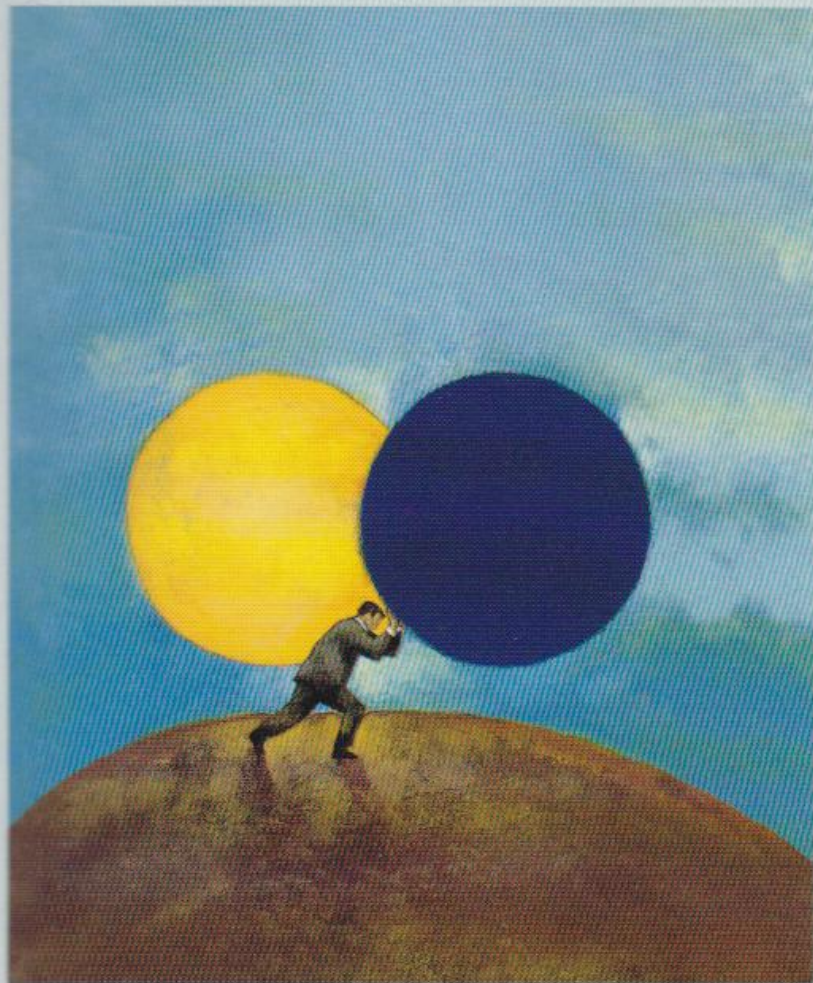


VITTORIA HAZIEL

**RITORNO
ALLA LUCE**

**TUTTE LE STRADE PER GUARIRE
LA DEPRESSIONE PERCORSE CON:**



**PAOLO BERRUTI
EUGENIO BORGNA
SALVATORE DI SALVO
GIULIO GASCA
ANNA IACCHEO
CARMINE MUNIZZA
BRUNO ODDENINO
ENRICO PASCAL
LUIGI RAVIZZA
ARMIDA REBUFFI
GIUSEPPE TIRONE
EUGENIO TORRE**

Sperling & Kupfer Editori

Quella che segue è un capitolo del libro: *“Ritorno alla luce: tutte le strade per guarire dalla depressione”*, di Vittoria Haziél, Sperling & Kupfer Editori, 1999, che raccoglie gli interventi di un ciclo di nove conferenze sul tema del Disturbo Depressivo.

Le conferenze hanno avuto luogo presso il Centro Congressi Torino Incontra, si sono sviluppate con frequenza mensile a cavallo tra il 1998 ed il 1999 ed hanno affrontato i temi relativi ai rimedi offerti dalla medicina tradizionale ed alternativa per affrontare la depressione, indicando i sentieri da seguire per migliorare l'esistenza.

Viene di seguito riportata la ricerca presentata da Salvatore Di Salvo durante la conferenza e svolta dall'Associazione su un campione di pazienti seguiti presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino.

Segue l'intervista riportata nel libro sui temi della cura con i farmaci e con la psicoterapia.

Uno studio epidemiologico della Associazione

Spesso coloro che hanno la sfortuna di soffrire di depressione, ansia o d'attacchi di panico non sono in possesso di sufficienti informazioni circa i disturbi di cui soffrono, non riescono a definirli e non sanno a chi rivolgersi.

Allo scopo di quantificare le precedenti affermazioni, presentiamo i risultati di un lavoro effettuato nel 1999 da parte degli operatori del Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino, consistente nella elaborazione delle risposte ad un questionario somministrato ad un campione di 401 soggetti.

Il questionario è composto di 16 domande a risposta multipla. Le prime tre vertono sulle definizioni di depressione, ansia e attacchi di panico. Un secondo gruppo di domande mira a rilevare la prevalenza dei disturbi in esame nella famiglia e tra gli amici/conoscenti delle persone alle quali il questionario è stato somministrato. Un terzo gruppo di domande ha l'obiettivo di verificare i percorsi terapeutici delle persone colpite dai suddetti disturbi. I restanti quesiti cercano di evidenziare qual è l'atteggiamento mentale nei confronti dell'uso dei farmaci, quali comportamenti sono da tenere nei confronti di persone malate e quali sono i consigli che sono loro dati.

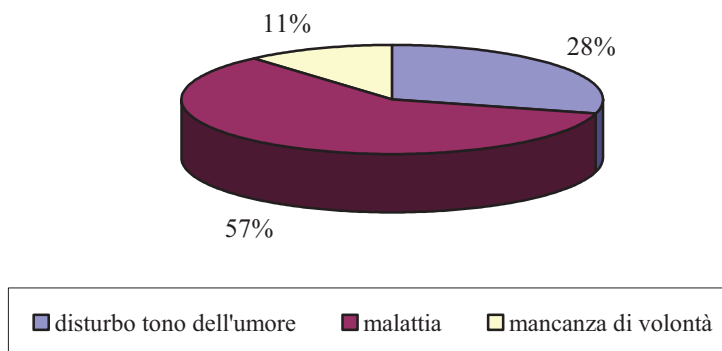
Cercheremo ora di sintetizzare i dati salienti emersi dalla ricerca.

Conoscenza dei disturbi

Per quanto riguarda il disturbo depressivo, facendo riferimento a studi epidemiologici degli anni Ottanta, possiamo sicuramente affermare che sono in progressivo aumento le conoscenze relative alla depressione e ciò in conseguenza alle crescenti informazioni fornite dai mass media.

Anche se solo il 28% del campione ne segnala la peculiarità clinica (disturbo del tono dell'umore), il 57% ne sottolinea le caratteristiche di malattia (fisica e/o psichica) e ciò è estremamente importante perché è la necessaria premessa per attivare il consulto medico e quindi la terapia specifica.

Grafico: definizione di depressione

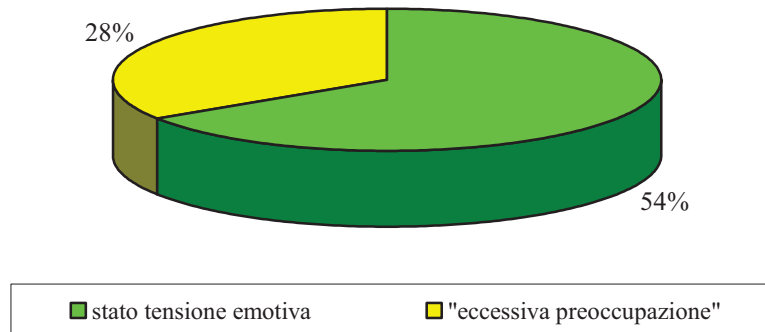


Possiamo quindi affermare che, da un punto di vista culturale, il disturbo depressivo, relegato fino a pochi anni addietro in un ambito di mistero, magia e vergogna, comincia ad essere annesso ai territori della scienza medica e quindi della cura.

Va comunque sottolineato che permane un atteggiamento negativo e svalutante dello stato depressivo da parte di quell'11% che definisce la depressione come una "mancanza di volontà".

Anche le conoscenze relative al disturbo ansioso sono decisamente in aumento.

Grafico: definizione di ansia



Il 54% del campione lo definisce correttamente come stato di tensione emotiva accompagnato da sintomi fisici.

Il 28% sottolinea l'aspetto di "eccessiva preoccupazione" dello stato ansioso e ciò va verso la direzione di una valutazione della persona ansiosa come emotivamente fragile e incapace di far fronte alle difficoltà quotidiane.

Anche in questo caso, come già in quello depressivo, vi è il rischio di sminuire il vissuto di sofferenza ed impotenza della persona che subisce le crisi d'ansia.

Per quanto riguarda i DAP, le conoscenze sono buone: il 65% ne dà la definizione corretta di episodio acuto di ansia improvviso, breve e ricorrente.

Diffusione dei disturbi

La lettura dei dati relativi alla conoscenza, di parenti, amici e conoscenti colpiti dai disturbi di cui trattiamo, evidenzia l'enorme diffusione di depressione, ansia e DAP: circa il 60% degli intervistati conosce una o più persone che ne hanno sofferto.

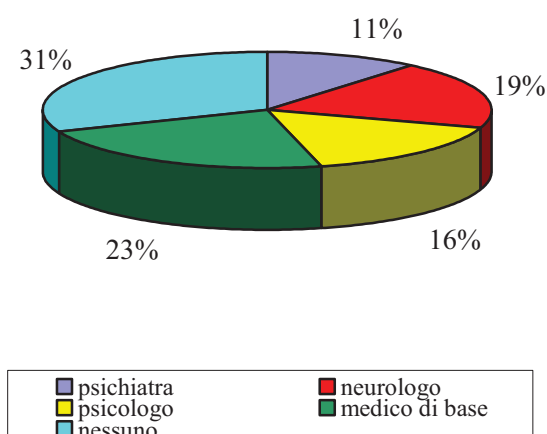
E' probabile che l'aumento delle conoscenze e delle informazioni attenni, nei pazienti, il disagio nei confronti del proprio malessere e renda loro più facile il parlarne.

Comportamento tenuto in passato

Questa parte dell'indagine ha evidenziato il fatto che le conoscenze acquisite non si traducono in comportamenti adeguati.

Se da un lato è vero che è presente la tendenza culturale a riconoscere a depressione, ansia e DAP la dignità di malattia (disturbi, cioè, che devono essere curati), è altrettanto vero che sono ancora presenti interferenze pregiudiziali tali da rendere difficoltoso seguire i percorsi terapeutici corretti.

Grafico: figure professionali cui i pazienti, in passato, si sono rivolti



Lo specialista cui compete la cura è lo psichiatra, ma questi è stato consultato solo nell'11% dei casi. Giocano un ruolo importante di tipo inibitorio al consulto il fatto che, nell'immaginario collettivo, egli evoca la dimensione della follia: è il medico dei "matti" e rivolgersi a lui equivale a rientrare in questa categoria.

Più consultato è il neurologo (19%). Si può presumere che tale figura professionale faccia meno paura dello psichiatra: è il medico dei "nervi" e in caso di "esaurimento nervoso" il neurologo è vissuto come lo specialista adeguato.

Lo psicologo è stato consultato nel 16% dei casi. Questo dato attesta che, almeno in parte, è riconosciuta una matrice emotiva e conflittuale ai disturbi presi in considerazione in questa ricerca.

In circa 1/4 dei casi è stato il medico di base ad essere consultato in prima battuta e ciò è dovuto al rapporto di fiducia tra medico e paziente, elemento la cui presenza è sempre necessaria per qualunque tipo di trattamento terapeutico, ma che in questi casi è assolutamente indispensabile.

Tra le persone colpite da un disturbo depressivo, ansioso o DAP, il 31% non si è invece rivolta a nessuna figura professionale, con prezzi in termini di sofferenza e/o cronicizzazione facilmente immaginabili.

Comportamento da tenere

L'indagine, oltre alle esperienze passate dirette o indirette, ha anche cercato di individuare quale comportamento gli intervistati avrebbero tenuto in futuro, in caso di presenza dei disturbi di cui trattiamo.

Il dato più evidente riguarda l'alta percentuale di soggetti che si rivolgerebbe allo psicologo (circa il 40% contro il 16% del passato). Ciò conferma che un aumento delle conoscenze e delle informazioni determina una maggiore consapevolezza dell'origine psicologica dei disturbi.

Dal confronto delle tre patologie, risulta che la depressione è percepita meno delle altre come malattia da curare: il 18% degli intervistati non si rivolgerebbe a nessuno o al massimo ad amici.

Riteniamo ciò conseguente al pregiudizio che la depressione sia dovuta a una "volontà insufficiente" o a una "debolezza di carattere" e quindi che non sia di competenza medica.

La percentuale di coloro che non si rivolgerebbe a nessuno scende nel caso degli ansiosi (14%) e ancora di più nel caso di DAP (13%) e ciò riteniamo sia conseguente al fatto che le manifestazioni di questi disturbi avvengono in forma di crisi acute, la cui evidenza sottolinea la necessità dell'intervento medico.

Relativamente alla variabile sesso, le donne si rivolgerebbero allo psicologo in misura doppia rispetto agli uomini (20% contro il 10%). Possiamo utilizzare chiavi di lettura diverse di questo dato: una di tipo epidemiologico, in base alla quale l'incidenza dei disturbi depressivi e di DAP è, nelle donne, doppia rispetto all'uomo.

E' anche possibile utilizzare una chiave di lettura culturale: l'uomo tende tradizionalmente a identificarsi con modelli eroici e disconoscere le proprie parti deboli e sofferenti. Ne consegue che tende a negare le motivazioni psicologiche della propria sofferenza, quando questa si manifesta.

Conoscenza delle figure professionali

Il dato più rilevante di questo settore dell'indagine è il seguente: il 73% degli intervistati ritiene di conoscere la differenza tra le professioni di neurologo, psichiatra e psicologo e le loro specifiche aree di intervento.

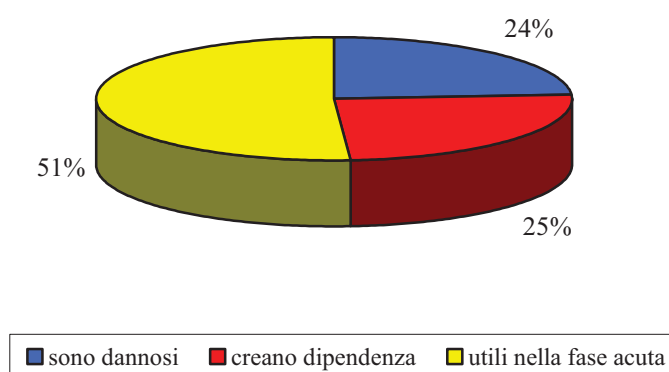
Ciò entra in forte contraddizione con quanto emerso invece nel comportamento da tenere quando i disturbi si manifestano: solo l'11%, ad esempio, si rivolgerebbe allo psichiatra.

Se, da un lato, è vero che le conoscenze in merito a questi disturbi sono in via di aumento, è altrettanto vero che non sono ancora penetrate nel tessuto pregiudiziale che li avvolge e non sono ancora tali da determinare comportamenti più adeguati.

Gli psicofarmaci

E' questo il settore in cui le interferenze pregiudiziali sono più evidenti.

Grafico: valutazione sugli psicofarmaci



Il 24% degli intervistati ritiene che siano dannosi e il 25% che creino dipendenza poiché assimilabili a sostanze stupefacenti.

Il 51% li ritiene invece utili nella fase acuta: ancora una volta è però da sottolineare la contraddizione tra questo dato e quello che segnala che, in fase di crisi acuta, solo l'11% del campione consulta lo psichiatra, medico cui compete la loro prescrizione.

Altra chiave di lettura della notevole discrepanza dei dati è l'uso frequentemente autogestito dei farmaci, soprattutto di ansiolitici, non prescritti dallo specialista.

La volontà

Anche in questo caso abbiamo avuto la conferma dell'enorme diffusione del pregiudizio secondo cui, mediante un atto di volontà, sarebbe possibile superare depressione, ansia e DAP: la pensa così il 42% degli intervistati e la percentuale sale al 49% quando si fa riferimento alla depressione.

Consigli

L'ultimo settore della nostra indagine si riferisce a quali consigli dare ad una persona che soffre di depressione, ansia e DAP.

Emerge chiaramente che l'atteggiamento di fondo culturale ed emotivo degli intervistati determina il tipo di consigli da suggerire e che tali consigli sono influenzati dai pregiudizi nei confronti dei disturbi stessi, dello psichiatra, degli psicofarmaci e del ruolo della volontà.

Ciò conferma che spesso le informazioni e le conoscenze non sono sufficienti per il superamento dei pregiudizi e dei conseguenti comportamenti inadeguati.

La guida per un cammino di speranza
Salvatore Di Salvo

Non c'è pastiglia che possa aiutarmi a risolvere il problema di non voler prendere le pastiglie, così come la psicoterapia non può impedire le mie depressioni e le mie manie. Ho bisogno di entrambe. È strano dovere la vita alle pastiglie, alla propria peculiarità e tenacia e a questo dialogo unico, sorprendente e profondissimo chiamato psicoterapia.
Kay Jamison Redfield, Una mente inquieta

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Torino, dove si è poi specializzato in Psichiatria, Di Salvo è membro dell'ARPA (Associazione per la Ricerca in Psicologia Analitica).

Lo studio dei disturbi dell'umore e la cura dei pazienti che presentano tali disturbi sono la quotidiana occupazione di questo analista junghiano: presso il Centro Depressione, Ansia e Attacchi di Panico di Torino, di cui è responsabile, e nell'attività di ricerca dell'Associazione Piemontese per la Ricerca sulla Depressione di cui è Presidente.

È autore di un saggio dal titolo "Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica" nel quale ha rintracciato i precedenti simbolici della formazione dei moderni psicoanalisti nelle procedure di iniziazione degli sciamani.

Intervista a Salvatore Di Salvo

Partiamo da alcuni dati tecnici. L'Associazione Piemontese per la Ricerca sulla Depressione da lei presieduta ha elaborato una serie di dati clinici forniti dal Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico, prendendo in esame sintomi, terapie, controlli, ipotesi sui casi di cui vi siete occupati. Da chi è composto, in percentuale, il campione da voi esaminato?

Innanzitutto c'è da dire che, per quanto riguarda il sesso dei nostri pazienti, la percentuale di femmine è pari al 60 per cento, mentre quella dei maschi è del 40 per cento. L'età media è fra i trentaquattro-trentacinque anni. Non abbiamo riscontrato

significative differenze tra sposati e non sposati, e dobbiamo dedurre che si tratta di un disturbo trasversale anche per quel che riguarda le attività lavorative dei singoli: non ci sono fasce professionali più interessate di altre.

Per tutte queste persone era stata fatta una diagnosi di «sindrome depressiva»?

I disturbi della serie depressiva sono la maggior parte: il 45 per cento. Il 28 per cento è rappresentato da depressione più ansia. Il 10 per cento da depressione più disturbi da attacchi di panico. Il 17 per cento solo da attacchi di panico. Quindi, i casi di depressione e di questo disturbo accompagnato da ansia, pari al 73 per cento, sono quelli più frequenti.

Si tratta di persone che avevano già consultato psichiatri?

Tutt'altro. Un terzo di coloro che si sono rivolti al nostro centro non aveva mai consultato in precedenza uno psichiatra, pur essendo presente, in alcuni casi anche da anni, una sintomatologia che avrebbe richiesto la consultazione di uno specialista.

Che cosa possiamo dedurre da questo?

Che sono presenti, nei confronti di queste patologie, alcuni pregiudizi, uno dei quali è proprio sulla figura professionale dello psichiatra, che può essere semplificato con l'affermazione: “Lo psichiatra cura i matti. Se mi rivolgo a, uno psichiatra, automaticamente anch'io sono matto o per lo meno sono ritenuto tale”. Passi pure il neurologo, perché in fondo è quello che cura i nervi. Lo psichiatra, invece, è più sovraccaricato, nell'immaginario collettivo, da una dimensione di follia.

E vero che molte di queste persone sono arrivate a voi dopo aver consultato le Pagine Gialle?

Sì, e sono molte! Questo rivela una situazione di disperazione, ma anche di ricerca solitaria e di vergogna. a svelare agli altri una sofferenza di questo tipo. In parecchi casi abbiamo riscontrato la tendenza a tenere all'oscuro persino il coniuge. I medici di base ci raccontano quanto sia difficile consigliare ad un paziente di consultare uno psichiatra. Un mio collega ginecologo, quando ritiene opportuno inviarmi delle sue pazienti, mi spaccia per psicologo, sapendo di mentire. C'è proprio un pregiudizio nei confronti dello stato depressivo, vissuto come estremamente vergognoso, da tenere nascosto, perlomeno finché è possibile.

La ricerca sulle Pagine Gialle è emblematica dello stato di solitudine nel quale queste persone si muovono. Una situazione che può far correre anche dei rischi...

Non dimentichiamoci che, tra questi rischi, ci sono quelli che derivano dalla ricerca di contatti con l'universo di cartomanti, chiromanti, veggenti, maghi neri e bianchi, che spesso vengono consultati da queste persone disperate e disorientate, con danni a volte enormi.

Qual è la condizione predominante in cui queste persone si trovano, lo stato più diffuso tra i depressi?

Certa,mente quello della. mancanza di energia. Ciò viene interpretato, dal paziente e dai famigliari, come mancanza di volontà e si viene così a costituire un altro pregiudizio. Il paziente, oltre al suo carico di sintomi, si presenta a noi con una, convinzione di questo tipo: “Non ho sufficiente volontà perché, se così fosse, riuscirei a superare questo disturbo di cui soffro”.

Questo messaggio è in buona parte indotto dall'ambiente, da parenti, amici e a volte purtroppo anche da figure professionali, medici compresi, i quali ritengono che mediante un atto di volontà sia possibile il superamento di uno stato depressivo. Ciò è

assolutamente falso, ha un effetto colpevolizzante e può determinare, oltre che un deciso aumento del senso di colpa, anche gesti esasperati e disperati.

Forse vale la pena di avere le idee più chiare su questa “volontà”.

La, volontà può essere definita come la quantità di energia psichica di cui il soggetto dispone e che può impiegare per ciò che desidera fare. Ora, è tipico del quadro depressivo, nella sua fase acuta, che al soggetto manchi una disponibilità di energia psichica. È, quindi, assolutamente impossibile puntare sulla volontà per il superamento di questa sofferenza. Sono due concetti tra di loro contraddittori. Questa, ci tengo a sottolinearlo, è la situazione nella fase acuta, altrimenti il discorso potrebbe essere frainteso, nel senso d'intendere che la volontà non serva mai, non sia mai utile nè utilizzabile. E ciò non è affatto vero.

Mi sembra, infatti, che la volontà sia uno strumento potente e utile anche all'adattamento al mondo circostante, nonché al superamento delle difficoltà.

A patto, ripeto, che l'io sia in una condizione d'integrità. Nella fase post-acuta., cioè quando, in seguito a un intervento di tipo farmacologico, la sintomatologia depressiva comincia a regredire, l'individuo avrà una quantità maggiore di energia psichica a disposizione dell'io, che così tornerà ad avere la sua riserva. A questo punto, delle stimolazioni incoraggianti possono essere utili per il soggetto perché utilizzabili.

Il più delle volte la situazione si «sblocca» con l'assunzione di psicofarmaci?

Sì, però è proprio in questa fase, cioè all'inizio della terapia, che incontriamo una serie di pregiudizi, tra cui appunto quelli nei confronti degli psicofarmaci.

Nel senso che il paziente non vorrebbe prenderli?

Gli atteggiamenti, a questo proposito, sono diversi. A volte il paziente ha aspettative “magiche”, e pensa di risolvere tutto in tempo relativamente breve. A volte, invece, l'aspettativa è di tipo terrifico: “Mamma. mia, adesso comincio a prendere i farmaci e poi non riesco più a togliermeli, resto dipendente”, cioè lo psicofarmaco è visto come una droga. Altre volte ancora l'atteggiamento è di estrema sfiducia, e questo accade quando lo stato depressivo è molto profondo: “Possono darmi tutte le medicine che vogliono, tanto non succede nulla”.

E proprio lo psichiatra che deve informare correttamente il paziente sul ruolo del farmaco e sul rapporto da instaurare con esso...

Questo è estremamente importante. Così come è altrettanto vero che il paziente deve essere informato sui problemi che si possono verificare sia all'inizio dell'assunzione farmacologica, sia quando è il momento di sospenderla. E questa un'altra fase delicata, che pone un altro problema. Il paziente può ragionare così: “Prima stavo male, ho preso i farmaci, adesso sto bene. Però, se li sospendo, c'è il pericolo che torni di nuovo a stare male”. E così, ci troviamo di fronte a un legame che non è di dipendenza farmacologica, ma, di dipendenza psicologica.

Ma quali sono le cause più diffuse della depressione?

Il quadro causale degli stati depressivi è a forma di puzzle, è cioè un mosaico di motivazioni, che possono assommarsi in una stessa persona. Cercando di evidenziare le più importanti, diremo che vi sono le predisposizioni individuali, che verranno evidenziate, se vi è bisogno, con un'indagine il più accurata possibile su eventuali patologie psichiatriche presenti o passate nei famigliari. Poi ci sono le cause relative alla conflittualità interpersonale: angosce personali, sensi di colpa,, insicurezza, problemi psicologici del soggetto, relativi al rapporto con se stesso o con la propria identità

personale o sessuale. Altre sono, invece, le cause che si riferiscono alla conflittualità interpersonale microsociale, cioè quella serie di problemi gravi che possono insorgere all'interno della coppia o del nucleo familiare, che è un microcosmo. E, in ultimo, ci sono le cause relative alla conflittualità interpersonale macrosociale: i problemi relativi all'inserimento, all'adattamento sociale, che possono anche riguardare sia il lavoro, sia la perdita di questo, e quindi la solitudine.

A proposito di macrosociale, le chiederei di aprire la breve parentesi sulla situazione collettiva in cui viviamo oggi.

La nostra società esalta i valori di tipo consumistico, che fanno leva sulla componente materialistica dell'esistenza, tradendo però quella che è la natura dell'uomo, che è fatto sì di materia, ma anche di spirito. Questa situazione collettiva si riverbera nell'individuo creando una dissociazione tra la sua componente materiale e quella spirituale. Figlia di questa dissociazione è la nevrosi.

Molte persone lamentano la presenza nella stessa famiglia di forme depressive, anche gravi. Quanto peso può avere l'ereditarietà tra le cause di una depressione?

Nel caso delle depressioni endogene, cioè di quelle che non dipendono da un evento esterno, ma che sopravvengono senza causa e talvolta quando tutto va bene nella vita di una persona, spesso l'ereditarietà si riscontra nell'ambito della stessa famiglia.

Bisogna comunque sottolineare che le suddette depressioni endogene, o depressioni maggiori, costituiscono una percentuale molto bassa in riferimento al panorama generale delle sindromi depressive, quelle cosiddette reattive. In queste ultime la causa non è certamente genetica ma piuttosto legata alla presenza, di difficili e apparentemente insolubili problemi nel rapporto con gli altri o con noi stessi.

Rimaniamo sempre nell'ambito della famiglia. Da quel che si sente in giro, le crisi coniugali sembrano una delle cause più frequenti della depressione oggi. È un dato confermato dalla vostra indagine?

Le coppie in crisi sono all'incirca un terzo rispetto al numero dei pazienti che si sono rivolti a noi. È ovvio, che nella crisi coniugale confluiscono alcune delle cause - a volte tutte - di cui abbiamo parlato: dalle conflittualità interpersonali, a quelle micro e macrosociali. Alle cause che influiscono sul singolo si aggiungono quelle derivanti dall'incontro di due realtà, che a volte creano ulteriori problemi.

In questi casi si può intervenire anche con una terapia di coppia.

Talvolta pare che la depressione sia una delle manifestazioni di quel periodo critico chiamato menopausa, in cui la vita della donna è spesso disturbata da alterazioni ormonali. La somministrazione degli ormoni carenti, la cosiddetta terapia sostitutiva, può far evitare una cura con antidepressivi?

No, e rispondo a questa domanda con il conforto di colleghi ginecologi. Non c'è una connessione precisa tra menopausa e depressione. Nel periodo di premenopausa nella vita di una donna, oltre che variazioni ormonali intervengono altri mutamenti: di tipo sociale, fisico, psicologico, per esempio.

La menopausa per una donna è una fase di passaggio, e un'eventuale depressione è di conseguenza imputabile a una serie di circostanze. Certo, in personalità già predisposte e in presenza di qualche fattore specifico, è possibile che si verifichino delle crisi di tipo depressivo, che vanno trattate come le altre.

Torniamo quindi all'insieme di cause che generano uno stato depressivo, che come una miscela "esplosiva" provocano una deflagrazione a livello chimico nell'individuo, e di conseguenza a livello psicologico...

Una concomitanza di cause è frequente: ciò che varia da soggetto a soggetto è l'incidenza del singolo fattore causale. Per esempio, si può verificare che in un soggetto

sia. più significativa e più importante la presenza di conflittualità interpersonali sotto forma di sensi di colpa o problemi di identità.

Su una situazione del genere, si inserisce un elemento causale contingente, cioè legato a un determinato momento e a una situazione particolare della sua vita. In un altro soggetto, invece, può avere maggiore incidenza una certa, predisposizione individuale, pur essendo presenti anche conflittualità a livello familiare o soggettivo intrapersonale.

Perché è importante l'individuazione della o delle cause? Per la prescrizione del farmaco?

No. L'individuazione delle cause richiede un'esplorazione mirata sul singolo soggetto, che verrà fatta non tanto nella fase acuta, nella quale i farmaci agiscono a prescindere dalle cause, quanto nella fase successiva, quella postacuta: in questa, l'individuazione degli elementi causali è importante per l'indicazione terapeutica successiva a quella farmacologica.

Quindi, non un intervento standardizzato, ma una terapia studiata apposta per quel determinato soggetto. Per quanto dovrà protrarsi la cura?

La terapia farmacologica va data a tempo, cioè per qualche mese, allo scopo di ridurre la sintomatologia depressiva. Una volta ottenuto questo risultato, il farmaco deve essere sospeso.

A quel punto, ridotta la sintomatologia acuta, il soggetto diventa un terreno su cui si può lavorare meglio, se ho capito bene. Quindi, anche più ricettivo...

Questo è molto importante e spero sia chiaro. Bisogna dire, però, che l'indicazione psicoterapeutica deve trovare un individuo predisposto, cioè un soggetto disponibile ad affrontare i problemi relativi a se stesso, o eventualmente, anche ad altri.

E se questa predisposizione non c'è?

In questi casi, secondo me, è inutile insistere, ed è inutile anche forzare il discorso in chiave psicologica.

In situazioni del genere, quindi, a cosa ci si limita?

Si compie unicamente una cura di tipo farmacologico e si spera che non ci siano ricadute.

Ci sono dei casi in cui la cura è solo di natura psicologica?

Certo. Può accadere. Nel campione da noi osservato non raggiunge neppure il 10 per cento dei casi. Questo vuol dire che, nel momento in cui la sintomatologia non ha un'interferenza significativa nella vita del soggetto, quindi è sopportabile e contenibile, non è così obbligatorio assumere farmaci ed è possibile un approccio di natura psicologica. L'importante è, ripeto, personalizzare l'intervento.

Il caso di una depressione sopravvenuta in seguito a un lutto è forse uno di questi?

Nel caso di un lutto si verifica una situazione depressiva a livello di crisi, che ha caratteristiche diverse dalla depressione clinica. La sintomatologia è simile, però c'è una serie di elementi che caratterizzano un lutto, che deve essere elaborato dal soggetto. È un processo che passa attraverso varie fasi e che si giova sostanzialmente del decorso del tempo. In questi casi, la persona potrà essere aiutata, a mio avviso, più che da un approccio di natura farmacologica, da un intervento di natura psicologica, sotto forma di psicoterapia individuale.

Ci sono alcuni casi in cui le persone si rifiutano categoricamente di prendere farmaci antidepressivi. Cercano di farcela in tutti i modi, dandosi al volontariato, o aiutandosi

con attività manuali o inventandosi chissà cosa. Tutto per l'ostilità verso questo tipo di farmaci. Cosa bisognerebbe dire a queste persone?

L'assunzione di psicofarmaci non è assolutamente obbligatoria; è possibile farne a meno, purché i sintomi non siano invalidanti sul piano personale e relazionale. Il caso che lei mi ha prospettato è quello di depressioni di tipo reattivo, cioè conseguenti a un evento che si è manifestato nella vita: queste depressioni possono essere superate anche senza l'uso dei farmaci, con le forze della propria interiorità. Nel caso invece di una depressione maggiore, non dare - e non prendere - farmaci è sbagliato.

Perché?

Perché in questo tipo di patologia i sintomi costituiscono una grave minaccia sia dal punto di vista fisico (mancata alimentazione, mancata idratazione eccetera.) sia da quello psichico (pericolo di suicidio) e non è pensabile che il paziente possa superare la grave crisi senza un valido aiuto esterno, comprensivo di intervento farmacologico. Ma pensi al paradosso. Tutta l'Italia si è giustamente sollevata per avere le terapie del professor Di Bella. In psichiatria., dove per molte patologie esistono terapie già accertate molto di più di quanto non lo siano quelle di Di Bella, ci sono alcuni che fanno la guerra alle medicine.

Nelle forme depressive gravi, insomma, l'intervento farmacologico è necessario?

Questo va detto con molta chiarezza: un depresso endogeno che non si cura corre un gravissimo rischio. Pensi anche ai casi di depressione di questo tipo che colpiscono le donne appena dopo il parto, le quali non si preoccupano di nutrire il bambino! Qui siamo davvero di fronte a quanto di più drammatico possa capitare nella vita di una persona. È veramente la morte psichica.

C'è un caso di cui non si è parlato finora: gli etilisti che, mi sembra, cadono in questo vizio perché fondamentalmente depressi. È una realtà più subdola e forse meno

esplorata che oggi si consuma prevalentemente tra le pareti domestiche, perché le persone non bevono più nei bar o nei locali pubblici, ma soprattutto nelle proprie case, dando vita a volte a dei veri e propri drammi famigliari...

Ho lavorato per quasi vent'anni in una clinica psichiatrica, dove si effettuavano terapie di disintossicazione per gli etilisti e le posso dire che dietro uno stato d'intossicazione etilica, c'è sempre la presenza di nuclei depressivi. L'etilismo non è quello che spesso si ritiene, cioè un vizio, ma il più delle volte una copertura di gravi situazioni di tipo depressivo.

E quali cure sono consigliabili in questi casi? Con quali risultati?

L'intervento terapeutico consiste in una prima fase, indispensabile, di disintossicazione, che spesso necessita di un periodo di ricovero in ambito specialistico.

La seconda fase consiste nel fornire al paziente un aiuto farmacologico, di tipo ansiolitico e antidepressivo, tale da contenere le spinte alla ripresa, dell'assunzione di alcol, già peraltro assunto proprio a scopo ansiolitico e antidepressivo.

La terza fase è un lavoro di ricerca psicologica, finalizzata a individuare i problemi da cui deriva il malessere depressivo e ansioso, che è quello che spinge il soggetto ad assumere l'alcol come rimedio. Una cura così impostata ha ottime possibilità di risultare efficace.

So che alcuni suoi colleghi psichiatri somministrano farmaci non a tempo, ma per anni, con la previsione di toglierli solo quando si saranno verificate condizioni di maggiore «tranquillità esistenziale», per esempio sul piano lavorativo o degli affetti. Ma situazioni di questo tipo, che non sono accompagnate da un supporto psicoterapeutico, non impediscono forse al soggetto di compiere un cammino di crescita attingendo alle proprie energie?

Affidare l'intervento terapeutico di uno stato depressivo o ansioso solo al farmaco vuol dire, a mio avviso, perdere una grande occasione di crescita personale, vuol dire non

attivare la ricerca del “senso” della sofferenza depressiva e non cogliere il messaggio di cambiamento, trasformazione e crescita. che il malessere vuole trasmettere al soggetto.

Vorrei passare ad un approccio che potrebbe sembrare più “new age”. Lei ha scritto un libro in cui paragona il processo di trasformazione dell'antico sciamano a quello del moderno analista. Ma ne evidenzia anche le differenze.

Lo psicoanalista ha un ruolo di ascoltatore, lo sciamano quello di oratore. Il primo è agente passivo, una semplice cassa di risonanza della psiche del suo paziente; il secondo è visto come un agente attivo che dirige l'esperienza psichica. Entrambi mirano a provocare un'esperienza, ed entrambi vi riescono, ricostruendo un mito che il malato deve vivere o rivivere. Nella psicoanalisi si tratta di un mito individuale, che il malato costruisce con l'aiuto di elementi attinti dal suo passato, mentre nello sciamanismo si tratta di un mito collettivo, di cui lo sciamano diventa portatore.

E in cosa sono simili, invece?

I fini sono gli stessi: mantenere l'armonia fra uomo e uomo e fra uomo e natura ed inoltre ambedue rafforzano la volontà di guarigione del paziente.

Come lo sciamano, anche l'analista contribuisce alla salute mentale mediante la sua capacità di guida nei territori bui e nascosti della psiche umana. Nel mondo arcaico, lo sciamano viene interpellato quando l'anima dell'uomo diventa preda delle potenze invisibili, spiriti o demoni che siano. All'analista ci si rivolge quando potenze invisibili determinano uno stato di disorientamento, di disagio interiore e di sofferenza non riconducibili a cause oggettive e non dominabili tramite la volontà o i farmaci.

Il mondo degli spiriti dello sciamano sarebbe lo stesso dell'inconscio in cui si muove l'analista?

Senza introversione e attenzione rivolte al materiale inconscio non vi è alcuna, possibilità di mediare e guarire. L'analista, come lo sciamano, è un ponte fra il mondo

conosciuto e l'ignoto, in quanto entrambi collaborano a svelare - anche se non definitivamente - gli enigmi racchiusi in tutto ciò che di celato, oscuro e mascherato vi è nel mondo degli spiriti, nel mondo dell'inconscio.

Nel suo libro lei considera la morte psichica, che potrebbe essere quella della depressione endogena, una morte "iniziatica". Cosa vuol dire?

Nella mentalità primitiva, la morte corrisponde a un provvisorio ritorno al Caos originario, ritenuto necessario in quanto non è possibile modificare uno stato senza prima aver abolito quello precedente.

Quindi, la morte psichica può essere talvolta necessaria per una rinascita.

Dice Jung: "E come se, al momento culminante della malattia, l'elemento distruttivo si tramutasse in elemento di guarigione". Senza la morte l'uomo non può conseguire la vita nuova e la dissoluzione è la necessaria premessa per una, rinascita..

Che significato ha la morte nei contesti iniziatici?

A differenza, di quello che comunemente le si attribuisce, la morte significa. liberazione dal passato, fine di un'esistenza e avvio a un'altra, rigenerata e più evoluta: la morte iniziatica. non è mai una fine, ma la condizione di passaggio a un altro modo di essere, quindi un inizio.

Finora abbiamo parlato più dei problemi legati ai farmaci che di psicoterapia, a proposito della depressione. Lei è un analista junghiano. Qual è il percorso che segue Jung, per trovare le fonti della guarigione?

Jung era convinto che all'interno dell'uomo si trovassero le stratificazioni della storia del mondo, fino ad arrivare a quella dell'uomo primitivo, che solo a stento può essere raggiunto e illuminato dalla coscienza. La psiche primitiva dell'uomo confina con la vita

dell'anima animale. Il viaggio in questo mondo ignoto è stato il tema costante della sua vita.

Possiamo provare a percorrere questo sentiero?

All'interno di questo viaggio l'individuo incontra una serie di immagini e di simboli che fanno parte della sua vita personale, ma anche dell'umanità, fin dalle origini della sua esistenza. Sono simboli molto carichi di energia e la possibilità di attingere a essi è la condizione necessaria per mettere in atto quel processo trasformativo di crescita personale che è il fine ultimo del lavoro analitico.

E quindi molto importante staccarsi dai condizionamenti collettivi, che spesso possono essere causa di problemi esistenziali.

Quel che lei dice sta nell'imperativo, ovviamente metaforico, di “uccidere il padre”, che significa proprio abbattere l'ordinamento vigente, ossia prendere coscienza dei condizionamenti collettivi che strutturano il nostro agire e assumere di fronte a essi un atteggiamento dialettico che consenta soluzioni individuali invece di obbedire a una condotta collettivamente prestabilita.

Questa è l'impresa. che ognuno di noi deve ripetere nella sua esistenza, così come innumerevoli volte ha fatto l'umanità nella sua storia. È in questo modo che si sviluppano la coscienza e la personalità.