disturbi della sfera emotiva.

Rivolgersi, però, a tale specialista trova ostacoli a volte insormontabili: nell'immaginario collettivo lo psichiatra è, infatti, vissuto come il "medico dei matti" per cui rivolgersi a lui vuol dire essere matto o essere ritenuto tale. A causa di tale pregiudizio solo un paziente depresso su quattro consulta lo psichiatra. C'è comunque da dire che, grazie all'aumento dei livelli d'informazione, l'attuale situazione è migliorata rispetto a quella di circa 20 anni addietro, quando gli studi più accreditati sull'argomento riferivano di percentuali ancora più basse (uno su cinque).

Compito dello psichiatra è la cura mediante l'uso dei farmaci, necessari quando i sintomi sono talmente gravi da interferire con la vita relazionale, lavorativa e affettiva del paziente. Va però tenuto presente che tale cura è solo ed esclusivamente sintomatica: agisce cioè solo sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati. Possiamo chiarire il concetto utilizzando la metafora del mal di denti: con l'antidolorifico si cura solo il sintomo dolore e non la carie o la pulpite che ne è la causa.

Veniamo ora alle figure professionali dello psicologo e dello psicoterapeuta.

Il titolo di psicologo si acquisisce frequentando il corso di laurea quinquennale in psicologia e con esso, dopo il completamento del tirocinio e il superamento dell'esame di stato, è possibile svolgere un'attività di tipo diagnostico, ad esempio con l'utilizzo dei test psicologici, o fornire consulenze in vari ambiti, ad esempio aziendale, sportivo, di selezione del personale. Non può invece prescrivere farmaci (solo il medico può farlo) e non è abilitato a svolgere la psicoterapia, cioè la cura dei disturbi emotivi con l'uso del colloquio, della parola e della riflessione e finalizzata a comprendere le motivazioni della sofferenza del paziente.

Tale tipo di terapia, invece, è di competenza dello psicoterapeuta (denominato anche psicoanalista), professionista che, dopo la laurea in psicologia o anche in medicina, ha conseguito la specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all'albo degli psicoterapeuti del proprio ordine professionale (Ordine dei Medici o Ordine degli Psicologi) e che l'autorizza all'esercizio dell'attività psicoterapeutica. Parte fondamentale del suo percorso formativo, oltre allo studio dei testi e al superamento degli esami, consiste nell'essersi lui stesso sottoposto per anni a un'analisi personale e a supervisioni di casi clinici con psicoterapeuti più esperti.

Anche lo psicoterapeuta, quindi, si occupa della cura della psiche, ma esclusivamente con l'uso della parola e della relazione, allo scopo di ricostruire la storia della sofferenza del paziente, coglierne l'origine e individuarne la causa.

In conclusione possiamo dire che i due tipi d'intervento di cui abbiamo parlato, quello con i farmaci dello psichiatra e quello con la parola dello psicoterapeuta, sono rivolti al conseguimento di finalità differenti (uno cura i sintomi e l'altro le cause), ma sono tra di

La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?

loro complementari: quello psichiatrico mira alla riconquista del benessere attraverso la scomparsa dei sintomi, mentre quello psicoterapeutico mira a sanare le cause psicologiche del malessere, prevenendone le recidive.

## **Gli “effetti collaterali” della depressione**

Una preoccupazione spesso presente in chi deve assumere una terapia antidepressiva è riferita al timore degli “effetti collaterali” dei farmaci prescritti.

I timori sono legittimi, ma non bisogna dimenticare gli “effetti collaterali” della depressione in termini di limitazioni e compromissioni funzionali nella vita sociale, lavorativa e affettiva. Tali disturbi, infatti, soprattutto la depressione ricorrente con frequenti ricadute, le forme bipolari e i quadri a decorso protratto, condizionano negativamente la vita del paziente e della sua famiglia.

Inoltre, se non sono messe in atto adeguate misure terapeutiche, possono determinare l'aggravamento di eventuali patologie organiche concomitanti o produrre gravi complicanze, quali condotte anticonservative e abuso di alcool o droghe.

### **Influenza sull'adattamento lavorativo, sociale e affettivo**

L'ambito lavorativo è abitualmente il primo a risentire della presenza di una malattia caratterizzata da episodi lunghi e ricorrenti che provocano ripetute assenze. Durante l'episodio depressivo prevale uno stato d'animo improntato al pessimismo e alla rinuncia che provoca difficoltà a prendere decisioni, ad assumersi responsabilità, dipendenza, incertezza, esagerata sensibilità alle critiche e ai rifiuti. Superata la fase acuta, in particolare se questa ha prodotto un lungo periodo di sofferenza e frustrazioni, può persistere una visione negativa di sé e del mondo che rende ancora più difficile il raggiungimento di una posizione sociale rispondente alle aspettative ed ai meriti. Di conseguenza il soggetto tende ad isolarsi, a vivere con il rammarico per le perdute opportunità di affermazione e a sviluppare atteggiamenti vittimistici o rivendicativi.

Non meno dannosi sul piano lavorativo ed economico sono gli episodi maniacali a causa soprattutto della riduzione della capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni. In queste fasi il paziente può avere condotte finanziarie azzardate, come spendere eccessivamente, essere prodigo, fare investimenti a rischio o può commettere veri e propri reati, come emettere assegni a vuoto o acquistare beni senza un'adeguata copertura finanziaria.

Nei rapporti sociali, inoltre, sono causa di disadattamento l'alternanza di periodi d'introversione, chiusura e ricerca della solitudine delle fasi depressive e, al contrario, periodi di estroversione, aumentato bisogno di contatti interpersonali, assunzione di atteggiamenti intrusivi, inopportuni o disinibiti delle fasi maniacali. Perplexità e diffidenza possono provocare tra amici e conoscenti anche la labilità emotiva, l'irritabilità e l'eventuale messa in atto di comportamenti aggressivi o violenti.

Non desta pertanto meraviglia il fatto che i pazienti con disturbi dell'umore vadano incontro ad un graduale deterioramento dei rapporti interpersonali fino al completo isolamento, che persiste anche nelle fasi intervallari.

Numerose ricerche hanno evidenziato che nei pazienti con disturbi dell'umore sono spesso presenti difficoltà di adattamento in ambito affettivo che possono riguardare sia l'avvio di una nuova relazione, sia il mantenimento di un legame stabile e duraturo. Dalle ricerche epidemiologiche è, infatti, emerso che, rispetto alla popolazione generale, nei soggetti con disturbi dell'umore è significativamente più elevata la percentuale di celibi/nubili, separati e divorziati. Nella fase depressiva la riduzione della comunicazione verbale costituisce un intralcio all'inizio o al mantenimento di una relazione. Sono tuttavia le fasi maniacali la principale causa di destabilizzazione della vita di coppia, soprattutto quando si manifestano comportamenti sessuali promiscui, abuso di alcool o sostanze, decisioni avventate in campo finanziario, comportamenti violenti.

Non bisogna dimenticare che spesso il coniuge vive l'episodio depressivo come una malattia su cui il paziente ha scarsa possibilità di controllo e necessita quindi di sostegno fisico e affettivo. Al contrario, la fase maniacale non di rado è vissuta come una condizione nella quale il soggetto volutamente rifiuta le cure e assume atteggiamenti o comportamenti che danneggiano l'immagine ed il ruolo sociale proprio e dei familiari.

## **Complicanze organiche**

La presenza di un disturbo dell'umore non di rado influenza negativamente lo stato generale di salute del paziente, soprattutto se è già presente una malattia fisica, il cui quadro clinico e il cui decorso possono risultare modificati in senso peggiorativo. Malattie

gastrointestinali, cardiovascolari, diabete o ipertensione, in pazienti con depressione non trattata, hanno maggiore gravità, durata dei ricoveri più lunga e maggiore incidenza di complicanze. Le difficoltà derivano soprattutto dall'alimentazione non corretta, dall'alterazione del ritmo sonno-veglia e dall'irregolare assunzione delle terapie. In tali casi, se non è presente un valido supporto familiare, il paziente può andare incontro a notevole calo ponderale, disidratazione e talvolta, a causa del sopraggiungere di uno stato tossico o infettivo, può manifestare anche alterazioni dello stato di coscienza e disorientamento spazio-temporale. Si tratta di condizioni che costituiscono una minaccia per la vita e che spesso richiedono il ricovero in ambiente ospedaliero.

## **Condotte anticonservative**

La profonda demoralizzazione, l'indifferenza affettiva, la perdita di speranza per il futuro possono portare il paziente a considerare la morte come l'unica via di uscita dallo stato di sofferenza in cui si trova e spingerlo quindi a mettere in atto condotte anticonservative. In soggetti sofferenti di disturbi dell'umore il rischio di suicidio è molto più alto rispetto a pazienti con altre patologie e la mortalità è superiore a quella della maggior parte delle affezioni cardiache. Purtroppo il preconcetto che il suicidio rappresenti "un atto di volontà" e il frutto di una "scelta libera" dell'individuo ha portato a sottovalutare il problema. Oggi si calcola che idee di suicidio sono presenti per l'intera durata dell'episodio nel 60-80% dei depressi, che un gesto anticonservativo è compiuto almeno una volta nella vita nel 30-50% dei casi e che circa la metà di chi tenta il suicidio ripete più volte il gesto. I dati riferiti concordano con l'osservazione che il 30-40% di chi muore per suicidio in precedenza aveva già messo in pratica comportamenti anticonservativi. La mortalità per suicidio nei pazienti con disturbi dell'umore è circa 20-30 volte superiore a quella della popolazione generale.

L'argomento del rischio di suicidio sarà trattato più ampiamente in un'altra pubblicazione online.

## **Uso di sostanze alcoliche**

Molti studi hanno evidenziato che l'abuso di alcool o droghe è in grado di scatenare, in soggetti predisposti, l'insorgenza di un disturbo dell'umore, influenza negativamente il decorso di tale patologia e ne rende più complicato il trattamento.

Abuso di sostanze e disturbi dell'umore sono comunque spesso associate e si è molto discusso su quale delle due patologie debba essere considerata primaria. È stato proposto d'inquadrare l'abuso di alcolici o di sostanze come una "semplice complicanza" dei disturbi dell'umore, i quali rappresenterebbero pertanto la patologia principale. Le condotte di abuso sarebbero allora un tentativo di autoterapia e il loro decorso dovrebbe risultare strettamente correlato alle fasi di esacerbazione/remissione della malattia maniaco-depressiva.

In realtà nel 60% dei casi sono le condotte di abuso a comparire per prime per cui, adottando un criterio cronologico, queste assumono un ruolo primario, probabilmente contribuendo come concausa ad evidenziare il disturbo dell'umore.

Diversi studi clinici hanno evidenziato che nella depressione con alcolismo, rispetto a quella in cui non vi è abuso di alcol, sono presenti un numero più elevato d'indicatori di rischio di suicidio, una maggiore gravità dei sintomi vegetativi (insonnia, inappetenza con dimagrimento e riduzione della libido) e più rapidi e frequenti cambiamenti del tono dell'umore.

Nelle ricerche più recenti è stato abbandonato il problema della subordinazione, gerarchica o temporale, tra condotte di abuso e disturbi dell'umore e si preferisce considerare le due patologie in rapporto di "comorbidità" (contemporanea presenza), poiché questo modello fornisce schemi interpretativi più vicini alla realtà clinica.

## **La cura della depressione e lo psichiatra**

### **La prima visita**

Immaginiamo un paziente che soffre di un disturbo depressivo di gravità media e descriviamo l'iter della sua consulenza psichiatrica.

Nel corso della prima visita racconta la sua storia personale e descrive i sintomi di cui soffre, la loro evoluzione dall'epoca della prima comparsa e le interferenze che determinano nella sua vita lavorativa e relazionale.

Lo psichiatra formula la diagnosi sulla base delle informazioni ottenute e delle sue valutazioni cliniche e fornisce le indicazioni terapeutiche.

L'osservazione clinica dimostra che lo stesso prodotto, alla stessa dose, può dare risultati diversi in relazione alla modalità di porsi del paziente nei confronti del disturbo, spesso influenzata da pregiudizi, da aspettative irrealistiche o dal rifiuto della malattia.

L'importanza di fornire tutte le informazioni utili per ottenere la collaborazione al trattamento si traduce nella più rapida risoluzione dell'episodio.

Le cose che ogni paziente deve sapere sono le seguenti.

È opportuno sottolineare innanzitutto la natura medica della situazione in cui si trova, fornendo una diagnosi chiara, precisa e certa.

Sottolineare la natura di malattia della depressione è utile per arginare i sentimenti di colpa e per generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo, il disturbo depressivo, condiziona l'attuale stile di vita.

È anche importante sottolineare che la malattia non è superabile mediante la volontà, ma è necessario un aiuto. Questa informazione serve per contrastare uno dei più diffusi pregiudizi riguardanti la depressione e cioè che, se solo il paziente lo volesse, potrebbe superare la crisi. Ciò non solo è falso, ma anche controproducente in quanto accentua i

sensi di colpa già presenti a causa del disturbo depressivo.

Altro aspetto che va discusso è quello relativo al periodo di assunzione della terapia. Di solito l'atteggiamento del paziente nei confronti degli psicofarmaci è influenzato da molti pregiudizi e l'aspettative di un effetto miracoloso si alterna al timore di restarne dipendente. Nella realtà clinica la terapia antidepressiva ha di solito una durata di 6-8 mesi: deve, quindi, essere assunta per un periodo limitato.

L'importanza di parlare di ciò con il paziente ha lo scopo di ridurre il timore della dipendenza e di aumentare la sua collaborazione nella corretta assunzione della terapia.

È inoltre opportuno fornire informazioni in merito ai fenomeni collaterali.

Gli antidepressivi oggi usati, in particolare gli SSRI, hanno il vantaggio di avere un elevato grado di tollerabilità e di dare pochi fenomeni collaterali, di solito inappetenza, nausea, modesta sonnolenza, limitati ai primi 6-8 giorni di terapia.

Spesso informazioni parziali o errate determinano fantasie di gravi effetti collaterali, tali da impedire lo svolgimento delle normali attività giornaliere: al paziente va chiarito che gli antidepressivi non determinano tale tipo di fenomeni collaterali, lasciano integro il livello della coscienza e consentono di svolgere regolarmente il proprio lavoro.

Durante la prima visita psichiatrica è anche importante segnalare la presenza del cosiddetto "periodo di latenza". Tra l'inizio dell'assunzione della terapia e il momento in cui il paziente inizia ad avvertire i primi benefici, cioè la riduzione dei sintomi depressivi, intercorre un periodo di due-quattro settimane. Ciò è conseguente alla complessità del nostro encefalo, che è costituito da oltre 100 miliardi di cellule nervose, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotrasmettitori cerebrali.

L'azione degli antidepressivi si esplica determinando l'aumento della quantità di neurotrasmettitori che le cellule hanno a disposizione: ad un loro aumento corrisponde un innalzamento del tono dell'umore. Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci spiega il motivo del "periodo di latenza".

Fornire tali informazioni ha lo scopo di evitare lo scoraggiamento conseguente al fatto di non vedere 'risultati' immediati. I primi miglioramenti cominceranno a manifestarsi *entro le prime 6-8 settimane e saranno intorno al 20%* rispetto alla condizione iniziale. Si tratterà, quindi, di un miglioramento di entità tale da essere avvertito a livello soggettivo e il paziente ne trarrà giovamento non solo per la riduzione dei sintomi, ma anche per l'aumento di fiducia nella efficacia della cura.

I farmaci svolgono la loro azione indipendentemente dalle cause che hanno determinato la crisi depressiva, dal momento che agiscono per via biochimica.

Bisogna però tenere presente che la loro azione è mirata solo ai sintomi. L'intervento sulle

cause, invece, necessita dello strumento psicologico, cioè della psicoterapia.

È inoltre importante fornire rassicurazioni, ove naturalmente ciò corrisponda al vero, circa la lieve entità del disturbo. Di solito il paziente ha la convinzione di soffrire di una forma molto grave, mentre invece i disturbi d'ansia e quelli del tono dell'umore non rivestono la gravità, ad esempio, dei disturbi della serie psicotica.

È importante, infine, dare al paziente la disponibilità telefonica nel caso in cui insorgessero problemi. Ciò gli dà sicurezza nelle fasi iniziali della terapia, che sono quelle emotivamente più impegnative.

Si dà infine appuntamento a distanza di 6-8 settimane per la valutazione dei miglioramenti ottenuti.

## **Il primo controllo**

Il primo controllo serve per valutare il miglioramento ottenuto. La valutazione si basa sull'osservazione del medico, sul vissuto soggettivo del paziente e su quanto riferito da chi vive con lui e si basa sulla riduzione dell'interferenza dei sintomi nella vita sociale, affettiva e lavorativa.

Va tenuto presente che la percentuale del miglioramento in alcuni pazienti sarà del 10%, mentre in altri può arrivare anche al 40%.

Da tale valutazione dipende la variazione della dose dell'antidepressivo: dalla dose minima prescritta per il primo periodo si sale ad un livello medio o pieno.

A seconda delle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi depressiva e a seconda della tipologia del paziente, può essere consigliato un trattamento psicologico.

Se ad esempio la causa prevalente del disagio è da ricercarsi nella presenza d'insicurezze personali o nello scarso livello di autostima, è data l'indicazione di psicoterapia individuale, mentre se la causa prevalente è da ricercarsi nella presenza di una problematica con il partner si dà l'indicazione di una terapia di coppia.

Il controllo successivo è fissato a distanza di due mesi.

## **Il secondo controllo**

Il secondo controllo, a distanza di tre mesi dall'inizio della cura, ha lo scopo di valutare il raggiungimento degli obiettivi della terapia farmacologica ed è lecito attendersi, dopo 3-4 mesi, la scomparsa dei sintomi della serie depressiva ed ansiosa. Viene anche fatta la va-

lutazione dell'andamento del percorso psicologico eventualmente intrapreso. Nel caso di scomparsa dei sintomi, si comincia a ridurre la dose dei farmaci, fornendo rassicurazioni sul fatto che ciò non determinerà la ripresa dei sintomi.

Si tratta di un timore costantemente presente quando s'inizia a ridurre la terapia: va però superato perché innanzi tutto non corrisponde al vero, la riduzione è graduale e controllata e comunque, dopo che i farmaci hanno svolto il compito di determinare la scomparsa dei sintomi, vanno progressivamente sospesi.

Si fissa un altro controllo a distanza di due mesi.

### **Il terzo controllo**

Scopo del terzo controllo, dopo 5-6 mesi dall'inizio della terapia, è di valutare che i miglioramenti ottenuti si siano mantenuti stabili e che la prima riduzione della dose non abbia determinato alcuna conseguenza negativa.

Verificato ciò, si dà indicazione di un'ulteriore riduzione, passando di solito ad un dosaggio non più terapeutico, ma di mantenimento.

Si fissa quindi un altro controllo a distanza di altri due mesi.

### **L'ultimo controllo**

Si fa la valutazione della completa regressione dei sintomi e del pieno recupero del benessere psichico e si forniscono al paziente le indicazioni di progressiva ulteriore riduzione della terapia, fino a sua completa sospensione.

L'ultimo controllo completa quindi le tappe della consulenza psichiatrica.

## Testimonianze

Quelle che seguono sono alcune esperienze raccontate da persone che, dopo essersi registrate sul sito dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, hanno inviato alla redazione la loro testimonianza, autorizzandone la pubblicazione nella sezione "Racconta la tua esperienza".

Ho scelto di non apportare modifiche ai testi inviati, salvo qualche correzione ortografica o di punteggiatura, e ho scelto di non farli precedere da una presentazione o seguire da un commento, preferendo non interferire con la risonanza emotiva del lettore.

La varietà delle esperienze e la loro diversa coloritura emotiva testimoniano l'importanza della componente soggettiva del vissuto depressivo.

### Prima Luce, ora solo Buio

*Sono un ragazzo di 19 anni, il mio nome è Ben e non sono mai stato felice. Ho diviso la mia vita in quattro parti:*

- a) 3-10 anni: fase di aumento di peso e inizio della consapevolezza di essere "diverso".*
- b) 10-14 anni: fase cronica, piena adolescenza, dove ho subito torture fisiche e psicologiche dalla gente che mi stava attorno e le prime discriminazioni sociali ad ogni livello. Solitudine. Aumento di peso.*
- c) 14-17 anni: cambiamento psicologico, regolarizzate cattive abitudini (alcohol, fumo), aumento progressivo dell'aggressività e dello sconforto di vivere, emozioni di odio e compiacimento nel vedere la sofferenza altrui, perdita*

*di un anno di scuola dovuta al mio cattivo andamento, aumento del pessimismo, inizio della perdita di autostima. Ancora aumento di peso.*

*d) 17-19 anni: stabilizzate le cattive abitudini, stabilizzata una personalità aggressiva e vendicativa, squilibri e sbalzi di umore, pessimismo cronico, perdita di peso dovuta ad un ricovero ospedaliero, scontroso, doppia personalità, arreso alla vita, falso, maligno e recentemente squilibrato mentale.*

*Da sempre obeso, mai avuto una ragazza, ho sempre avuto difficoltà nel vestiario, discriminato e deriso da tutti. Ora giro con un moschettone da trekking in tasca nel caso mi trovassi in difficoltà di fronte a eventuali pericoli e dovessi usarlo come tirapugni per sfogare la rabbia di 19 anni di vita senza mai sorridere.*

## **È così da quando mi ricordo di esistere**

*Fin da bambina, sembra assurdo, ma è così. Ricordo che mi isolavo e piangevo pensando sempre la stessa cosa: “Nessuno mi vuole bene”. Ora ho 40 anni e la mia vita è sempre stata un’altalena di malesseri più o meno consapevoli. Eppure gli altri pensano che io sia una donna forte, sempre sorridente, “così solare” mi dicono. L’unico modo che ho per stare bene è quello di non lasciarmi coinvolgere emotivamente. Ma non sempre è possibile e quando capita (nel lavoro, negli affetti, nelle relazioni familiari) e vivo anche una minima delusione, è un disastro. Penso che farei meglio a non esserci, a non vivere, a lasciar perdere tutto. Sono stata da due psicanalisti diversi, uno che lavora in un ospedale pubblico e uno privato (da un euro al minuto) ma, incoraggiamenti a parte, non sono riusciti a indicarmi una via d’uscita. Ho anche seguito una cura a base di farmaci, soprattutto per riuscire a dormire, che mi ha fatto stare meglio, ma quando l’ho sospesa (dopo tre mesi) è tornato tutto esattamente come prima. Sono certa che ne uscirò, com’è accaduto altre volte, usando la ragione, facendomi guidare dal raziocinio e dal buon senso, distinguendo quello che è giusto da quello che è sbagliato. Devo staccare il cuore, però, e vivere freddamente perché, se mi lascio travolgere dai sentimenti e dalle passioni, resto delusa, sto male e piango, non dormo, non voglio vivere. Chissà, forse ha ragione chi ha detto: “Ma gli idioti perché non soffrono di depressione?”. Forse è così e basta, come avere i capelli biondi o il naso storto, forse la depressione non è una malattia, ma è il naso storto. Qualche volta penso che avrei solo bisogno di non essere sola, di vivere come*

*si faceva un tempo in comunità, tutti insieme con i nonni, i cugini, i parenti e i vicini, una vita più semplice e povera, ma forse più ricca di umanità. Nonostante tutto, io continuo a sperare...*

## **Dall'inferno al paradiso**

*Per cinque anni ho affrontato innumerevoli momenti difficili: università, difficoltà economiche, incidenti stradali dei miei cari (uno dopo l'altro), perdita della mia migliore amica (non è morta, ma mi ha profondamente delusa). Andavo avanti con i denti stretti perchè c'era l'obiettivo: laurearmi e fare un lavoro che mi gratificasse (per questo e solo per questo avevo trovato la forza di affrontare l'università). Finita la scuola trovo lavoro come receptionist... lavoro noiosissimo. Innumerevoli colloqui: solo stage non pagati e io non potevo accettarli, mi servivano soldi. Ecco quindi l'amara scoperta. Per otto notti non ho dormito, con l'incubo di dover andare per forza a fare un lavoro che detestavo. Allucinazioni, sensi di colpa che mi hanno condotto ad una crisi psicotica: la sensazione vivida di essere all'inferno, con urla da indemoniata. Fortunatamente per me lì c'era mio fratello che mi ha preso con la forza, gridandomi di fidarmi di lui... beh mi sono fidata e dall'inferno sono passata al paradiso. Io ci sono stata e non c'è niente al mondo come quella sensazione di amore infinito. Comunque... mi hanno ricoverata e dopo due settimane di psicofarmaci sono tornata alla vita. Poi altre ricadute, perchè la noia mi attanagliava e non sapevo che fare nella vita. Mi sono data alla mia sola passione: la danza. È stata una vera terapia per me... ma se devo dirvela tutta, il passo decisivo per uscirne è stato l'accettazione profonda della malattia. Nel momento in cui l'ho assecondata, ha smesso di farmi male e ho ritrovato il gusto per le piccole cose. Ora dirigo una scuola di danza, ho tanti amici e anche una nuova migliore amica. Sono tornata alla vita. Sono tornata all'amore. Sperate gente... se ce l'ho fatta io potete farcela anche voi. Un bacio a tutti. Vi voglio bene.*

## **Daniele: indefinibile**

*Mi chiamo Daniele, ho 23 anni e sono malato di depressione da circa cinque. Scrivo probabilmente perché dichiarare di essere in depressione è già qual-*

*cosa. Mi fa schifo tutto, non amo più la vita, mi sento assente (una velina), odio le persone, sono diventato nel corso degli anni molto cattivo e inaridito, non nutro più buoni sentimenti: questo almeno è quello che penso. In fondo all'animo però sono buono, ma il mio carattere è duro e intransigente, esco poco di casa perché le persone non mi stimolano e ormai ho tutti sulle palle: non hanno idea di niente, vivono le loro vite insulse senza sapere cosa sia la sofferenza. Questo è il mio problema: soffro e non so perché, vado dai dottori, prendo medicinali, ma la cosa che più conta in questo momento è che la vita mi fa schifo. Agli altri tanto e a me merda da tirare giù tutti i giorni, agli altri la normalità e a me la sofferenza. Sicuramente è la depressione che mi ha reso così. Non posso dire di aver avuto attacchi di panico, ma l'umore è già da tempo sotto i tacchi e qualsiasi cosa faccia mi sento vinto dalla vita e impossibilitato a poterne godere. Le cose belle ci sono, ma se non le puoi vivere che senso ha la vita? Comunque bisogna cercar di reagire, ma come? Non so se mi capite, ma il male più grande è l'impotenza. Nella vita o ci sei, e allora tutto è comunque ok o non ci sei e allora sono cavoli amari. Carenza di amore: oltre al danno anche la beffa. Saluti a tutti.*

## **La vita ricomincia**

*Ho 40 anni e nella mia vita ho sempre dovuto lottare. Mio padre, anziano e alcolista, non mi ha dato sicurezza nè aiutato in nessun senso, anzi, all'età di 16 anni, a causa di un suo incidente stradale, oltre a studiare ho dovuto anche occuparmi della sua piccola azienda agricola. Nonostante la mia insicurezza, sono stato il miglior diplomato della scuola e i miei datori di lavoro mi hanno sempre apprezzato per l'efficienza e la capacità di risolvere i problemi. Nei rapporti interpersonali, forse a causa del mio carattere introverso ed un poco timido, ho sempre sofferto, ma mascheravo la mia insicurezza con l'attivismo e l'essere sempre in movimento. Nel 1992 in tre mesi ho praticamente perso entrambi i genitori, ma non mi sono abbattuto ed ho reagito. Ho sempre lavorato e nel poco tempo libero mi occupavo della piccola azienda agricola. Nonostante le difficoltà iniziali, sono riuscito a costruirmi una casa ed a raggiungere, a prezzo di enormi sacrifici, una piccola sicurezza economica. Quest'anno, in primavera, anche a causa di lavori impegnativi e forse per essere sempre di corsa, sono cominciate le crisi d'ansia. All'inizio di giugno sono crollato moralmente e fisicamente e sono entrato in depressione. Mi*

*sentivo inadeguato, l'autostima era sotto i tacchi, non avevo voglia di mangiare nè di fare niente e la testa si perdeva in brutti pensieri. Mi sono subito rivolto ad uno specialista che mi ha aiutato, anche con farmaci, a uscire da quel momento negativo. Mia moglie, i miei suoceri ed i pochi amici che hanno compreso il mio problema mi stanno aiutando. Adesso, dopo due mesi, ho ripreso a lavorare, so di non essere completamente uscito dalla depressione e certe giornate sono veramente dure, però sto imparando ad accettarmi per quello che sono ed a considerare che nella mia vita ho anche fatto qualcosa di buono. Delle volte, anzi, penso che la depressione mi ha fatto capire che bisogna vivere la vita senza sensi di colpa e senza eccessivamente logorarsi. A tutte le persone che si trovano in questa situazione dico: possiamo uscirne, noi siamo diversi dagli altri perchè siamo più sensibili, ma questa esperienza negativa ci renderà più forti.*

## **Dipendenza affettiva**

*Me ne sono resa conto da poco, da quando ho chiesto pubblicamente aiuto, ma in fondo sapevo che il mio modo di amare non era giusto e che più amavo più soffrivo. Sono anche arrivata a pensare di farla finita: non volevo che la mia vita continuasse con quella sofferenza. Poi mi sono fermata. Ho rivissuto gli ultimi anni in un lampo e mi sono vergognata di me e di quello che avevo fatto. Lo conobbi per caso, dopo sette anni felici di matrimonio ed una figlia, ed entrò nella mia vita. Ero lusingata che un uomo così brillante, pieno di impegni, mi guardasse. Ero sovrappeso, mi vestivo da maschiaccio, eppure avevo intuito che gli interessavo. Gli bastarono poche parole ed in soli sei mesi persi 15 kg (non mangiavo più) e cambiai look. Ascoltavo e seguivo ogni sua parola e poco per volta mi innamorai. Ma per lui una relazione extraconiugale con me non andava bene (anche se ne aveva avute altre). Ogni volta che avevamo rapporti intimi, il giorno dopo mi accusava di essere io a spingerlo a tradire sua moglie. E così sono passati gli anni, io sempre al suo fianco al lavoro, sostenendolo, supportandolo, sacrificando la mia vita e carriera per la sua, sperando che un giorno potesse cambiare e riuscire a non sentirsi e a non farmi sentire in colpa per questo sentimento. È inutile aggiungere che non è cambiato, anzi ora si è anche allontanato. Non ci vediamo da qualche tempo: mi manca immensamente, ma sono molto più forte di prima. Ora le energie le utilizzo per me, per andare avanti e non più per lui, per piacer-*

*gli, per essere all'altezza di ogni situazione, per essere brillante, simpatica, amica, amante e confidente. Ora provo rabbia nei suoi confronti. È sempre riuscito a tenermi al guinzaglio e se provavo ad allontanarmi, riusciva a riportarmi accanto a lui. Ne ho parlato con degli esperti, entrando molto più nel dettaglio di quanto si possa fare in poche righe, ho pianto ed ho provato compassione per me, mi hanno detto "Lei soffre di Dipendenza Affettiva": peccato però che non sono stati in grado (struttura pubblica di Milano) di prendermi in carico, così giorno dopo giorno imparo da sola e scrivo, ricordo e piango.*

## **Se ne può uscire**

*Ho 44 anni di cui almeno 30 passati soffrendo di depressione. I primi disturbi li ho avvertiti intorno ai 13/14 anni, ma forse ne soffrivo in maniera latente già prima. Ricordo che il mio medico curante, un generico, mi aveva diagnosticato "distonie neuro-vegetative" forse in mancanza di un termine migliore, ma non sapeva nè darmi una cura nè indirizzarmi ad uno specialista. Soffrivo d'ansia, sebbene allora non lo sapessi, e le crisi sono aumentate dopo la morte di mio nonno (1979). L'anno seguente morì anche mio padre e le mie capacità di reazione, già piuttosto scarse, furono compromesse definitivamente. Ho avuto anche la sfortuna di vivere in un ambiente non proprio amichevole (familiari compresi) dal momento che non solo nessuno mi ha aiutato, ma ero addirittura preso in giro e questo ha aumentato la mia sofferenza. La mia vita era totalmente compromessa: non avevo una fidanzata, nè un lavoro stabile, nè una vita sociale. Gli attacchi di panico mi hanno costretto ad andare un paio di volte al pronto soccorso, ma nessuno mi ha mai detto che il mio male era curabile. Dal 1996 al 1999 sono stato preda all'ansia, completamente assuefatto al Lexotan (90 gocce il giorno) che oramai mi autoprescrivevo. Nel 2000 la svolta. L'8 febbraio 2000 per l'esattezza. Nonostante la profonda sofferenza, parzialmente addormentato dalle benzodiazepine, ho trovato la forza di trasferirmi a Firenze per lavoro. Non so spiegare bene perchè, forse l'aver cambiato città e aver conosciuto persone nuove, tra cui Deborah, a cui probabilmente devo la vita. Da quella data ho preso coscienza del male che mi affliggeva da tempo e che in pratica mi aveva letteralmente ingoiato l'esistenza e sono corso ai ripari, contattando uno psicologo. Psicoterapia a cadenza settimanale per quasi quattro anni, oltre all'intervento di uno psi-*

*chiatra per eliminare l'assuefazione al Lexotan. Ho recuperato lentamente la voglia di vivere, lo stimolo sessuale e la voglia di fare le cose che più mi piace fare. Non mi sono mai sentito così in vita mia. Ho tenuto duro tra tante difficoltà e al 90% ne sono fuori. Mi sono aggrappato con tutte le mie forze all'opportunità di guarire perché avevo quasi immediatamente capito una cosa: se ne può uscire.*

## **Baba: un parto difficile**

*Ho 34 anni e sono mamma di due bimbi meravigliosi. Dopo cinque anni di matrimonio, mio marito ed io abbiamo deciso di avere il nostro primo figlio il quale, peraltro, non si è fatto attendere. La gravidanza è stata splendida: nessun problema fisico e le attenzioni di tutti rivolte unicamente su di me e sul mio pancione! Fantastico! Finalmente arriva il momento tanto atteso ma, contrariamente alle mie aspettative, devo sottopormi ad un parto cesareo. Ecco la prima grossa delusione seguita, immediatamente, dalla seconda: il piccolino non vuole saperne di attaccarsi al mio seno perciò sono costretta ad allattarlo artificialmente. Il mondo sembra cadermi addosso, mi sento una mamma fallita ed il bambino che ho tanto voluto mi appare ora come una presenza ingombrante! Piango in continuazione, un senso di profonda angoscia mi accompagna durante tutte le giornate che, peraltro, mi sembrano interminabili, sono assillata dall'idea che la mia vita non sarà mai più quella di prima, che non riuscirò più ad occuparmi delle mie cose perché ora sono madre di un piccolo sconosciuto che dipende totalmente da me! Con mio marito non riesco più a comunicare, mi sembra che lui non sia in grado di capirmi; l'unica persona che voglio accanto a me è mia madre perché so che anche lei, in passato, ha sofferto di problemi di tipo depressivo. Dietro suo consiglio mi rivolgo ad uno specialista ed inizio un percorso psicoterapeutico. Scopro così che la cosiddetta depressione post-partum colpisce circa l'80% delle donne e, devo dire, questa informazione un po' mi rincuora. Personalmente non ho avuto bisogno di prendere farmaci, ma sono riuscita con il supporto psicologico ad affrontare le difficoltà che, inizialmente, mi sembravano insormontabili. Oggi Andrea ha quasi sei anni ed il suo fratellino due. Ogni giorno con loro e per loro imparo ad essere "mamma", ogni giorno loro m'insegnano ad apprezzare la vita.*

## **Biblioteca dell'Associazione**

### **Opuscoli**

A cura dell'Associazione sono stati editati i seguenti opuscoli

*Il male curabile* (1997)

*La depressione oggi* (1998)

*Depressione, ansia e dap: ombre e luci* (1999)

*Depressione, ansia e panico: mali curabili* (2003)

*Depressione, ansia e panico: domande e risposte* (2005)

*Riconoscere e curare l'ansia e il panico* (2008)

*Tutti gli opuscoli sono pubblicati online e scaricabili gratuitamente dalla Sezione Biblioteca del sito dell'Associazione [www.depressione-ansia.it](http://www.depressione-ansia.it)*

## Libri

A cura dell'Associazione sono stati editati i seguenti libri

Salvatore Di Salvo

*Iniziazione analitica e iniziazione sciamanica.*

*Le sorprendenti analogie tra i riti iniziatici degli antichi sciamani e i moderni analisti.*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1996.

Vittoria Haziell

*Ritorno alla luce.*

*Tutte le strade per guarire dalla depressione*

Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1999.

Salvatore Di Salvo

*Eva e Doc. Analista e paziente raccontano le vicende della loro relazione analitica.*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001

Salvatore Di Salvo

*Depressione, ansia e panico: percorsi di cura*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003

Salvatore Di Salvo

*La psicoterapia individuale*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005

A cura di Salvatore Di Salvo

*Storie di cura*

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

**Tutti i libri sono in distribuzione presso la sede dell'Associazione e il  
ricavato è totalmente devoluto  
all'Associazione per la Ricerca sulla Depressione**

## Un nuovo libro dell'Associazione



Salvatore Di Salvo

**Dalla depressione si esce**

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

292 pagine

ISBN 978-88-8239-160-7

Il costo è di 18 € e il ricavato sarà totalmente devoluto all'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Il libro potrebbe essere definito un “*Manuale di psichiatria divulgativa*” sul tema del Disturbo Depressivo nel senso che, pur nel rispetto del rigore scientifico è stato utilizzato un linguaggio semplice e divulgativo in modo da renderne i contenuti facilmente accessibili anche senza una preparazione specifica di tipo medico o psicologico. Lo scopo di questo lavoro è di presentare nella maniera più ampia e dettagliata possibile i diversi aspetti del Disturbo Depressivo, nel convincimento che solo la conoscenza consente di contrastare i molti pregiudizi che determinano comportamenti scorretti ed inadeguati nei confronti di chi ne soffre.

Nel primo capitolo sono descritti gli aspetti clinici del disturbo depressivo: i sintomi, le cause, il decorso, gli aspetti sociali e i diversi tipi di depressione. Nel secondo sono presentate le caratteristiche del disturbo depressivo nelle diverse fasi della vita: infanzia, adolescenza e terza età. Nel terzo è affrontato il tema della “depressione al femminile”, importante dal momento che tale disturbo interessa le donne in misura doppia rispetto agli uomini. Vengono quindi trattati la sindrome premestruale, la depressione conseguente all'interruzione di gravidanza, la depressione durante la gravidanza, la terapia antidepressiva in gravidanza, la depressione post-partum e la depressione in menopausa. Nel quarto capitolo sono trattati i temi della cura della depressione. Farmaci e psicoterapia sono presentati non in alternativa, ma come strumenti da utilizzare in un contesto di strategia terapeutica: farmaci per la fase acuta del disturbo e psicoterapia per la ricerca delle cause. Il quinto capitolo è dedicato ai familiari dei pazienti che spesso, a causa delle scarse conoscenze di cui sono in possesso, non sanno quale atteggiamento tenere nei confronti del congiunto. Una sezione è dedicata ai familiari dei pazienti in psicoterapia. Sono infine

riportate le domande più frequenti che essi si pongono e le relative risposte. Nel sesto è presentata una ricerca sul tema: “Il paziente depresso e il suo medico di famiglia” svolta dall’Associazione per la Ricerca sulla Depressione e consistente nella somministrazione di un questionario, appositamente predisposto, a 532 medici di famiglia di Torino e nell’elaborazione delle risposte fornite. L’ultimo capitolo contiene alcune esperienze inviate da visitatori del sito dell’Associazione alla sezione “Racconta la tua esperienza”. Le testimonianze sono riportate senza modifiche ai testi, salvo qualche correzione ortografica o di punteggiatura per renderne più agevole la lettura.

**È possibile avere ulteriori informazioni o rivolgendosi si alla segreteria dell’Associazione al numero 011.6699584 oppure tramite email a [assodep@tiscali.it](mailto:assodep@tiscali.it)**



L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione  
con il patrocinio



dell'Ordine Provinciale dei Medici di Torino  
presenta l'iniziativa

## Un libro GRATIS a chi lo richiede

Il libro verrà inviato  
via email in versione  
pdf (f.to A4, 90 pp.)  
a titolo gratuito a  
chi ne farà richiesta  
all'indirizzo e-mail  
dell'Associazione  
assodep@tiscali.it



Sabato 15 Ottobre dalle 9.30 alle 12.30  
presentazione del libro durante il Convegno

**"La cura della depressione:  
farmaci o psicoterapia"**

Circolo dei Lettori - Via Bogino 9 - Torino

Disponibili 100 copie del libro  
in versione cartacea (f.to 15x21, 140 pp.)

Ingresso libero fino ad esaurimento posti

Telefono Segreteria: 011.6699584  
Sito internet: [www.depressione-ansia.it](http://www.depressione-ansia.it)

## Collana di Psichiatria Divulgativa

“*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?*” è il primo libro della Collana di Psichiatria Divulgativa, a cura dell’Associazione per la Ricerca sulla Depressione.

La versione cartacea dei libri della Collana, pubblicati a cadenza annuale (sono previste almeno cinque pubblicazioni) non saranno in vendita presso le librerie, ma saranno gratuitamente disponibili e consultabili presso le Strutture Comunali del territorio nazionale che ne faranno richiesta all’Associazione (Biblioteche, InformaGiovani, Centri Culturali), a cui verranno spediti al solo costo di produzione.

La versione pdf (90 pagine f.to A4) di questo primo libro verrà inviato, a titolo totalmente gratuito, a chiunque ne farà richiesta alla email dell’Associazione [assodep@tiscali.it](mailto:assodep@tiscali.it). La stessa cosa avverrà anche per i libri successivi.

La Collana si occupa della cosiddetta “piccola psichiatria”, cioè di quei Disturbi Depressivi e Disturbi d’Ansia che, tranne nei periodi acuti, non interferiscono nella vita relazionale, lavorativa e sociale. Si tratta di disturbi che interessano direttamente circa 7 milioni di persone (tale è il numero di soggetti che almeno una volta, nel corso della loro vita, hanno sofferto di fasi acute di Disturbi Depressivi o di Disturbi d’Ansia), mentre il numero delle persone indirettamente coinvolte (i parenti stretti dei pazienti) è di due-tre volte maggiore.

Sono, quindi, disturbi che hanno notevole rilevanza sociale, ma sono oggetto di molti pregiudizi a causa dei quali solo un paziente su quattro si rivolge al medico e riceve una corretta diagnosi ed una adeguata terapia.

L’obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle suddette barriere pregiudiziali mediante l’informazione che, per essere efficace, deve essere divulgativa.

L’informazione è divulgativa quando, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non “tecnico” e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a “tutti”.

Ribadiamo il concetto che l’informazione è l’unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi fare informazione equivale a fare prevenzione.

### Note biografiche dell’autore

*Salvatore Di Salvo è psichiatra e analista junghiano, presidente dell’Associazione per la Ricerca sulla Depressione e Responsabile del Centro Depressione Ansia e attacchi di Panico di Torino. Coautore del libro “Ritorno alla luce” ed. Sperling & Kupfer, Milano, 1999. Autore de seguenti libri, tutti editi da Edizioni Libreria Cortina di Torino: “Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica”, 1996; “Eva e Doc: racconto di una relazione analitica”, 2001; “Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura”, 2002; “La psicoterapia individuale”, 2005; “Storie di cura”, 2006; “Dalla depressione si esce”, 2011.*