

Salvatore Di Salvo

Depressione, ansia, attacchi di panico:
percorsi di cura



Tra le
testimonianze
**LA STORIA
DI DAVIDE**
presentata al
Maurizio Costanzo
Show



edizioni
libreria cortina
torino



Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura

Indice

Presentazione

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Cap. 1 Diffusione della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico

Cap. 2 I sintomi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico

Cap. 3 Terapia farmacologica

Cap. 4 Terapia psicologica

Cap. 5 Strategie terapeutiche: uno studio clinico

Cap. 6 Consigli per i familiari dei pazienti

Cap. 7 Le domande più frequenti

Cap. 8 Alcune testimonianze

Presentazione

Questo libro è rivolto a coloro che soffrono di depressione, ansia e attacchi di panico, ai loro parenti, amici e conoscenti. Sono moltissime le persone che hanno una qualità di vita inferiore alle loro possibilità a causa di questi disturbi, classificati come appartenenti all'ambito della psichiatria minore. La scienza medica, specie nell'ultimo decennio, è entrata in possesso di strumenti tali da intervenire efficacemente su questo tipo di malessere e, nell'80-90% dei casi, è possibile ridurre in modo sensibile la fase acuta dei disturbi nel giro di 4-6 settimane. Di fatto, però, sono presenti enormi barriere pregiudiziali che rendono difficile il contatto tra chi soffre e chi cura: solo un paziente su cinque chiede un consulto allo specialista cui compete la terapia, vale a dire lo psichiatra.

Nel libro sono presenti la descrizione dei sintomi della depressione, dell'ansia e dell'attacco di panico (dap), la loro diffusione, l'intervento farmacologico e quello psicologico. Sono inoltre indicati consigli per coloro che sono vicini a chi ne soffre.

Lo scopo che questo lavoro si prefigge è di proporre con linguaggio semplice ed accessibile, pur nel rispetto del rigore scientifico, il più alto numero possibile di informazioni, nel convincimento che solo attraverso di esse sia possibile rimuovere i pregiudizi, ridurre il livello della sofferenza e anettere ai territori della scienza medica la cura di questo tipo di sofferenza.

Alcuni temi, quali il rapporto tra volontà e depressione, la figura professionale cui compete la terapia dei disturbi depressivi e altri, sono trattati a più riprese nei capitoli che seguono. Ho preferito mantenere la loro trattazione, anche a costo di apparire ripetitivo. La pratica clinica giornaliera conferma, infatti, che i pregiudizi sono talmente radicati nell'immaginario collettivo che ribadire alcuni elementi di conoscenza è non solo utile, ma anche necessario.

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Sito internet: www.depressione-ansia.it

Costituita nell'aprile 1996, o.n.l.u.s., 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.

Per quanto riguarda l'aspetto informativo, a cura dell'Associazione sono stati editati tre opuscoli, fuori commercio e a carattere divulgativo.

Il primo, "Il male curabile", presenta i disturbi depressivi, d'ansia e d'attacchi di panico, la loro sintomatologia clinica, il corretto approccio terapeutico e i più comuni pregiudizi che li riguardano.

Il secondo opuscolo, "La depressione oggi", consiste nell'elaborazione di alcuni dati clinici sui temi suddetti, utilizzando parametri quali la diffusione a seconda di età, sesso, professione, ecc. E' inoltre valutata l'efficacia della terapia farmacologica.

Il terzo, "Depressione ansia e dap: ombre e luci", consiste in un lavoro epidemiologico in cui sono state elaborate le risposte ad un questionario di un campione statisticamente significativo della popolazione torinese.

E' stato inoltre pubblicato il libro dal titolo "Eva e Doc", il cui contenuto consiste nel racconto di una relazione analitica, fatto a due voci: quella dell'analista e quella della paziente.

Il presente volume tratta delle strategie terapeutiche da mettere in atto nei disturbi depressivi, ansiosi e nei disturbi da attacchi di panico.

E' più corretto parlare di "strategia terapeutica" piuttosto che di semplice terapia perché, come cercherò di illustrare, è necessario mettere in atto una serie di misure terapeutiche tali da risolvere la fase acuta, ma anche da evitare che la crisi si ripresenti in un tempo successivo.

E' inoltre importante che le strategie terapeutiche siano personalizzate e siano fondate sulla realtà, interna ed esterna, di ogni singolo individuo.

Il Servizio d'Ascolto dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

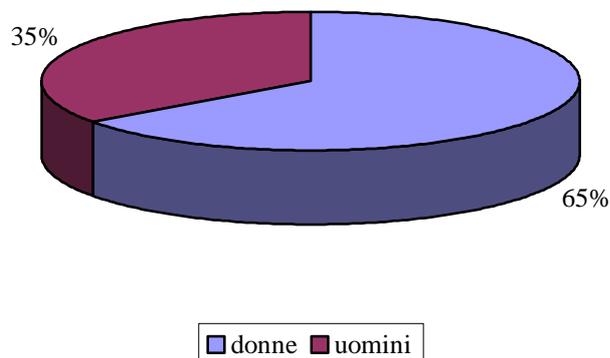
Un'attenzione particolare merita il Servizio d'Ascolto. Nato nel settembre 1998, è attivo dal lunedì al venerdì ed è svolto da psicologi volontari.

Lo scopo è di offrire un primo momento di supporto psicologico, integrato da informazioni sulle possibili terapie da intraprendere e da risposte a quesiti sulla sintomatologia ansioso-depressiva e sugli specialisti cui rivolgersi.

Dalla sua attivazione sono state circa 15000 le telefonate giunte. La possibilità di mantenere al telefono l'anonimato e, 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 vivono il proprio disturbo.

Da un lavoro di ricerca effettuato sulle chiamate ricevute emerge che hanno telefonato più donne che uomini, coerentemente con il dato epidemiologico della maggiore incidenza di questi disturbi nelle donne, con un rapporto di due a uno. Le donne appaiono più capaci di riconoscere la dimensione emotiva del sintomo che, per contro, è vissuta con assai maggiore disagio e/o tendenza alla negazione da parte degli uomini.

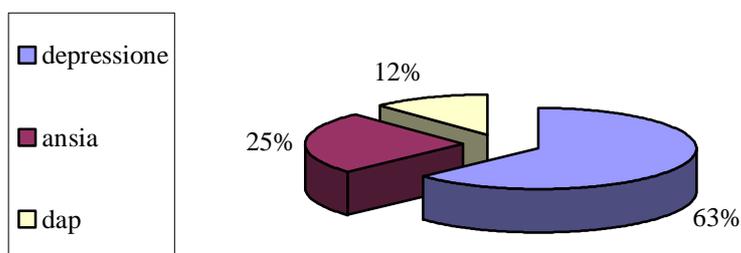
Grafico 1: ripartizione delle telefonate secondo il sesso



Spesso comunque sono solo portavoce di un disturbo che affligge il proprio compagno, figlio o conoscente. Capita di frequente che il diretto interessato telefoni in seconda battuta, dopo aver ricevuto indirettamente le prime informazioni.

La patologia più frequente denunciata da chi ha telefonato è sicuramente la depressione, seguita dall'ansia e dal disturbo da attacchi di panico.

Grafico 2: ripartizione delle telefonate secondo la patologia



Sono in aumento le persone che soffrono di dap, soprattutto giovani, che chiamano nella fase iniziale del disturbo. Descrivono in modo chiaro e preciso la sintomatologia dell'attacco di panico, ma il più delle volte non si rivolgono agli specialisti pensando che sia un disturbo non curabile. Spesso hanno inoltre la convinzione di essere gli unici a soffrirne. Alcune volte chiedono notizie sull'Associazione, ma solo come modo per passare poi ad esporre il disagio di una sofferenza vissuta con imbarazzo, vergogna e colpa a causa dei troppi pregiudizi che circondano questi disturbi.

Nel 21% dei casi le persone telefonano perché spinte dalla solitudine e dal bisogno di avere un loro "spazio" per parlare ed essere ascoltati. Un dato che segnala lo stato di solitudine è il seguente: sono state circa 3000 (vale a dire 1 su 5) le telefonate giunte all'Associazione attraverso una ricerca solitaria effettuata sulle Pagine Gialle.

In diversi casi vi sono persone che chiamano periodicamente e chiedono di parlare con l'operatore della volta precedente perché già conosce la loro storia. Se l'operatore non è di turno, preferiscono richiamare quando sarà presente e ciò segnala che, anche telefonicamente, il rapporto si personalizza.

Circa un terzo di coloro che telefonano chiedono informazioni sulla via da seguire per curare il proprio disturbo ed indicazioni sulle figure professionali cui rivolgersi.

In coloro che già assumono farmaci è presente il bisogno di rassicurazioni sulla terapia, sulle possibili controindicazioni o sulla paura di restarne dipendenti e ciò a causa del pregiudizio collettivo che assimila gli psicofarmaci alle sostanze stupefacenti.

Dall'insieme delle telefonate, risulta evidente che le persone sono poco informate sui luoghi di cura e spesso non sanno che presso ogni ASL sono attivi degli ambulatori specialistici psichiatrici.

E' in ogni caso molto forte il desiderio di leggere ed informarsi: in molti chiedono i nostri opuscoli, indicazioni di letture in materia e l'indirizzo del nostro sito Internet.

Le domande più frequenti e le relative risposte saranno presentate nel Capitolo 7.

Cap. 1 Diffusione della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico

Alcuni dati epidemiologici

Una ricerca a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1994, protratta per circa due anni e che ha interessato un campione di circa 80 mila soggetti, pazienti e medici di base, ha portato alle seguenti conclusioni:

1. In Italia sono circa 8,5 milioni le persone che soffrono di disturbi depressivi e 3 milioni di disturbi d'ansia (ricerca effettuata mediante somministrazione diretta di apposite scale valutative ai Medici di Base).
2. Per quanto riguarda gli attacchi di panico, ne soffre il 33% della popolazione giovanile tra i 18 e i 25 anni.
3. Nel 70% dei casi i suddetti disturbi non sono diagnosticati correttamente.
4. Delle persone affette da depressione o da sintomatologie associate ad ansia o attacchi di panico, solo una minoranza (circa il 18%, cioè circa uno su cinque) consulta lo specialista di competenza, lo psichiatra.
5. Il costo sociale di depressione, ansia e attacchi di panico è in Italia di circa 400 milioni di € l'anno.
6. Il pregiudizio "antipsicofarmaco" è molto diffuso.
7. Depressione, ansia e attacchi di panico sono molto diffusi ma sottodiagnosticati e malcurati.
8. Eppure nell'80-90% dei casi questi disturbi, correttamente diagnosticati e curati, sono risolvibili, nelle loro fasi acute, nel giro di 4-6 settimane.

I pregiudizi più diffusi

Abbiamo visto che solo una minoranza (circa uno su cinque) di chi soffre di depressione, ansia e dap consulta lo specialista di competenza, vale a dire lo psichiatra.

Ciò che s'interpone alla cura è la presenza radicata di pregiudizi.

Uno di essi riguarda la figura dello psichiatra e può essere così esemplificato: "Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale". Questo ostacolo è difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l'acquisizione d'informazioni sia presso amici e conoscenti sia rivolgendosi al medico di base.

Un altro pregiudizio è che gli psicofarmaci siano dannosi. In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Questo preconcetto, come quello secondo cui gli psicofarmaci danno dipendenza, sono figli del fatto che, a livello d'immaginario collettivo, vi è un'assimilazione tra farmaci e sostanze stupefacenti.

In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.

Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è quello della "volontà", secondo il quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo. Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolineare la falsità e i danni che ne derivano, poiché alimenta i già presenti sensi di colpa.

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- la volontà è la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione e che, quindi, può investire nelle proprie attività quotidiane;
- fa parte, però, del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre.

Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

Questo tema sarà ripreso nella parte dedicata alla descrizione dei sintomi del disturbo depressivo.

Di fatto, la depressione è una malattia curabile, specialmente con gli strumenti efficaci di cui disponiamo. E' necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi sono collocati e ricondurre il problema in ambito medico.

Il mondo scientifico è oggi in grado di dare una risposta adeguata ai problemi di cui ci stiamo occupando e può fornire un valido aiuto alla maggior parte di coloro che si rivolgono allo specialista, in possesso di strumenti molto più efficaci e raffinati rispetto a quelli anche solo di 10-15 anni addietro.

La fase acuta del disturbo deve essere attaccata con un intervento farmacologico che è in grado, nell'80-90% dei casi, di determinare il miglioramento della sintomatologia nel giro di poche settimane.

I farmaci, però, curano solo i sintomi e non le loro cause e la risoluzione della sintomatologia acuta non va intesa come la risoluzione definitiva del problema. E' quindi importante un'attenta e accurata valutazione non solo dei sintomi del paziente, ma anche della sua personalità globale, in modo da poter fornire, una volta risolto lo stato di sofferenza acuta, indicazioni personalizzate. Queste possono consistere in semplici consigli sulla necessità di modificazioni dello stile di vita, oppure in indicazioni di tipo psicoterapeutico o analitico (freudiano, adleriano o junghiano), di terapia sistemica o anche di terapia cognitivo-comportamentale, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi d'intervento, che sono tutti validi purché effettuati da persone preparate e competenti.

Questi ultimi temi verranno ripresi nei capitoli successivi.

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.

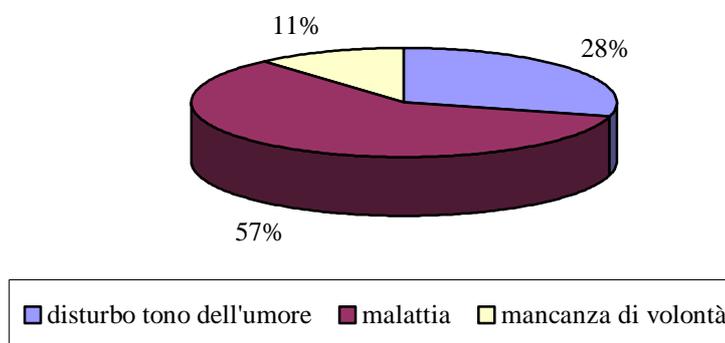
Cercheremo ora di sintetizzare i dati salienti emersi dalla ricerca.

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 3: definizione di depressione

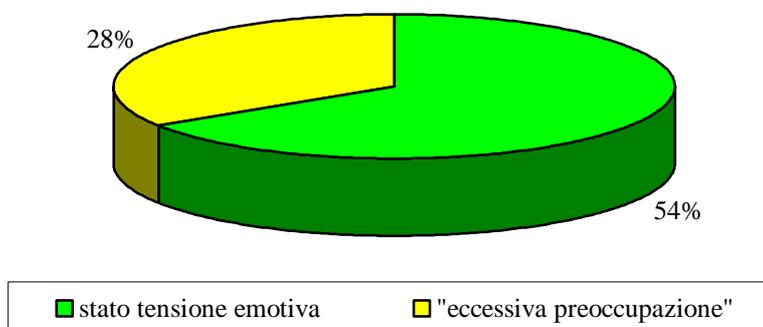


Possiamo quindi affermare che, da un punto di vista culturale, il disturbo depressivo, relegato fino a pochi anni addietro in un ambito di mistero, magia e vergogna, comincia ad essere annesso ai territori della scienza medica e quindi della cura.

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 4: 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.

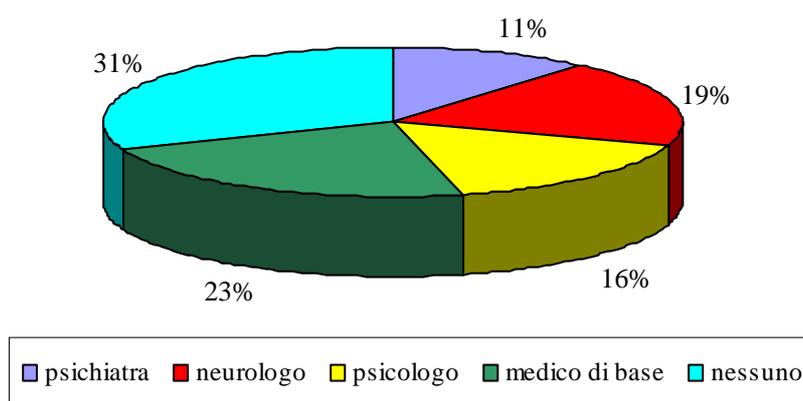
E' probabile che l'aumento delle conoscenze e delle informazioni attenui, nei pazienti, il disagio nei confronti del proprio malessere e renda loro più facile il parlarne.

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 5: 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.

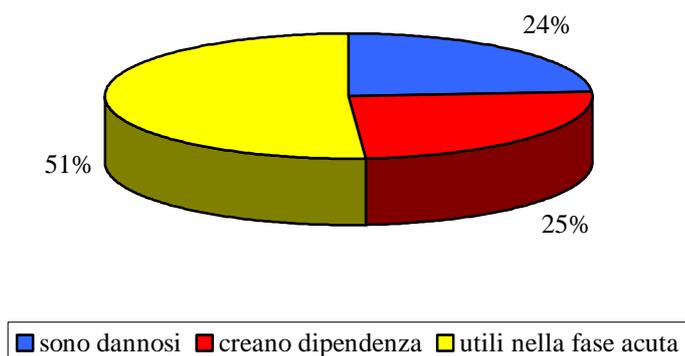
Ciò entra in forte contraddizione con quanto emerso invece nel comportamento da tenere quando i disturbi si manifestano: solo l'11%, ad esempio, si rivolgerebbe allo psichiatra.

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 6: 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.

Cap. 2 I sintomi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico

La depressione

Tristezza e depressione possono rappresentare di volta in volta oscillazioni fisiologiche del tono affettivo, sintomi associati a numerose affezioni fisiche o mentali, manifestazioni primarie di un disturbo del tono dell'umore.

Eziopatogenesi: discorso delle cause

In linea generale, possiamo individuare quattro ordini di elementi causali che concorrono nel determinare l'insorgenza di uno stato di malessere critico:

1. predisposizione individuale, che può essere valutata mediante un'indagine relativa alla personalità del paziente nel periodo precedente alla crisi. E' inoltre necessario condurre un'accurata anamnesi sull'eventuale presenza di patologie psichiatriche nei familiari;

2. conflittualità intrapersonali, consistenti nella presenza di angosce, sensi di colpa, insicurezze e problemi psicologici del soggetto relativi al rapporto con se stesso, con la propria identità personale e sessuale;

3. conflittualità interpersonali microsociale, consistenti nella presenza di gravi problemi di rapporto all'interno della famiglia o della coppia;

4. conflittualità interpersonali macrosociale, consistenti nella presenza di problemi di inserimento, adattamento sociale o in ambito lavorativo o, negli anziani, come conseguenza del pensionamento e della solitudine.

Nel cercare di individuare cosa ha determinato lo stato di crisi, è necessario tenere presente il fatto che il più delle volte vi è una concomitanza di cause. Ciò che varia, da soggetto a soggetto, è l'incidenza del singolo fattore causale. In alcuni casi, ad esempio, è predominante il fattore costituzionale, pur essendo evidenti anche difficoltà intra e interpersonale.

In altri casi, invece, prevalgono i problemi psicologici di relazione (di coppia o intrafamiliari), pur essendo presenti elementi di predisposizione individuale. In altri casi ancora prevalgono i problemi psicologici individuali.

La difficoltà nell'individuare le cause consiste nella necessità di distinguere quelle scatenanti il malessere psichico dalle concause che, pur presenti, non avrebbero da sole determinato la crisi.

Si tratta di un lavoro difficile che richiede un'attenta valutazione ed una stretta collaborazione tra il medico e il paziente.

L'importanza dell'individuazione delle cause consiste nel fatto che da essa dipende l'indicazione terapeutica successiva a quella farmacologica.

Definizione

Fino a non molto tempo addietro era di uso comune il termine "esaurimento nervoso", intendendo con ciò qualunque tipo di disturbo riguardante la sfera psichica, di qualsiasi genere. Da qualche anno tale termine è andato in disuso e vi è la tendenza, sempre nel linguaggio comune, a utilizzare il termine "depressione", anche in questo caso intendendo qualunque tipo di disturbo psichico, di qualunque genere.

La depressione è, in realtà, qualcosa di ben preciso e connotato: si tratta di un disturbo del "tono dell'umore".

Il tono dell'umore è una funzione psichica importante nell'adattamento al nostro mondo interno ed a quello esterno. Ha il carattere della flessibilità, vale a dire flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative e spiacevoli.

Si parla di depressione quando il tono dell'umore perde il suo carattere di flessibilità, si fissa verso il basso e non è più influenzabile dalle situazioni esterne favorevoli.

Usando una metafora, una persona che si ammala di depressione è come se inforcasse quattro, cinque paia di occhiali scuri e guardasse la realtà esterna attraverso di essi, avendone una visione assolutamente nera e negativa.

L'umore depresso

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, di cui l'abbassamento del tono umorale è una condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali, lo stato depressivo può essere vissuto come incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva.

Nelle fasi acute, il disturbo dell'umore è evidente e si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione, sgomento, associati alla perdita dello slancio vitale e all'incapacità di provare gioia e piacere. I pazienti avvertono un senso di noia continuo, non riescono a provare interesse per le normali attività, provano sentimenti di distacco e inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Tutto appare irrisolvibile, insormontabile, quello che prima era semplice diventa difficile, tutto è grigio, non è possibile partecipare alla vita sociale, nulla riesce a stimolare il minimo interesse. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Il *rallentamento psicomotorio* è da considerarsi il sintomo più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* non è più fluido, scarsa la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Il depresso è afflitto da un profondo senso di *astenia*, trova difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice. Col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e così accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori può essere così marcato da provocare *disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria*. Il rallentamento ideomotorio si traduce in incertezza e indecisione; in alcuni casi l'incapacità di *prendere qualunque decisione*, anche la più semplice, crea un notevole disagio, con blocco talora completo dell'azione.

Depressione e volontà

Vorrei inserire a questo punto alcune considerazioni che riguardano gli stimoli che familiari e amici tendono a dare alla persona depressa e che puntano sulla spinta all'azione attraverso l'impiego della "volontà". E' comune per chi soffre di una crisi depressiva sentirsi dire che, se ci mettesse più volontà, sarebbe in grado di superare il momento difficile che sta attraversando ed uscire così dalla sua condizione di abulia e astenia. Siccome tale messaggio giunge al depresso da più fonti, egli stesso finisce per convincersene.

Va sottolineato che il suddetto messaggio, pur se animato da buone intenzioni e finalizzato a fornire un aiuto al paziente, non tiene conto della natura stessa del disturbo depressivo e finisce per essere controproducente. La *volontà* è, infatti, la quantità di energia psichica di cui il soggetto può disporre e utilizzare per la realizzazione dei suoi scopi, *ma una delle caratteristiche dell'episodio depressivo acuto consiste proprio nel fatto che vi è una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto*.

La riduzione quindi della possibilità di utilizzare lo strumento della volontà è parte integrante della sintomatologia depressiva e non è possibile puntare su di essa per il superamento della crisi. Le stimolazioni esterne in questo senso sono quindi fondate su una scarsa conoscenza dei meccanismi psichici che stanno alla base del disturbo depressivo, non hanno possibilità di essere utilizzate dal soggetto e anzi finiscono per avere un effetto controproducente, determinando nel

depresso l'aumento dei sensi di colpa, peraltro già presenti, ed un peggioramento del quadro depressivo.

Depressione, tempo e autostima

La *nozione del tempo è modificata* e il suo scorrere continuo rallenta fino ad arrestarsi. Il depresso ha la sensazione che la giornata sia interminabile, che non sia possibile arrivare a sera, “tutto è fermo, stagnante, senza possibilità di essere mutato”.

L'agitazione *psicomotoria*, presente in alcuni quadri depressivi, si manifesta con irrequietudine, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

La compromissione delle prestazioni intellettuali, la consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso *all'autosvalutazione, al disprezzo di sé, alla convinzione della propria inadeguatezza*, talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri sbagli e su colpe lontane. Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, valutato come pieno di errori commessi; il paziente *prova sentimenti di colpa* e fa previsioni di *rovina e miseria*. Talora ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: convinto di poter “star meglio facendo uno sforzo”, si giudica *indegno* per la propria condotta, per la propria pigrizia, per il proprio egoismo.

Il rischio suicidiario

L'*ideazione suicida* è presente nei 2/3 dei pazienti. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e non valga perciò la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale. Nei casi più gravi le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione della sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe. In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto “suicidio allargato”: il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell'esistenza. Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e dalla sua valutazione dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

In Italia sono circa 4.000 le persone che ogni anno si tolgono la vita e molte di più sono quelle che tentano il suicidio senza riuscirci.

Altri sintomi della depressione

Tra *i sintomi vegetativi, la riduzione della libido* si presenta in genere precocemente, a differenza di quanto avviene nei disturbi d'ansia, nei quali i pazienti mantengono un discreto funzionamento sessuale.

Nella depressione sono frequenti la *riduzione dell'appetito* ed *i sintomi gastrointestinali*: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale. Le difficoltà digestive e la stitichezza possono essere dovute, oltre che ai trattamenti antidepressivi, all'ipotonia intestinale spesso associata al quadro clinico. Modificazioni della condotta alimentare, nel senso di una riduzione dell'assunzione di cibo, possono avere gravi conseguenze con un marcato *dimagrimento*, stati di *malnutrizione* e *squilibri elettrolitici*, tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente *iperfagia* con aumento di peso, favorito anche dalla riduzione dell'attività motoria.

I *disturbi del sonno* sono molto frequenti e l'*insonnia*, una delle principali manifestazioni della depressione, si caratterizza per i numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Il depresso riferisce di svegliarsi dopo poche ore di sonno, di non riuscire più a addormentarsi e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale; durante i periodi di veglia notturna pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato. Nonostante l'insonnia possa essere lieve, il depresso lamenta di non sentirsi riposato. In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un aumento delle ore di sonno con *ipersomnia*, fino a una vera e propria letargia.

Un sintomo tipico della depressione è l'*alternanza diurna*: il paziente al risveglio mattutino si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre con il trascorrere del giorno, nelle ore pomeridiane o serali, avverte un lieve miglioramento della sintomatologia.

Come riconoscere una depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito dei precisi criteri per fare diagnosi di depressione. Secondo il DMS IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri del mondo, si può fare diagnosi di depressione quando sono contemporaneamente presenti, da almeno due settimane, cinque (o più) dei seguenti sintomi:

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es. si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es. appare lamentoso), marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno;

- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;

- insonnia o ipersomnia quasi ogni giorno;

- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);

- affaticabilità o mancanza d'energia quasi ogni giorno;

- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato);

- ridotta capacità di pensare, di concentrarsi o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);

- pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidiaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Quando sono quindi presenti almeno cinque dei suddetti sintomi per almeno due settimane, si può parlare di stato depressivo in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista.

L'ansia

Si tratta di un disturbo che interessa il 5% della popolazione italiana, circa tre milioni di persone.

L'ansia è definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell'istinto di conservazione, ma anche come uno stato di tensione emotiva cui spesso si accompagnano sintomi fisici come tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L'ansia è un'emozione che anticipa il pericolo e si accompagna ad un aumento della vigilanza ed all'instaurarsi di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

L'ansia patologica si caratterizza come una risposta inappropriata a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente e la cui conseguenza principale è rappresentata da un'alterazione delle normali capacità individuali.

La sindrome ansiosa comprende sintomi di tipo psichico, somatico e comportamentale.

Per quanto riguarda *il quadro clinico*, i pazienti affetti da questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico. Esemplificativa a questo proposito è la figura della madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o ad ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trovi in quel momento in una situazione di pericolo reale.

Si viene quindi ad instaurare *un continuo stato di allarme ed ipervigilanza* dovuto alla convinzione che certi eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi.

La *componente somatica* associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione, particolarmente al palmo della mano, secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo; frequenti sono *i disturbi della serie gastroenterica*: meteorismo, dispepsie, nausea e diarrea.

I sintomi legati ad *una spiccata tensione muscolare*, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori.

Lo stato di apprensione sostiene infine *sintomi della sfera cognitiva* (ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria), e della *vigilanza* (irrequietezza, irritabilità, nervosismo, facilità a sussultare, stato di allarme).

I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli; l'insonnia può essere uno dei sintomi che conducono il paziente dal medico di famiglia e/o può indurre la complicità dell'uso indiscriminato di ipnotici o ansiolitici in genere.

La sintomatologia somatica con livelli di gravità attenuati viene dal paziente interpretata come una serie di malesseri fisici, isolati o ricorrenti.

Generalmente tali sintomi motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di base, e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sia sul piano sociale sia dei costi sanitari. Tuttavia, più che la convinzione di un male incurabile, il paziente con ansia generalizzata sosterrà di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile).

Come riconoscere uno stato ansioso

Facendo riferimento al DMS IV, la presenza di uno stato ansioso che necessita di trattamento terapeutico si riconosce per la presenza concomitante dei seguenti sintomi:

- ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);

- difficoltà nel controllare la preoccupazione;

- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;

- l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo);

- l'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):

1. irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
2. facile affaticabilità;
3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
4. irritabilità;
5. tensione muscolare;
6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Disturbo da Attacchi di Panico

I più recenti studi epidemiologici attestano che il disturbo da attacchi di panico è molto diffuso nella popolazione giovanile: ne soffre il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni.

E' caratterizzato dal ricorrere di episodi acuti d'ansia ad insorgenza improvvisa e di breve durata, notevolmente difforni per quanto riguarda l'intensità e le manifestazioni neurovegetative associate. Nella maggior parte dei pazienti che giungono all'osservazione clinica, gli attacchi di panico conducono allo sviluppo di manifestazioni ansiose a decorso protratto e *di condotte di evitamento di tipo agorafobico*. L'agorafobia è la paura di luoghi o situazioni nei quali può risultare difficile o imbarazzante fuggire rapidamente o essere aiutati nel caso di un attacco di panico improvviso. Come conseguenza i pazienti evitano di uscire da soli, di recarsi in posti affollati, di viaggiare in macchina o sui mezzi pubblici.

Negli attacchi di panico gli episodi critici risultano notevolmente difforni sia per l'intensità sia per le manifestazioni cliniche, anche se è possibile riconoscere alcuni aspetti fondamentali in comune:

- la comparsa dei sintomi è improvvisa, drammatica, spesso "a ciel sereno";
- la durata della crisi è breve e può variare da pochi secondi ad un massimo di mezz'ora, un'ora;
- l'esperienza ansiosa è vissuta dal paziente come non derivabile da eventi esterni e si accompagna ad un penoso senso di impotenza, di mancanza di controllo, di paura, di minaccia per la propria integrità fisica e psichica;
- è spesso presente una fase postcritica consistente in un periodo anche prolungato, fino a molte ore, in cui è presente marcata astenia, sensazione di "testa confusa", difficoltà nella deambulazione, sensazione di sbandamento, vertigini.

I sintomi dell'attacco sono rappresentati tipicamente da apprensione, paura, terrore, senso di morte imminente, timore di perdita del controllo sulle proprie idee o azioni. A ciò si associa, in genere, un imponente corteo di modificazioni del sistema neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, sudorazione profusa e tremori.

I sintomi somatici, prevalentemente di tipo cardiorespiratorio e vestibolare, all'inizio del disturbo conducono il paziente a consultare medici internisti, cardiologi, otorinolaringoiatri o servizi di emergenza.

Le manifestazioni comportamentali della crisi sono rare e spesso l'attacco di panico passa inosservato ai presenti. Lontano dall'esprimere clamorosamente la sua sofferenza, il soggetto cerca di nascondere ai vicini le sensazioni provate durante la crisi d'ansia. Talora, però, il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana inspiegabilmente, cercando di raggiungere in fretta un luogo familiare.

Non sempre queste manifestazioni sintomatologiche si manifestano in maniera completa ed esistono episodi critici che si esprimono attraverso uno o due sintomi. In genere questo tipo di *attacchi minori* si distingue da quelli maggiori sopra descritti oltre che per il numero ridotto dei sintomi anche per una ridotta intensità dell'esperienza ansiosa. Tra i sintomi caratteristici degli attacchi minori sono da ricordare le vertigini, spesso isolate, le palpitazioni, i sentimenti di irrealtà, le vampate di caldo ed i brividi di freddo.

Talora il primo episodio critico si verifica in situazioni drammatiche o di pericolo di vita del paziente, come gravi incidenti, morti improvvise di persone care, postpartum, in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, anfetamine. In molti casi, tuttavia, anche quando queste condizioni concomitanti sono risolte, gli attacchi continuano a ripetersi.

L'occasione nella quale si verifica il primo attacco è in genere ricordata con precisione e descritta con ricchezza di particolari. Il primo episodio critico rappresenta quasi sempre un punto di riferimento nella storia della malattia e resta particolarmente impresso nella memoria del paziente: l'attacco è riferito come di intensità eccezionale, mai provata prima.

Generalmente il paziente, durante il primo attacco di panico, teme di avere un ictus, un attacco di cuore o un infarto. La prima crisi si associa, in genere, all'immediata percezione dell'ineluttabilità del suo ripetersi.

Nella fase iniziale della malattia gli attacchi, anche isolati, vengono ben presto accompagnati dal persistere di uno stato di paura e di ansietà, associati a sintomi neurovegetativi. Un crescente timore che la crisi possa ripetersi comincia, infatti, a pervadere l'intera esistenza del paziente che diviene, in tal modo, ansioso, teso, timoroso e vive in uno stato di continua apprensione, ipervigilanza e di allerta persistente. Questo particolare tipo di ansia, definita *ansia anticipatoria*, è diverso dagli attacchi di panico: dura più a lungo, anche ore, cresce lentamente e può raggiungere un'intensità tale da provocare sintomi fisici simili a quelli dell'attacco.

Chi ha provato le due esperienze, solitamente, è in grado di distinguerle; mentre, infatti, è possibile in qualche modo ridurre e controllare l'ansia anticipatoria, allontanandosi dalla situazione temuta o cercando rassicurazioni in una persona di fiducia, quando l'attacco di panico comincia non può essere bloccato. L'attacco di panico si comporta come una reazione "tutto o nulla" che sfugge ad ogni controllo quando è innescato il meccanismo. Se l'ansia anticipatoria raggiunge elevati livelli di intensità, può risultare invalidante e generare un disagio maggiore degli stessi episodi critici. In questi casi gli attacchi di panico possono passare in secondo piano, quasi oscurati dall'ansia anticipatoria e la loro presenza deve essere indagata accuratamente, in quanto il paziente può trascurare la descrizione. Invariabilmente, in questa fase, compare la *ricerca di rassicurazione*, associata talora a modalità scaramantiche e compulsive.

Il paziente si sottopone a numerosi accertamenti fisici e strumentali; effettua numerosi esami, quali elettrocardiogrammi, radiografie, elettroencefalogrammi, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica nucleare, che risultano in genere negativi ed hanno un effetto rassicurante solo transitorio. Al ripresentarsi di nuovi attacchi di panico, riemerge, infatti, l'esigenza di nuovi accertamenti.

I timori sono rafforzati dal fatto che non s'individua una causa e non si pone una diagnosi per una sintomatologia che, nonostante l'intensità dei sintomi soggettivi, è in genere minimizzata dai medici per la scarsa rilevanza dei referti obiettivi. Il gran numero e la variabilità dei sintomi presenti portano a varie formulazioni diagnostiche, condizionate dalla formazione specialistica del singolo medico e quindi, di volta in volta, si parla di nevrosi cardiaca, sindrome da iperventilazione, labirintite, ipocondria, isteria, depressione ansiosa, sindrome del colon spastico. I pazienti passano da un medico all'altro e sono spesso accompagnati nei servizi di pronto soccorso, dove vengono di solito etichettati come nevrotici, isterici, patofobici, eccetera.

Le condotte di evitamento si strutturano, nella maggior parte dei casi, con il perdurare della crisi e per la tendenza ad associare gli attacchi con situazioni e luoghi specifici. Evitando di rimanere soli, di allontanarsi da casa o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dal disturbo interferiscono con attività importanti per la vita di tutti i giorni. Oltre i due terzi dei pazienti con dap che giungono all'osservazione dello psichiatra presentano condotte di evitamento di tipo agorafobico.

In sostanza, i pazienti sviluppano la "paura di avere paura" e l'evitamento di speciali luoghi e situazioni è un modo per controllare l'insorgenza di nuovi attacchi di panico. Alcuni diventano completamente incapaci di uscire di casa o possono allontanarsi solo in compagnia di una persona rassicurante, nella quale ripongono particolare fiducia.

Come riconoscere un Disturbo da Attacchi di Panico

Facendo ancora riferimento al DMS IV, un dap si riconosce in quanto caratterizzato da un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia;

2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

Cap. 3 Terapia farmacologica

Antidepressivi e ansiolitici

Dal momento che questo volume vuole avere un'impronta prevalentemente divulgativa, mi limiterò a pochi cenni sui farmaci antidepressivi e ansiolitici.

I primi antidepressivi utilizzati all'inizio degli anni cinquanta sono stati gli inibitori della monoaminossidasi (IMAO), attualmente in disuso sia per la loro elevata tossicità, soprattutto epatica, sia per l'incompatibilità con altri farmaci e con alcuni alimenti quali formaggi fermentati, vino rosso e legumi.

Intorno alla fine degli anni cinquanta sono entrati in commercio i triciclici (AD3), così chiamati per la loro struttura chimica. La loro azione antidepressiva è dovuta all'aumento della concentrazione dei neurotrasmettitori cerebrali a livello dello spazio presente tra le cellule nervose (fessura intersinaptica) e a ciò corrisponde un miglioramento della sintomatologia depressiva.

Attualmente sono ancora usati, anche se presentano svariati fenomeni collaterali (secchezza delle fauci, stipsi, aumento ponderale, ecc.) e sono controindicati nei casi di glaucoma, ipertrofia prostatica e nelle gravi cardiopatie.

A partire dagli anni ottanta sono entrati nell'uso clinico gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), che hanno comportato un miglioramento delle risposte terapeutiche e una migliore tollerabilità.

Hanno una spiccata selettività d'azione sulla serotonina e sono efficaci nei disturbi depressivi, nella distimia, nei disturbi ossessivo-compulsivi e anche nei disturbi del comportamento alimentare.

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 sia per gli SSRI sia per i NARI).

Per quanto riguarda gli ansiolitici, va sottolineato che essi non hanno alcun tipo d'effetto sul tono dell'umore. Agiscono unicamente sull'ansia e ne determinano una riduzione.

Purtroppo sono farmaci di cui si fa spesso un uso improprio e un abuso, all'insegna del "fai da te" e, per tale motivo, si vengono a determinare fenomeni di dipendenza.

Le indicazioni terapeutiche

L'intervento clinico non deve mai ridursi alla componente farmacologica, anche se quest'ultima è ineliminabile e deve saper sfruttare tutte le risorse e i progressi raggiunti dalla moderna farmacologia clinica. E' sempre da tenere in conto l'aspetto soggettivo dei fenomeni psicopatologici, sia nei termini del disagio e delle sofferenze individuali sia in quelli più generali delle conoscenze e delle attese nei confronti della malattia e soprattutto della terapia.

La prima regola è che tutte le informazioni che si possono mettere a disposizione del paziente devono essere fornite in modo comprensibile e adeguato al suo livello culturale e, qualsiasi linea terapeutica sia scelta, è fondamentale che sia da lui condivisa. Ne consegue che tutto ciò che viene detto a un soggetto affetto da un disturbo di tipo depressivo, nel corso di un intervento clinico, deve poter essere argomentato e armonizzato nel contesto della terapia.

Difatti esiste una realtà clinica complessa dietro l'apparentemente semplice concetto d'efficacia antidepressiva del farmaco usato. L'osservazione clinica dimostra che lo stesso prodotto, alla stessa dose, dà risultati diversi secondo i pazienti e ciò è in parte dovuto al fatto che varia la "capacità" del soggetto a trarre giovamento da quella determinata terapia.

Ciò è in relazione alla modalità di porsi del paziente nei confronti del disturbo da cui è affetto, modalità che spesso sono influenzate da elementi pregiudiziali, da aspettative irrealistiche, da un rifiuto del disturbo o da un abbandono totale ad esso.

L'importanza di fornire tutte le informazioni utili per ottenere la collaborazione al trattamento si traduce in una più rapida risoluzione dell'episodio e in una migliore qualità dell'effetto farmacologico ottenuto.

L'intervento clinico deve quindi comprendere alcune indicazioni e suggerimenti specifici in merito al comportamento da assumere. Nel contesto di un intervento clinico che preveda una terapia farmacologica, è necessario armonizzare ciò che è suggerito dal paziente con le specifiche esigenze dettate dalle diverse situazioni.

Bisogna tenere presente che non è possibile alcuna indicazione standardizzata da associare alla terapia farmacologica, ma si dovranno fornire alcuni suggerimenti pratici i cui effetti dovranno essere tenuti sotto controllo, modificati o integrati secondo le esigenze.

E', ad esempio, opportuno sconsigliare al paziente di mantenere attività o impegni il cui svolgimento è incompatibile con le risorse energetiche di cui dispone, poichè l'insuccesso comporterebbe un ulteriore peggioramento del tono dell'umore.

Va invece contrastata la tendenza all'isolamento e alla chiusura in se stesso e le indicazioni in questo senso dovrebbero andare nella direzione della socializzazione.

E' inoltre opportuno fornire un programma di ripresa comportamentale graduale e proporzionato alle sue risorse reali: questo deve partire da un effetto positivo indotto dall'esterno (terapia) e deve essere proporzionale al miglioramento avvertito dal paziente stesso.

Sono sempre da considerare le informazioni maturate sul disturbo depressivo: specialmente nelle fasi iniziali la presenza dei fenomeni psicopatologici è una novità per il paziente che, d'altra parte, ha modo di prendere atto dei cambiamenti rispetto al suo funzionamento abituale.

Questa situazione genera con gran facilità una serie di necessità individuali e di spiegazioni che il paziente ricerca e la mancata risposta produce intollerabilità ancora più elevata del disagio indotto dal disturbo.

Per questo l'intervento clinico durante l'episodio deve comprendere una quota piuttosto importante d'informazioni. I contenuti di cui ogni paziente deve essere informato sono i seguenti.

E' opportuno sottolineare innanzitutto la natura medica della situazione in cui si trova. Questo è un punto molto complesso per tutte le possibili implicazioni, ma irrinunciabile per un corretto intervento clinico.

Sottolineare la natura di malattia della depressione ha il significato di arginare i sentimenti di autocolpevolizzazione e di disistima, che fanno già parte del quadro clinico del disturbo.

Lo scopo da raggiungere gradualmente è quello di generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo, la malattia, condiziona l'attuale modo di pensare. Di fronte ad una grave ideazione di suicidio, di colpa e di improvvisa insensibilità affettiva, per molti pazienti può essere utile inserire progressivamente l'idea che non sono loro, secondo la loro natura e la loro libertà, a generare simili contenuti, ma che è la malattia che li spinge a pensare e sentire 'provvisoriamente' in questo modo. Per quanto riguarda il problema delle 'cause' che hanno determinato la crisi depressiva, si possono verificare due diverse situazioni: il paziente ha già trovato da sé o con i familiari una (pseudo) spiegazione basata su argomentazioni dialettiche o relazionali (dispiaceri, separazioni, perdite o anche sovraccarico, cioè tutte le cause concomitanti/scatenanti l'episodio), oppure pone più direttamente la domanda al medico per avere un'informazione autorevole, attendendosi una risposta per lui adeguata e tale da dare indicazioni sul cosa fare per uscire dalla depressione.

Vale a dire che la conoscenza della causa è per il paziente, soprattutto all'inizio, un motivo di rassicurazione. Non sempre però sono possibili risposte esaurienti: il discorso delle cause di un

disturbo depressivo è complesso e quindi, nella fase iniziale della terapia, è opportuno rimandare questo tipo di ricerca, sottolineando che i farmaci sono efficaci indipendentemente dalle cause che lo hanno determinato.

E' inoltre estremamente importante fornire informazioni esaurienti sulle caratteristiche della terapia con antidepressivi.

E' bene innanzitutto specificare che, in assenza di disturbi organici, i farmaci di cui oggi disponiamo sono in grado di determinare un miglioramento dei sintomi nel giro di 4-6 settimane e che la difficoltà può essere rappresentata unicamente dall'individuare il farmaco e la dose adeguati.

Ciò è utile per fare in modo che il vissuto dell'immodificabilità della condizione depressiva, parte integrante del quadro clinico della depressione ed sempre presente nelle fasi acute, sia relativizzato e ricondotto al piano soggettivo.

E' 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 almeno due settimane.

Ciò è conseguente alla complessità del nostro encefalo, che è costituito da circa 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 un aumento della quantità di neurotrasmettitori che le cellule hanno a disposizione: a un loro aumento corrisponde un innalzamento del tono dell'umore.

Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci costituisce il motivo del 'periodo di latenza'.

Fornire tali informazioni al paziente che sta per iniziare una terapia antidepressiva ha lo scopo di evitare lo scoraggiamento conseguente al fatto di non vedere 'risultati' immediati, scoraggiamento spesso sostenuto da aspettative di tipo magico nei confronti dei farmaci assunti.

E' inoltre opportuno fornire informazioni in merito ai fenomeni collaterali della terapia. Gli antidepressivi oggi usati, in particolare il gruppo degli SSRI, hanno il vantaggio di avere un elevato grado di tollerabilità e di dare pochi fenomeni collaterali (inappetenza, nausea, modesta sonnolenza), di solito limitati ai primissimi giorni di terapia.

Spesso informazioni parziali o errate determinano fantasie di effetti collaterali clamorosi, fino all'ottundimento della coscienza e conseguente impossibilità a svolgere le più elementari attività giornaliere. Il paziente va rassicurato al riguardo: gli antidepressivi non determinano questo tipo di fenomeni collaterali e lasciano integro il livello della coscienza.

Un altro aspetto che va discusso con il paziente è quello relativo al periodo di assunzione della terapia. Di solito l'atteggiamento del soggetto nei confronti degli psicofarmaci è pesantemente influenzato da una serie di elementi pregiudiziali e le aspettative oscillano dall'effetto miracoloso a quello potenzialmente distruttivo, tale da determinare uno stato di dipendenza che durerà per sempre.

Di fatto una terapia antidepressiva ha di solito una durata di 6-8 mesi. Nel corso delle prime 4-6 settimane si ottiene il miglioramento dei sintomi. E' però opportuno proseguire la terapia per i 2-3 mesi successivi in quanto, in questo periodo, è statisticamente rilevante l'incidenza di ricadute.

Si tratta comunque di una terapia 'a tempo': non è cioè necessario proseguirla in maniera indefinita, ma per un periodo limitato. La sospensione definitiva è lenta e graduale, dura tre/quattro mesi e deve avvenire sotto controllo medico.

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

L'intervento medico va completato con le indicazioni successive alla risoluzione della fase acuta e deve quindi essere affrontato il problema delle cause.

Nel corso dei primi incontri con il paziente, nella fase acuta e in quella di risoluzione, il medico ha la possibilità di farsi un quadro sempre più preciso della personalità del paziente e delle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi.

E' da questo tipo di valutazione che derivano le indicazioni da fornire al paziente.

Mentre nella fase acuta del disturbo l'intervento è necessariamente di tipo farmacologico, finalizzato alla risoluzione dei sintomi ed è indipendente dalle cause, nella fase successiva si aprono variabili terapeutiche la cui natura è invece strettamente legata alle valutazioni di tipo causale. A volte l'elemento causale è facilmente individuabile, come ad esempio un disadattamento lavorativo o problematiche legate alla vita di coppia o uno stile complessivo di vita non soddisfacente. Sono tutte situazioni già in qualche modo presenti nella coscienza del soggetto e, in questi casi, è opportuno avviare una forma di trattamento finalizzato ad inserire le variabili necessarie a modificare quelle determinate situazioni frustranti (terapia di coppia, terapia familiare, ecc.).

Capita però spesso che il soggetto non riesca a trovare una motivazione tale da giustificare la sua crisi depressiva 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 quadro 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 questi casi è opportuno fornire indicazioni di tipo psicoterapeutico.

Questo tipo d'intervento può essere definito come un lavoro di ricerca che si effettua in due, il paziente e lo psicoterapeuta, finalizzato a individuare le cause inconscie che sono alla base dello stato di malessere di fondo su cui si è sviluppata la crisi. L'importanza di ciò risiede sia, come si è già detto, nel prevenire le ricadute sia, più in generale, nel miglioramento della qualità della propria esistenza.

Cap. 4 *Terapia psicologica*

Presentare, descrivere la psicoterapia e riflettere sul suo ruolo in malattie quali la depressione, l'ansia, il dap, è uno degli obiettivi di questo capitolo.

L'altro è quello di fornire indicazioni utili per un possibile intervento terapeutico personalizzato.

Quando nella cura di depressione, ansia, attacchi di panico è necessario un intervento di tipo psicologico, il paziente può essere indirizzato verso differenti forme di terapia. Nessuna è migliore o peggiore delle altre: ciascuna può essere utile secondo la persona e il caso cui si applica e la preparazione professionale dello psicoterapeuta.

Non potendo affrontare in modo esaustivo tutte le forme di psicoterapia esistenti, ne saranno descritte solo alcune:

- la psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico;
- due forme di psicoterapia di gruppo (psicodramma e analisi transazionale);
- una tecnica terapeutica comportamentale (training autogeno);
- una forma d'intervento che si affida alle proprietà terapeutiche della musica (musicoterapia).

Questa scelta è motivata dal fatto che le suddette forme di psicoterapia sono quelle utilizzate presso il Centro Depressione, Ansia e Attacchi di Panico di Torino, dove svolgono la loro attività professionale i coautori di questo capitolo.

Consapevoli dei limiti derivanti della scelta, alla fine del capitolo abbiamo inserito una bibliografia con l'indicazioni di testi da consultare per chi volesse fare degli approfondimenti.

Psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico: cos'è?

E' un modo, uno fra i tanti, di far fronte alla sofferenza umana. Per comprendere meglio di cosa si tratta, è possibile fare un parallelo con la malattia organica.

Quando stiamo male fisicamente, il dolore presente nel corpo ci spinge a comprendere l'anatomia, la fisiologia, la patologia della parte del corpo interessato. Lo stesso avviene quando la sofferenza si manifesta a livello psichico: la sensazione di malessere induce ad indagare la realtà della mente, il suo funzionamento e la patologia.

E' quindi possibile definire la psicoterapia come indagine e cura della sofferenza psichica.

E' il trattamento dei disturbi emotivi e della personalità attraverso strumenti psicologici.

Consiste in un lavoro a due, paziente e terapeuta, che fa uso del colloquio, della parola e della riflessione, per giungere alla comprensione di quanto sta accadendo ed è causa di disagio.

E' un processo interpersonale volto prima a riconoscere e poi a modificare i sentimenti, le cognizioni, gli atteggiamenti e i comportamenti che creano problemi alla persona che chiede aiuto.

Non si tratta di risolvere nell'immediato del colloquio il disagio del paziente, ma di aiutarlo a comprendere il come ed il perché del malessere, a trovare nuove rappresentazioni di sé e dei rapporti con gli altri ed il mondo esterno, a trovare nuove soluzioni ai conflitti.

Quando è utile

Una psicoterapia è utile quando vi è motivo di ritenere che alla base della depressione, dell'ansia o dell'attacco di panico vi siano problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con altre persone, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

E' 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 segnalare.

Il paziente che si rivolge ad uno psichiatra chiede chiaramente, e a buon diritto, la cura e la soppressione del sintomo.

Lo psichiatra risponde a tale richiesta utilizzando gli strumenti chimici, cioè i farmaci, che la scienza mette a disposizione.

L'intervento dello psicoterapeuta è fondamentalmente diverso: là dove lo psichiatra, nei confronti del sintomo, si attiva per sopprimerlo, lo psicoterapeuta si attiva, col paziente, per "comprenderlo".

Insieme, paziente e terapeuta si chiedono: "Perché ora? Perché in questo particolare momento della mia vita? Perché la mia sofferenza ha assunto questa particolare forma? Se la mia sofferenza avesse parole, cosa vorrebbe comunicarmi? Se è un campanello d'allarme, quale è la situazione che lo genera?".

La sofferenza diventa allora l'occasione per aprire la porta dell'anima e la psicoterapia la chiave per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro.

Diventa ricerca dell'origine del proprio malessere per conoscerne il senso e trovare la direzione in cui cercarne la soluzione. Non in modo magico, ma con la partecipazione attiva della persona che soffre.

Ridà dignità alla sofferenza e ne riconosce il potenziale di cambiamento, evoluzione, crescita.

Permette di riconoscere che la sofferenza psichica non può essere archiviata semplicemente come un "brutto incidente" di percorso.

E' evidente che, nell'affrontare una psicoterapia, incide l'atteggiamento del singolo verso la sofferenza in generale.

C'è chi affida se stesso a Dio, chi si affida alla magia e chi la sofferenza non la tollera e la cancella dalla propria vita, affidandosi alla droga o all'alcool.

C'è invece chi, consapevole che per risolvere i propri problemi non è possibile contare solo su un intervento esterno, decide di attivarsi in prima persona ed affrontare una psicoterapia.

Il lavoro psicoterapeutico serve ed è utile quando vi è la consapevolezza che nulla può modificarsi all'esterno se prima non si è verificata un'elaborazione interiore ed individuale del proprio modo di stare al mondo.

Come funziona

Abbiamo affermato che una psicoterapia si intraprende là dove si ipotizza che alla base della depressione, dell'ansia o dell'attacco di panico possano esservi conflitti psicologici interni, con radici a volte anche antiche, che si manifestano poi con difficoltà relazionali o sociali.

Abbiamo anche affermato che lo strumento per eccellenza su cui si basa l'intervento psicoterapeutico è il rapporto che si instaura tra paziente e terapeuta.

Ma cosa succede in questo rapporto?

Si viene a creare un ambiente protetto, quello della relazione paziente/terapeuta, in cui diventa possibile osservare quale forma ha assunto la vita del paziente, quali sono i suoi modelli interni di relazione, quali sono le difese messe in atto nei momenti di difficoltà e da cosa difendono, quali sono le vere reazioni a eventi portatori di frustrazione.

La relazione paziente/terapeuta diventa cioè momento di riflessione su una realtà, quella del paziente, non più inquinata dalla necessità di indossare maschere.

Il terapeuta è una persona che non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, succede soprattutto che il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di se stesso.

Grazie al clima di fiducia ed empatia che si crea nella relazione, il paziente può "correre il rischio" d'esprimere l'altra parte di se stesso che, pur essendo presente, non ha avuto diritto di parola e di espressione. Diritto negato dalla necessità di adattamento alle convenzioni sociali, o dall'aver ricevuto un'educazione troppo rigida o troppo elastica, o dalla necessità di salvaguardare

relazioni significative ma problematiche, o dalla necessità di apparire sempre all'altezza del ruolo che si è scelto o che è stato attribuito.

Quando si decide di intraprendere un lavoro di ricerca su se stessi, è inevitabile incontrare parti sconosciute del proprio carattere. Altrettanto inevitabilmente scatta l'equazione: "parti sconosciute = parti negative".

Si pensa sempre all'inconscio, il non conosciuto, come al serbatoio dove va a finire il peggio di noi stessi. Non ci si fida molto dell'inconscio!

Vi è invece la possibilità che queste parti, proprio perché sconosciute, possano portare nuova linfa alla persona. Parti positive inibite, non realizzate perché le circostanze non lo hanno permesso, che spingono per svelare il proprio potenziale di sviluppo.

La psicologia dinamica è solita affermare: "Ciò che non è presente nella coscienza ed è relegato nell'inconscio si manifesta per via sintomatologica: se non vi è altra via d'espressione, tende cioè ad esprimersi attraverso i sintomi". Se qualcosa in noi vuole vivere, ma non trova spazio nella coscienza, irrompe in modo violento sotto forma di sintomo.

Se il significato del sintomo è svelato, se vi è integrazione cosciente dei contenuti di cui è portatore, se la personalità dell'individuo se ne arricchisce essendo più completa e più armonica, il sintomo svanisce. Semplicemente, non ha più ragione d'essere.

In definitiva, il sintomo è sicuramente sofferenza ma è anche segnale della necessità di cambiamento.

La sofferenza non è un incidente di percorso, non è solo "star male", ma può diventare spinta propulsiva al cambiamento.

E' però necessario, riconoscendola come segnale, attribuirle un senso, svelarne il significato, e giungere così all'incontro con se stessi.

Lo psicoterapeuta ad indirizzo psicodinamico

Non si può parlare di psicoterapia senza fare un breve cenno alla figura dello psicoterapeuta.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e lo autorizza ad esercitare attività di psicoterapia.

Durante il suo iter formativo impara a riflettere e a lavorare su se stesso, sulle 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 col paziente.

Per creare un ambiente favorevole allo sviluppo di una situazione dinamica finalizzata al processo di conoscenza, deve saper cogliere le emozioni che tale situazione gli suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva al paziente, come uno specchio che riflette un'immagine.

L'immagine riflessa consentirà al paziente di "vedersi" dalla distanza necessaria a permettergli di lavorare sulle proprie parti problematiche.

Da questo continuo confronto nasce per il paziente la possibilità di cogliere, realizzare ed agire le potenzialità di 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. E' altresì tenuto a garantire sempre e comunque il segreto professionale.

Psicoterapia di gruppo: lo Psicodramma

Una forma particolare di psicoterapia è lo psicodramma, dove l'azione terapeutica non è affidata al solo psicoterapeuta, ma anche all'interazione tra il portatore del proprio problema e il resto del gruppo.

Lo psicodramma è infatti una tecnica psicoterapica di gruppo che permette di esplorare il mondo interiore, la storia e la rete di relazioni interpersonali in cui si è inseriti, attraverso la rappresentazione scenica di momenti significativi della propria esistenza.

Ciò che differenzia lo psicodramma da altre tecniche analitiche e psicoterapiche individuali o di gruppo è la concreta rappresentazione degli eventi, con la messa in gioco, nella scena rappresentata, dei vissuti emotivi cui è connessa.

Si crea così una particolare condizione psicologica che permette l'affiorare nel paziente e negli altri membri del gruppo, anche loro pazienti, di associazioni significative, legate al problema che in quel momento si sta esplorando.

Il gruppo funge da cassa di risonanza e contenitore allo stesso tempo, fornendo una cornice rassicurante, al cui interno poter parlare anche dei vissuti più difficili e dolorosi. Concretamente ogni sessione di psicodramma ha una durata di un'ora e mezza; il gruppo è condotto da due terapeuti che si alternano nella funzione di conduzione vera e propria e d'osservazione, con rimando alla fine della seduta.

Ogni seduta comprende un certo numero di giochi psicodrammatici, con diversi protagonisti che propongono le scene. Al termine d'ogni gioco i partecipanti alla scena rimandano ciò che hanno sentito nell'interpretare i vari ruoli, fornendo al protagonista e al gruppo nuove chiavi di lettura del problema, nuovo materiale che può essere rappresentato nei giochi o nelle sedute successive.

Per quel che riguarda il disturbo depressivo, lo psicodramma permette di riflettere ed esplorare ruoli eventualmente bloccati e comprendere il motivo per cui sono vissuti come privi d'energia, cercando di limitare il senso di passività che essi comportano.

Nel disturbo da attacchi di panico lo psicodramma tende a riconoscere e liberare aspetti della personalità silenziosi o considerati solo come "negativi" e quindi fino a quel momento allontanati.

Il poter "vivere" sulla scena psicodrammatica i ruoli con cui si ha poca dimestichezza, permette di prendere contatto con essi in un ambiente "protetto" e capire se e come sono utili al benessere dell'intera personalità.

Nel disturbo prevalentemente ansioso, il concretizzare alcuni eventi della propria vita in una scena giocata permette di dare forma e ragione all'ansia, spesso vissuta senza un motivo reale, come stato d'animo assolutamente ingiustificato e per questo con enormi sensi di colpa. Anche in questo caso la scena giocata e il rimando del gruppo aiuta ad avvicinarsi, in modo graduale, a ciò che si avverte in quel momento come destabilizzante.

Riassumendo, il vissuto provato da chi gioca la scena come protagonista e le emozioni provate dal resto del gruppo sono gli elementi centrali dello psicodramma e permettono di affrontare il disagio che ansia, depressione e attacchi di panico segnalano come sintomi.

Psicoterapia di gruppo: l'analisi transazionale

L'essere umano inizia la sua esistenza in un gruppo, la famiglia, ed è al suo interno che hanno origine le sue più profonde ferite e le sue aspettative più o meno realistiche, che impara ad entrare in contatto con i suoi bisogni, a negarli o a soddisfarli in modo diretto o indiretto.

La situazione di gruppo è un microcosmo dell'esistenza umana che fornisce il contesto nel quale il paziente può venire in contatto con i traumi del passato, fare un'esperienza di condivisione in un ambiente protetto, essere aiutato e guidato ad adeguare i suoi bisogni e aspettative alla realtà che lo circonda.

La terapia di gruppo offre quindi ai pazienti l'opportunità di scoprire qual è il loro funzionamento psichico, i ruoli che giocano, le aspettative, le difficoltà e le fantasie inconsce che hanno nel relazionarsi agli altri, nei rapporti di lavoro ed in quelli familiari.

Esiste un trattamento, svolto in gruppo, condotto con la teoria e le tecniche dell'analisi transazionale. Il materiale portato dai pazienti è elaborato a livello intrapsichico (stati dell'Io) e a livello relazionale (transazioni): il livello intrapsichico consente di capire come siamo fatti, quello relazionale come ci mettiamo in contatto con le altre persone.

Il gruppo permette di lavorare sul “qui ed ora” dei processi di pensiero, sul comportamento e sulle emozioni, di individuare ciò che è disfunzionale alla situazione attuale, di riapprendere e sperimentare nuovi modelli.

L’inserimento in gruppo deve essere valutato rispetto alla singola persona e al momento della terapia.

La maggior parte dei terapeuti incontra i propri gruppi, solitamente formati da otto a dieci persone, per due ore, una volta la settimana.

Nei casi di depressione, ansia e attacchi di panico, il lavoro di gruppo permette di vivere un’esperienza d’accoglienza e accettazione, di affrontare conflitti legati ai genitori ma anche ad altre figure parentali (fratelli, sorelle), traumi cui non si è data importanza e che l’esperienza diretta nel gruppo può evidenziare.

Terapie comportamentali: il training autogeno

Altro tipo di terapia è il training autogeno. Nasce nel 1924 e trova il suo creatore nel medico, psicoanalista e ipnotista Johannes Heinrich Schultz.

Partendo dalla definizione, possiamo affermare che il termine *training* significa “allenamento”, mentre *autogeno* (dal greco autòs e genos) “che si genera da sé, autonomamente”. Il T.A. è, quindi, una forma d’apprendimento graduale di una serie d’esercizi di concentrazione psichica passiva, particolarmente studiati e concatenati allo scopo di portare progressivamente al realizzarsi di spontanee modificazioni del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell’attività cardiaca e polmonare, dell’equilibrio neurovegetativo e dello stato di coscienza.

Nel T.A. ogni atteggiamento volontaristico dovrebbe essere assente, lasciando così lo spazio ad uno stato di concentrazione ed accettazione passiva nei confronti di tutto ciò che può accadere dentro e fuori l’individuo che svolge l’esercizio.

La volontà dovrebbe servire soltanto a fare decidere al soggetto l’avvicinamento alla tecnica.

Il training autogeno può essere applicato in diversi ambiti, con finalità in ogni caso convergenti. L’adozione delle tecniche del T.A. in ostetricia ed in medicina dello sport ha lo scopo di indurre uno stato di rilassamento psicofisico in previsione di forti tensioni emotive quali, rispettivamente, parto o competizione.

Inoltre il T.A. è molto utilizzato nella medicina psicosomatica e con essa condivide il concetto basilare della stretta correlazione tra psiche e soma: il rilassamento fisico, quindi, influenza anche lo stato psicologico.

Da ciò è evidente il beneficio per persone soggette a stati di forte tensione, siano essi indotti da situazioni estemporanee (quali il parto, una gara agonistica, un appuntamento importante) oppure facenti parte della struttura psichica del soggetto.

In ambito psicologico, è utilizzato prevalentemente con pazienti che soffrono di nevrosi d’ansia, dap, fobie o nelle tossicodipendenze.

Per contro, il T.A. non può essere applicato a bambini di età inferiore ai sette/otto anni oppure a soggetti con gravi deficit intellettivi, poiché è necessaria la comprensione della tecnica da parte del paziente. E’ controindicato in soggetti psicotici o nei quali siano presenti idee deliranti o uno stato, anche se temporaneo, d’isolamento dalla realtà circostante.

La musicoterapia

E’ l’utilizzo della musica e degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) all’interno di una relazione tra un musicoterapeuta qualificato e un paziente o un gruppo. L’obiettivo è di instaurare un processo che faciliti e favorisca la comunicazione e l’espressione delle emozioni, al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, sociali e cognitive del paziente.

E' una tecnica terapeutica basata sia sull'ascolto di una determinata musica scelta dal terapeuta (musicoterapia recettiva), sia sulla creazione di suoni e note attraverso strumenti messi a disposizione del paziente (musicoterapia attiva).

Mira a sviluppare le funzioni potenziali o residue dell'individuo, in modo tale che il paziente possa migliorare la qualità della propria vita attraverso un processo preventivo, riabilitativo e terapeutico.

La musica può essere usata in psicoterapia come specifico strumento per affrontare alcune particolari tematiche:

- il lavoro sull'esperienza sonora, la definizione formale degli elementi sonori e la loro integrazione in un codice culturale;
- il lavoro sulla relazione: l'ascolto dell'altro e di se stessi, la definizione di un intervallo fra due voci (fusione, separazione, individuazione);
- l'espressione d'affetti legati alle esperienze della prima infanzia.

Con il paziente depresso la musicoterapia fornisce un approccio che riconosce e favorisce le risorse interne del paziente, spesso non sfruttate.

Gli obiettivi che si possono porre sono quelli di normalizzare il più possibile la sfera emotiva, far vivere positivamente le esperienze affettive, migliorare la comunicazione, il comportamento, le relazioni e aumentare l'autostima.

Con il paziente che soffre d'ansia o attacchi di panico, la musicoterapia aiuta ad arginare le componenti ansiose legate ad ogni forma di patologia somatica ed aumenta le capacità nel favorire l'espressione di contenuti emozionali.

Inoltre l'utilizzo di una comunicazione tendenzialmente non verbale permette l'ampliamento di possibilità espressive.

Oltre che d'aiuto nel trattamento di stress, ansia, disturbi psicosomatici e depressione, la musicoterapia è usata in neuropsichiatria infantile come mezzo di comunicazione col bambino autistico.

Il musicoterapeuta

Uno dei problemi più delicati della musicoterapia, poiché disciplina paramedica, è quello della formazione del musicoterapeuta.

Secondo Rolando Benenzon (medico, musicista e psichiatra, una delle massime autorità della musicoterapia nel mondo), il musicoterapeuta deve avere una formazione specifica. Deve essere soprattutto un terapeuta con una grande conoscenza teorica e pratica dell'utilizzazione del mondo sonoro-musicale e del movimento.

Per fare ciò si sottoporrà, sia durante la sua formazione sia dopo, ad un trattamento psicoterapeutico incentrato sulla conoscenza e sulla presa di coscienza dei suoi aspetti inconsci profondi e ad un trattamento di musicoterapia didattico, cioè un trattamento musicoterapeutico da parte di un collega con molta esperienza e che svolge un ruolo didattico.

Ciò consente di conoscere più a fondo i dettagli della tecnica e le sue regole.

Il lavoro del musicoterapeuta, in quanto attività paramedica, si svolge sempre nell'ambito di un'équipe terapeutica.

Setting, tempi e durata

Terapeuta e paziente, una volta che hanno deciso di iniziare una psicoterapia, concordano l'orario e il numero di sedute settimanali che, in linea di massima, non subiranno troppi cambiamenti.

Psicoterapia individuale: richiede da un minimo di uno o due incontri settimanali ad un massimo di tre o quattro, secondo l'orientamento teorico del terapeuta e il tipo di terapia. La durata dell'incontro varia dai 45 ai 50 minuti.

La seduta si svolge in una sala arredata, confortevole e riservata. Il paziente solitamente è seduto in una poltrona specifica mentre il terapeuta siede di fronte o lateralmente rispetto ad esso. In alcuni casi è possibile l'uso del classico "lettino".

Psicoterapia di gruppo: il gruppo si riunisce generalmente una volta a settimana per un incontro che dura da un'ora e mezza a due ore.

Le sedute si effettuano in una stanza appositamente allestita, sufficientemente ampia da consentire un posto a sedere per tutti e uno spazio libero dove il gruppo può interagire.

Difficile è stabilire la *durata* del rapporto psicoterapeutico.

Esistono forme di sostegno o di counseling che si protraggono per un periodo relativamente breve (da pochi mesi ad un anno), tendono ad affrontare temi e/o problematiche specifiche, stabilite a priori e non vanno ad indagare aspetti più inconsci della personalità.

A volte però un lavoro di questo tipo non è sufficiente in quanto la sofferenza è tale da richiedere un vero e proprio intervento psicoterapeutico.

La psicoterapia può durare a lungo, anche anni.

Con essa non ci proponiamo di risolvere nell'immediato i sintomi, ma di leggerli e di dare un senso alla sofferenza del soggetto.

Spesso questa sofferenza ha radici profonde e questo, già in parte, giustifica la necessità di tempi più lunghi.

Oltre a ciò, anche se il disturbo soggettivamente avvertito spinge verso un cambiamento, le parti più coscienti possono opporsi a tali trasformazioni, anche nel paziente apparentemente più motivato.

La teoria psicoanalitica ci informa, infatti, che alla base del sintomo vi è un conflitto inconscio e difese, anch'esse inconsce, cui il soggetto si aggrappa tenacemente.

Relativamente alla durata, un discorso a parte va fatto per gli interventi di tipo comportamentale: dato che queste terapie agiscono sul "qui ed ora" in termini di cambiamenti comportamentali e di abitudini, richiedono interventi più brevi.

In specifico per il *training autogeno* è generalmente proposto un percorso di dieci incontri della durata di un'ora ciascuno, durante i quali il paziente apprenderà la tecnica.

Considerazioni conclusive

"Ho iniziato questa psicoterapia più per seguire le indicazioni del mio psichiatra che per convinzione. Solo poco per volta ho capito quanto fosse vero che i miei attacchi di panico volevano farmi capire che conducevo una vita apparentemente normale, in realtà gestita da tutti tranne che da me..."

"Ad un certo punto del nostro lavoro mi sono sentita come un "Lego" smontato... ora poco per volta mi sto ricostruendo..."

"Solo in questa stanza ho imparato a parlare con me stesso..."

Abbiamo voluto, in conclusione, dar voce ad alcuni pazienti al termine di un percorso di psicoterapia.

L'intento è di far capire come una sofferenza reale possa portare, se accettata e capita nel suo significato più profondo, ad un'altrettanto reale rinascita interiore, ad un nuovo modo di affrontare la vita.

Per la maggior parte delle persone intraprendere una psicoterapia è come intraprendere un viaggio verso l'ignoto, che talvolta si accetta di iniziare perché si è stati "molto male" e, nonostante il farmaco possa aver diminuito la sintomatologia, non se ne capisce "il perché". Apparentemente

non si è diversi o non si conduce una vita diversa dalle altre persone, ma nonostante ciò si “sente” che qualcosa non va.

Il difficile è pensare e soprattutto accettare che i sintomi provati non dipendano da qualcosa di esclusivamente fisico.

Ciò che più lamentano i pazienti è il non sapere per cosa soffrono, il non riuscire a collegare i sintomi, a volte devastanti, con il “tutto sembra andar bene” della loro vita.

“Star male senza un perché è da pazzi”.

Esistono nella nostra società ancora parecchi tabù riguardo alla malattia psichica e di conseguenza ad un approccio psicoterapeutico. Spesso lo psicoterapeuta, così come lo psichiatra, è considerato il medico dei matti “... e poi cosa dirò agli amici, ai colleghi? Cosa penseranno?”.

Curarsi con il farmaco ed eliminare i sintomi fa sicuramente star 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. Una psicoterapia può aiutare chi vuole intraprendere tale percorso.

Note esplicative

Riportiamo di seguito le note esplicative di alcuni termini e concetti utilizzati all’interno del capitolo e le qualifiche e competenze delle figure professionali che operano nell’area psicologica.

Alleanza terapeutica: è la relazione di fiducia ed empatia entro la quale si svolge il processo psicoterapeutico. Solo questo clima di reciproca fiducia consente al terapeuta di fornire ipotesi chiarificatrici (talvolta anche dolorose) e, in un secondo tempo, al paziente di accettarle. Le ipotesi chiarificatrici possono assumere varie forme, alcune delle quali vengono di seguito descritte.

Interpretazione: è un’osservazione esplicativa che collega un sentimento, un pensiero, un comportamento o un sintomo, al suo significato o alla sua origine inconscia. Quindi vuol dire portare alla consapevolezza contenuti che prima erano inconsci. Secondo la fase della psicoterapia e di quanto il paziente sia pronto ad ascoltare, le interpretazioni possono essere focalizzate sulla relazione terapeutica, sul passato o sul presente del paziente, su sogni, fantasie.

Confronto: consiste nel mettere, in modo gentile e non aggressivo, il paziente di fronte a qualche cosa che non vuole accettare e minimizza o di cui nega l’esistenza.

Chiarificazione: è un intervento che riguarda un tirare le fila delle verbalizzazioni del paziente per rendere più coerente quanto comunicato.

Incoraggiamento ad elaborare: può essere definito come una richiesta di informazioni su un argomento introdotto dal paziente.

I sogni: l’interpretazione dei sogni è considerata la via principale per la conoscenza dei contenuti inconsci. Le associazioni riferite agli elementi del sogno sono utilizzate per aiutare il paziente a comprendere il significato del sogno che si cela dietro il contenuto evidente (scena del sogno).

Le libere associazioni: richiedono da parte del paziente l’abbandono del suo abituale controllo sul processo di pensiero, nello sforzo di dire qualunque cosa venga in mente, senza censure. Lo psicoterapeuta, ad esempio, potrà richiedere al paziente di fare delle libere associazioni su vari elementi di un sogno, per favorire la comprensione delle connessioni inconsce che rendono possibile l’interpretazione del sogno stesso.

La neutralità: è, forse, l'aspetto più frainteso della psicoterapia. E' spesso fraintesa come freddezza o distanza, in realtà essa non implica un distacco emotivo, ma è definita come una posizione non giudicante di fronte al paziente.

Meccanismi di difesa: diversi tipi di operazioni di protezione messi in gioco dall'Io per garantirsi la propria sicurezza. Avendo un'importante funzione di adattamento, entrano in gioco anche in condizioni normali, influenzando in modo determinante il carattere e il comportamento di ciascun individuo. Diventano patologici quando le difese sono troppo rigide, inefficaci, non variegate, compromettendo la flessibilità, l'armonia e l'adattamento del funzionamento mentale.

Motivazione: fattore dinamico del comportamento animale e umano che attiva e dirige un organismo verso una meta. Le motivazioni possono essere coscienti o inconscie, semplici o complesse, transitorie o permanenti, primarie, ossia di natura fisiologica, o secondarie di natura personale o sociale, cui si aggiungono le motivazioni superiori come gli ideali o i modelli esistenziali che l'individuo assume in vista della propria autorealizzazione.

Psicoanalista: medico o psicologo che, dopo anni di addestramento specifico, utilizza la psicoanalisi. Si tratta di una tecnica psicologica e psicoterapeutica basata sulla relazione e finalizzata alla conoscenza del mondo interno del paziente e dei meccanismi psicologici inconsci che ne determinano il comportamento. Non utilizza i farmaci.

Psicologo: dottore in psicologia abilitato all'esercizio della professione. Si occupa degli aspetti teorici ed applicativi della psicologia in diversi ambiti (età evolutiva, clinica, lavoro, sperimentale). Si occupa di diagnosi e prevenzione del disagio, abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. Non utilizza i farmaci.

Psicoterapeuta: medico o psicologo specializzato in psicoterapia che cura i disturbi psichici in base a principi e tecniche diverse secondo l'orientamento teorico. Aiuta il paziente a migliorare la conoscenza di sé e a superare i disturbi attraverso la presa di coscienza dei meccanismi psicologici che li determinano.

Resistenza: il termine resistenza fa riferimento alla difficoltà di portare alla coscienza materiale esistente nell'inconscio dell'individuo. Nella relazione psicoterapeutica può manifestarsi come ostacolo alla terapia e ai cambiamenti che questa può portare e può quindi diventare oggetto del trattamento.

Transfert (traslazione): designa in generale la condizione emotiva che caratterizza la relazione del paziente nei confronti dell'analista e, in senso specifico, il trasferimento sulla persona dell'analista delle rappresentazioni inconscie proprie del paziente. Il transfert dell'analista sul paziente è comunemente denominato *controtransfert*.

Trauma: evento della vita del soggetto che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica.

Volontà: quantità di energia psichica di cui il soggetto può disporre ed utilizzare per la realizzazione dei suoi scopi.

Cap. 5 Strategie terapeutiche: uno studio clinico

E' più corretto parlare di “strategia terapeutica” piuttosto che di semplice terapia perché, come già illustrato nel Capitolo 3, di fronte ad una crisi depressiva 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.

Distinguiamo, nella crisi depressiva, una fase acuta da una post-acuta.

Parliamo di fase acuta quando sono presenti contemporaneamente almeno cinque dei sintomi descritti nel Capitolo 2, da almeno due settimane, tanto da avere un'azione inibente sulla vita sociale, affettiva e lavorativa.

In tali circostanze s'impone un trattamento farmacologico con l'utilizzo di antidepressivi, il cui scopo è ridurre, nel più breve tempo possibile, lo stato di malessere depressivo e tutti i sintomi che lo costituiscono.

Parliamo di fase post-acuta quando gli antidepressivi hanno già avuto il loro effetto, la persona sta notevolmente meglio e non è più dominata dai sintomi depressivi.

Possiamo collocare questa fase intorno al secondo, terzo mese di terapia ed è importante, a questo punto, chiedersi il perché (ricerca delle cause) si è manifestata la crisi.

Nella fase acuta, ciò ha un'importanza minore: chi si trova in piena sofferenza depressiva ha l'urgenza, direi assoluta, di stare meglio, di allentare la morsa dei sintomi e, a tale scopo, si usano gli antidepressivi.

Del resto, il paziente sarà disponibile ad un lavoro di ricerca finalizzato ad individuare le cause del disturbo solo quando i sintomi saranno ridotti.

La ricerca delle cause deve essere personalizzata e le indicazioni terapeutiche (psicoterapia di coppia, psicoterapia individuale, ecc.) completano la strategia d'intervento.

Quella che segue è la presentazione di un lavoro clinico in cui è mostrata l'applicazione della strategia terapeutica nella pratica clinica.

Presentazione del lavoro clinico

Criteri di selezione

Il presente lavoro consiste nella elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino, selezionati secondo i seguenti criteri:

- pazienti che hanno preso contatto con il Centro per la prima volta;
- nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2001 e il 31 dicembre 2001;
- con diagnosi di disturbo depressivo, con sintomi d'ansia e di disturbo depressivo, con attacchi di panico (dap);
- che hanno seguito le indicazioni di controlli periodici che sono state loro fornite.

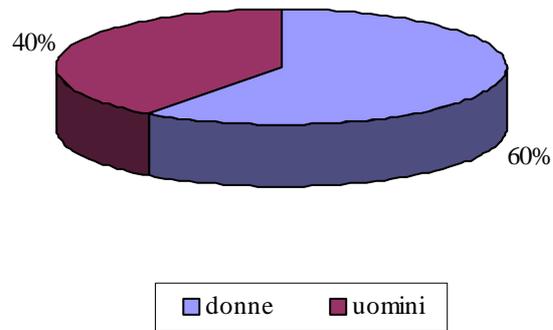
Durante la presentazione del lavoro saranno ripresi alcuni concetti già trattati nei capitoli precedenti, poiché fondamentali per un corretto approccio ai pazienti che soffrono di questi disturbi.

Caratteristiche del campione

Il campione consiste in un numero totale di 395 pazienti, di cui 237 donne e 158 uomini.

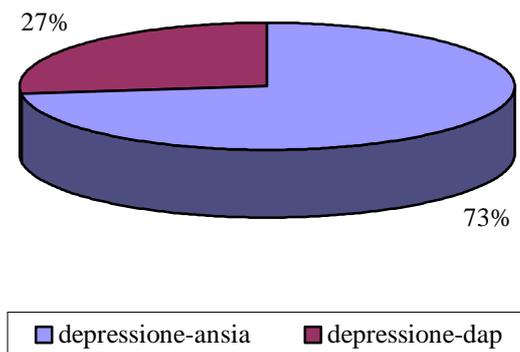
Nella rappresentazione grafica, in questo caso come in quelli successivi, le percentuali sono riportate con arrotondamento dei decimali.

Campione totale



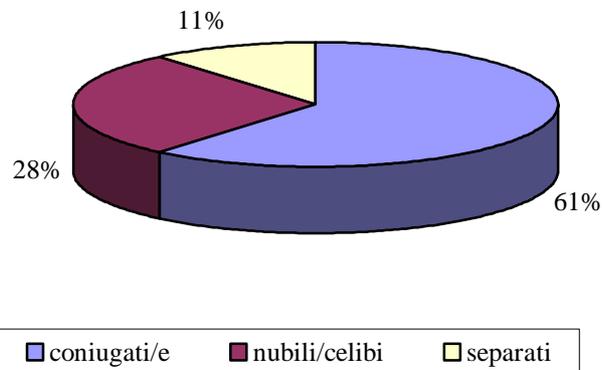
In particolare il gruppo con diagnosi di depressione-ansia è costituito da 288 pazienti e il gruppo con diagnosi di depressione-dap è costituito da 107 pazienti.

Suddivisione secondo le diagnosi



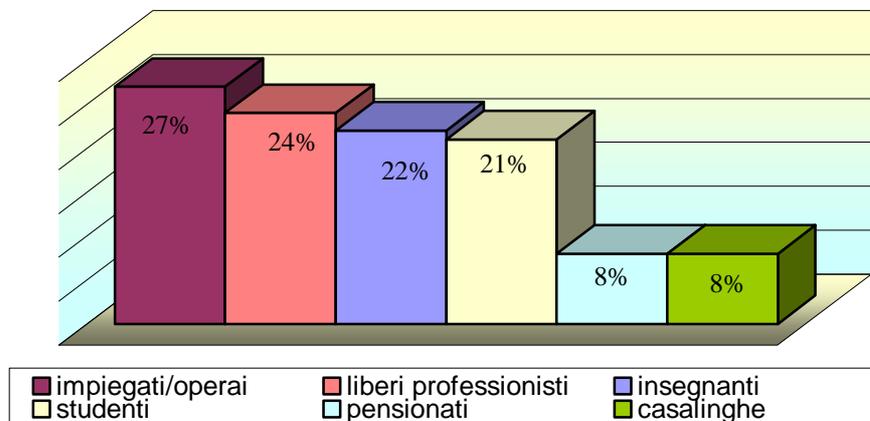
Stato Civile

Per quanto riguarda lo stato civile, il campione è così suddiviso:



Attività lavorativa

La suddivisione dei pazienti, rispetto alla loro attività lavorativa, è graficamente così rappresentata:



Le fasce d'età sono le seguenti

Età media del Campione Totale

Donne: 35 anni.
Uomini: 33,5 anni.

Età media del Gruppo depressione-ansia

Donne: 44 anni.

Uomini: 42 anni.

Età media del Gruppo depressione-dap

Donne: 26 anni.

Uomini: 25 anni.

I sintomi più frequenti nei pazienti appartenenti al Gruppo depressione-ansia sono i seguenti:

- 1 - Umore depresso, perdita degli interessi, della gioia e del senso di vivere, accompagnati da sentimenti di colpa: 100%.
- 2 - Mancanza di energia, senso di spossatezza: 100%.
- 3 - Riduzione di attenzione, concentrazione e memoria: 100%.
- 4 - Stato di allerta continuo, paura, preoccupazioni, rimuginazioni: 100%.
- 5 - Tremori, irrequietezza, sobbalzi, dolori muscolari: 89%.
- 6 - Disturbi del sonno (risveglio mattutino precoce): 83%.
- 7 - Tachicardia, sudorazioni, mani fredde/sudate, brividi: 82%.
- 8 - Disturbi dell'appetito (netto calo): 73%.

Dal punto di vista dei sintomi possiamo affermare che, per quanto riguarda quelli della serie depressiva, alcuni si riscontrano in tutti i casi presi in esame.

E' sempre presente il profondo dolore morale, la perdita dello slancio vitale e della possibilità di provare sentimenti quali gioia o entusiasmo, la perdita di interesse per le normali attività svolte. Costantemente presente è anche un vissuto soggettivo di perdita di senso dell'esistenza e l'impovertimento affettivo che coinvolge i rapporti personali e sociali.

Qualunque attività o impegno è vissuto come molto faticoso e tale da richiedere una quantità di energia che i pazienti non sentono di avere a disposizione.

Si nota anche una spiccata difficoltà decisionale e ciò spesso in netta contrapposizione con le caratteristiche di personalità precedenti l'insorgere del disturbo depressivo. Tale difficoltà si manifesta inizialmente nell'attività lavorativa, ma può investire qualunque azione coinvolga il soggetto.

Altro sintomo che interviene stabilmente è il senso di colpa e l'autosvalutazione, conseguenti al fatto che i soggetti da un lato si rendono conto dei loro cambiamenti in negativo nei confronti del sociale, dei familiari e di se stessi, dall'altro però si sentono impotenti e assolutamente incapaci di modificare la situazione.

Il senso di colpa è ulteriormente aggravato da quello che nelle pagine precedenti abbiamo chiamato "il pregiudizio della volontà", da cui nasce il convincimento, nel paziente e in chi lo circonda, che lo stato depressivo potrebbe essere superato mediante un atto di volontà: se volesse, potrebbe uscire dallo stato di sofferenza in cui si trova, ma ciò non avviene perché non ha volontà sufficiente.

Il riscontro clinico fornisce purtroppo un'enorme diffusione di tale pregiudizio e allo specialista è richiesto uno sforzo supplementare per sottolineare la falsità, l'infondatezza e i danni che esso comporta.

Altro sintomo costante e conseguente alla riduzione di energia psichica è l'astenia, cioè il senso di spossatezza non motivata da attività fisiche che si presenta già al risveglio mattutino e che può essere tale da rendere impossibile lo svolgimento della propria attività lavorativa.

A livello psichico è comunque presente in tutti i casi una più o meno marcata riduzione della prestazione intellettuale, conseguente al fatto che l'abbassamento del tono dell'umore determina un deficit di alcune funzioni psichiche quali l'attenzione, la concentrazione e la memoria.

Altri sintomi della serie depressiva hanno invece una distribuzione meno omogenea.

I disturbi alimentari si riscontrano nel 73% dei casi e si manifestano prevalentemente con una riduzione dell'appetito e dell'alimentazione.

Diffusi sono anche i disturbi del sonno che interessano l'83% dei casi presi in esame. All'interno di questi è presente una riduzione del numero di ore dormite ed è caratteristico il fenomeno del risveglio precoce (3-4 ore prima rispetto l'ora abituale), accompagnato da penosi pensieri riguardanti il passato, il presente e il futuro.

Per quanto riguarda i sintomi della serie ansiosa, è sempre presente uno stato di costante preoccupazione per le circostanze più varie e ordinarie della vita di tutti i giorni, che può riguardare la salute propria o dei familiari, il rendimento scolastico o lavorativo, la situazione finanziaria. Il tutto in assenza di realistiche motivazioni che la possano giustificare.

In tutti i pazienti è inoltre presente uno stato di tensione emotiva associata a sintomi fisici, interpretabili come somatizzazioni dell'ansia. Anche il tono muscolare è spesso coinvolto (89%) e la spiccata tensione muscolare dà luogo a dolori diffusi, spesso al collo e alla colonna dorsale. Sono inoltre frequenti tremori e contrazioni della muscolatura.

I sintomi più frequenti nei pazienti appartenenti al Gruppo depressione-dap sono i seguenti:

1. Umore depresso, perdita di interessi e della gioia di vivere: 100%.
2. Mancanza di energia, senso di spossatezza: 100%.
3. Riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria: 100%.
4. Disturbi del sonno (risveglio precoce mattutino): 83%.
5. Senso di sbandamento, instabilità, senso di svenimento, vertigini: 80%.
6. Disturbi dell'appetito (netto calo): 75%.
7. Paura di perdere il controllo, paura di impazzire: 72%.

Oltre la sintomatologia appartenente alla serie depressiva, sono presenti crisi di attacchi di panico, variabili come intensità e durata, ma con alcune caratteristiche comuni:

- la loro insorgenza è improvvisa e drammatica;
- la durata è breve, da pochi secondi a pochi minuti;
- sono accompagnati da un'intensa paura di perdita di controllo fisico e psichico;
- non è possibile dare all'insorgenza della crisi una spiegazione comprensibile;
- per alcune ore dopo la crisi i pazienti avvertono sintomi quali vertigini, sensazione di sbandamento, stato subconfusionale, senso di spossatezza, senso di estraniamento dalla realtà.

Durante le crisi è molto forte la paura, che giunge fino al terrore, determinata dal senso di morte imminente a causa di ictus o infarto, paura di perdere il controllo delle proprie azioni o delle proprie idee, cui consegue il timore di "diventare folli".

A ciò si associano sintomi di tipo neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolori toracici, senso di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, tremori diffusi, sudorazioni abbondanti.

In tutti i pazienti il primo episodio critico è ricordato con apprensione particolare, è riferito come molto intenso e si associa al timore/terrore che possa ripresentarsi.

Come conseguenza del ripetersi delle crisi si vengono a strutturare delle manifestazioni secondarie, presenti in tutti i casi presi in esame: l'ansia anticipatoria, l'evitamento fobico e l'agorafobia.

L'ansia anticipatoria è conseguente al timore che la crisi possa ripetersi. Nelle fasi intercritiche tale ansia pervade tutta la vita del paziente, lo rende timoroso e lo fa vivere in uno stato di continua apprensione che può risultare invalidante. Spesso ricerca continue rassicurazioni e ha bisogno di stare sempre in compagnia di una persona di fiducia che possa soccorrerlo in caso di malessere. Risulta evidente la netta riduzione del livello di autonomia personale che il dap può determinare.

L'evitamento fobico si struttura con il ripetersi delle crisi ed è conseguente alla tendenza ad associare gli attacchi con situazioni e luoghi specifici.

Più frequentemente le crisi sono messe in relazione alla guida dell'auto, al percorso di gallerie o viadotti, all'uso di mezzi pubblici oppure alle frequentazioni di luoghi pubblici affollati.

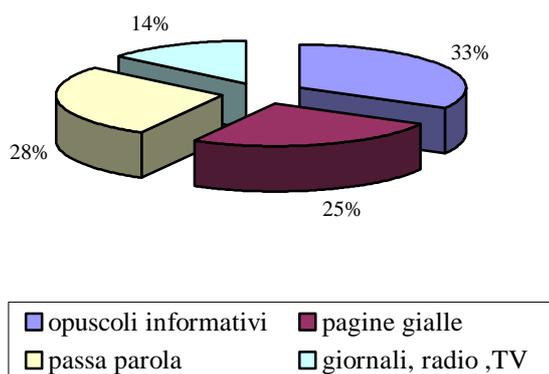
L'evitamento fobico consiste nell'evitare i luoghi e le situazioni cui le crisi sono collegate, per fare in modo che gli attacchi di panico diventino meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di agorafobia quando le limitazioni indotte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni (impossibilità di recarsi a fare la spesa, andare al lavoro utilizzando mezzi pubblici o a volte anche la propria auto, ecc.), e finiscono per restringere il campo d'azione del soggetto, rendendolo sempre più dipendente dagli altri.

Modalità di contatto con il Centro

I pazienti hanno contattato il Centro attraverso i seguenti canali informativi:

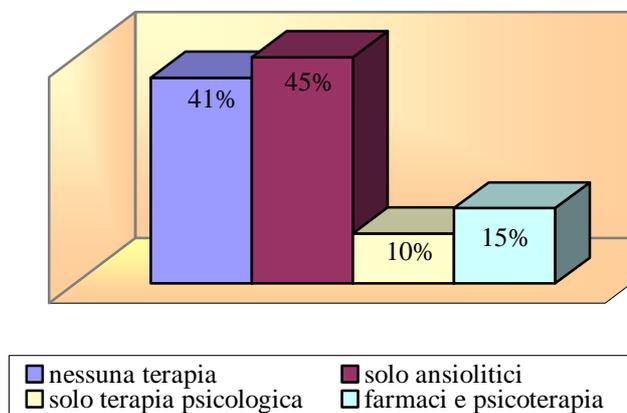
- opuscoli dell'Associazione: 130.
- ricerca sulle Pagine Gialle: 99.
- passaparola: 110.
- media (giornali, radio, televisione): 56.



In circa un terzo dei casi l'informazione è stata quindi acquisita attraverso la lettura degli Opuscoli dell'Associazione; in un quarto dei casi attraverso la ricerca sulle Pagine Gialle; in circa un altro terzo dei casi attraverso l'informazione di parenti, amici o conoscenti che erano informati dell'esistenza del Centro; la restante percentuale di pazienti ne è venuto a conoscenza attraverso i media.

Terapia assunta in precedenza

Il grafico successivo rappresenta la situazione dei pazienti del campione esaminato con riferimento alla terapia precedente al consulto presso il Centro.



162 pazienti non erano sottoposti ad alcun tipo di terapia.

178 assumevano ansiolitici, spesso su indicazione del medico di base, in modo saltuario e incostante, con posologia il più delle volte gestita dai pazienti stessi. Molto frequente l'uso di ipnoinducenti serali.

40 erano in terapia psicologica, ma i sintomi della serie depressiva, ansiosa o i dap erano d'intensità tale da rendere difficile o impossibile il lavoro psicologico.

15 erano in terapia combinata con farmaci e psicoterapia, ma non erano soddisfatti dei risultati raggiunti.

Per quanto riguarda il tipo di farmaci assunti prima del consulto al Centro, gli antidepressivi appartenevano in prevalenza al gruppo di triciclici (vecchia generazione) e spesso l'indicazione era stata fornita dal medico di base. Ciò sottolinea l'importanza di questa figura come potenziale punto di riferimento per la cura della depressione, dell'ansia e del dap.

I due terzi dei pazienti individua, infatti, nel medico di base la figura cui ricorrere per chiedere aiuto ed è quindi molto importante la sua sensibilità nei confronti di questi problemi, cosa che dipende dalla sua preparazione professionale, ma anche dalla cultura e dalla personalità del singolo medico.

La maggior parte dei pazienti hanno riferito un atteggiamento accogliente e un forte sostegno psicologico da parte del loro medico.

Altri invece, per fortuna in netta minoranza, hanno vissuto un rifiuto, un disconoscimento del loro malessere e un invito a rimboccarsi le maniche e a darsi da fare.

L'indicazione prevalente da parte dei medici di base è consistita nella prescrizione di farmaci ansiolitici e questo è il motivo per cui tali prodotti costituiscono il primo approccio farmacologico dei pazienti alla cura.

Gli ansiolitici, per le loro caratteristiche (effetto dopo 20-30 minuti dall'assunzione), provocano un sollievo rapido dello stato di malessere e quindi i pazienti trovano in seguito difficoltà ad abbandonarli.

Ne consegue uno stato di dipendenza psicologica cui si associa la dipendenza fisica, causata da trattamenti lunghi a dosi elevate.

E' quindi opportuno usare gli ansiolitici in modo transitorio e in ogni caso limitato nel tempo.

Va sottolineato che, quando è presente uno stato depressivo, l'ansiolitico non ha alcun effetto su di esso. E' necessario, in questi casi, l'uso di antidepressivi che, contrariamente agli ansiolitici, non determinano mai fenomeni di dipendenza fisica.

Indicazioni terapeutiche fornite dal Centro

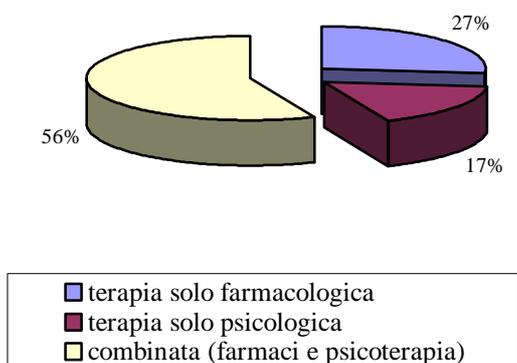
Il tipo di terapia indicata nei singoli casi è stato determinato dal tipo di sintomi presenti, dalla loro intensità e dai particolari bisogni del singolo paziente, dalla sua storia e dalla sua personalità.

In 328 casi i pazienti presentavano uno stato di malattia in fase acuta, con sintomi molto accentuati ed intollerabili.

L'intervento elettivo "d'urgenza" è stato quello farmacologico, in grado di ridurre i sintomi depressivi, d'ansia o di dap nel giro di 4-6 settimane.

Dopo la riduzione dei sintomi, in 221 casi è stata data un'indicazione di terapia psicologica, da associare a quella farmacologica.

Nei 67 casi in cui invece i sintomi non erano particolarmente accentuati e comunque tollerabili, è stata fornita un'indicazione solamente psicoterapeutica, individuale o di coppia.



Le diverse indicazioni e le differenti combinazioni d'intervento terapeutico sono state conseguenti alle valutazioni delle cause che avevano determinato l'insorgenza del disturbo depressivo, d'ansia o di dap.

La prescrizione del farmaco è un atto complesso ed estremamente importante perché l'impostazione complessiva della cura ed il suo successo dipendono da come avviene l'atto prescrittivo, dal tipo di atteggiamento del medico, da quello del paziente e dalle informazioni ed aspettative che quest'ultimo ha nei confronti della terapia.

Spesso il paziente ha attese magiche ("Prendo la compressa e guarisco nel giro di pochissimo tempo...") o di tipo terrifico ("E se poi divento dipendente dai farmaci e non ne posso più fare a meno?") o inizia la cura con un atteggiamento d'estrema sfiducia ("Tanto non serve a niente...").

Nell'immaginario collettivo il farmaco è spesso caricato di significati fantastici quindi esso è, alternativamente, o la pillola della felicità o l'equivalente della droga.

E' quindi molto importante fornire ai pazienti una serie di informazioni che comportino aspettative ed atteggiamenti più realistici nei confronti delle sostanze assunte.

Di questo argomento si è già ampiamente parlato nei capitoli precedenti e quindi ne riporto solo una breve sintesi.

Innanzitutto sono state fornite informazioni relative al meccanismo d'azione. Per quanto riguarda gli antidepressivi, ad esempio, essi agiscono determinando l'aumento della quantità di neurotrasmettitori (in particolare serotonina e noradrenalina) a disposizione delle cellule cerebrali.

Il loro effetto sul tono dell'umore è quindi conosciuto e in ciò non c'è nulla di magico: ad un aumento della quantità di neurotrasmettitori disponibile corrisponde un aumento del tono umorale.

Sono state inoltre fornite informazioni relative ai tempi dell'intervento farmacologico.

Il suddetto meccanismo d'azione degli antidepressivi necessita di un periodo di almeno due settimane e quindi non è lecito attendersi un effetto antidepressivo prima di tale periodo.

Quest'informazione è estremamente importante onde evitare la prematura sospensione della terapia.

Il paziente deve inoltre essere informato sulla possibilità della comparsa, nei primi 8-10 giorni, di fenomeni collaterali, di solito sopportabili e transitori (nausea, inappetenza e sonnolenza).

E' inoltre opportuno che sia comunicata la disponibilità del medico a contatti telefonici nel momento in cui servissero ulteriori precisazioni o rassicurazioni.

Le suddette informazioni hanno quindi lo scopo di favorire un atteggiamento realistico nei confronti dei farmaci.

E' anche necessario che l'intervento farmacologico sia collocato nell'ambito di una strategia più generale d'approccio alla crisi depressiva o al dap.

L'uso di farmaci è necessario quando è in atto una crisi acuta e lo scopo è di ridurre i sintomi della crisi. Essi agiscono sulla depressione, sull'ansia e sul dap, a prescindere dalle cause che hanno determinato il disturbo e non incidono minimamente su di esse.

Il paziente deve essere a conoscenza del fatto che la terapia psicofarmacologica è "a tempo", sarà cioè assunta per un periodo limitato (6-8 mesi circa): dopo aver risolto il periodo acuto (4-6 settimane) ed aver dato la copertura per i due/tre mesi successivi, sarà gradualmente sospesa nel giro di tre/quattro mesi.

Nella fase post-acuta diventa invece importante il problema delle cause, poiché la loro individuazione e la loro rimozione evitano il pericolo del ripetersi delle crisi.

Sospensioni improvvise

In 20 casi si è verificata una sospensione improvvisa della terapia. Le motivazioni sono state varie: ritrovarsi senza i farmaci e senza la prescrizione del medico in prossimità di giorni prefestivi e/o festivi o in occasione di viaggi all'estero. In tre casi la sospensione è stata invece scelta dai pazienti poiché, ridotti i sintomi, ritenevano di non avere più la necessità di assumerli.

Dopo la sospensione improvvisa, in tutti i casi si sono presentati fenomeni quali: vertigini, cefalee, acufeni, sbandamenti e ansia marcata.

Si è cioè verificato il ben noto "effetto rebound", dovuto, ripeto, alla sospensione improvvisa della terapia assunta.

Tale effetto non va confuso, come spesso avviene, con fenomeni di tipo carenziale.

Di fatto gli antidepressivi non determinano assuefazione e la loro sospensione graduale, sotto controllo medico, non determina alcun tipo di fenomeno spiacevole.

Efficacia della terapia farmacologica dopo circa sei settimane e dopo circa quattro mesi

All'atto della prescrizione farmacologica è stato consigliato ai pazienti un controllo a distanza di un periodo di 4-6 settimane, tempo necessario per valutare l'efficacia dei farmaci sulla sintomatologia clinica.

I riscontri sono stati estremamente positivi, nel senso che, in circa l'80% dei casi, si è avuto un miglioramento della depressione, dell'ansia e del dap valutabile, in media, intorno al 20% circa.

Si trattava di un miglioramento in linea con le attese, considerando che, nel primo mese di terapia, è stata data l'indicazione di una dose di farmaci bassa.

Era comunque presente la chiara percezione soggettiva del miglioramento ottenuto e ciò determinava, da parte del paziente, un atteggiamento più positivo sul fatto di poter uscire dallo stato di crisi e quindi uno stato d'animo più fiducioso.

Nel restante 20% dei casi è stato invece necessario operare una modificazione del tipo di prodotti somministrati.

Circa la metà ha tratto beneficio nell'arco di un mese, giungendo al livello del primo gruppo.

Il restante 10% di pazienti non è più giunto alla seconda visita di controllo e si deve quindi presumere che l'intervento farmacologico non sia stato efficace.

Sospensione della terapia farmacologica dopo 6-8 mesi

Per quanto riguarda le sospensioni del trattamento farmacologico dopo circa 6-8 mesi di cura, sono state riscontrate delle difficoltà, nel senso che molti pazienti erano resistenti a lasciare la terapia (ricordiamo che gli antidepressivi non danno dipendenza fisica).

Il timore di fondo era che i sintomi tornassero a manifestarsi.

La sospensione è stata accompagnata da rassicurazioni verbali sulla infondatezza di tali timori ed è avvenuta in maniera lenta e graduale, in modo che il paziente potesse verificare che, alla riduzione dei farmaci, non corrispondeva la riattivazione dei sintomi.

Contatto limitato ad un solo incontro

Nel periodo di osservazione (gennaio-dicembre 2001) in 49 casi i pazienti non hanno rispettato l'indicazione di effettuare la visita di controllo dopo il periodo di 4-6 settimane e non sono quindi stati inseriti nel presente lavoro.

Vale in ogni modo la pena tentare di formulare alcune ipotesi sulle motivazioni.

Possiamo presumere che alcuni non siano riusciti a superare le resistenze all'assunzione dei farmaci e che, quindi, non abbiano neppure iniziato la terapia.

In altri, pur non potendone dare una quantificazione, è presumibile che si siano verificati fenomeni collaterali, reali o su base suggestiva, tali da determinare la sospensione della terapia dopo pochi giorni d'assunzione.

In altri casi ancora, è possibile pensare ad un'autogestione della terapia. Non è infrequente, infatti, di essere contattato, anche a distanza di anni, da pazienti con i quali ho avuto un solo incontro e che mi dicono di avere tratto beneficio dai farmaci che avevo loro indicato. Li hanno quindi loro stessi sospesi gradualmente, dopo alcuni mesi d'assunzione. Tutto è andato bene fino a poco tempo prima, quando i sintomi si sono ripresentati e, per tale motivo, chiedono un nuovo consulto.

Conclusioni

Riporto alcune brevi considerazioni derivanti dal presente lavoro.

Innanzitutto, va rilevata la difficoltà di contatto tra chi soffre di disturbi depressivi, d'ansia e di dap e lo specialista psichiatra a causa di pregiudizi profondi e radicati sia nei confronti del tipo di disturbo, sia nei confronti di questa figura professionale.

Pregiudizi investono anche gli psicofarmaci, da alcuni ritenuti come droghe che creano dipendenza, da altri investiti, al contrario, di valenze magico-salvifiche.

I dati in nostro possesso attestano che, una volta superate le varie barriere pregiudiziali, l'intervento farmacologico ha altissime probabilità di successo: in circa il 90% dei casi è, infatti, efficace sulla sintomatologia clinica. L'intervento con i farmaci va in ogni caso considerato un intervento da effettuare nella fase acuta del disturbo, per un periodo limitato di tempo.

Nella fase successiva devono essere presi in esame gli elementi causali che l'hanno determinata.

E' fondamentale, in questa fase, la collaborazione tra il medico e il paziente, poiché gli elementi causali variano da caso a caso. La loro individuazione è molto importante, poiché da essa derivano le successive indicazioni terapeutiche.

Ribadisco quindi il concetto, filo conduttore del presente lavoro, che per affrontare il malessere psichico è necessario mettere in atto una strategia terapeutica, la prima fase della quale è spesso, ma non sempre, di tipo farmacologico.

Ad essa deve seguire un'indicazione personalizzata che non è assolutamente possibile standardizzare, poiché dipendente dalla storia, dalla personalità e dalla vita affettiva della singola persona.

Cap. 6 Consigli per i familiari dei pazienti

La depressione è fonte di sofferenza, oltre per chi ne è affetto, anche per i familiari. Inizialmente, di solito, il loro atteggiamento è caratterizzato da comprensione, affetto e partecipazione al dolore del congiunto sprofondato nel tunnel depressivo.

Poco alla volta però, i sentimenti prevalenti diventano di frustrazione e scoramento e possono poi sfociare in veri e propri atteggiamenti aggressivi nei confronti del paziente, poiché sollecitazioni, consigli ed interventi non sortiscono effetto alcuno e sembrano cadere nel nulla.

Si viene così a realizzare quel circolo vizioso che tante volte si riscontra nella pratica clinica, con atteggiamenti di accusa da parte dei familiari e aumento dei sensi di colpa e dei vissuti di incomprendimento e solitudine da parte del paziente. Cercando di stare il più possibile su un piano pratico, vediamo cosa è bene dire e non dire da parte dei familiari al paziente depresso.

Cosa dire

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

“Anche se adesso ti sembra un tunnel senza via d’uscita, il rimedio c’è e, con le cure adeguate, si può uscire da questo stato depressivo nel giro di poche settimane”

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

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

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

Cosa non dire

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

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

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

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

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

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

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

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

E’ invece necessario stimolare la ricerca di un appoggio specialistico e soprattutto sottolineare che la condizione attuale è transitoria.

Quanto detto fa riferimento all’atteggiamento generale da tenere, fermo restando che i parenti non possono superare i limiti legati alla loro cultura, alle conoscenze e allo stato emotivo. Insomma, fanno quello che possono.

Nella pratica giornaliera sono frequenti le domande relative a comportamenti pratici e specifici.

Riporto le più frequenti e le relative risposte.

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

Le cause della depressione sono sempre molteplici. Possono prevalere, secondo i casi, determinanti biologiche, quali l'ereditarietà, oppure fattori ambientali, come gli eventi della vita. Cercare di individuare e analizzare i determinanti familiari può costituire un punto di partenza per capire e, quindi, provare a modificare, le situazioni che possono aver favorito l'insorgenza di un disturbo depressivo in un giovane. Quando si manifesta in età molto precoce è indubbiamente indice di situazioni familiari difficili, in cui sono presenti problemi di rapporto con le figure significative del bambino o eventi stressanti di varia natura.

L'adolescenza può essere considerata un periodo particolarmente a rischio per la depressione perché, oltre a possibili difficoltà di rapporto con i genitori, sono generalmente presenti problemi relazionali (in particolare con l'altro sesso) e problemi determinati da fattori biologici (trasformazioni fisiche ed ormonali).

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

La tendenza all'eccesso di sonno, che passa con il miglioramento della depressione, è spesso spiegata dai pazienti con la necessità di "non pensare" o di "evitare l'angoscia quotidiana" o di "annullarsi il più possibile". Considerando che, realisticamente, l'aumento delle ore passate a dormire riduce il tempo che il malato passa nella sua sofferenza depressiva, di norma è bene non interferire con questo ritmo adattativo e difensivo e lasciare che il depresso dorma per tutto il tempo che il suo organismo ritiene necessario. In alcune situazioni (quando è necessario che il paziente mantenga un buon livello di vigilanza, o quando l'eccesso di sonno si accompagna ad insonnia notturna) è opportuno intervenire con alcuni semplici accorgimenti, quali fornire una serie di stimoli durante la giornata che mantengano elevato il suo livello di vigilanza, scoraggiare l'eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano, favorire l'assunzione controllata di una certa quantità di caffè.

L'altra faccia della medaglia è l'insonnia, disturbo che si riscontra spesso nella depressione. Tipicamente il paziente depresso si addormenta abbastanza facilmente, ma si sveglia dopo poche ore senza riuscire a riaddormentarsi. E' importante ricordare che l'insonnia non è una malattia, ma un sintomo della depressione che si deduce dal confronto con la durata abituale del sonno del paziente prima della comparsa del disturbo depressivo.

Non tutte le persone, infatti, in condizioni normali, hanno bisogno dello stesso numero di ore di sonno. Poiché l'insonnia è un sintomo della depressione, non dovrebbero essere assunti farmaci per combatterla se il malato fa una terapia antidepressiva corretta, poiché è uno stato doloroso, ma transitorio e strettamente legato al decorso della depressione stessa.

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

Nella condizione depressiva la capacità di concentrazione e di attenzione diminuiscono, vi è una facile affaticabilità, i rapporti con i compagni di lavoro diventano faticosi e tendono ad essere evitati. Nelle condizioni depressive di notevole gravità, continuare l'attività lavorativa diventa impossibile.

Il problema si pone quando la depressione non è grave, oppure è in fase di miglioramento. Ci si può chiedere, infatti, se svolgere un'attività abituale, anche se con impegno ridotto, possa essere utile al depresso oppure, al contrario, possa far peggiorare la sua condizione. L'attività lavorativa è un'intensa fonte di stimolazione anche quando sembra essere condotta in modo ripetitivo, sulla base

di una routine quotidiana. Nel paziente depresso, che tende a ridurre sempre più gli stimoli esterni, il proseguimento (o la ripresa) della sua attività abituale può contribuire a rendere più sopportabile la condizione depressiva.

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

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

Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti.

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

Un secondo accorgimento è rappresentato dal mantenimento della cura e dell'igiene della propria persona, dall'attenzione al proprio abbigliamento e, più in generale, al proprio aspetto fisico. Queste normali cure e attenzioni hanno di solito lo scopo di dare ad ogni persona una soddisfacente "immagine di se stessi". Il depresso ha, invece, un'immagine negativa di sé e tende a trascurare tutti gli atti della vita quotidiana che potrebbero migliorarla.

Un terzo accorgimento è rappresentato dalla "scelta dei tempi" per tentare di coinvolgere il paziente in qualche attività comune. Va tenuto presente che il "livello di depressione" non è sempre uguale. Può variare da giorno a giorno ma può variare anche molte volte nel corso della giornata.

Infine, è sempre utile il tentativo di coinvolgere il depresso in situazioni di rapporto personale che abbiano per lui un significato e un'importanza affettiva. Ad esempio l'incontro con persone care non viste da qualche tempo, oppure un maggior tempo passato accanto ad una persona amata.

Può essere pericoloso per gli altri?

A volte si legge sui giornali che un "depresso" ha perso improvvisamente il controllo di sé e ha fatto del male fisico a qualche componente della propria famiglia. Altre volte, si sente affermare che un "depresso" è improvvisamente "impazzito" e ha commesso degli atti antisociali che hanno messo in pericolo la vita di qualcuno. Altre volte ancora si legge o si sente dire che una persona che "soffriva di depressione da molto tempo" ha danneggiato persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile.

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

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

Le decisioni e le scelte che sono fatte nel corso di una depressione, soprattutto se grave, sono più o meno pesantemente influenzate dalla tristezza, dal pessimismo e dalla perdita di speranza, sentimenti tipici della depressione.

Il paziente va quindi scoraggiato a prendere decisioni con conseguenze di cui possa pentirsi, una volta uscito dalla sua condizione depressiva. Nel caso in cui una di queste decisioni importanti

riguardi direttamente o indirettamente uno dei componenti della famiglia, è opportuno che quest'ultimo non accetti il proprio coinvolgimento e che metta in atto tutta la sua capacità di convinzione sul paziente perché la decisione non sia presa o sia almeno rinviata. L'accorgimento migliore è quello di non rifiutare apertamente una decisione "pericolosa" del paziente, ma prendere tempo dicendo ad esempio: "Si tratta di una cosa così importante che deve essere analizzata e discussa più a fondo e che va decisa quando ti sentirai più sollevato...".

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

Spesso i familiari temono che una cattiva notizia, quale ad esempio un problema economico, la malattia di un amico o di una persona cara, possa far peggiorare la depressione o comunque possa avere conseguenze negative sul decorso della malattia. In genere non è così.

Come regola è preferibile comunicare sempre al paziente depresso tutte le notizie e tutti gli eventi anche spiacevoli che lo possano interessare sul piano personale. Naturalmente, i tempi e i modi della comunicazione potranno variare in funzione della gravità dello stato depressivo (quanto più grave è la depressione, tanto più opportuna è l'attesa) e in funzione della gravità dell'evento. Nel comunicare una notizia o un avvenimento spiacevole ad un paziente depresso bisogna sempre tenere presente l'opportunità di un sostegno familiare. Un evento spiacevole in una persona già depressa è chiaramente meglio gestito e superato grazie ad un sostegno ed una presenza affettiva costanti.

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

Il depresso è una persona che soffre e che ha perso la speranza di un cambiamento: il domani non esiste e non c'è via d'uscita. E' comprensibile che, in queste condizioni, il depresso possa pensare alla morte come ad una liberazione dallo stato di sofferenza grave e continua. E' naturale che i familiari del paziente, quando lo sentono parlare di desiderio di morte e di possibilità di suicidio, si allarmino e si chiedano cosa fare.

Il rischio di mettere in atto un tentativo di suicidio varia molto in rapporto al tipo di depressione, alla sua gravità, al carattere di base del paziente e alle condizioni ambientali in cui si trova.

Le situazioni a basso rischio sono quelle in cui la gravità della depressione non è elevata, il paziente manifesta il desiderio di guarire e collabora alla sua terapia.

Le situazioni a medio rischio sono quelle in cui il paziente, oltre a parlare con notevole frequenza del suo desiderio di morte, parla anche della possibilità di togliersi la vita, manifestata comunque come un pensiero saltuario e non dominante. In genere è molto improbabile che questi pensieri saltuari di suicidio siano attuati.

Le situazioni ad alto rischio sono quelle in cui la condizione depressiva è particolarmente grave, il desiderio di curarsi e di guarire è scarso o nullo e sono presenti deliri di colpa e di rovina. Fattori di rischio sono anche eventuali tentativi di suicidio nel corso di precedenti episodi depressivi e un temperamento di base del paziente di tipo impulsivo-aggressivo.

Se vi sono condizioni di rischio elevato di suicidio, il medico curante deve essere immediatamente informato. Spesso in questi casi è necessario procedere ad un ricovero.

Cosa faccio quando non si prende cura di sé e del proprio corpo?

E' tipica della depressione la tendenza a "lasciarsi andare" e a non prendersi cura di sé, spesso neppure per lo stretto necessario. Il depresso tende a trascurare il proprio abbigliamento, a ridurre al minimo la cura della propria pulizia e igiene personale, a dare poca importanza in genere al proprio aspetto fisico.

Di solito, soprattutto se la depressione è abbastanza grave, il paziente non prende iniziative spontaneamente e, se sollecitato, mostra fastidio o indifferenza. Questo comportamento può

generare frustrazione e talvolta irritazione nei familiari, che non riescono a comprendere che la trascuratezza fisica è una manifestazione del suo disinteresse per tutto.

In realtà, la cura della propria persona o il mantenere un aspetto fisico soddisfacente possono aiutare a migliorare l'immagine negativa di sé tipica della depressione.

E' quindi opportuno e consigliabile che i familiari o i conviventi del paziente, soprattutto se anziano, abbiano una particolare attenzione ed una costante sollecitudine nei suoi confronti perché curi la sua igiene personale, riprenda le quotidiane abitudini relative al suo aspetto fisico (cura dei capelli, uso dei cosmetici secondo le usuali abitudini, rasatura, ecc.) e si occupi del proprio abbigliamento.

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

Talvolta il depresso, soprattutto se è anziano, tende ad interpretare sintomi quali debolezza, insonnia o inappetenza non come conseguenza della depressione, ma come i segni di una possibile grave malattia somatica, favorito, in questo, dal suo stato d'animo di tristezza e di preoccupazione costanti e di visione pessimistica del mondo e di se stesso.

In altre parole alcuni depressi non pensano di stare male fisicamente perché sono in una condizione depressiva; piuttosto credono di essere depressi perché hanno in realtà una grave e non diagnosticata malattia organica. Questo modo di interpretare i propri sintomi fisici si chiama "ipocondria".

Il paziente depresso e ipocondriaco tende a chiedere visite mediche ripetute, che risultano negative, a chiedere accertamenti di laboratorio sempre più sofisticati e complessi e, in generale, a esprimere in modo eccessivo ed insistente la sua paura e la sua preoccupazione ai familiari.

Ovviamente, nella fase iniziale, è necessario un accertamento medico completo per escludere ogni forma di malattia somatica concomitante.

Successivamente, il ricorso ripetuto e inutile sia al medico di base sia a specialisti non psichiatri va, per quanto possibile, scoraggiato ed evitato. Quasi sempre il paziente può avere una temporanea rassicurazione da una visita medica "negativa", ma rapidamente torna alle sue preoccupazioni ipocondriache.

E' più utile, invece, di fronte alle richieste del paziente, rimandare ogni valutazione ed ogni decisione allo psichiatra curante.

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

Il *primo* è di rinforzare la preoccupazione del malato con la propria ansia e con la propria preoccupazione circa l'esistenza di una malattia somatica.

Il *secondo estremo*, che si verifica più frequentemente, è quello di considerare il depresso ipocondriaco come un "malato immaginario", ignorando e frustrando sistematicamente le sue richieste.

Può guidare l'auto mentre assume la terapia?

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

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

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

Di conseguenza è opportuno che il paziente limiti i suoi spostamenti al volante della macchina ed eviti di guidare mezzi a due ruote, soprattutto se è in corso una terapia.

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

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

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

Può essere di aiuto il "concedersi un momento di riflessione" per porsi la semplice domanda: "Perché provo questo verso il mio familiare depresso?". Può anche essere utile parlare apertamente con gli altri familiari, confrontando i propri modi di reagire con i comportamenti del paziente. Infine comunicare questo problema allo specialista e chiedere consiglio può spesso essere un fattore determinante per superare la difficoltà di rapporto.

Può fumare, prendere caffè o bere alcolici?

Spesso il depresso, nel tentativo di alleviare in qualche modo la sofferenza, può aumentare il suo consumo abituale di sostanze che sono normalmente assunte da tutti in moderate quantità. Rientrano tra queste sostanze il tabacco, il caffè e le bevande alcoliche.

Per quanto riguarda il *tabacco*, va rilevato che la nicotina ha un modesto effetto "stimolante". Il paziente può aumentare il consumo di sigarette sia per la ricerca di questo effetto che per compensare, attraverso gesti ripetuti associati al fumo, l'ansia e l'irrequietezza che spesso accompagnano la condizione depressiva. Proibire il fumo è quasi sempre inutile e talvolta controproducente.

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

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

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

A più riprese si è trattato del rapporto tra volontà e depressione e si rimanda quindi ai capitoli precedenti.

Capita molto spesso che un paziente depresso sia esortato e sollecitato dai familiari a “farsi forza”, a “reagire”, a “metterci un po’ di buona volontà” o a “non lasciarsi andare”. Dietro queste esortazioni e sollecitazioni, anche quando sono fatte con affetto e con l’intento di aiutare il malato, vi è l’idea che almeno in parte l’inerzia, la passività e la rinuncia al mondo, proprie del depresso, siano da lui in qualche misura potenzialmente superabili con uno sforzo attivo e consapevole. Questa idea è conseguenza di un errore di valutazione della condizione depressiva.

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

Certamente *agli inizi di un disturbo depressivo*. In una persona che prima aveva uno stato di normale benessere, sia pure con gli alti e bassi della vita quotidiana, i primi segni di una depressione possono essere rappresentati dall’insonnia, da un’inspiegabile riduzione del desiderio sessuale, da un insolito e facile affaticamento, da una riduzione o da un aumento dell’appetito, da una diminuzione dell’interesse e del piacere per una serie di attività abituali. A volte anche la comparsa di una condizione di ansia, di inquietudine e di preoccupazione immotivata può mascherare l’inizio di una depressione. Altre volte ancora un inizio depressivo può manifestarsi con disturbi fisici di varia natura, non spiegabili sulla base di una malattia somatica in atto. In tutti questi casi, se i disturbi mostrano una durata eccessiva (oltre le due settimane) è opportuno un controllo medico per un’eventuale diagnosi precoce del disturbo depressivo. Spesso tuttavia accade che il paziente non richieda tempestivamente l’aiuto del medico e tenda a sottovalutare i sintomi, a ritenerli temporanei e passeggeri, a pensare di poterli gestire e controllare da solo.

Nella maggior parte dei casi il primo medico ad essere consultato dal depresso o dai suoi familiari è *il medico di famiglia*.

Lo *specialista psichiatra* è il medico cui è affidata la cura della depressione. E’ suo compito una diagnosi precisa (tipo di depressione) e la decisione del quale tipo di intervento effettuare (farmacologico e/o psicoterapeutico), in funzione della diagnosi e delle eventuali cause della depressione.

Spesso i pazienti ed i loro familiari chiedono quale sia il compito del *neurologo* nella cura della depressione. Il neurologo è un medico specialista nella diagnosi e nella terapia delle malattie organiche (fisiche) del cervello: ad esempio quelle vascolari, quelle degenerative, tumori cerebrali, ecc. e non è, quindi, lo specialista dei disturbi “emotivi”.

E’ da sottolineare il fatto che rivolgersi al neurologo è certamente meno “pauroso” che consultare lo psichiatra poiché quest’ultimo, come già rilevato in altre parti del libro, nell’immaginario collettivo è “il medico dei matti” e rivolgersi a lui vuol dire o “essere matto” o essere considerato tale.

Cap. 7 Le domande più frequenti

Riporto di seguito le domande che più frequentemente sono poste agli operatori del Servizio d'Ascolto della Associazione e che ricorrono nella pratica clinica giornaliera.

La depressione è una malattia ereditaria?

Alcuni tipi di depressione dipendono da componenti “esogene” quali l’ambiente esterno, gli eventi spiacevoli della vita e il modo con cui questi sono affrontati. Vi sono poi delle forme di depressione (ad esempio quelle che si manifestano nel disturbo bipolare) che hanno una forte componente genetica.

E’ provato che all’origine dei disturbi depressivi vi possa essere una predisposizione biologica che può favorire lo sviluppo della malattia.

E’ però importante sottolineare la considerevole influenza dei fattori ambientali.

E’ vero che in certe stagioni è più facile ammalarsi di depressione?

Le variazioni dell’ambiente esterno, come ad esempio l’alternanza luce-buio o inverno-estate, regolano i nostri ritmi biologici interni. Un’alterazione di questi ritmi comporta la variazione della secrezione di alcuni ormoni o neurotrasmettitori e può causare la depressione stagionale. Alcune persone che soffrono di depressione sono particolarmente sensibili al cambiamento di stagione o anche solo al tempo meteorologico. Vi sono pazienti che, con una precisa ricorrenza, presentano disturbi depressivi solo nelle stagioni autunno-inverno, godendo di benessere per il resto dell’anno; altri che, viceversa, stanno male solo durante la primavera-estate e altri ancora che si ammalano di depressione indipendentemente dalla stagione in corso.

Quali fasce di età sono più colpite dalla depressione?

La depressione si può manifestare a qualunque età, anche se vi sono dei particolari periodi o fasi di vita in cui un soggetto ha più probabilità di sviluppare un disturbo depressivo. Si tratta di quelle fasi in cui si verificano profondi cambiamenti che comportano la necessità di un riadattamento della persona a diversi livelli: affettivo, sociale o lavorativo.

L’adolescenza e la prima età adulta, ad esempio, costituiscono delicate fasi di transizione da una situazione in cui i ruoli sono ben definiti e stabili ad una in cui è richiesto un maggior grado di autonomia e responsabilità. La depressione che colpisce le fasce di età più giovani è caratterizzata da componenti di irritabilità, aggressività, labilità emotiva e da una tendenza a oscillazioni dell’umore.

Altre due fasi a rischio sono quella di mezza età e il passaggio verso la vecchiaia, durante le quali il soggetto è portato a fare un bilancio della propria vita e si trova a dover affrontare una nuova fase con un ruolo diverso. Nei quadri depressivi di queste fasce d’età prevalgono sintomi quali ansia, rallentamento motorio, paure di tipo ipocondriaco, sensi di colpa o d’incapacità.

E’ possibile che un bambino manifesti un episodio depressivo?

Durante l’infanzia e la fanciullezza il bambino vive in un contesto in cui le sue figure di riferimento sono gli adulti che lo circondano (genitori ed insegnanti). Ogni disturbo psichico che si presenta in queste fasi dello sviluppo è condizionato dall’ambiente familiare e scolastico. Essendo un individuo in continuo cambiamento, è importante riuscire a fare una distinzione tra i

comportamenti “normali”, dovuti a questo continuo adattamento, e quelli che possono derivare invece da un blocco di questo processo ed essere quindi considerati patologici.

Il quadro depressivo che si manifesta nel bambino ha caratteristiche diverse rispetto a quello dell'adulto. I sintomi più frequenti sono: tendenza all'isolamento dai compagni di scuola, perdita di interesse per i giochi, difficoltà nell'ambito scolastico, irritabilità, aggressività, riduzione dell'appetito e disturbi del sonno.

Le "cure dimagranti" possono essere causa di depressione?

Le cure dimagranti, soprattutto nelle donne, possono costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo e ciò dipende anche dal modo in cui è condotta la cura. Se il metodo comporta l'assunzione di farmaci che agiscono sull'encefalo riducendo lo stimolo della fame, vi possono essere degli effetti negativi sulle emozioni e sul comportamento. Alcune di queste sostanze, oltre a ridurre l'appetito, inducono anche un senso di euforia che lascia generalmente il posto ad una più o meno grave depressione nel momento in cui non sono più assunte. Vi sono poi dei farmaci usati nelle diete che possono favorire la comparsa di malumore, stanchezza e sedazione.

E' importante sottolineare che, proprio per questi motivi, è assolutamente controindicata l'assunzione contemporanea di questi farmaci con quelli che agiscono sul sistema nervoso, come ad esempio gli antidepressivi.

Va sottolineato che spesso le diete dimagranti sono seguite in modo irrazionale, senza un programmato controllo medico, inducendo così considerevoli perdite di peso in breve tempo e privando l'organismo di componenti alimentari indispensabili.

In conclusione, una dieta malamente gestita può sicuramente favorire la comparsa di uno stato depressivo.

Il lavoro o lo studio eccessivo possono essere causa di depressione?

Se il ritmo di lavoro o di studio è esasperato al punto da non avere sufficienti ore di riposo ed una variazione dell'attività quotidiana, il benessere fisico ed emotivo può essere compromesso, anche se è difficile che questi fattori possano generare una depressione.

E' invece importante la qualità dell'attività svolta, vale a dire il modo in cui si lavora o si studia e soprattutto le condizioni in cui tali attività sono svolte.

I principali fattori di rischio sono: la mancanza di gratificazione personale, un ambiente lavorativo caratterizzato da situazioni di conflitto in cui il soggetto non riesce a trovare vie d'uscita o possibili soluzioni, un'errata organizzazione dei ritmi di lavoro che porta il soggetto a ridurre progressivamente, fino ad annullarli, i propri spazi di libertà.

Esistono diversi tipi di depressione?

Sì, esistono diversi tipi di depressione che si distinguono sulla base del decorso, della sintomatologia e del rapporto con gli eventi esterni, i quali possono determinare dei miglioramenti o peggioramenti.

Il *primo tipo* è l'episodio depressivo definito “Maggiore”, che consiste in un disturbo caratterizzato da sintomi depressivi di una certa gravità che hanno un inizio, un periodo in cui si mantengono e una progressiva risoluzione fino alla loro scomparsa. Un episodio depressivo maggiore, guarito con terapie specifiche, può ripresentarsi nel corso della vita di un paziente con caratteristiche simili al primo e senza cause apparenti. In questo caso si parla di “depressione ricorrente”, scarsamente influenzata dagli eventi esterni.

Il *secondo tipo di depressione* è definito “Distimia” e si diversifica dall'Episodio Depressivo Maggiore per gravità, decorso e persistenza nel tempo. Nella Distimia i sintomi sono meno gravi, ma si presentano per un periodo molto lungo, anche se possono verificarsi miglioramenti con brevi

periodi di benessere. Gli eventi esterni influenzano molto questa forma di depressione: eventi positivi possono influenzare sensibilmente il decorso dei sintomi, determinando transitori stati di benessere mentre eventi negativi possono peggiorare il quadro clinico e vanificare i risultati di una terapia.

Possiamo inoltre distinguere depressioni unipolari e bipolari.

La depressione unipolare è caratterizzata da vari episodi solo di tipo depressivo.

Quella bipolare si manifesta con episodi sia depressivi sia di eccitamento maniaco.

Ansia e depressione possono essere contemporaneamente presenti?

Spesso accade che sintomi ansiosi si associno a quelli depressivi. Il paziente, accanto alla tipica sintomatologia depressiva caratterizzata da tristezza, apatia, disinteresse, pessimismo e perdita di speranza, può presentare anche ansia, tensione, preoccupazione, sintomi ansiosi somatici, paura di avere una malattia organica.

La diagnosi che viene più frequentemente fatta in base a questo quadro è di “depressione ansiosa” o “disturbo ansioso-depressivo”.

Si sono svolti vari studi per chiarire se esistano dei rapporti di causalità tra sintomi ansiosi e depressivi.

In alcuni casi si suppone che i sintomi depressivi siano successivi alla presenza di quelli ansiosi (ad esempio Disturbo da Attacchi di Panico, seguito da Depressione Reattiva).

In altri casi si considerano i due disturbi indipendenti e coesistenti (ad es. Depressione Maggiore e Disturbo da Attacchi di Panico).

Può anche verificarsi che i sintomi ansiosi regrediscono in breve tempo e lascino posto a quelli depressivi.

In altri casi ancora un Episodio Depressivo Maggiore, nella fase finale, può residuare dei sintomi della serie ansiosa.

Chi soffre di depressione sta meglio la sera o la mattina?

Nella Depressione Maggiore è usuale che il paziente si senta particolarmente angosciato il mattino. Questo stato d'animo migliora con il trascorrere delle ore, nel pomeriggio o verso sera, con aumento dell'iniziativa e dell'energia. Quando la depressione è particolarmente grave, il paziente sta male indifferentemente per tutta la giornata. Con la terapia i primi segni di miglioramento si verificano nelle ore serali.

Anche dopo la guarigione alcuni disturbi possono rimanere nelle prime ore della mattina.

Nella “Distimia” e nelle “Depressioni reattive” si verifica la situazione contraria.

Vi possono essere comunque delle oscillazioni diurne dell'umore del tutto soggettive.

Il paziente con depressione può avere una riduzione della memoria?

Spesso capita che il paziente riferisca di non riuscire a ricordare eventi del giorno precedente o di avere fatto qualcosa, insomma di avere disturbi di memoria che gli recano difficoltà nel lavoro e nello studio. Inoltre riferisce, talvolta, di avere difficoltà nella concentrazione o nel tenere il “filo del discorso”.

Ciò è dovuto alla mancanza di motivazione, al disinteresse e alla difficoltà di mantenere l'attenzione per un tempo sufficiente su ciò che si sta facendo.

Spesso il paziente è molto preoccupato per queste alterazioni delle capacità intellettive, poiché teme che siano segni di un danno cerebrale definitivo.

L'alterazione delle normali funzioni intellettive è del tutto transitoria e reversibile e il recupero si verifica con il miglioramento delle condizioni depressive.

Il depresso è sempre apatico e inattivo o può anche essere irrequieto ed agitato?

Il più delle volte è apatico, non frequenta amici e conoscenti, è inattivo, riduce progressivamente i suoi spostamenti, preferisce non uscire. Nei casi più gravi trascorre tutta la giornata in casa su una poltrona o addirittura a letto. I suoi movimenti sono rallentati e a volte estremamente ridotti.

Se questi sono minimizzati e trascurati, come accadeva in passato per scarsa conoscenza o per poca attenzione ai disturbi depressivi, si possono verificare gravi peggioramenti che portano a uno stato di completa inespessività e di immobilità di chi soffre.

Vi sono pazienti che possono comportarsi in maniera del tutto opposta: sono spesso irrequieti, agitati, irritabili, perdono il controllo facilmente, fino a diventare aggressivi e ostili.

Dopo le cure, il paziente può avere un altro episodio depressivo?

Questa è una domanda che familiari e pazienti si pongono frequentemente. E' certamente più probabile che si manifesti un episodio depressivo in una persona che ha già sofferto di depressione rispetto a chi non ne ha mai sofferto. E' però difficile valutare se e quando si manifesterà.

Per questo motivo è importante rivolgersi allo specialista nel momento in cui si manifestino quei sintomi presenti nel precedente episodio, in quanto rappresentano un campanello d'allarme (astenia, insonnia, difficoltà di concentrazione).

Per quanto riguarda i farmaci e la durata della terapia occorre precisare che:

- se l'episodio è guarito completamente, i farmaci saranno continuati per qualche mese e gradualmente sospesi secondo schemi precisi;
- se gli episodi depressivi si ripetono a breve distanza l'uno dall'altro, i farmaci saranno continuati a lungo.

E' importante considerare se vi siano state cause esterne scatenanti l'insorgenza dei disturbi depressivi ed è importante rilevare la presenza di "situazioni stressanti stabili", per dare consigli e direttive su come risolverle o evitarle.

Esistono periodi critici in cui è più probabile che chi ha già sofferto, in passato, di episodi depressivi, possa avere una ricaduta. Ciò si può verificare nelle fasi del climaterio maschile e femminile, nelle separazioni affettive o quando avviene l'allontanamento dei figli dall'ambiente familiare.

E' vero che si può diventare depressi cronici?

Il termine "cronico" non va interpretato, nel caso della depressione, come una condizione stabile e inguaribile, ma come una condizione sempre potenzialmente reversibile con le cure adeguate oggi esistenti.

Non esistono depressioni croniche o irreversibili, ma depressioni che non sono state diagnosticate e curate in modo adeguato.

Che rapporto c'è tra depressione e "esaurimento nervoso"?

"Esaurimento nervoso" è un termine che non ha alcuna base scientifica, anche se molto usato. Questo termine nasconde l'idea errata che a causa delle troppe richieste esterne (troppo lavoro, ad esempio) le cellule nervose esauriscano la propria energia, più o meno come accade ad un cellulare troppo usato che resta senza carica.

Nel linguaggio comune, il termine "esaurimento nervoso" è usato in modo improprio e confuso per indicare ogni tipo di disturbo psichiatrico di qualsiasi genere.

Da qualche anno a questa parte è stato sostituito, sempre nel linguaggio comune, con il termine "depressione", anche in questo caso indicando qualunque disturbo psichiatrico.

La depressione, come si è più volte ripetuto nei capitoli precedenti, è invece una malattia consistente nell'alterazione del "tono dell'umore", che è una precisa funzione psichica.

Come si capisce se una condizione di depressione va considerata come malattia o uno stato normale?

Quando l'abbassamento del tono dell'umore ha una spiegazione "logica", dura per un tempo limitato e non porta ad una limitazione sensibile della propria quotidianità, va considerato come normale.

E' invece opportuno un intervento terapeutico tutte le volte che non vi è una causa adeguata e proporzionata, quando la depressione dura troppo a lungo e interferisce e inibisce la vita sociale, affettiva e lavorativa.

Quanto tempo bisogna aspettare perché una terapia antidepressiva faccia effetto?

Solitamente bisogna attendere almeno due settimane prima di avvertire i primi miglioramenti.

Ciò è dovuto al fatto che gli antidepressivi agiscono determinando l'aumento di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali a livello delle cellule nervose, il cui numero è di circa 100 miliardi. E' quindi ovvio che non è possibile attendersi miglioramenti nel giro di pochi giorni.

Talvolta si verifica un precoce benessere, anche solo dopo 1-2 giorni di terapia. Si tratta in genere di un beneficio transitorio, dovuto essenzialmente alle aspettative positive che il paziente ha nei confronti della cura, ma che non ha una reale base biologica legata all'azione del farmaco.

Al contrario può accadere che dopo 5-6 settimane di trattamento non si verifichi il miglioramento atteso. E' probabile che, in questi casi, la dose dei farmaci sia insufficiente e vada regolata.

Per quanto tempo vanno presi i farmaci antidepressivi?

La depressione necessita di trattamenti specifici che devono essere stabiliti dallo specialista e corretti di volta in volta sulla base dei sintomi e della fase di malattia in atto.

Dal momento in cui il paziente comincia ad assumere farmaci antidepressivi, occorre un tempo variabile da due a quattro settimane perché i sintomi si riducano. E' importante poi che la terapia sia protratta per almeno 4-6 mesi dopo la guarigione.

Trascorso un adeguato periodo di completo benessere è possibile ridurre gradualmente i dosaggi, fino a sospenderli del tutto.

Cosa succede se si saltano alcune somministrazioni dei farmaci antidepressivi?

Se non sono prese alcune compresse nel corso della giornata o si interrompe la terapia per uno o due giorni, il processo terapeutico non è interrotto, ma solo ritardato.

Bisogna comunque sottolineare che la terapia con antidepressivi non va mai sospesa in maniera improvvisa in quanto è molto probabile che si verifichi un "rimbalzo" dei sintomi, cioè una loro improvvisa ricomparsa, cosa che spesso è confusa con fenomeni di tipo carenziale. In tal caso i sintomi che compaiono sono nausea, diarrea, sudorazione, cefalea, brividi e disturbi del sonno.

La sospensione improvvisa di ansiolitici determina agitazione, vertigini, tremori e insonnia.

Si può diventare dipendenti dagli antidepressivi?

In generale le cure antidepressive non provocano alcun tipo di dipendenza fisica. E' però possibile che si venga ad instaurare una dipendenza di tipo psicologico, legata alla convinzione che

alla sospensione della terapia antidepressiva corrisponda una riattivazione dei sintomi. Questo tipo di timore determina a volte la prosecuzione della cura in un regime di autogestione.

Gli antidepressivi possono "cambiare la personalità"?

Questo timore è tanto diffuso quanto infondato e su di esso si basa la diffidenza di molti nei confronti di questi farmaci, dimenticando che sono proprio i sintomi depressivi a causare cambiamenti sostanziali nella personalità.

Di fatto, gli antidepressivi non agiscono modificando la struttura o la funzione cerebrale di base che determina le caratteristiche di personalità, ma agiscono solo nei casi in cui trovano una condizione "anormale" a livello dei neurotrasmettitori cerebrali.

Gli antidepressivi possono "togliere la lucidità"?

Anche questo pregiudizio è molto diffuso e viene trascurato il fatto che è il disturbo depressivo a determinare la riduzione della concentrazione, dell'attenzione e della memoria e, di conseguenza, un netto calo delle prestazioni in ambito lavorativo o dello studio.

A volte è anche possibile che l'entità delle suddette alterazioni sia tale da causare un vero e proprio stato subconfusionale.

Contrariamente a quanto si pensa, quindi, un trattamento antidepressivo ben condotto non solo non determina "perdita di lucidità", ma ne comporta un progressivo aumento, fino al recupero totale.

Gli antidepressivi possono causare disturbi della sessualità?

I farmaci antidepressivi, oltre al meccanismo principale cui si deve il loro effetto antidepressivo, possiedono delle azioni farmacologiche aggiuntive che possono causare, in alcuni soggetti, delle transitorie alterazioni sessuali.

Va sottolineato che tali disfunzioni sono del tutto analoghe a quelle dovute al disturbo depressivo stesso.

Quali sono gli effetti degli antidepressivi sul cuore, sulla circolazione o sull'apparato digerente?

Tutti i farmaci antidepressivi, seppure in misura differente gli uni dagli altri, hanno un'azione sulla funzione cardiaca e sulla circolazione. La maggior parte degli effetti riguardano la frequenza cardiaca, si verificano nelle fasi iniziali della terapia e sono quasi sempre transitori. Altri sono meno frequenti, ma richiedono un'attenzione particolare per assicurare al paziente una cura efficace e priva di rischi.

I pazienti che assumono antidepressivi possono presentare sintomi gastrointestinali di varia natura e sono rappresentati da effetti a livello della bocca, dello stomaco e dell'intestino. Nel complesso, comunque, i disturbi secondari degli antidepressivi a carico dell'apparato gastrointestinale non destano particolari preoccupazioni.

Nel depresso sono utili gli "ansiolitici" e i "sonniferi"?

In generale sono dei coadiuvanti della terapia antidepressiva e vanno sospesi gradatamente non appena l'insonnia o l'ansia siano migliorate.

Sono utili i "sali di litio" nella depressione?

I sali di litio non sono degli antidepressivi in senso stretto, ma appartengono alla classe di quei farmaci che sono definiti "stabilizzatori dell'umore". Per questa loro proprietà rappresentano i "farmaci" di prima scelta nella terapia del disturbo bipolare.

Servono i "ricostituenti" nella depressione?

Nella depressione non esistono sostanze con effetto tonico, energizzante e rinforzante. Accade spesso che siano prescritti dal medico di base per fornire un aiuto al paziente che lamenta uno statoastenico. I risultati sono però modesti perché all'origine della spossatezza del depresso non vi sono motivazioni di tipo fisico.

Lo statoastenico è, infatti, l'espressione fisica della scarsa quantità di energia psichica che caratterizza la depressione.

Serve la "cura del sonno" nella depressione?

La "cura del sonno" non esiste. Alcune terapie possono aumentare temporaneamente il numero totale di ore di sonno di un paziente e provocare una condizione di sonnolenza diurna.

Il "sonno" così indotto non ha tuttavia nessuna importanza terapeutica nella depressione.

Serve leggere i "foglietti illustrativi" che si trovano nelle confezioni dei farmaci che sono prescritti al depresso?

Lo scopo dei "foglietti illustrativi" è di dare un'informazione completa e precisa sul farmaco sia per chi lo usa sia per i familiari che eventualmente devono somministrarlo.

Per una disposizione del Ministero della Sanità, devono però essere riportati tutti gli effetti negativi che un farmaco può dare, anche i più rari, quindi improbabili.

Inoltre è usata una terminologia tecnica, di difficile comprensione per chi non ha una preparazione specifica.

Il tutto rischia di portare ad un ingiustificato timore nei confronti della pericolosità del farmaco, in realtà utile e necessario.

Come si riconosce in un anziano l'inizio di una depressione?

Nella persona anziana la depressione può manifestarsi sia con i sintomi tipici dei disturbi depressivi (tristezza, riduzione degli interessi, perdita di piacere per le attività abituali, disturbi del sonno e appetito), sia attraverso sintomi meno usuali, quali disturbi fisici, un dolore che non trova spiegazione in nessuna malattia somatica, ansia, irritabilità, aggressività, perdita di controllo, convinzione immotivata di essere danneggiato o ingiustamente osteggiato da altri (anche dai familiari).

Come si fa a capire se i disturbi della memoria sono legati all'invecchiamento precoce del cervello oppure alla depressione?

Nell'invecchiamento cerebrale precoce (demenza) vi è un'alterazione più o meno grave di ricordi recenti, che risultano sempre perduti, senza alcuna possibilità di "recuperarli". I ricordi più antichi sono, invece, ben conservati e rievocati correttamente.

Al contrario, nella depressione non vi è una vera perdita dei ricordi, né antichi né recenti, ma piuttosto una difficoltà a rievocarli: ciò significa che l'amnesia è solo apparente e non legata alla presenza di lesioni cerebrali.

Nella depressione, infatti, i disturbi di memoria regrediscono sempre con il miglioramento dei sintomi depressivi attraverso le terapie specifiche.

Nel caso in cui siano presenti forti dubbi diagnostici, una TAC o una RMN sono in grado di fornire risposte definitive.

Si può curare una persona depressa anche se molto anziana?

Per curare in modo efficace e risolutivo una depressione, non esistono limiti di età. Nell'anziano il compito può risultare più difficile per le condizioni di salute precarie o spesso per la presenza di malattie somatiche.

In ogni caso una terapia condotta con attenzione e scrupolo, che tenga conto di questi fattori, ottiene la medesima percentuale di successi raggiungibili in altre età della vita.

L'invecchiamento del cervello e la depressione sono, infatti, due eventi separati e ben distinti, per questo è un pregiudizio che non trova riscontri clinici ritenere che la depressione nell'anziano sia una conseguenza diretta dell'invecchiamento organico del cervello.

E' meglio ricoverare il depresso anziano o è preferibile curarlo a casa?

A livello di regola generale è sempre preferibile non ricoverare una persona anziana che soffre di depressione, tranne in casi estremi in cui vi è un elevato rischio di suicidio, quando il paziente rifiuta di curarsi, di alimentarsi, di prendersi cura di sé o quando non vi è alcuna possibilità di offrirgli un'assistenza adeguata.

In tutti gli altri casi è bene tenere presente che la persona anziana tende ad evitare e rifuggire i cambiamenti e le novità, per cui un ricovero ospedaliero, cambiando completamente i ritmi e la routine a cui l'anziano è abituato e rendendo più difficile il rapporto con i suoi cari, può contribuire ad aumentare la sua ansia e depressione.

Gli antidepressivi pongono problemi particolari se il paziente anziano assume altri farmaci per malattie fisiche?

Se il paziente assume più di un farmaco per diversi tipi di malattia, si possono verificare delle interazioni tra i vari farmaci. Di conseguenza l'attività delle varie sostanze può risultare modificata, con ripercussioni sull'efficacia terapeutica e sugli effetti collaterali, che possono aumentare o diminuire.

Va comunque detto che da qualche anno disponiamo di categorie di antidepressivi molto maneggevoli, che non interferiscono con la maggior parte di altri farmaci. Per tale motivo sono particolarmente indicati negli anziani.

E' importante che l'anziano depresso abbia una compagnia?

Sul piano pratico è sconsigliabile che un anziano depresso viva da solo. La presenza di un disturbo depressivo nell'anziano tende, infatti, a porre in primo piano il problema della solitudine e i sentimenti di sofferenza ad essa legati: l'angoscia di non avere più rapporti affettivi importanti, il terrore di "essere lasciato solo" e di essere abbandonato da tutti. Spesso questi vissuti non si accompagnano ad una reale situazione di abbandono, ma la depressione amplifica e fa vivere in modo più intenso e drammatico questi sentimenti. Se la condizione depressiva è di lieve entità, è consigliabile che le persone a cui il depresso è più affettivamente legato (figli, nipoti...) visitino quotidianamente l'anziano e "rinforzino" la loro presenza anche attraverso telefonate più frequenti.

Nel caso di condizione depressiva più grave, è preferibile che una persona di famiglia vada a stare per qualche tempo con la persona anziana. In questo modo, oltre a dare una testimonianza di presenza affettiva al malato, si avrà la possibilità di assicurarsi la regolare assunzione delle terapie.

Cap. 8 Alcune testimonianze

Il seguente capitolo è dedicato a storie di pazienti che hanno sofferto di depressione, ansia o attacchi di panico.

Alcune sono raccontate da me mentre altre sono presentate dagli stessi pazienti.

In ognuna delle situazioni è stata adottata una diversa strategia terapeutica, secondo il tipo di personalità e il problema specifico presenti.

Come a più riprese ribadito, il racconto delle diverse storie ha lo scopo di mostrare che non è possibile adottare lo stesso tipo d'intervento in tutti i casi, ma che questo va adattato e personalizzato.

Della storia di Eva e del nostro rapporto analitico ho ampiamente parlato nel libro “Eva e doc”.

Ne racconto una breve sintesi perché si tratta di una storia in cui una condizione di forte malessere depressivo è stata affrontata senza l'utilizzo di alcun tipo di farmaco, ma unicamente della relazione analitica.

La storia del rapporto analitico tra me e Eva comincia un giorno di ottobre del 1992, quando lei ha 28 anni, e si sviluppa in quasi cinque anni di incontri a frequenza bisettimanale.

Eva ha fin dall'inizio tenuto un diario analitico ed è grazie a ciò che ho potuto disporre di una mole di materiale da cui selezionare contenuti, riflessioni, sogni, disegni.

Non è stata un'impresa facile: tutto sembra importante, tutto appare essenziale perché tutto emotivamente carico.

Dovendo in ogni caso compiere una scelta, ho deciso di avvalermi soprattutto delle considerazioni di Eva scritte tra una seduta e l'altra.

Ho usato poi una serie di sogni, selezionati con la collaborazione della stessa Eva perché ritenuti i più indicativi di quanto man mano si muoveva in lei.

Per quanto riguarda la scelta del nome dei protagonisti, si è scelto Eva perché questo nome fa riferimento ad una figura femminile primordiale.

Per quanto riguarda me, ad un certo punto dell'analisi Eva ha iniziato a chiamarmi Doc (analista a denominazione d'origine controllata) e tale sono rimasto.

Ecco la presentazione che Eva fa di se stessa.

“Io nasco in un piccolo paese della Puglia, ultima di otto figli di cui sono viventi due fratelli e due sorelle.

Mia madre è casalinga e mio padre gestisce in proprio, con l'aiuto dei due figli maschi, un'officina meccanica.

Mi sono sempre chiesta se il mio concepimento fosse stato un incidente di percorso o se invece fu voluto: la prima delle due ipotesi mi è sempre apparsa la più probabile.

Fin dalla nascita è evidente la presenza di un grave disturbo, la lussazione congenita dell'anca bilaterale: ne conseguono ripetuti ricoveri ospedalieri in luoghi anche distanti dal comune di residenza. Quando ho cinque anni la mia famiglia si trasferisce in provincia di Novara: qui frequenterò l'ultimo anno di scuola materna e la prima elementare.

Di quel periodo gli unici ricordi che ho sono riferiti all'uso di tutori degli arti inferiori necessari per consentirmi la deambulazione.

All'età di sette anni sono messa in collegio a Bologna: là resterò fino alla licenza media, tornando a casa solo in occasione delle vacanze scolastiche.

I miei ricordi relativi agli anni di collegio si limitano a sporadici flash non collegabili tra loro.

Ricordo di aver avuto una grande amica, di aver desiderato intensamente l'affetto di alcune insegnanti e di essere entrata, per tale motivo, in competizione con le compagne. Mi piaceva passeggiare nel parco e mi chiedevo come doveva essere la vita “fuori”. Ricordo inoltre che l'unica persona di sesso maschile presente entro le mura del collegio era il cappellano.

In terza media comincio a fumare di nascosto. Il mio atteggiamento diventa ribelle e ostile nei confronti di alcune compagne e docenti tanto che le suore, preoccupate per il mio comportamento, chiedono un consulto presso una psicologa. Ho ritrovato, tra i documenti di mio padre, il referto che era stato rilasciato. Vi si dichiara che “la ragazza presenta problemi di rifiuto, atteggiamento oppositivo, conflitti e disadattamento legati a una percezione di rifiuto da parte dei genitori”.

Inoltre si consigliava “ il ritorno in famiglia della bambina, affinché si dileguino i suoi timori di essere senza un profondo sostegno affettivo”.

Sono convinta di dovere a questa diagnosi il mio rientro a casa. Sapevo, infatti, che mio padre intendeva farmi proseguire gli studi presso un altro collegio, a Firenze, e che già si era mosso in tal senso.

Al momento del rientro in famiglia ho quindi tredici anni.

Ritornando col pensiero a quel periodo, nella mia memoria vi è un duplice vuoto: uno relativo alla mia vita di collegio, di cui conservo pochissimi ricordi, l'altro relativo alla storia familiare fino al giorno del mio ritorno.

Mio fratello maggiore e la mia unica sorella si erano nel frattempo sposati.

Quell'estate ciò che resta della mia famiglia si trasferisce nel nuovo appartamento acquistato da mio padre. Già mi sento imposta, rafforzo tale convinzione a causa del dato concreto della mancanza di una stanza per me.

Oggi dico: "Non so come le cose fossero andate in precedenza, ma al mio arrivo la situazione si fece tragica".

Il fidanzamento di uno dei miei fratelli era duramente ostacolato dai miei genitori. Liti e lunghi silenzi caratterizzarono i primi anni di permanenza in famiglia. Sono anni duri, segnati dal rancore verso i miei genitori.

Intanto frequentavo l'Istituto Magistrale presso una scuola privata retta da suore. Un pulmino mi prelevava di mattina e mi riportava a casa la sera.

Non ebbi mai il permesso di partecipare ai viaggi di istruzione organizzati dalla scuola perché i genitori non ne capivano l'utilità. In terza e quarta magistrale potrò partecipare, grazie all'insistenza delle suore, agli Esercizi Spirituali.

Intorno ai quindici anni mi inserisco in un gruppo giovanile parrocchiale, dove svolgo attività di catechesi prima e di animazione poi. La partecipazione al gruppo mi consentiva di stare fuori di casa, anche se mia madre mi permetteva di recarmi solo se in compagnia di ragazze che abitavano nel vicinato. A volte, in occasione di riunioni serali, veniva lei stessa a prendermi (la distanza tra la casa e la parrocchia era di circa cinquecento metri).

L'impegno nella comunità parrocchiale rimane costante anche dopo il conseguimento del Diploma di Maturità e per tutto il periodo degli studi universitari, che sfoceranno nel conseguimento della Laurea in Pedagogia.

I quattro anni successivi alla laurea e precedenti l'inizio dell'analisi trascorrono dedicati al lavoro di educatrice e all'attività in parrocchia.

All'interno della famiglia mi sembra di vivere sentimenti a duplice tonalità affettiva: da un lato creo forti legami con i fratelli fatti di "complicità" contro i genitori; dall'altro ritengo di non avere mai provato sentimenti positivi verso mio padre e mia madre.

Bersaglio del mio rancore è soprattutto mia madre, vissuta come invadente, opprimente, intollerante, ricattatrice. Verso mio padre provo indifferenza. Egli non sembra avere un ruolo attivo nelle dinamiche familiari: nutro però il sospetto che in realtà sia lui a determinare i comportamenti materni.

Mio padre, in casa, parla poco e la sua vita si svolge tra il lavoro e la cura dell'orto. Quando è presente, se ne sta sdraiato sul divano per ore e ore.

Di quel periodo mi tornano in mente i violenti litigi in famiglia, cui assistevo, soprattutto nei primi tempi, impotente e spaventata. Mi pare di attribuire i comportamenti dei miei genitori alla loro provenienza geografica e culturale. Nasce in me il rifiuto di tutto ciò che ha sapore di "meridionalismo". Ci sono momenti in cui mi vergogno dei miei genitori.

Il bisogno di una figura materna positiva mi spinge a instaurare legami di dipendenza con una suora dell'Istituto Magistrale prima e dell'Asilo Parrocchiale poi.

I rapporti con i coetanei sono ambivalenti: stringo amicizie con ragazze ma ignoro totalmente le attenzioni che mi sono rivolte dai ragazzi del gruppo.

"Mi sembravano stupidi, piccoli, persi dietro cose senza valore e non in grado di offrirmi ciò di cui avevo bisogno", dico ripensando a quel periodo.

Le mie capacità organizzative e di animazione mi permettono comunque di ricoprire, all'interno del gruppo, un forte ruolo aggregante. Poco per volta divento l'interlocutrice privilegiata del sacerdote responsabile del gruppo stesso.

Ho poco più di sedici anni. Lui molti di più. Me ne innamoro: inizio una storia che durerà fino al trasferimento di lui presso un'altra parrocchia. E' una storia fatta di collaborazione nell'attività parrocchiale, di abbracci rubati, di sensi di colpa.

Quasi senza soluzione di continuità avrò un'altra relazione con un secondo sacerdote, Elio, mio coetaneo.

Questa relazione sarà molto più intensa, protratta nel tempo (circa sette anni), con ripetuti tentativi, sempre falliti, di porre fine a un rapporto che causava sofferenza a entrambi. Quando decidiamo di comune accordo di interrompere la relazione, mi fidanzò con un mio collega che da qualche tempo mostrava interesse per me. Frequento con lui il corso di preparazione al matrimonio, che però non sarà mai celebrato. Elio, infatti, non riesce ad accettare il distacco, ha uno scompenso psichico di tipo depressivo, effettua alcuni tentativi anticonservativi, è ricoverato in varie cliniche psichiatriche.

In occasione di uno dei ricoveri di Elio, conoscerò Doc e, circa un anno dopo, gli telefonerò chiedendo di iniziare un lavoro analitico.

In quel periodo Elio si apprestava a riprendere a celebrare Messa”.

Eva quindi inizia il suo percorso analitico in condizioni di estrema sofferenza, di vuoto e di perdita di senso.

Fin dalle prime battute, mi dice comunque di avere le idee chiare su cosa si aspetta dall'analisi e da me: vuole consapevolezza ed autonomia.

Mi racconta la sua storia, mi parla di sé, della sua famiglia, di Elio e della fine del rapporto con lui, dice “mi aiuti a capire”.

Se da un lato chiede di essere aiutata a comprendere, dall'altro è alla ricerca di qualcuno che riempia il suo vuoto.

E' arrivata da me dopo aver preso contatto con un altro terapeuta, dal quale è “fuggita” dopo il primo incontro perché questi le aveva dato l'impressione di avere già capito tutto di lei: problemi e soluzioni.

Aveva vissuto questa esperienza come qualcosa di molto distante da ciò di cui aveva bisogno, come qualcosa di molto freddo, in netta contrapposizione con il suo bisogno di calore e di accoglimento.

L'impressione è che il campo emotivo di Eva sia occupato pressoché totalmente da un bisogno di accettazione globale, totale, incondizionato. A tale bisogno si contrappone il vissuto di vuoto e di una solitudine desertica che le due esperienze precedenti, con Matteo e soprattutto con Elio, hanno accentuato, con conseguente aumento della sofferenza. Non riesce però a fermarsi e riflettere su queste dinamiche.

E' in una condizione di estremo bisogno, direi quasi di bisogno vorace, che Eva inizia il suo percorso analitico.

Il suo bisogno evoca in me la risposta, mi viene da dire “soccorrevole”, che uno stato di intensa ed evidente sofferenza attiva e ciò determina nei suoi confronti un atteggiamento di accoglimento e di accettazione.

D'altra parte però temo la distruttività del suo bisogno vorace. So che dovrò deluderla, man mano che aumenteranno le sue richieste nei miei confronti, ma questa consapevolezza non placa una mia inquietudine di fondo quando penso alla relazione analitica con Eva e al duro lavoro che ci aspetta.

Dopo circa cinque mesi di analisi, Eva porta il seguente sogno:

“Un grande salone, immenso e vuoto. Solo una panchina. Io parlo a lungo con un uomo (è come se gli raccontassi la mia intera vita). Sono in piedi davanti a lui: le mie ultime parole sono: “NON VOGLIO PIÙ ESSERE SOLA”. Appoggio la testa sul suo petto, lui mi abbraccia.

Stiamo un po' fermi così. Io sto piangendo. Lui si siede continuando ad abbracciarmi: mi fa sedere al suo fianco con la testa appoggiata sul suo petto. Inizio a piangere più forte. E' il pianto di una bambina. Poi, improvvisamente, la mia testa non è più appoggiata sul suo petto ma sulla sua pancia che ora sembra essere quella di una donna incinta...”

Ci dedichiamo al lavoro d'associazione.

L'immagine del suo parlare a lungo con un uomo le fa affermare che in fondo è quello che cerca, in altre parole un uomo che ascolti la sua vita e poi la prenda così com'è.

Con riferimento alle sue parole "Non voglio più essere sola" afferma che è questo il suo profondo bisogno, che la spinge alla ricerca di figure accoglienti e accettanti.

Il suo appoggiare la testa sul petto dell'uomo le fa venire in mente la richiesta d'accettazione.

Sento questo sogno come molto carico e cerco di fornire ad Eva qualche spunto di riflessione. Le dico che sembra essere una risposta da parte dell'inconscio al mio messaggio d'accettazione (l'uomo che l'abbraccia), e che il sogno sembra presentare un tipo di richiesta "materna" nel senso d'accettazione globale (il petto dell'uomo che diventa "pancia gravida").

Prima di andarsene, Eva chiede di potere riavere il foglio su cui ha scritto il sogno, per poterlo rivedere con calma.

Il giorno stesso della seduta scrive nel suo diario:

"Un grande salone immenso e vuoto: riproduzione fotografica di come mi vivo. Un salone fa pensare a qualcosa di bello, finemente arredato, divani, tappeti, quadri, soprammobili... Il mio salone invece è vuoto! Struttura che racchiude il nulla. Sembra necessaria la percezione di questo vuoto, di questo nulla. Solo in esso prende voce il grido disperato di una vita: "Non voglio più essere sola".

Solitudine... malattia che invade e fa gridare dal dolore. Racconto la mia intera vita (la mia solitudine) all'uomo del sogno, a Doc. Lui si siede, mi fa sedere al suo fianco, con la testa sul suo petto. L'impressione è che basterebbe un niente, un piccolo gesto, anche casuale, e questo abbraccio potrebbe trasformarsi in amplesso...

C'è grande tenerezza in questa immagine. E' tenero quest'uomo che mi abbraccia, dando a questo gesto il significato di un accoglimento totale.

Desidero fermarmi qui, in questa immagine sinonimo d'accettazione, protezione e sicurezza... il tutto chiesto a quest'uomo che si trasforma in una donna incinta..."

Accetta di prendere in considerazione il suo materiale onirico e lo fa nei confronti di un sogno che sembra riprodurre, con toni molto carichi, il suo vissuto di vuoto interiore (immenso salone non arredato) e l'urgenza del bisogno di superamento dell'angoscia che tale vuoto determina.

E' quest'urgenza che la spinge alla ricerca di qualcuno che l'accolga, che contenga il suo dolore con un abbraccio. E' un dolore antico e il suo pianto diventa quello di una bambina, mentre il petto dell'uomo diventa la pancia di una donna gravida.

Eva sembra quindi spinta verso la ricerca di un'accettazione totale, si potrebbe dire di tipo fusionale, l'unica che sembri poter placare la sua "fame d'amore"...

Man mano che procedono i nostri incontri, l'investimento da parte sua nei miei confronti diventa sempre più massiccio e il carico emotivo sempre più intenso.

La Eva che è venuta da me per un lavoro d'analisi sembra assistere, quasi sorpresa e impotente, alla progressiva importanza che assume la mia persona per la sua parte dominata dal vuoto e dalla solitudine, che spinge unicamente verso la ricerca di qualcuno che possa placare l'angoscia.

Ne deriva una sorta d'oscillazione Doc/Elio.

Eva sembra a volte assorbita dal desiderio nostalgico del rapporto con Elio, di cui viene scotomizzata la parte relativa agli ultimi anni ed esaltata quella delle fasi iniziali.

E' però anche presente la consapevolezza dell'impossibilità di rendere concreto questo desiderio: Elio ha ripreso la sua funzione sacerdotale e la fuga nel passato si rivela sempre più illusoria.

Del resto anche la sua richiesta nei miei confronti si scontra con i limiti della relazione analitica.

La sommatoria derivante dall'impossibilità di un ritorno al passato e l'impossibilità del presente determina un potenziamento dell'angoscia, un vissuto di trappola, una sempre maggiore identificazione di Eva con il suo bisogno frustrato d'accoglimento totale.

Nel marzo '94 (dopo circa un anno e mezzo di analisi) Eva porta in seduta una fiaba che lei stessa ha scritto e che mi propone. L'ha intitolata "Metamorfosi (o morte di un aspirante cigno)".

"Una volta, non molto tempo fa, sulle sponde di un piccolo stagno, viveva una famiglia di anatre. Erano già in molti, ma mamma anatra decise che c'erano acqua, aria, e cibo sufficienti per altri piccoli anatrini: erano così belli e così dolci i suoi piccoli che averne altri sarebbe stata sicuramente una grande gioia per tutti gli abitanti dello stagno.

Arrivò così il tempo della cova. Una ad una le uova si schiusero permettendo a molte paia di occhietti neri di affacciarsi all'azzurro dello stagno: un'immensità rispetto al piccolo e buio spazio dell'uovo. Erano tutti felici, gli anatrini: impararono a procurarsi il cibo, a nuotare, a ricevere tenerezze dalla loro mamma e a scambiarsi affettuosità tra loro. Tutto procedeva per il meglio.

Poi arrivò quel tempo in cui tutti i piccoli di ogni specie escono dall'incoscienza e aprono la mente ai misteri della vita.

Ogni piccolo anatrino imparò a riconoscersi e a distinguersi dagli altri, scoprì di essere un piccolo mondo in mezzo ad altri piccoli mondi di un grande universo. Ognuno fece l'inventario di ciò che la natura gli aveva messo a disposizione per conquistare il proprio posto al sole.

Uno di loro scoprì di sapere volare più in alto di tutti: quella sua arte gli avrebbe procurato un posto nello stagno. Un altro si rese conto che nessuno era più veloce di lui nel nuoto: iniziò ad allenarsi per il suo futuro di campione.

Nell'angolino più appartato dello stagno, rannicchiato su una pietra in modo da ricevere la propria immagine riflessa dall'acqua, se ne stava triste e sconcolato il più piccolo degli anatrini. Non sapeva da dove iniziare il suo inventario. Fino a poco tempo prima aveva creduto di essere come i suoi fratelli. Ma ben presto, grazie alla conquista della capacità di osservare e osservarsi, aveva dovuto riconoscere che qualcosa non stava andando per il verso giusto. Il suo modo di camminare, per esempio, era diverso da quello degli altri: non era solo questione di stile o di eleganza! Il suo scarso equilibrio e la tentennante stabilità delle sue zampe non gli permettevano di stare al passo con gli altri. Quando, tutti in fila, si recavano allo stagno, era sempre l'ultimo a tuffarsi. Inoltre nuotava male e non era in grado di volare.

L'anatrino, guardando la sua immagine riflessa, si accorse di non essere neppure bello. Insomma: il suo foglio d'inventario rimaneva bianco, la matita giaceva inutilizzata sulla pietra al suo fianco.

L'anatrino non s'arrese: "Forse non mi sto osservando nel modo esatto, forse non devo guardarmi nell'acqua per scoprire cosa scrivere sul foglio bianco". Così chiuse gli occhi, cercò di guardarsi dentro, al di là delle sue piume e della sua carne. Si sentì ben presto invadere da una strana sensazione... nel profondo della sua anima c'era una grande quantità di, di... qualcosa che non sapeva definire. C'era un grande spazio vuoto.

Si fermò a pensare, s'immerse in quel vuoto fino a quando non riuscì a dargli un nome: lo chiamò "bisogno d'amore".

Percorse molte strade, incontrò molti suoi simili, piccoli e grandi, ma lui continuava a sentirsi solo... un fantasma non visto.

Forse lui non sapeva rendere palesi i suoi desideri, forse gli altri avevano il suo stesso problema... fatto sta che, tra ricerche e tentativi, il tempo passava.

Arrivò quel periodo in cui gli anatrini si preparavano a divenire giovani: fu proprio allora che il piccolo credette di avere trovato tra i suoi simili colui che sarebbe stato in grado di vedere al di là delle sue piume e della sua carne. Si sentì rinascere, si sentì librare in volo, ad altezze vertiginose.

Il suo compagno versava nella sua anima, goccia dopo goccia, l'elisir che fece restringere i margini del suo vuoto.

Poi, all'improvviso, qualcosa cambiò. Forse il suo compagno, nel tentativo di riempire il suo vuoto, era rimasto egli stesso senza elisir o forse il vuoto dell'anatrino si era fatto, col passare del tempo, incolmabile. Il suo compagno si ammalò.

Così, mentre nel frattempo i suoi fratelli erano diventati chi campione di nuoto, chi insegnante di volo, chi mamma o papà di nuovi anatrini, lui si ritrovò nuovamente solo.

Assalito dalla nostalgia delle altezze vertiginose toccate nel suo pur breve volo, si rimise a cercare in giro per il mondo chi potesse ancora riempire il suo vuoto.

Un giorno, in cui si sentiva più triste del solito, si guardò dentro, chiuse gli occhi e rimase sconvolto: la sua anima non esisteva più. Nel grande spazio vagavano piccoli infiniti frammenti. Riconobbe tra questi quelli della delusione, quelli dell'aggressività e della rabbia, vide i frammenti delle colpe, vide i buchi neri delle paure, le macchie oscure dell'angoscia. Si spaventò. Capì di non poter fare da solo.

Si ricordò che aveva sentito parlare di certi suoi simili che, si diceva, sapevano ricostruire le anime frammentate dei piccoli anatrini come lui. Ne aveva anche visti alcuni: erano splendidi uccelli bianchi chiamati "cigni". Ne scelse uno e si recò da lui. Gli raccontò del suo girovagare per il mondo, gli narrò dei suoi voli vertiginosi e delle sue cadute abissali, delle sue paure e delle sue angosce, ma soprattutto gli parlò del suo grande spazio vuoto. Fu un racconto molto lungo, fatto di tante parole e di altrettanti silenzi. L'anatrino però, a mano a mano che procedeva nel suo racconto, non si era accorto che il suo compagno cigno diventava, per la sua anima, più importante dell'aria che respirava. Pensò tra sé che proprio in lui, nel cigno, si trovava ciò che cercava da sempre.

"Il cigno, con il suo amore, potrebbe riempire il mio vuoto", pensò.

L'anatrino, però, tutto questo proprio non ce la faceva a dirlo al cigno e inoltre c'erano tanti altri anatrini come lui che avevano scelto quello stesso cigno come proprio compagno.

Il bisogno di avere il cigno solo per sé crebbe incontrollato. L'anatrino avrebbe voluto che il cigno lo stringesse tra le sue ali, che gli trasmettesse il calore del suo corpo, quel calore, lui lo sapeva, che gli avrebbe permesso di tornare a volare.

Passò altro tempo. Poi, un giorno in cui lo stagno era spazzato da vento e neve, trovò il coraggio di rivelare al cigno ciò che provava per lui. Era impaurito, tremava. Cercò di farsi coraggio pensando che sicuramente il cigno aveva già letto nella sua anima ciò che ora lui cercava di trasformare in parole".

Quasi tutta la seduta trascorre nell'ascolto del racconto.

E' chiara la natura autobiografica e sono evidenti le analogie anatrino/Eva. C'è la malattia alla zampetta che evoca la malattia di Eva alle gambe, c'è la scoperta del vuoto interiore, c'è l'incontro con Elio e la fine del rapporto con lui, c'è l'incontro con Doc, il cigno: "Il cigno, con il suo amore, potrebbe riempire il mio vuoto".

E' da me cigno-doc, che concretamente si aspetta che il suo vuoto sia riempito, che il suo bisogno d'amore sia saziato.

Le comunico queste poche cose, senza entrare in merito a nessuno dei temi trattati, con il proposito di parlarne negli incontri successivi.

Il mio commento è però vissuto male da Eva, come se volesse depotenziare la carica emotiva presente nel suo racconto.

La sua delusione è palese e resto con la sensazione di essere riuscito a comunicarle soltanto che il racconto e i suoi contenuti potranno essere oggetto di lavoro analitico. Forse la sua aspettativa era che "il cigno la abbracciasse tra le sue ali".

Ha sul volto i segni della delusione e io ho l'impressione di avere perso un'occasione per un avvicinamento a lei.

Nella seduta successiva non parlerà più del suo racconto.

Porta uno scritto nel suo diario, che mi porge perché io possa leggerlo. Si intitola: "Decalogo del buon analista":

1- Il paziente, di qualunque sesso o età, è sempre una persona malata.

2- *Se tende a dimenticarsene, sta all'analista fare in modo che se ne ricordi.*

3- *Spingere il paziente a prendere coscienza del suo stato emotivo e incoraggiarlo alla verbalizzazione.*

4- *Ogni sua manifestazione emotiva è da considerarsi espressione della sua malattia.*

5- *Se tale manifestazione emotiva dovesse presentarsi sotto forma di amore, sarà compito dell'analista ridurla alle originali infantili fantasie sessuali.*

6- *Se la tecnica suggerita sopra non dovesse dare buoni risultati, procedere tenendo presente la problematica degli opposti.*

7- *Opposto dell'odio è l'amore. Spingere il paziente a manifestarlo, stuzzicando la sua aggressività: è sempre preferibile avere a che fare con un paziente aggressivo che con un innamorato.*

8- *Preoccupazioni e coinvolgimenti emotivi dell'analista non sono compresi nell'onorario. Se presenti, per funzionamento difettoso, non esulano dall'orario della seduta.*

9- *Evitare qualsiasi contatto fisico con i pazienti: potrebbe contaminare. E' consentita una frettolosa stretta di mano al momento del congedo.*

10- *E' vitale per l'analista rispettare i punti dall'1 al 9.*

Ritorna l'aggressività.

I miei tentativi di mettere in relazione la sua delusione della seduta precedente e l'origine del decalogo cadono nel vuoto.

E' di nuovo lontana. Un silenzio plumbeo occupa il resto della seduta. Il decalogo è un atto di accusa nei miei confronti: non sono disposto al coinvolgimento emotivo con lei, resto "arroccato" nel mio ruolo di analista, non sono disponibile a darle ciò di cui lei ha bisogno, ad abbracciarla "tra le mie ali".

Sono disponibile solo a "parlare" degli stati emotivi, ma non a viverli concretamente attraverso il contatto fisico (tranne una frettolosa stretta di mano al momento del congedo).

Eva vive tutto ciò come un rifiuto che la relega al ruolo di "persona malata" così come "ogni espressione emotiva è da considerarsi espressione della malattia".

Mi ritrovo ad interrogarmi su quanto ciò sia espressione del bisogno di Eva di accoglimento totale, senza limiti, e quanto anche sia conseguente a un mio difetto di capacità di comunicazione empatica con lei, o a un mio difetto di accoglimento, quando Eva porta in seduta materiale emotivamente molto carico.

E' questo uno dei non rari periodi di crisi del lavoro e della relazione analitica.

Le sedute di questo periodo sono caratterizzate dalla sua rabbia nei miei confronti, che si esprime soprattutto in lunghi silenzi e in pianti silenziosi. A volte la sua aggressività è più diretta. Scrive, ad esempio, in questo periodo sul suo diario:

"Ritengo che la situazione analitica sia nel suo insieme un esempio di crudeltà pura e che l'analista, per essere tale, debba essere riuscito a sublimare una buona dose di sadismo. Così si spiega un metodo che prevede che il paziente sviluppi, nei confronti dell'analista, sentimenti, interessi, che però non devono essere vissuti ma sezionati. In questo sta la crudeltà: il paziente vive, con la massima intensità possibile, sentimenti di amore e di odio che comunque non sono in alcun modo consumabili".

Commento quanto ha scritto dicendo che la sua osservazione mi trova in parte d'accordo. E' vero che nell'ambito di una relazione analitica sono attivate spinte pulsionali che tendono naturalmente alla scarica e alla soddisfazione. Il lavoro analitico ha però come primaria l'urgenza della consapevolezza, nell'ambito di un modello con finalità terapeutiche.

Sottolineo che è l'urgenza della soddisfazione immediata che sollecita la ribellione o la denuncia di aberrazioni del metodo, relativizzando il fine primario del lavoro analitico, che è quello della trasformazione tramite la consapevolezza.

Ma le mie parole cadono nel vuoto e non sortiscono effetto alcuno. Per molte settimane le sedute sono cariche della sua aggressività: Eva si identifica con la sua parte che ha bisogno di essere accettata totalmente e concretamente, ma questa parte è "solo una parte". Ce n'è però anche un'altra, quella più sana, che è in grado di riflettere, di prendere coscienza, che è in grado, cioè di crescere, ed è con questa parte che mi devo alleare.

Fiducia nella sua presenza.

Questa parte a volte sembra non esserci, ma a volte riesce a manifestare la propria presenza. Ad esempio Eva scrive sul suo diario, a seguito della stimolazione da parte di un sogno della notte precedente (siamo nel luglio 1994):

"Un pensiero improvviso: ciò che vivo nei confronti di Doc riassume tutta la mia vita emotiva. Questa sera vivo questa affermazione come un'evidenza. Non è un pensiero, non è un'ipotesi: è pura evidenza! Tutta la vita spesa alla ricerca di un legame profondo che mi permettesse di dire: sono viva, amo. Sì. Un legame assoluto, totale, completo: così o niente.

Conoscenze non approfondite, amicizie interrotte nella attesa di questo incontro fatale. Era quasi come se dicessi a me stessa: "Verrà il giorno in cui comincerai a vivere davvero: adesso cerca di sopravvivere come puoi, dopo vivrai".

Aspettare qualcuno per dirgli: "Fammi vivere"

C'è in me questa forza che preme, che chiede soddisfazione.

Ho trovato uno scoglio: Doc. Lui come Elio. La storia si ripete ma il finale è diverso.

Una parte di me dice "per fortuna"; l'altra soffre come un animale in gabbia che non riesce ad afferrare il cibo al di là delle sbarre.

Ha ragione Doc. E' inutile affermare: "E' tutto stupido". Fosse stupido, non farebbe così male. So che per il mio bene è essenziale che Doc rimanga quello che è. Però mi sento persa. E' quasi come essere più sola".

Un improvviso sprazzo di luce nelle tenebre: questa è la sensazione che mi provoca il sentire le riflessioni portate da Eva.

Sono molto contento per quanto lei ha detto perché mi sembra un segnale prospetticamente positivo circa la possibilità di portare avanti il lavoro analitico, anche se è molto probabile che i movimenti regressivi non tarderanno a ripresentarsi.

Le sedute successive si svolgono in un clima di serenità e collaborazione ed è ora possibile parlare dei suoi bisogni e di come, in passato, ha cercato di soddisfarli.

Un momento importante del lavoro analitico avviene durante una seduta particolare del febbraio '95, dopo circa due anni di lavoro analitico

In apertura di seduta accenna ad un sogno di cui conserva solo un vago ricordo: doveva recarsi da un'analista donna per un'analisi che doveva cominciare in Puglia.

Che è il suo luogo d'origine. Dopo avere raccontato il sogno, tace, come assorta in riflessioni che l'assorbono totalmente.

Il silenzio che segue è diverso dai molti precedenti. Non avverto aggressività, né particolare angoscia. Sento di doverlo rispettare e attendere.

Intanto le condizioni in cui si svolge il nostro incontro diventano particolari. La seduta è iniziata in un'ora del tardo pomeriggio in cui l'illuminazione era ancora sufficiente e per tale motivo la luce della stanza era ancora spenta. Nel giro di poco tempo, come succede nei pomeriggi d'inverno, la stanza resta avvolta nella semioscurità e questo, assieme al silenzio assoluto, conferisce all'incontro quel clima particolare cui accennavo prima.

Ci veniamo così a trovare in una condizione che ha qualcosa d'irreale. Ad un certo punto dice:

“Mi ha costretta... Mi rendo conto di aver chiesto sia a Elio sia a lei tutto: aiuto, guida, amore... Molti ruoli condensati nella stessa persona... Con il risultato di non prendere la mia vita nelle mie mani... Non c'è più spazio per la fantasia... La odio per avermi costretta a queste conclusioni... E' tutto così scomodo, difficile... Mi sento contemporaneamente più ricca e più povera... E' come se iniziassi a camminare da sola... Lei mi darà una mano, ma reggeranno le mie gambe?...”

Subito dopo la seduta Eva scrive nel suo diario:

“Se avesse acceso la luce, lo avrei ucciso.

Sensazione di essere in un posto oscuro, profondo, sconosciuto, ma non paura... pace...

Sensazione, per la prima volta, di comunione con Doc...”

Anch'io resto con la sensazione di un avvicinamento tra noi quale forse prima non c'era mai stato.

Le condizioni un po' irreali che si erano venute man mano creando nel corso di quest'incontro, il silenzio particolare, le cose che Eva ha detto e anche il suo tono di voce, fanno di quest'incontro uno dei momenti più significativi del rapporto con Eva e potrebbero segnare anche un punto di svolta del rapporto con se stessa.

La durata di questa “pausa” è però di circa cinque mesi.

Segue una nuova virata verso il basso del tono dell'umore. Eva è di nuovo lontana, chiusa nel suo dolore e nella sua solitudine. Quanto scrive nel suo diario, il 9/06/96, rende bene il suo stato d'animo attuale.

“Lui non può capire. E' una sofferenza incomunicabile e poiché tale incomprendibile anche a chi, forse, vorrebbe capire.

Solitudine.

Una madre ti dà la vita, quella corporea, materiale. Ma poi ti abbandona a te stessa. Ti ritrovi chiusa, sola, in un cerchio, sognando un sole che ti permetterà di usare i suoi raggi per tirartene fuori.

Come può chi non ha mai provato cosa significhi essere UNITO, trarre da questa mancata unione originaria la forza per essere vivo?

Se la fusione originaria è quella che permette poi all'individuo di formarsi come “essere uno” cosa succede a chi questo è stato negato? Fusione come passaggio obbligato. Fusione che presuppone accettazione globale di spirito e di corpo.

Elio mi ha sempre amata e rifiutata contemporaneamente: voleva i miei pensieri ma non il mio corpo (Dio non lo permetteva).

Andrea voleva il mio corpo ma non la mia realtà interiore.

Doc rifiuta l'una e l'altro”.

Nei giorni successivi si reca a Padova per sostenere un altro esame.

Ne approfitta per fermarsi qualche giorno a Venezia, ospite di un'amica.

In quell'occasione conosce Davide, un uomo divorziato e che ha da poco interrotto una relazione sentimentale che durava da molti anni.

Davide la invita a cena e lei accetta. Trascorrono quindi insieme la serata. Nel nostro incontro successivo Eva fa un breve cenno a Davide, ma poi orienta il discorso su di noi e sul nostro rapporto.

E' ancora irritata per il mio rifiuto nei confronti della sua richiesta della tesi (uno dei molti tentativi messi in atto) e dice che questo ha nuovamente attivato un vissuto più generale di un mio rifiuto di lei come persona.

Prendo atto della sua collera, ma specifico che ha fatto un'estensione, dalla tesi a tutta se stessa, che non sento in sintonia con il mio vissuto nei suoi confronti. Sottolineo l'importanza del rispetto delle regole del lavoro analitico, là dove una loro trasgressione può comportare il fallimento di tale lavoro, che è l'acquisizione della consapevolezza.

Mi viene in mente una metafora del rapporto analitico: è come se si trattasse di una cornice all'interno della quale si svolgono tutta una serie di movimenti affettivi. La cornice ne è il contenitore, che deve restare integro, pena la dispersione dei contenuti e la vanificazione di una loro acquisizione di senso.

La cornice è fatta di regole che non escludono la presenza di legami affettivi tra i due. La rassicuro sulla presenza in me di un legame affettivo nei suoi confronti, nel rispetto comunque della cornice, che sento salda e non in pericolo.

Eva non ribatte nulla alle mie affermazioni, ma si vede che non ne è convinta.

Segue l'interruzione per il periodo estivo (1995).

La ripresa autunnale dei nostri incontri vede Eva impegnata ad affrontare una situazione nuova, quella con Davide. Durante il periodo estivo lui l'ha invitata a Venezia, dove lei è rimasta tre giorni. Davide ha specificato che il tutto doveva essere vissuto "per gioco", lei aveva accettato. Dopo i tre giorni trascorsi assieme è però seguito un vissuto di perdita, la sensazione che il tutto sia stato solo una parentesi, e sono queste le sensazioni che vive alla ripresa dell'analisi. Ai primi di Settembre, comunque, Davide la richiama e la invita di nuovo a trascorrere un fine settimana da lui.

E' una sorta d'altalena tra speranza e delusione, in una situazione in cui non c'è certezza né possibilità di programmare il futuro.

Per quanto riguarda il clima dei nostri incontri, l'atteggiamento di Eva nei miei confronti è decisamente più sereno e collaborativo.

Non è presente quella carica aggressiva che aveva caratterizzato molte sedute prima della interruzione estiva: parla, inizialmente con qualche titubanza ma poi sempre più liberamente, di Davide e del suo rapporto con lui.

Direi che una parte della sua energia psichica è stata disinvestita dal rapporto analitico ed è ora impegnata nel cercare di comprendere l'evoluzione del rapporto con Davide.

Da parte mia trovo Eva più disponibile al rapporto con me, sempre attenta ai messaggi che giungono dai sogni, più orientata al rapporto con se stessa.

Ciò che scrive nel suo diario rende bene qual è il suo vissuto nei miei confronti in questo periodo:

"Sono arrabbiata con Doc perché in qualche modo lo ritengo responsabile di mandarmi allo sbaraglio... Ma gli voglio bene.

Perché corro il rischio di non farcela?

Con Doc non ce l'ho fatta eppure non mi sento uno straccio. In fondo l'unica realtà che non ha accettato di me è stato il mio corpo.

Non mi sento uno straccio. E' vero che sono delusa e in qualche modo spiazzata, ma è anche vero che lui è l'unico uomo della mia vita che, pur avendo avuto da me "l'autorizzazione" ad esercitare il potere che gli demandavo, me lo ha restituito invece di farne un uso personale.

Ha rotto la catena, rifiutandosi di vivere il ruolo che io gli attribuivo.

Rifiutandomi, in un certo senso, ma senza farmi sentire rifiutata "in toto".

Non ha accettato il mio sacrificio!

Mi ero offerta a lui completamente, senza riserve... senza neppure rendermi conto che mi offrivo per perdermi, credendo al contrario di salvarmi.

Ha accettato tutto di me non per appropriarsene ma per restituirlo.

Non mi sento uno straccio perché ha restituito a me stessa una parte di me stessa.

Non ha voluto far parte del quadro, accontentandosi di essere cornice.

Ma una tela ha la possibilità di restare intatta anche se la cornice dovesse essere rimossa?"

Eva è disorientata dal comportamento di Davide. Nel rapporto con lui entra inevitabilmente in gioco la sua fame d'amore e il suo bisogno di una vicinanza concreta chiaramente manifestata ed espressa mediante parole e gesti.

Ciò che sconcerta Eva è che Davide, quando sono insieme, è estremamente disponibile nei suoi confronti, mostra piacere nello stare con lei, la desidera, ma sembra bloccarsi quando Eva vuole parlargli dei sentimenti che prova nei suoi confronti o gli pone domande su ciò che lui prova per lei.

Eva dice che in quelle occasioni avverte che Davide si irrigidisce, cerca di sviare il discorso oppure le ricorda che è ancora valido quanto si sono detti la prima volta, fissando il loro primo incontro dopo la cena: “Ricordati che è solo un gioco”.

Davide sembra quasi ritrarsi di fronte a un coinvolgimento emotivo e ciò in contraddizione con il suo atteggiamento concreto.

E' questo che disorienta Eva e che la pone nella necessità di non affrontare apertamente il discorso con lui, anche se ne avverte il bisogno.

E' come se lei dovesse mantenere chiuso l'argomento sugli affetti e quindi vivere quella situazione giorno dopo giorno, così come si presenta, rinunciando a certezze o promesse o prospettive future.

E' questa la tensione emotiva che l'accompagna nel rapporto con Davide e ciò comporta per lei un notevole sforzo, fatica e anche sofferenza.

Questi sono gli argomenti oggetto di discussione delle sedute di questo periodo. A volte sembra prevalere l'incapacità di Eva di tollerare la situazione, a volte è invece presente la distinzione tra le sue aspettative e la difficoltà di Davide a aderirvi, e questo anche come conseguenza dei suoi due rapporti precedenti, quello matrimoniale e quello successivo, entrambi fonte di molta sofferenza.

E' come se Davide adottasse una sorta di difesa preventiva nei confronti di un coinvolgimento emotivo, per evitare di trovarsi nuovamente nella condizione di soffrire.

In queste settimane è comunque visibile un notevole cambiamento in Eva dal punto di vista estetico.

Anche stimolata da Davide, adesso ha molta più cura della sua persona, comincia ad usare un leggero trucco, va spesso dal parrucchiere, acquista sempre più spesso abiti nuovi, scarpe, borse e ciò soprattutto quando è a Venezia. Davide la accompagna nei vari negozi e partecipa attivamente alle scelte, sia consigliandola sia contribuendo agli acquisti.

La sua immagine estetica, in queste settimane, è decisamente modificata rispetto alla ragazzina “acqua e sapone” di prima.

Anche lei è sorpresa e compiaciuta di tutto ciò: adesso appare più donna. Durante le vacanze natalizie Eva e Davide trascorrono cinque giorni insieme e questa volta non a casa di Davide. E' la prima volta che ciò si verifica e lei ne conserva un ricordo piacevole.

Ha dovuto operare una forzatura su se stessa per evitare di parlare dei loro reciproci sentimenti evitando così irrigidimenti o tensioni in Davide.

Avverte comunque la difficoltà a contenere lo stato emotivo che ne consegue e ciò determina uno stato di inquietudine di fondo.

Eva è quindi chiamata a elaborare la dimensione del rapporto che Davide le propone, un rapporto in cui vi è una certa difesa dal sentimento. Davide non incarna il maschile ideale, l'eroe solare cui affidarsi, che è ciò che lei cerca da sempre. E' però una presenza concreta e lei è chiamata ad accettarlo con i suoi limiti.

Dalla elaborazione di ciò scaturisce la lettera che scrive a Davide:

“Per me è tempo di accettare quello che la vita mi offre, senza volere assumere ad ogni costo il ruolo di Don Chisciotte che combatte contro i mulini a vento.

Non voglio dire che non spero in qualcosa di più, in un legame più profondo, più completo, più gratificante.

Verrà, se c'è anche per esso un “tempo” in cui dovrà accadere.

Ma oggi per me è tempo di vivere questa mia relazione con te e di viverla come essa mi si offre.

Quello che puoi darmi me lo stai dando, quello che non puoi darmi, non ho il diritto di pretenderlo.

Voglio che tu sappia che sono consapevole di quello che faccio, dei rischi che corro, di ciò che vorrei e di quello che ho, di ciò che ottengo e di ciò che perdo in questo rapporto con te”.

Con questa lettera concludo il racconto delle vicende analitiche del rapporto con Eva.

Altre cose seguiranno nell'anno successivo: il conseguimento della laurea, la progressiva stabilizzazione del rapporto con Davide, la progressiva stabilizzazione del rapporto con me, che

acquisisce carattere sempre più paritario e infine la realizzazione del desiderio di andare a vivere per conto proprio.

Nessuno di questi passaggi è stato indolore e soprattutto l'ultimo ha comportato il pagamento di un elevato prezzo emotivo.

Molti di coloro che hanno letto il libro mi hanno chiesto qualcosa di più sul "dopo", poco soddisfatti dalle poche indicazioni contenute nel libro.

A me è sembrato opportuno interrompere il racconto a questo punto, con la lettera di Eva a Davide. Del resto non volevo raccontare una storia a lieto fine, una di quelle in cui "tutti vissero felici e contenti".

Il mio scopo era di raccontare un percorso analitico. Non si è trattato, così come non si tratta mai, di un percorso lineare, ma piuttosto oscillante, con oscillazioni a volte violente.

Inizialmente Eva cerca il riempimento del suo vuoto interiore dall'esterno, con l'illusione che qualcuno dal di fuori possa riempirlo ed è a questo qualcuno che lei opera una delega totale della propria esistenza.

E' solo poco per volta che riesce ad orientare la ricerca all'interno di se stessa, acquisire una propria autonomia, assumere su di sé la responsabilità della propria esistenza e ritirare la delega totale all'esterno, che prima caratterizzava il suo rapporto con l'altro.

Si rende quindi possibile il rapporto con Davide che completa il distacco dal materno, segna l'abbandono delle pretese di certezze assolute che solo un invincibile eroe solare potrebbe dare e porta Eva ad accettare il rapporto con un uomo reale, in un contesto reale di cui fa parte anche la precarietà e la mancanza di garanzie.

Ma la cosa più importante ritengo sia la seguente: dopo un lungo e sofferto percorso analitico, Eva ha adesso la possibilità di accedere e attingere alla riserva energetica presente all'interno di se stessa e, grazie ad essa, sarà in grado di affrontare i vari momenti critici che la vita le porrà nel suo cammino.

La conoscenza con Davide è avvenuta in modo assolutamente eccezionale. Racconto i fatti. Intorno alla fine dell'Aprile 2002 ricevo una telefonata da parte della redazione del Maurizio Costanzo Show e sono invitato a partecipare, in qualità di psichiatra, ad una puntata della trasmissione.

Mi viene detto che si tratta della storia di un uomo di 57 anni, abitante in Torino, di cui si erano già occupati circa due anni prima. All'epoca aveva partecipato alla trasmissione la sorella, ripresa di spalle, e lui era stato intervistato telefonicamente.

Si erano interessati del caso perché Davide aveva inviato alla redazione una lettera in cui chiedeva un intervento finalizzato a sostenere la sua richiesta di eutanasia, poiché la legge italiana attuale non consente tale tipo d'intervento.

Nel marzo 2000 vi era dunque stata la prima trasmissione, alla quale aveva partecipato un altro psichiatra non residente a Torino e che quindi non aveva seguito il caso nel periodo successivo al programma.

Un quotidiano torinese, stimolato dalla vasta eco dell'intervista televisiva, si era interessato della cosa, aveva intervistato Davide e pubblicato, nell'Aprile del 2000, un articolo a tutta pagina sulla sua richiesta di eutanasia.

Lo stesso giornalista che all'epoca si era occupato del caso aveva preso contatto anche con me e mi aveva fatto un'intervista.

Naturalmente, poiché non lo conoscevo, non avevo fatto alcun cenno a Davide, ma avevo parlato in generale delle possibilità terapeutiche dei disturbi depressivi.

Di fatto, nell'impaginazione del giornale, la mia intervista è stata collocata nella stessa pagina di quella fatta a Davide.

La redazione del Costanzo Show mi ha invitato a partecipare alla trasmissione dell'Aprile 2002 risalendo al mio nominativo dalla suddetta intervista e soprattutto, credo, poiché psichiatra residente in Torino e quindi con la possibilità di prendermi, in seguito, carico del caso.

Sono stato informato, nei giorni immediatamente precedenti la trasmissione, che Davide, nell'Ottobre 2001, aveva effettuato un tentativo di suicidio, cui era seguito un periodo di ricovero complessivo di circa quattro mesi.

Lui stesso, dopo la dimissione e il ritorno a casa, aveva di nuovo scritto alla redazione del Costanzo per rinnovare la richiesta di eutanasia, persistendo quindi nel proposito di cercare qualcuno che lo aiutasse a porre fine alla propria esistenza.

La puntata è stata certamente ad alto contenuto emotivo: la tensione era evidente e palpabile in tutti i componenti della redazione, nel conduttore e nel sottoscritto.

Davide, in collegamento video da Torino, ha ribadito di avere maturato l'idea dell'eutanasia da molti anni. Ha affermato di ricordare il periodo di semi-incoscienza del risveglio dallo stato comatoso come uno dei più belli della sua vita, poiché non avvertiva il dolore morale che lo ha accompagnato negli ultimi 40 anni. Ha espresso rabbia nei confronti dei medici che lo hanno salvato e anche rancore nei confronti della sorella. E' stata lei che, allarmata per il fatto di non averlo sentito telefonicamente da qualche giorno, si è recata da lui e lo ha trovato in stato d'incoscienza a seguito dell'assunzione di una forte dose di psicofarmaci. I medici hanno affermato che probabilmente Davide è rimasto così per le 48-72 ore precedenti l'arrivo dei soccorsi.

Alla sorella rimprovera il fatto di aver richiesto l'intervento del 118 e quindi di essere ancora in vita.

Da parte mia, durante la puntata ho detto poche cose. Ho evitato di fare discorsi di tipo psicologico o basati sul buon senso o sulla morale.

Ho preso atto dello stato di intensa sofferenza, nei confronti della quale ho tenuto un atteggiamento di rispetto e di umiltà, abbandonando la pretesa di essere in possesso di una facile soluzione.

Ho anche evidenziato la presenza, in Davide, di forze tendenti verso la vita, che gli impedivano di mettere in atto i propositi di suicidio (tranne in un'occasione), tanto da determinare la ricerca di qualcuno che lo aiutasse.

Ad un certo punto il conduttore ha chiesto a Davide se era d'accordo ad avere un incontro con me, al mio ritorno a Torino.

Lui ha risposto di essere disponibile ed è così che sono iniziati i nostri incontri.

Racconterò il contenuto dei primi colloqui, risalenti al mese di maggio 2002, allo scopo di mostrare come la scelta della strategia terapeutica da adottare dipenda in massima parte dalle condizioni non solo psichiche, ma anche ambientali e sociali in cui il paziente si trova.

Primo incontro

Avviene a casa sua, alla presenza della sorella. La sera prima dell'incontro aveva seguito su una TV privata del Piemonte, in diretta, la trasmissione sul tema dei disturbi depressivi, di cui ero ospite.

Gli porto i tre opuscoli informativi su depressione, ansia e dap pubblicati dalla nostra Associazione. Mi dice di non riuscire più a leggere da molto tempo.

Mi racconta la sua storia, che riassumo per sommi capi.

Nasce 57 anni addietro da una famiglia di basso livello sociale ed economico.

Abita in un alloggio molto modesto, con servizi comuni collocati all'esterno, sul ballatoio. Solo quando ha cinque anni trovano una sistemazione in un'abitazione migliore. Dopo quattro anni, nasce la sorella.

E' molto critico nei confronti dei genitori: li accusa di aver messo al mondo dei figli senza tenere conto dell'assoluta mancanza di mezzi per il loro sostentamento.

I rapporti tra padre e madre vengono descritti come freddi e distaccati. Ricorda frequenti litigi e aggressività verbali. Molto carenti anche gli scambi affettivi con i figli: non ha ricordi di abbracci né di carezze.

Si descrive come un bambino molto timido, tendenzialmente solitario e comunque con difficoltà ad instaurare rapporti con i coetanei. Il rendimento scolastico è buono alle scuole elementari e medie. Nel periodo dell'adolescenza cominciano ad evidenziarsi difficoltà nel rendimento scolastico che comportano prima alcune bocciature e poi l'interruzione degli studi. Non consegue quindi alcun diploma di scuola media superiore.

A quest'epoca risale l'inizio del suo disagio psichico che si manifesta, oltre che nell'enorme difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria, anche sotto forma di uno stato di spossatezza e di mancanza di energia che gli rendono difficoltosa qualunque attività. La cosa viene interpretata, soprattutto dal padre, come mancanza di volontà e "pelandronite". Non essendone riconosciuta l'origine psichica, non viene attivato alcun tipo di aiuto medico o psicologico.

Durante il periodo della giovinezza cerca di iniziare, senza successo, un qualche tipo di attività lavorativa: lo stato astenico glielo impedisce e, a causa di ciò, i litigi con il padre diventano sempre più frequenti.

L'unica attività che riesce a svolgere regolarmente e con interesse è quella della lettura, principalmente nelle ore notturne, poiché ha difficoltà ad avere un ritmo di sonno regolare.

Scopre un certo interesse per la recitazione, frequenta anche una scuola di dizione, dove conosce una coetanea. Si sposano e si trasferiscono a Roma, alla ricerca di un'attività lavorativa in ambito artistico. La ricerca si mostra infruttuosa, il rapporto con la moglie si deteriora, lo stato di spossatezza e la scarsa energia fisica e psichica gli impediscono di trovare soluzioni alternative.

Il matrimonio fallisce e, dopo sette anni di permanenza nella capitale, torna a Torino. Per alcuni mesi è ospite della sorella che intanto si è sposata. Poi affitta una modesta camera in una locanda e vi trascorre dieci anni.

Si trasferisce poi in una mansarda, dove vive da otto anni e il cui contratto d'affitto è intestato alla sorella, dal momento che lui non ha alcun reddito.

Intorno all'età di 40 anni inizia ad essere seguito dal Servizio Psichiatrico pubblico che gli elargisce un contributo "minimo vitale" e lo segue dal punto di vista specialistico.

Ricorda gli ultimi quindici anni come molto tristi, carichi di sofferenza e di perdita di senso dell'esistenza.

Particolarmente pesanti sono stati i 10 trascorsi nella locanda, in quasi completa solitudine.

Il tutto è reso ancora più faticoso dalla presenza di alcuni problemi fisici: nel 1990, a causa di una grave piorrea, perde tutti i denti e nel 1996 subisce un intervento di safenectomia bilaterale (recidiva di un precedente intervento risalente al 1978).

Nel 1998 giunge a maturazione un'idea che da molto tempo aveva in mente: l'unica soluzione possibile è quella di porre fine alla propria esistenza.

Non trovando dentro di sé la forza di mettere in atto i propositi di suicidio, inizia a parlarne in modo sempre più insistente alla psichiatra che lo seguiva, richiedendo l'eutanasia.

Ben presto i rapporti con il medico si deteriorano ed è a questo punto che scrive alla redazione del Maurizio Costanzo Show, chiedendo un loro intervento.

Ascolto il suo racconto chiedendo qualche precisazione, ma non facendo valutazioni di alcun tipo.

La dinamica del tentativo di suicidio messo in atto nell'Ottobre 2001 conferma che effettivamente era un tentativo finalizzato a porre fine alla propria esistenza. Tra l'altro, a distanza di circa sette mesi, deve ancora curare un'ulcera da decubito sacrale, causata dal lungo periodo di immobilità forzata successiva al tentativo messo in atto.

Mi chiede di fargli una prescrizione farmacologica poiché, dall'epoca delle dimissioni dall'ospedale (fine gennaio 2002), è in regime di totale "autogestione", lamenta frequenti crisi di pianto, senso marcato di angoscia durante tutta la giornata e disturbi del sonno. Gli prescrivo un antidepressivo e un ipnoinducente.

Faccio un rapido cenno al fatto che prima o poi potrebbe venire lui al Centro a trovare me. Mi dice di avere problemi a camminare a causa di calli in entrambi i piedi.

Colgo l'occasione al volo e gli fornisco il numero di telefono della "mia" callista, il cui salone di estetica si trova a metà strada tra la sua abitazione e il Centro.

Faccio un aggiustamento farmacologico alla sorella, unico punto di riferimento di Davide, appesantita dalla situazione del fratello, dalla recente separazione e dalla perdita del lavoro.

Ci diamo appuntamento di lì a pochi giorni.

Secondo incontro

Anche il secondo incontro si svolge a casa sua ed è di nuovo presente la sorella. Ha seguito le indicazioni della prescrizione farmacologica.

Ha telefonato all'estetista e ha fissato un appuntamento.

Gli ho portato alcune foto degli ambienti interni del Centro, scaricate dal nostro sito Internet.

Dietro mia richiesta, mi descrive il suo "stile di vita" degli ultimi 4-5 anni. Racconta di avere trascorso la maggior parte della giornata, anche 17-18 ore al giorno, disteso sul letto. Per periodi di molti mesi non ha sollevato le tapparelle delle finestre né ha acceso la luce nelle ore serali. Non è uscito da casa e non ha avuto alcun tipo di rapporto sociale. La sorella ha provveduto a fare la spesa e a cucinare qualcosa, che poi lui il più delle volte ha mangiato senza riscaldare. Non ha più letto libri né giornali. Qualche volta ha ascoltato le notizie attraverso i telegiornali.

E' stato ossessionato dall'idea di trovare il coraggio di suicidarsi: esprime la rabbia motivata dal fatto che, per una volta che vi era riuscito, lo hanno salvato.

Il discorso cade sull'aspetto pratico e concreto del contributo "minimo vitale" di 219 € al mese da lui percepito. Dal punto di vista economico la situazione è disastrosa: il solo affitto e le spese di riscaldamento e condominiali ammontano a circa 500 € mensili e quindi lui dipende in larga misura dalla sorella, la quale peraltro, proprio poche settimane addietro, ha perso il lavoro.

Mi mostra un documento, risalente a circa 11 anni addietro, in cui gli era riconosciuta un'invalidità del 75%. La sorella si era informata sulla possibilità di avere per Davide un contributo di accompagnamento, poiché è totalmente dipendente da altre persone per i suoi bisogni elementari, ma era stata sconsigliata, non ho capito bene per quali motivi.

Dal momento che a mio avviso la percentuale di invalidità attuale di Davide è superiore al 75%, riconosciuta del resto quando lui aveva 46 anni, e poiché mi sembra che siano presenti gli estremi per usufruire dell'assegno di accompagnamento, coinvolgo un'esperta di questo tipo di pratiche, informata sulla normativa attualmente vigente. Faccio quindi in modo che vi sia un incontro tra lei e la sorella, anche per occuparsi della sua situazione lavorativa.

Faccio un altro cenno al fatto di venire lui al Centro. Ipotizziamo orientativamente che ciò potrà avvenire intorno la metà del mese di maggio poiché, la settimana successiva, deve già fare due uscite, una per andare dalla callista e l'altra per fare le foto e il rinnovo della Carta di Identità, scaduta da cinque anni, cosa assolutamente necessaria per avere la documentazione completa e potere mettere in moto la sua pratica pensionistica.

Terzo incontro

Anche quest'incontro avviene presso la sua abitazione, senza la presenza della sorella.

Ha continuato ad assumere la terapia prescritta e sta un po' meglio: la sua mimica facciale e il suo sguardo attestano il miglioramento della qualità del sonno e la riduzione del livello d'ansia.

I miglioramenti erano già stati segnalati dalla sorella, durante un contatto telefonico immediatamente precedente l'incontro con Davide.

Il giorno prima, accompagnato dalla sorella, ha rispettato l'impegno preso con la callista, che gli ha proposto di tornare per il controllo il mese successivo. Ha chiesto di farlo prima e ha preso un nuovo appuntamento a distanza di quindici giorni.

Non fa alcun commento sulla cosa, e anch'io non dico nulla sul significato simbolico del "camminare meglio", in termini di acquisizione di autonomia.

Sono molto cauto nel sottolineare i segnali di cambiamenti positivi dei suoi sintomi o della situazione in generale. Nel corso della sua vita ha subito molte delusioni e ha sviluppato un atteggiamento di tipo pessimistico, tanto da avere enormi difficoltà a riconoscere miglioramenti sia dentro sia fuori se stesso. In termini psicologici, si può affermare che Davide è identificato con il suo stato di sofferenza.

Ha confermato l'intenzione di fare le foto e di rinnovare la Carta di Identità. Anche in questo caso è ovvio il significato simbolico della cosa, in termini di riacquisizione di identità personale. Per lo stesso motivo di cui sopra, mi astengo dal sottolinearlo.

Conferma l'intenzione di venire lui al Centro.

Quarto incontro

Avviene a casa sua ed è presente anche la sorella che, il giorno prima, ha avuto l'incontro del quale avevo creato le premesse. Ha avuto rassicurazioni in merito alla sua attività lavorativa e la conferma del fatto che vi sono i presupposti per il miglioramento dell'attuale posizione pensionistica del fratello.

Davide non fa alcun commento positivo.

Nella mattinata, sempre accompagnato dalla sorella, si era recato in Comune, aveva fatto le foto e rinnovato la Carta di Identità.

Ho di nuovo preferito non evidenziare i significati simbolici della cosa: mi sembra che sia ancora troppo forte l'identificazione di Davide con il proprio stato di sofferenza.

E' la prima volta che lo trovo vestito normalmente (lo avevo sempre trovato in pigiama) e con i capelli tagliati per via delle foto. Ha un aspetto decisamente migliore e non solo dal punto di vista estetico: il suo sguardo è più sereno e fiducioso.

Naturalmente... dice di essersi fatto tagliare i capelli dalla sorella solo perché... lei ha insistito tanto.

Munito di una lente di ingrandimento (ha problemi di miopia), ha cominciato a leggere qualcosa del materiale informativo che gli avevo portato durante il nostro primo incontro. Non fa alcun commento su ciò che ha letto.

Quinto incontro

E' il primo incontro al Centro.

Di nuovo noto che gli ha giovato esteticamente il taglio di capelli.

La sorella dice che è un giorno da segnare in rosso sul calendario poiché, quando lei è passata da casa sua per prenderlo, Davide era già pronto: è stato lui ad aspettarla e ciò è successo pochissime volte in passato. Sottolinea inoltre che, in queste ultime due settimane, lo ha visto piangere solo una volta, mentre prima la cosa era giornaliera. Dice inoltre che in questi ultimi tempi ha totalizzato un numero di uscite superiore a quello degli ultimi anni e che lo ha anche visto sorridere qualche volta. Secondo lei, vi è stato un miglioramento complessivo di un 10% rispetto alla situazione di partenza.

Davide si sente subito in dovere di minimizzare... di dire che si può anche piangere da soli... e che, in realtà, la prima cosa che ha in mente quando si sveglia è il pensiero della morte.

Senza rendersi conto della contraddizione, dice che la settimana prossima ha il secondo appuntamento con la callista e che andrà a votare per le elezioni amministrative.

Concordiamo il nostro prossimo incontro al Centro per la settimana successiva e, orientativamente, fissiamo una frequenza almeno settimanale, valutando successivamente di usufruire di qualche servizio che il Centro offre.

Approfitando del fatto che, quando abbiamo terminato il nostro colloquio, erano le 20 e gli studi del Centro erano liberi, ho fatto visitare la struttura, in modo da cominciare a familiarizzare con essa. Ha riconosciuto alcuni ambienti che gli avevo già mostrato attraverso le foto scaricate da internet.

Credo che il tutto gli sia piaciuto perché... clamorosamente... ha abbozzato un mezzo sorriso... comunque prontamente represso!

Da parte mia, sono soddisfatto di come stanno andando le cose.

Davide ha sviluppato, in questi decenni di sofferenza, un atteggiamento negativo di tipo pessimistico nei confronti di se stesso e del mondo e non riesce, verbalmente, a sottolineare ciò che di positivo c'è dentro e fuori di lui. Mentre fa discorsi pessimistici e negativi, tuttavia compie azioni che esprimono un significato opposto e che tendono verso la vita e il futuro.

Sesto incontro

Come da accordi presi, Davide, accompagnato dalla sorella, viene nuovamente al Centro, giungendo con circa un quarto d'ora di anticipo.

La sorella fa un aggiornamento della situazione: gli esami strumentali da lei effettuati hanno confermato la presenza di un ipertiroidismo e l'indomani ha l'appuntamento con l'endocrinologo per la visita. Ha inoltre ritirato presso l'INPS i moduli necessari per avviare le pratiche di Davide: li ha compilati e li spedisce via fax alla persona che se ne occupa.

Incautamente, riferendosi alle condizioni di Davide, dice di vederlo migliorato.

A questo punto Davide, che era rimasto in silenzio durante la prima parte del discorso, fa sentire le sue proteste per quest'ultima affermazione: dice che in realtà continua a pensare alla morte e che gli ansiolitici non funzionano (non nomina gli antidepressivi anche perché, di fatto, il suo tono dell'umore è migliorato, e quindi ... meglio non citarli).

Con una battuta che in questo momento non ricordo introduco il solito elemento di salvataggio, l'ironia, che stempera il tutto.

Gli chiedo poi quale risultato si aspetta dagli ansiolitici. Risponde che vorrebbe riuscire a dormire da mezzanotte almeno fino alle 12 dell'indomani e poi ancora qualche ora di pomeriggio.

Di nuovo introduco una battuta, del tipo: “Perché porsi dei limiti alle ore dormite?” e poi gli spiego che quanto lui desidera sarebbe una forzatura alla fisiologia del suo organismo. Il suo desiderio ha il significato difensivo di trascorrere in uno stato di incoscienza, il sonno, oltre la metà delle 24 ore. Più che aumentare gli ansiolitici, bisogna orientarsi a riempire il vuoto della sua giornata ed è questo il nostro obiettivo.

La sorella fa vistosi cenni di assenso. Lui incassa, ma non protesta.

Mi dice poi che:

- ha spostato l'appuntamento con l'estetista dal Venerdì al Lunedì successivo poiché la sorella, il venerdì, ha l'appuntamento con l'endocrinologo;
- andrà a votare non Domenica, ma Lunedì;
- fissiamo l'appuntamento per il Venerdì successivo.

Mordendomi la lingua, mi trattengo dal chiedergli come mette insieme il programma della settimana prossima con il pensiero continuo della morte.

In realtà, il tutto è facilmente comprensibile (ma non per lui) sulla base dei meccanismi dell'ambivalenza e dell'identificazione con la sofferenza.

Settimo incontro

L'incontro avviene al Centro.

Martedì, accompagnato dalla sorella, è tornato dalla callista e poi ha scelto di tornare a casa da solo, con grande stupore di lei. Lo ha raggiunto più tardi, dopo avere fatto delle commissioni, e lo ha trovato tranquillo. Dalla callista ha fissato un altro appuntamento per metà giugno.

Nei giorni successivi è uscito, sempre da solo, per un'ora e mezza circa per volta, per fare una passeggiata. La sorella esprime preoccupazione per la cosa: teme che possa commettere qualche gesto autolesivo durante le uscite. La rassicuro, dicendo che non mi sembra che attualmente vi siano pericoli di tal genere.

Davide commenta solo che la sorella è esagerata.

Lei dice che la settimana trascorsa è stata sicuramente la migliore in assoluto da quando ci conosciamo. Io dico che, considerando le condizioni di partenza e che è trascorso appena un mese, mi ritengo soddisfatto dei risultati raggiunti.

Ne approfitto, utilizzando il solito canale dell'ironia, per dire a Davide che devo comunicargli una notizia per lui poco piacevole: cioè che, purtroppo, secondo me, la situazione complessiva, sia clinica sia generale, è un po' migliorata.

Incassa senza fare commenti: è già tanto che non faccia sentire le sue vibranti proteste.

In settimana sono anche giunte notizie positive: per quanto riguarda la sorella, è possibile una sistemazione lavorativa in un ambito di servizi sociali (la cosa deve ancora essere definita nel dettaglio).

Per quanto riguarda Davide, sono state fornite le indicazioni sui percorsi che è necessario seguire per raggiungere gli obiettivi di tipo pensionistico prefissati.

Ci diamo appuntamento per il venerdì successivo.

Non vado oltre nella descrizione degli incontri con Davide. Quello che mi premeva era di evidenziare il tipo di strategia che, a mio avviso, era necessario mettere in atto in questa situazione specifica e propongo, di seguito, alcune considerazioni.

La dotazione assolutamente eccessiva di sensibilità personale, assieme alle sfavorevoli condizioni socio-culturali, economiche, intrafamiliari ed affettive, hanno determinato il fatto che la tempesta psicologica ed ormonale dell'adolescenza causasse il crollo della struttura della personalità di Davide. La tempesta si è abbattuta su una struttura già di per sé fragile.

Anche la sorella ha vissuto le stesse condizioni sociali, ambientali e affettive, ma la sua dotazione energetica le ha consentito di fare loro fronte. Così non è stato per Davide.

Il suo disagio psichico diventa manifesto proprio nel periodo adolescenziale. Non ne viene però riconosciuta l'origine psichica, ma la valutazione di esso cade nell'area pregiudiziale della "volontà": il fatto di non riuscire a superare lo stato di malessere viene inteso, da parte di chi lo circondava, come una "mancanza di volontà".

Dall'epoca adolescenziale inizia quindi una storia di malessere psichico, di sofferenza e di solitudine che si protrae per circa 40 anni e che, dal 1998, porta Davide alla perdita totale della speranza, della possibilità di progettazione e del senso della vita, tanto da giungere alla conclusione che l'unica strada percorribile per porre fine alla propria sofferenza sia quella del suicidio.

La diagnosi fatta dagli psichiatri con i quali è venuto in contatto è stata di Disturbo Borderline di Personalità, da differenziare rispetto ai disturbi di personalità di tipo psicotico e da quelli di tipo nevrotico. Ritengo però che la diagnosi differenziale rivesta una rilevanza puramente accademica e sia di scarsa utilità.

Di fatto, Davide è da sempre poco attrezzato, a livello di dotazione di energia psichica, per far fronte alle avversità della vita e si è sviluppata in lui la tendenza o ad un eccesso di autosvalutazione o ad attribuire all'esterno la responsabilità del proprio malessere, con atteggiamenti a volte vittimistici (la colpa è del fato), a volte persecutori (il mondo è cattivo... i genitori sono stati cattivi... i medici sono cattivi... ecc...).

Negli ultimi 4-5 anni, il suo stile di vita è stato il seguente: ha tenuto il letto per circa 18 ore in media ogni giorno (è chiaro il significato difensivo) ed è stata la sorella a provvedere ai suoi bisogni vitali; è uscito esclusivamente per andare in ospedale (in occasione del tentativo di suicidio e per le cure dell'ulcera da decubito), non ha avuto alcun tipo di rapporto sociale; non è più riuscito a leggere né libri né giornali, nell'ottobre u.s. ha messo in atto un tentativo di suicidio "vero", cioè con la reale intenzione di porre fine alla propria esistenza.

Ho effettuato un avvicinamento a Davide di tipo assolutamente pragmatico.

Innanzitutto ho tenuto ben presente le difficoltà dell'approccio, legate sia alle sue dichiarazioni verbali di volere l'eutanasia, sia al suo atteggiamento generale nei confronti dei medici (... sono tutti cattivi), sia e soprattutto perché il nostro incontro è iniziato secondo modalità inusuali: di solito è il paziente a chiedere di essere ricevuto dal medico mentre in questo caso è stato l'opposto. Dovevo quindi giocare al recupero.

Ho cercato di creare, al di là delle parole, una condizione di rapporto personale di tipo fiduciario, tanto necessario quanto difficile da realizzare con una persona portatrice di una forte componente di ambivalenza e di identificazione con la propria sofferenza. E' stato molto proficuo il ricorso all'ironia, congeniale ad entrambi.

Dal momento che erano presenti importanti elementi depressivi, ho effettuato una correzione terapeutica, introducendo un farmaco antidepressivo di nuova generazione, mancante nella terapia precedentemente assunta.

Mi sono preso carico di problemi concreti sia di modesta entità (pedicure) sia di notevole rilevanza (situazione pensionistica).

Mi sono preso carico anche della sorella sia dal punto di vista medico sia da quello della sua sistemazione lavorativa, dal momento che lei è l'unico punto di riferimento reale per Davide.

Ho cercato di fare in modo che non solo la mia persona, ma il Centro come struttura (Servizio di Ascolto, altri Servizi del Centro, altri Operatori), divenisse un punto di riferimento da contrapporre alla dimensione della solitudine.

Ho preso quello che lui stesso mi ha raccontato del passato, senza però fare particolari approfondimenti. Ho invece puntato principalmente sul presente, cercando di mettere il maggior numero di puntelli fissi, nella consapevolezza che solo questo potesse portare all'attivazione di speranza e di progettazione per il futuro.

La strategia terapeutica messa in atto, comprensiva di una serie di strumenti (rapporto fiduciario, antidepressivi, Servizi del Centro, ricorso a mie amicizie, ecc...), è stata finalizzata al raggiungimento di obiettivi precisi. Alcuni sono stati raggiunti e per altri vi sono i presupposti per un buon esito futuro.

Mi sembra necessario spendere due parole sui meccanismi dell'ambivalenza e dell'identificazione con la sofferenza.

L'ambivalenza è quella condizione psicologica in cui, all'interno del soggetto, sono contemporaneamente presenti sentimenti opposti nei confronti della stessa situazione, cosa o persona.

Nel caso di Davide, possiamo dire che:

- è portatore, al suo interno, di forze che spingono verso la morte e contemporaneamente di forze che spingono verso la vita;
- parla di eutanasia e allo stesso tempo va dalla callista e rinnova la Carta di Identità;
- mi chiede di prescrivergli dei farmaci per poi lamentarsi di doverli assumere, ecc.

Siccome l'ambivalenza determina nel soggetto comportamenti contraddittori, a volte può venire da chiedersi, ad un'osservazione superficiale, ... se "lo è o lo fa".

In realtà la persona è inconsapevole del meccanismo: non è il soggetto a scegliere i suoi comportamenti, ma è il meccanismo psichico inconsapevole che li sovradetermina.

Per quanto riguarda il meccanismo di identificazione con la sofferenza, non è frequente, ma nemmeno raro, che alcuni soggetti, dopo anni di sofferenza, si riconoscano dignità di esistenza solo nel loro essere sofferenti, per cui riesce loro molto difficile riconoscere un qualche tipo di miglioramento del loro stato psichico o delle condizioni ambientali esterne. Insomma, una specie di "eroe negativo", tipo l'eroe decadentista descritto, tra gli altri, da Oscar Wilde, che tende ad aderire totalmente alle proprie condizioni negative interne ed esterne. L'opposto, insomma, dell'"eroe solare".

Non bisogna però fermarsi all'aspetto verbale. Occorre tenere presente che anche in questo caso, come in quello dell'ambivalenza, si tratta di un meccanismo inconsapevole e non va valutato usando i parametri della logica razionale.

Al di là delle parole e ad una più attenta osservazione, è possibile cogliere tutta una serie di messaggi paraverbali (mimica, sguardo, atteggiamento generale, comportamenti, ecc.).

Nel caso di Davide, l'attivazione di un rapporto fiduciario nei miei confronti può essere dedotto dai seguenti fatti:

- ha assunto e continua ad assumere la terapia che gli ho prescritto;
- è andato dall'estetista da me indicata;
- ha iniziato a leggere gli opuscoli che gli ho portato;
- ha cominciato a venire lui da me e a frequentare il Centro.

Di fatto Davide ha sofferto nella sua vita di molte delusioni e non ha potuto fare loro fronte a causa della struttura della sua personalità e della scarsa quantità di energia psichica disponibile.

E' quindi comprensibile il suo atteggiamento difensivo.

Credo che saranno necessari alcuni mesi prima che possa dare piena fiducia a chiunque.

Ciò che finora è stato fatto è consistito nell'attivazione di quelle forze che spingono verso la vita, comunque già presenti all'interno di Davide.

Leggendo il senso simbolico di alcuni degli ultimi suoi comportamenti, possiamo dire che andare dall'estetista per i calli significa volere migliorare la propria capacità deambulatoria e ciò ha un senso di movimento che è l'opposto rispetto all'immobilità della morte; farsi fare il taglio di capelli indica voler migliorare il proprio aspetto estetico, e ciò ha un significato di relazione con gli altri, che è l'opposto rispetto all'isolamento; rinnovare la Carta di Identità significa affermare la propria esistenza di fronte a se stessi e al mondo, e questo indica un movimento verso la vita; essere venuto al Centro e avere programmato per il futuro una frequenza settimanale costante va verso la direzione opposta rispetto a quella della solitudine.

In definitiva è stato messo qualche "paletto", è stato attivato qualche elemento di fiducia e di speranza, è stato messo in moto un minimo di progettazione futura.

Quanto più il tutto si consoliderà e prenderà forma, tanto maggiore sarà la distanza tra Davide e quelle forze dentro di lui che hanno valenza di tipo autodistruttivo. Non si può certamente dire che il caso è risolto. Si sono però aperti spiragli su cui è possibile lavorare.

La storia di Luisa

La storia di Luisa è esemplare di un disturbo che interessa il 33% della popolazione giovanile di età compresa tra i 18 e i 25 anni.

Si tratta del Disturbo da Attacchi di Panico che, pur non essendo grave nella gerarchia dei disturbi psichiatrici, peggiora notevolmente la qualità della vita di chi ne soffre e può comportare delle limitazioni significative. La strategia terapeutica è consistita inizialmente nell'uso dei farmaci e successivamente in un'indicazione psicoterapeutica.

Luisa è una ragazza di 23 anni, studentessa universitaria dell'ultimo anno del corso di laurea in fisica. Le mancano solo due esami e la tesi per completare il suo percorso, ma da circa un anno non riesce più a concentrarsi nello studio, non ha più sostenuto alcun esame e non riesce ad occuparsi della raccolta del materiale necessario alla compilazione della tesi di laurea, di cui ha già scelto argomento e relatore.

Viene la prima volta al Centro accompagnata dai genitori. Il padre è un ingegnere elettronico e gestisce in proprio una società che si occupa di programmazione di reti di computer per grandi aziende.

La madre insegna matematica alle scuole medie. Non ha fratelli né sorelle.

Durante il nostro primo incontro, Luisa descrive la sua sintomatologia. Dice di avere avvertito i primi disturbi subito dopo il conseguimento della maturità scientifica. Concluso il liceo con la votazione di 60/60, a coronamento di una brillante carriera scolastica, si era concessa una vacanza premio con due amiche al mare, in Calabria. Dovevano raggiungere altri amici, partiti qualche giorno prima, per trascorrere insieme tre settimane in campeggio.

Durante quel periodo Luisa prova uno strano stato di malessere. Un pomeriggio, in modo improvviso e non imputabile ad alcun evento particolare, avverte l'improvvisa accelerazione dei battiti cardiaci ed uno strano calore che parte dallo stomaco e s'irradia verso l'alto, provocandole un senso di soffocamento. Il tutto avviene in modo repentino, mentre stanno tornando dalla spiaggia alla tenda del campeggio. In quella circostanza sente il pericolo di perdere i sensi e viene soccorsa da una delle due amiche.

Il medico del campeggio la visita e non riscontra alcuna patologia fisica, diagnosticando un eccesso di esposizione al sole.

Per i due o tre giorni successivi avverte un senso di stanchezza, di stordimento e soprattutto di paura che l'episodio possa ripresentarsi. Poi, poco per volta, si riprende e prosegue il periodo di vacanza. Al ritorno a Torino, si sottopone ad una serie di esami ematici di routine, che non evidenziano dati patologici. Rassicurata da ciò, dimentica il tutto.

S'iscrive quindi al primo anno di fisica e inizia la sua carriera universitaria riportando anche in questo ambito, durante il primo anno, i successi della scuola media superiore.

Durante il periodo natalizio dell'anno successivo, al termine di una giornata trascorsa sulle piste da sci, avverte nuovamente quello strano senso di calore nella zona dello stomaco, il senso di soffocamento e l'improvviso aumento dei battiti cardiaci. Si tratta dello stesso tipo di sintomi del primo episodio, ma questa volta sono più intensi ed accompagnati da un'ansia molto più forte e da una sensazione di morte imminente.

Il tutto ha una durata di pochi minuti e non perde i sensi, anche se questa è la sensazione. Viene comunque accompagnata al Pronto Soccorso, le vengono fatti gli esami di controllo ematici e l'elettrocardiogramma, risultati negativi. Viene diagnosticata una crisi ipotensiva e le vengono date indicazioni di effettuare, al suo ritorno a Torino, le prove di carico glicemico, in quanto all'origine di tutto era ipotizzabile un problema legato al livello della glicemia nel sangue.

Anche questo tipo di esame dà esito negativo.

Nel giro di circa dieci giorni anche questo episodio viene dimenticato e Luisa torna alla sua attività di studentessa.

Parallelamente agli studi inizia a frequentare una scuola di danza e un corso serale di pittura su ceramica: fin da piccola le piaceva molto ballare e disegnare, ma non aveva mai potuto dedicare molto tempo a queste attività.

Le cose precipitano a metà del terzo anno di università. Si sono da poco conclusi gli esami della sessione primaverile relativi al primo semestre, superati con la solita media altissima, quando, ancora una volta in modo assolutamente inatteso, mentre passeggia con un'amica in un parco cittadino, inizia ad avvertire un senso di vertigine che si accentua progressivamente fino a costringerla a sedersi su una panchina. Poco dopo inizia ad avvertire tremori, prima alle mani e poi estesi a tutto il corpo, un senso di freddo ai piedi e alle gambe, l'accelerazione dei battiti cardiaci. Di nuovo, poi, quella strana sensazione di calore nella zona dello stomaco, il senso di soffocamento e la sensazione di morte imminente.

L'amica, spaventata nel vederla così sofferente, cerea in viso e tremante, l'accompagna al Pronto Soccorso. Gli esami del sangue e l'elettrocardiogramma risultano di nuovo negativi. Da una rapida raccolta dei dati anamnestici emerge che la madre ha sofferto, in gioventù, di crisi di allergia al polline. Anche Luisa, da bambina, aveva manifestato problemi di tipo analogo, anche se di modesta entità. Viene quindi avanzata l'ipotesi diagnostica di una crisi allergica e viene data indicazione di approfondire questo aspetto attraverso le prove allergometriche.

Viene quindi dimessa dopo somministrazione di alcune gocce di un ansiolitico e le viene detto di rivolgersi al suo medico di base.

L'allergologo consultato, dopo la visita e gli esami praticati, esclude la presenza di problemi allergici.

Nelle settimane successive Luisa non presenta alcuna crisi simile alle precedenti, ma persistono fastidiose vertigini che riducono notevolmente la sua possibilità di movimento.

Viene pertanto consultato un otorinolaringoiatra che la visita e le indica alcuni esami specialistici, alla ricerca delle cause delle vertigini. Anche questi danno esito negativo.

Il medico di base avanza allora l'ipotesi che, all'origine di tutto, vi sia uno stato ansioso e le prescrive ricostituenti e ansiolitici che assumerà per qualche mese.

Nel giro di circa dieci giorni i sintomi regrediscono.

Le crisi precedenti lasciano però dei segni: ha difficoltà ad attraversare le piazze o a stare da sola in spazi vuoti. In tali circostanze avverte una sorta di irrequietezza, che si trasforma in ansia se non fugge da quella situazione. Ciò si verifica, comunque, esclusivamente se è sola. In compagnia di qualcuno, amica, amico o familiare, quelle situazioni non le creano alcun problema. Si tratta comunque di una limitazione cui si adatta senza particolari difficoltà.

Luisa riprende normalmente le sue attività: lo studio, la danza, la pittura. Soprattutto gli esami universitari procedono molto bene e si distingue rispetto ai compagni del proprio corso.

Ormai prossima a sostenere il penultimo esame, mentre è al cinema con il suo ragazzo, ancora una volta in modo inatteso e imprevedibile, una nuova crisi, che lei descrive come la più violenta di tutte: tachicardia, difficoltà respiratorie, senso di soffocamento, il senso di calore allo stomaco, l'impulso irrefrenabile a uscire dalla sala di proiezione. Ha avvertito in modo più intenso rispetto alle crisi precedenti il senso di morte imminente. Appena fuori dal cinema, le gambe le cedono e cade a terra. Interviene un'autoambulanza e viene portata al Pronto Soccorso. Soliti esami e solito risultato: non viene riscontrata alcuna patologia organica. Viene dimessa con diagnosi di crisi acuta d'ansia e le viene data indicazione di consulenza psichiatrica.

Questa non verrà comunque effettuata per circa un anno, trascorso alla ricerca di una cura naturale, prima a base di prodotti erboristici e poi omeopatici.

Nessuno dei rimedi messi in atto si mostra efficace, se non transitoriamente.

L'ultima crisi ha lasciato delle conseguenze serie: adesso non riesce ad attraversare spazi aperti neanche in compagnia e si è aggiunta un'altra pesante limitazione, quella degli spazi chiusi.

Non solo i cinema, ma in generale i luoghi chiusi e affollati quali negozi, supermercati, ristoranti, vengono accuratamente evitati, nel timore che possa nuovamente presentarsi una crisi.

Luisa mette cioè in atto dei comportamenti di evitamento che limitano sempre di più la propria autonomia e possibilità di movimento. Interrompe la frequenza dell'università, non riesce più a guidare l'automobile, non esce più con le amiche e interrompe la relazione con il ragazzo. Poco per volta cominciano a rendersi manifesti i sintomi della serie depressiva: senso di spossatezza, frequenti crisi di pianto, risveglio mattutino precoce e angosciante, senso di inutilità e, soprattutto, un netto calo dell'attenzione, concentrazione e memoria che le impediscono lo studio e la preparazione degli esami.

Da circa sei mesi si sono inoltre presentati sintomi nuovi e particolarmente dolorosi: è molto forte la paura che prova nei confronti degli oggetti appuntiti, particolarmente i coltelli, perché teme di perdere il controllo e ferirsi o colpire i genitori.

Dopo circa sette mesi di malessere profondo viene anche tentata la via psicologica: tramite il medico di base, i familiari si rivolgono ad una psicoterapeuta, con la quale Luisa effettua delle sedute settimanali per circa due mesi. Le interrompe perché recarsi presso lo studio della psicoterapeuta le impone uno sforzo enorme e anche perché la cura non le porta giovamenti apprezzabili.

Devono però trascorrere ancora cinque mesi prima di venire a consulto presso il Centro.

Entrambi i genitori intervengono poco durante il suo racconto, se non per fare alcune precisazioni circa le date del susseguirsi degli eventi. Confermano lo stato di prostrazione nel quale la figlia è sprofondata, del resto evidente, così come evidente è anche la loro sofferenza e il vissuto d'impotenza.

L'ultimo anno è stato molto pesante per tutti e tre e, ciò che è peggio, la speranza di uscire da quella situazione si è progressivamente ridotta.

Inizio il mio intervento dicendo che la diagnosi è chiara e non lascia alcun margine di dubbio: si tratta di un Disturbo da Attacchi di Panico per la cui cura siamo in possesso di strumenti efficaci.

Il problema è consistito nel fatto che tale diagnosi, in passato, non era stata fatta (anche perché è la prima volta che viene consultato uno specialista): sono state poste altre ipotesi diagnostiche e, di conseguenza, non è stata impostata una corretta strategia terapeutica.

Faccio la precedente affermazione categorica perché dare un nome preciso ad uno stato di malessere, poterlo collocare in una categoria nota, riduce il senso di mistero e di impotenza in cui si trova chi soffre e accende qualche barlume di speranza e di fiducia.

Affermo inoltre che, con i farmaci di cui disponiamo, possiamo ragionevolmente pensare di ottenere un parziale miglioramento dei sintomi già entro quattro/sei settimane dall'inizio della cura ed è quello che andremo insieme a verificare.

Dal punto di vista farmacologico, faccio la prescrizione di un blando ansiolitico, a basso dosaggio, e di un antidepressivo del gruppo SSRI. Per quanto riguarda quest'ultimo, fornisco l'indicazione di assumerne una dose molto bassa per i primi sei giorni e il minimo della dose terapeutica dal settimo giorno in avanti.

Spiego che la sottodose iniziale serve per il progressivo riconoscimento del farmaco da parte dell'organismo, onde favorire un adattamento graduale. Inoltre, dal momento che possono manifestarsi inappetenza e nausea, essendo la dose molto bassa, gli eventuali fenomeni collaterali saranno ridotti. Sottolineo comunque che, anche nel caso di una loro comparsa, sono transitori e durano non più di dieci giorni.

Spiego che il meccanismo di azione dell'SSRI prescritto consiste nel determinare l'aumento della quantità di serotonina a livello delle cellule nervose e a ciò corrisponderà un miglioramento della sintomatologia depressiva e degli attacchi di panico.

Dal momento però che noi abbiamo circa 100 miliardi di cellule nervose, non dobbiamo aspettarci alcun tipo di risposta per almeno due settimane.

La valutazione dell'efficacia della terapia deve essere effettuata dopo circa un mese dall'inizio dell'assunzione. Preciso che, sulla base della mia esperienza clinica, mi aspetto un miglioramento di un 15-20%, comunque da Luisa chiaramente percepibile a livello soggettivo. Un risultato inferiore non è da ritenere soddisfacente.

Per quanto riguarda il discorso generale di come affrontare il disturbo di cui Luisa soffre, preciso che lo strumento farmacologico è solo uno degli strumenti che è necessario mettere in campo, anche se per il momento è il principale.

Sottolineo che i farmaci determineranno il miglioramento dei sintomi attraverso un meccanismo puramente biochimico, attraverso cioè l'aumento della serotonina cerebrale. Per farmi capire meglio, uso la metafora del mal di denti e dell'antidolorifico: è vero che quest'ultimo riduce il dolore, ma è altrettanto vero che non agisce sulle cause che lo hanno determinato. Allo stesso modo l'antidepressivo agirà sui sintomi della depressione, ma nulla potrà sulle cause.

La strategia di intervento, finalizzata non solo alla risoluzione dell'episodio acuto, ma anche a ridurre il pericolo di recidive per il futuro, deve anche prevedere la messa in atto di strumenti il cui scopo è di rimuovere le cause che stanno all'origine dell'attuale disturbo.

Faccio quindi un breve riferimento alla psicoterapia. Luisa mi aveva detto di avere tentato anche questa strada per circa due mesi e che poi l'aveva abbandonata.

Affermo che, a mio avviso, l'errore era stato quello di utilizzare lo strumento psicologico fuori tempo. Quando i sintomi sono così accentuati, quando cioè è in atto una fase acuta, è urgente un intervento che li riduca nel più breve tempo possibile e l'unico strumento in grado di fare ciò è lo strumento farmacologico, fermo restando che "il più breve tempo possibile" equivale a settimane.

La psicoterapia non può portare a questo risultato perché non è uno strumento ad "azione rapida". Non solo, ma essa necessita della collaborazione attiva del paziente, che nella fase acuta è totalmente preda della violenza dei disturbi.

Iniziare un lavoro psicologico nella fase acuta comporta il rischio di caricare il lavoro psicoterapeutico di aspettative impossibili (rapido miglioramento dei sintomi), tanto da andare incontro a delusione e determinare l'abbandono di uno strumento che, se usato nei tempi giusti, si rivelerà molto efficace.

In definitiva, la strategia terapeutica che propongo a Luisa e ai familiari è la seguente: inizialmente una terapia farmacologica, a basso dosaggio, con lo scopo di ridurre i sintomi nel giro di qualche settimana. Quando il miglioramento sarà chiaramente percepito a livello soggettivo propongo di prendere in considerazione lo strumento psicologico, con lo scopo di individuare le cause che hanno determinato l'insorgenza dei disturbi fin dall'età di 19 anni.

Concludo il mio intervento dando loro la disponibilità telefonica per l'eventuale insorgenza di problemi nell'assunzione dei farmaci e fissiamo il successivo appuntamento a distanza di circa un mese.

Dopo cinque settimane, come succede in circa il 90% dei casi, Luisa sta meglio e i familiari sono più sollevati. Dice di avere avvertito già dopo pochi giorni il miglioramento dell'ansia e ciò è a mio avviso dovuto in parte all'ansiolitico, il cui effetto è veloce, in parte al fatto che si è sentita rassicurata dalle mie affermazioni.

Dopo due settimane ha iniziato ad avvertire miglioramenti dei sintomi della serie depressiva: non sono più presenti le crisi di pianto, il ritmo veglia-sonno è più regolare, la spossatezza si è ridotta. Le sembra anche che sia un po' migliorata la capacità di attenzione e concentrazione, anche se non ha ripreso a studiare. Ha però iniziato a leggere un romanzo.

La paura degli oggetti appuntiti è completamente scomparsa.

La settimana prima ha ripreso ad uscire, accompagnata dalla madre: è andata discretamente.

Chiedo a lei e ai familiari una loro valutazione della percentuale di miglioramento ottenuta dall'inizio della terapia e la loro valutazione, che mi trova d'accordo, è intorno al 20%.

Il valore non è molto alto ma, dopo solo un mese di terapia, è da ritenersi soddisfacente sia perché si è ridotto il livello di sofferenza soggettiva sia perché si sono riaccesi quegli elementi di speranza che sembravano non essere presenti dopo tutti i mesi precedenti di sofferenza.

Fornisco quindi l'indicazione di portare l'SSRI a dose piena per le prossime otto settimane, fino al nostro successivo incontro.

Riprendiamo il discorso della psicoterapia. E' d'accordo sul fatto che quella precedente è stata iniziata in un periodo poco favorevole, ma dice di non sentirsi ancora di prendere un impegno fisso di quel tipo.

Le dico che, non trattandosi di un intervento d'urgenza, è meglio attendere che si senta pronta. Intanto consiglio a lei e ai familiari la lettura di alcuni libri che spiegano cosa è la psicoterapia di tipo psicodinamico (questa sarà la mia indicazione nel caso di Luisa) e quali sono i percorsi che essa propone. Ritengo infatti che, sia per l'intervento con i farmaci sia per quello psicologico, tanto maggiore è il numero delle informazioni di cui si è in possesso, tanto più ci si avvicina alla cura nel modo corretto, aumentandone l'efficacia.

L'incontro successivo avviene dopo circa due mesi.

Le cose vanno decisamente meglio. I sintomi sono quasi del tutto scomparsi. Persiste sporadicamente una lieve tachicardia, di breve durata e comunque tollerabile.

Il suo livello di autonomia è decisamente buono, specie nell'ultimo mese. Ha ripreso a guidare l'auto, a frequentare le lezioni e anche a studiare. Progetta di sostenere gli ultimi due esami nella successiva sessione. Ha anche raccolto materiale per la tesi di laurea e ha già scritto i primi due capitoli. La settimana successiva ha l'appuntamento con il relatore per discuterne.

Dal punto di vista farmacologico, le fornisco l'indicazione di ridurre la quantità di SSRI da quella attuale a una dose media per quattro settimane, per poi passare alla dose minima ancora per un mese.

Accade quasi sempre, quando si danno indicazioni di riduzione della terapia, premessa della loro sospensione, di trovarsi di fronte a qualche titubanza da parte del paziente. E' come se scattasse un ragionamento del tipo: "Prima stavo molto male. Ho preso i farmaci e sono stato prima meglio e poi bene. Adesso che devo sospenderli, ho paura di stare di nuovo male".

Anche in Luisa è presente questo tipo di preoccupazione. La rassicuro dicendo che si tratta di una riduzione lenta e graduale, comunque sotto controllo. Le garantisco che non è assolutamente vero che ad una riduzione della terapia debba corrispondere una ripresa dei disturbi. Siccome è stata così male, capisco che sia presente la paura, ma lei stessa avrà modo di verificare che la riduzione non provocherà alcuna conseguenza. Restiamo comunque intesi che, nel caso dovessero insorgere problemi di qualsiasi tipo, mi avrebbe contattato.

Dice di avere letto i libri che le ho consigliato, di essere disponibile a iniziare un lavoro di tipo psicologico e chiede di segnalargli il nominativo di una psicoterapeuta del Centro (preferisce una donna).

L'incontro successivo avviene a distanza di circa due mesi (cinque dall'inizio del trattamento). Come le avevo preannunciato, la riduzione della terapia è avvenuta senza alcuna conseguenza. Ha ormai ripreso normalmente tutte le sue precedenti attività, ha da poco sostenuto uno dei due esami che le restavano e l'ultimo è in programma per il mese successivo. Il lavoro della tesi procede e ne è soddisfatta.

Le dò indicazioni farmacologiche di passare dall'attuale dose minima a una dose di mantenimento ancora per due mesi. Questa volta Luisa accoglie le indicazioni un po' meno timorosa.

Mi dice di avere iniziato la psicoterapia con una frequenza settimanale: viene volentieri e si trova bene, a livello personale, con la dottoressa. Nei sette incontri avuti non sono emerse cose sconvolgenti e questo la rassicura perché temeva di trovare dentro di sé chissà quali terribili mostri. Complessivamente le sembra un lavoro con buone prospettive.

Ci diamo appuntamento a distanza di altri due mesi circa.

L'ultimo incontro con Luisa avviene dopo circa sette mesi e mezzo dall'inizio dell'assunzione di farmaci. Negli ultimi mesi ne assume solo una dose di mantenimento e dice che le è anche capitato, in qualche occasione, di dimenticarsene.

Le rispondo che ciò non è successo nei primi mesi di terapia perché i sintomi erano presenti e non era ancora sicura di potersi riprendere. Tutto sommato quindi le saltuarie dimenticanze sono un buon segno e incoraggiano al passaggio successivo, cioè la sospensione totale della terapia assunta.

Le indico quindi la scaletta da seguire per raggiungere tale scopo.

Dice che intanto prosegue il lavoro di ricerca psicologica e, durante le sedute fatte nelle ultime settimane, sono emerse delle tematiche sicuramente da approfondire, che le sembrano molto importanti. Se fossero confermate dal lavoro successivo, darebbero un senso alle sue crisi, fino a quel momento assolutamente inspiegabili e prive di significato.

Ne fa un breve cenno.

Il nodo centrale sembra essere quello della scelta della facoltà universitaria e di conseguenza dell'impostazione in generale della sua vita. Non si era resa conto, all'epoca, che non si era trattata di una scelta autentica, ma era stata fatta più per gratificare i suoi genitori, un ingegnere e una matematica, che per un suo reale interesse. Di fatto, alle scuole medie superiori, eccelleva in tutte le materie, sia letterarie sia scientifiche, ma da sempre era più interessata alle prime. Non si era però concessa di scegliere un corso di laurea di tipo letterario per non mettersi in posizione di scontro con i genitori. Già al primo anno di fisica si era resa conto di non avere centrato la scelta della facoltà. Le sue capacità intellettive le hanno consentito di raggiungere ottimi risultati, a costo però di reprimere scelte forse più consone alla sua personalità e ai suoi bisogni. Le emozioni negate e represses hanno determinato, negli anni, una sorta di accumulo, fino a diventare una miscela esplosiva e manifestarsi per via sintomatologica attraverso le crisi.

Luisa sente come vero questo tipo di lettura, che le consente di dare un senso a ciò che, all'inizio, appariva come inspiegabile e insensato.

Sappiamo che, se si riesce a comprendere quello che succede non solo fuori, ma anche dentro di noi, ne deriva la riduzione della paura e la maturazione e l'ampliamento della personalità.

Penso che Luisa sia sulla buona strada nel suo lavoro di ricerca psicologica. E' probabile che nei prossimi mesi di lavoro psicoterapeutico scoprirà che il tradimento da parte della sua componente razionale nei confronti di quella emotiva abbia riguardato non solo la scelta universitaria, ma anche altri settori importanti della sua vita.

Se così fosse, il riavvicinamento a tali componenti emotive le potrà consentire di raggiungere un livello di maggiore integrazione della personalità e di vivere in una condizione di equilibrio personale, preservandola dal ripetersi delle crisi di cui ha sofferto.

La storia di Carola

Così Carola racconta la sua storia.

Ho quarant'anni. La storia dei miei malesseri è cominciata quando ne avevo ventisette.

Sei mesi dopo la morte di mio padre ho avuto il primo attacco di panico. Ero sola, in autostrada: una sensazione intollerabile è esplosa dentro di me, facendomi pensare di star per morire. Avevo la gola strozzata, le gambe inerti, le braccia tremanti e una violenta tachicardia.

E' cominciato così un calvario di manifestazioni fisiche quasi insostenibili, cui si è presto aggiunta l'agorafobia: in breve tempo, dopo aver eseguito i più svariati esami clinici che hanno escluso la possibilità che fossi affetta da malattie organiche, sono precipitata in un incubo di paure.

Io che avevo scelto di essere una libero professionista, che vivevo sola, lontana da casa, orgogliosa della mia indipendenza, del successo raggiunto nella mia attività, non ero più padrona di me stessa. Il mondo si era ristretto fino a diventare soffocante. Guidare, dormire sola, camminare per la strada erano diventate imprese eroiche da portare a termine con enorme sforzo o da sfuggire come qualcosa di inaffrontabile.

Il sintomo più opprimente era una continua difficoltà a respirare.

Dopo due anni caratterizzati da una qualità di vita quasi insostenibile, durante i quali ho messo a dura prova l'affetto di amici e familiari, mi è stata consigliata una terapia psicologica di sostegno, durata circa un anno, con incontri settimanali. Sono giunta a comprendere che il senso di soffocamento continuo era la somatizzazione di un disagio psicologico.

Ho imparato che il mio corpo, facendomi soffrire così tanto, mi stava in realtà costringendo a modificare un modo di vivere che la mia "anima" non poteva più accettare.

Incredula, ho scoperto quale eccezionale collegamento esista tra la psiche e il corpo e come l'angoscia possa, per taluni individui, trasformarsi in malessere organico.

Pian piano ho modificato la mia vita. Con grande fatica ho lasciato l'uomo che avevo sposato, cui volevo bene come ad un fratello, rendendomi conto che il nostro matrimonio era nato dalla mia paura, dalla mia necessità di un rifugio.

Ho cominciato una nuova vita, riacquisito la fiducia nel mio corpo attraverso un lento allenamento mentale.

Sono trascorsi quattro anni, durante i quali ho vissuto sola, sentendomi bene, senza episodi di panico, con la sensazione di costruire una vita mia, che nessuno potesse strapparmi.

Ho conosciuto un uomo. Mi sono innamorata. E' iniziata una storia.

Con lui ho giocato il ruolo della donna sicura, senza debolezze, della professionista di successo, libera e indipendente, occultando accuratamente i miei bisogni più profondi.

Un giorno, al termine di una settimana di vacanza trascorsa in solitudine ad osservare le famiglie intorno a me e dopo aver saputo che lui non mi avrebbe raggiunta, ho avuto, in spiaggia, un attacco di panico. Non ricordavo più la violenza di quei sintomi.

Sono tornata e ho cercato di dimenticare, attribuendo quell'episodio ad una momentanea contingenza. Quindici giorni dopo, un altro attacco, poi un altro ed un altro ancora. L'ho raccontato a mia madre. Nessuno doveva saperlo, soprattutto lui. Mi frequentava da tre anni ritenendomi una donna forte, serena, piena di vita. Del resto, avevo fatto di tutto per dargli questo tipo d'immagine di me. E' arrivato agosto. Riuscivo ancora a mascherarmi dietro un'apparente normalità.

Poi mi sono trovata di fronte ad un'avventura insostenibile: un viaggio, da lui proposto, che mi avrebbe portata lontana da qualunque persona o luogo familiare. Ho scelto le mie paure, non sono andata. Lui mi ha lasciata.

Qualcosa dentro di me ha ceduto: sono impazzita in un delirio di malessere fisico, di paura di uscire da casa, di guidare, di stare sola. La mia vita all'improvviso mi sembrava priva di scopo, senza significato. I dubbi e le paure che mi avevano accompagnata per tutta la vita erano ormai così amplificati da occupare totalmente i miei pensieri. Ho smesso di dormire, di mangiare, di lavarmi, di sperare.

Terrorizzata dalle sensazioni che il mio corpo mi comunicava, ho ripetuto esami clinici, tormentando il mio medico perché rintracciasse dentro di me l'organo che, ammalandosi, causava quel dolore insopportabile. Le gambe perdevano forza e non mi sostenevano, la testa mi girava, lo stomaco era impazzito.

Il mio corpo era sano. Ho faticato molto a convincermene. Ho iniziato un'analisi, a frequenza bisettimanale, ma ancora oggi, a distanza di nove mesi, capita di chiedermi se davvero io non abbia semplicemente un involucro malato.

Ma so che non è così.

In questi mesi ha lentamente cominciato a delinarsi la massa di emozioni inesprese che, stratificate nel corso degli anni, si sono manifestate attraverso l'unica forma di sofferenza che non sono in grado di occultare.

Attraverso il fiume di parole con cui ho raccontato la mia storia all'analista, ho imparato ad osservarmi da un insospettabile, nuovo punto di vista.

Non sono una vittima delle circostanze, come amavo pensare. Ho scoperto in me due aspetti, tra loro contrastanti: uno adulto, di donna sicura e di successo, nel quale mi piace riconoscermi, ed uno ancora piccolo, fragile e insicuro, che non mi piace, che non ho voluto accettare, che ho nascosto agli altri e a me stessa. Questa parte negata ha finito per esprimersi attraverso il mio corpo, chiedendo di essere riconosciuta e accudita dalla parte adulta nell'unico modo possibile: i sintomi. Sono loro che mi hanno costretta a fermarmi, a chiedermi il "perché" della loro presenza e a prendere in considerazione i miei bisogni emotivi più profondi, finora non riconosciuti e tendenzialmente negati.

Per anni, in preda al bisogno d'amore, avevo operato una delega all'esterno, al marito prima e all'attuale compagno ora, da me vissuti come esseri salvifici che sarebbero stati garanti del mio valore come persona.

Lentamente sto imparando a manifestare le mie debolezze, ad apprezzare le mie qualità, a tollerare i miei difetti. Lui è tornato. Adesso sa che non sono solo forte e serena e non trovandosi più di fronte quella che riteneva una donna priva di fragilità ha cominciato a costruire con me un rapporto speciale, esclusivo.

Contemporaneamente alle sedute di analisi, mi sono anche aiutata con farmaci che mi hanno permesso di affrontare i momenti di maggiore crisi. Appartengo a quella esigua minoranza di soggetti che non tollerano gli antidepressivi, per cui ho potuto aiutarmi esclusivamente con un ansiolitico.

Oggi sto meglio, anche se so che la strada da percorrere è ancora lunga. Sono trascorsi mesi che ricorderò per sempre come i più faticosi della mia vita, durante i quali ho potuto sperimentare che, nonostante il tormento, la depressione o le forme d'ansia sono vere e proprie spinte propulsive al cambiamento, un'occasione unica per migliorare la propria vita.

La storia di Igor

Era una sera di Maggio del 1998. Seduto dietro le quinte di un importante Teatro lirico italiano, stavo indossando il mio abito scuro per il concerto. Faccio il cantante, la mia è la voce di un basso. All'epoca avevo trent'anni e stavo per affrontare uno dei tanti concerti per coro ed orchestra.

Era un concerto come tanti altri, non dovevo cantare da solo, non avevo una parte di rilievo, non avevo ansia perché tutto era stato provato più volte.

Stavo scaldando la voce, bevendo un po' d'acqua e chiacchierando con i miei colleghi del coro, finché vennero a chiamarci per iniziare il concerto.

Mi è sempre piaciuto salire sul palco, sentire gli applausi, osservare il pubblico, godere quel momento in cui le luci si abbassano e il direttore d'orchestra sale sulla pedana. Com'è intenso e sacro il silenzio che ti avvolge poco prima dell'inizio della musica.

Non avrei mai pensato che quella serata potesse cambiare la mia vita...

Durante l'esecuzione del primo brano non ho avuto alcun problema. Durò circa quindici minuti, gli applausi e l'inizio quasi immediato del secondo. Passarono pochi istanti quando giunse il mio primo, terribile ed indimenticabile attacco di panico: il mio cuore si mise ad accelerare improvvisamente, uno strano ed intenso formicolio mi prese alle gambe, alle braccia ed in tutto il corpo, la testa era confusa. La paura di svenire da un momento all'altro era insopportabile, come le vertigini che mi facevano pensare di cadere dalla pedana più alta su cui stavo.

Cantavo, sì continuavo a cantare, ma in alcuni momenti era come se tutto fosse silenzio: non sentivo neanche più la mia voce. Mi sentivo addosso gli occhi di tutti, ero in preda alla paura ed al terrore ed avevo una gran voglia di scappare. Ancora oggi mi chiedo come ho fatto a portare a termine il concerto senza che nessuno si accorgesse del mio dramma.

Alla fine ero spossato, a pezzi; non riuscivo a capire che cosa e perché mi fosse accaduto tutto ciò. In realtà la parola "panico" mi venne subito, ma non pensavo fosse un vero e proprio disturbo. Ne parlai con un amico che mi disse che potevo aver avuto un calo di pressione: "Torna a casa e riposati, vedrai che domani non te ne ricorderai neanche più ...".

Il concerto successivo andò bene, senza attacco di panico, ma per tutto il giorno ebbi una forte paura che tutto potesse ripetersi. Tale sensazione, con alti e bassi, mi accompagnò per tutti i nove mesi di lavoro successivi.

L'ansia giornaliera mi stremava fisicamente e mentalmente. Non riuscivo a parlarne con nessuno: amici, colleghi, famiglia e fidanzata. Con lei mi vergognavo in modo particolare in quanto, come me, faceva parte del mondo dello spettacolo: era un'attrice. Anche lei conosceva la paura del palcoscenico, ma quella "sana", che ti dà la carica e permette di concentrarti.

Dopo nove mesi, interruppi la mia attività.

Ricevevo continuamente chiamate per concerti in Italia ed all'estero e puntualmente rifiutavo, trovando mille scuse. Riuscii, nonostante tutto, a sostenere due concorsi e a vincerli, ma rifiutai il posto perché l'ansia non tendeva a diminuire e le crisi cominciarono a presentarsi in situazioni totalmente inaspettate: in auto, sui mezzi pubblici, al supermercato, al cinema e addirittura da spettatore ad un concerto.

Una sera mi capitò a letto, prima di addormentarmi: maledizione! Era davvero troppo. Ne parlai con i miei genitori che non capivano cosa avessi e perché da molto tempo non lavoravo.

Contattammo, attraverso un parente, uno psichiatra. Nessun indugio, nessun dubbio, stavo troppo male: presi appuntamento e feci il mio primo colloquio. Rimasi stupito quando il medico diede un nome alla mia "malattia": disturbo da attacchi di panico. Dunque quello di cui soffrivo era un male conosciuto e non ero l'unico al mondo!

La cura che lo psichiatra mi prescrisse inizialmente fu una terapia farmacologica per alleviare la sintomatologia, ma mi spiegò che sarebbe stata di fondamentale importanza una terapia psicologica. Figurarsi ... io che fino a pochi anni fa non vedevo di buon occhio chi andava dallo psicologo a raccontare le proprie cose ...

Nell'arco di circa un mese i sintomi migliorarono nettamente ed iniziai le sedute di psicoterapia: ripercorsi la mia infanzia, i miei studi in Conservatorio, gli esami, il lavoro, il rapporto con i colleghi e la famiglia. Rimisi in discussione la mia vita fino ad allora ed oggi, dopo due anni di terapia, attraverso i colloqui, la riflessione e l'analisi dei sogni, ho finalmente trovato il coraggio di affrontare la vita ... e la mia musica è tornata a cantare dentro di me.

La storia di Chiara

Così Chiara racconta la sua storia.

Mi è capitato di leggere che gli attacchi di panico avvengono con una certa frequenza in automobile, e anche a me è capitato in questo modo. Senza preavviso, senza un motivo apparente: come un fulmine a ciel sereno.

In realtà il cielo non era affatto sereno quel mattino. Ero, come ogni giorno a quell'ora, in automobile, in coda come tante altre persone, per recarmi al lavoro. Il cielo autunnale era grigio, gonfio di nubi minacciose, la strada trafficata e intasata di automobili. All'improvviso il cielo su di me si fece più scuro, i muri delle case sembrarono piegarsi per soffocarmi in una morsa mortale, e l'auto, ferma in coda, mi parve di colpo troppo piccola, soffocante. Mi sentivo intrappolata nell'abitacolo, senza via d'uscita.

Malgrado i rigori del freddo stagionale sentii affiorare vampate di calore alternate a sudori freddi, su tutto il corpo e alla radice dei capelli.

Il respiro affannoso, il cuore che batteva forte, ebbi un solo impulso: quello di precipitarmi fuori dall'auto e fuggire lontano, oltre la coda di automobili, oltre la via troppo stretta e scura, alla ricerca di uno spazio aperto che mi permettesse di tornare a respirare profondamente, di un chiarore che venisse a illuminare quel cielo fattosi troppo minaccioso e incombente. Fui sopraffatta da un senso di angoscia, di catastrofe imminente e ineluttabile, di morte.

Non so come riuscii a vincere quell'impulso così forte, violento, e a rimanere aggrappata al volante, a procedere nella coda senza abbandonare davvero l'automobile, lì, in mezzo al traffico, lasciando ad altri il compito di rimuoverla.

Non so come riuscii a non lasciarmi sopraffare dall'angoscia, dalla paura di soffocare, di morire, a sopportare i battiti accelerati del cuore che pareva voler uscire dal petto.

In realtà non ho un ricordo preciso di come riuscii a raggiungere l'ufficio presso il quale lavoro.

Capii quasi subito quello che mi stava succedendo: ero in preda a un attacco di panico. Per me, fino a quel momento, tutto questo era stata soltanto letteratura, oggetto di letture divulgative sull'argomento.

Ho 45 anni e lavoro in uno studio di pubblicità. Svolgo un'attività interessante e coinvolgente, anche se i lunghi orari e i ritmi serrati di lavoro sono necessariamente fonte di stress. Sono sposata da 15 anni e ho scelto di non avere figli. Da qualche anno la mia vita matrimoniale si è fatta difficile e a mano a mano che passa il tempo il distacco con mio marito sembra accentuarsi sempre più.

In realtà, a pensarci bene, avevo avuto qualche avvisaglia già molti anni prima, cui non avevano fatto seguito episodi tali da mettermi in allarme.

Dopo la morte di mia madre, avvenuta quasi vent'anni or sono, cominciai a sentirmi a disagio di notte, al buio. La perdita di mia madre aveva cambiato sensibilmente il mio approccio alla vita e nel corso degli anni seguenti avevo quasi coltivato dentro di me la desolazione causata dalla sua mancanza, il ricordo ossessionante delle dolorose circostanze della sua malattia, del mio senso d'impotenza di fronte alla sua sofferenza, degli effetti devastanti operati dal male sulla sua persona.

In quel periodo avevano fatto la loro comparsa anche vaghi pensieri di morte: non si trattava di un reale desiderio di morire, tanto meno di impulso al suicidio, quanto di un senso accentuato di inutilità della vita, della fatica di vivere che così spesso accompagnava le mie giornate. Avrei semplicemente preferito non essere nata, e ti tanto in tanto la notizia della scomparsa di una persona conosciuta mi provocava, anziché un senso di pena, quasi una sensazione di sollievo.

Da allora, in situazioni di stress, mi era capitato qualche volta, durante le sere d'inverno, quando viene buio molto presto, di provare all'improvviso un senso di soffocamento, mentre la luce elettrica pareva farsi più fioca e le pareti della camera in cui mi trovavo sembravano ripiegarsi piano piano su di me.

In quei casi andavo al alzare la tapparella abbassata e uscivo sul balcone per qualche minuto, anche se era già buio, per vedere lo spazio aperto oltre la casa, per liberarmi dai fantasmi che volevano togliermi il respiro, stringermi in una gelida morsa di paura e di affanno.

Negli anni a venire mi capitò ancora di non sopportare il buio. Dormivo sempre con una piccola lampada accesa e se mi addormentavo dimenticando di accenderla oppure se veniva a mancare per qualche tempo la corrente mi svegliavo di colpo, come messa in allarme da un sensore invisibile, malgrado gli occhi chiusi e i sensi assopiti.

Il più delle volte mi precipitavo fuori dal letto, in preda alla paura e all'impulso irrefrenabile a non rimanere lì, in un bagno di sudore: andavo alla finestra e guardavo fuori, recuperando piano piano la calma necessaria per rimettermi a letto. Altre volte riuscivo a rimanere distesa, con un grande sforzo di volontà, e mi bastava visualizzare con l'immaginazione il "fuori", gli spazi aperti conosciuti, meglio ancora se amati, per sentirmi meglio.

Ma sono stati, questi, episodi sporadici, sempre superati in un lasso di tempo relativamente breve e, tutto sommato, dimenticati in fretta.

Quel mattino fu tutt'altra cosa. Arrivata in ufficio il mio primo pensiero fu quello di come fare a rimettermi in automobile per tornare a casa. Di provarci subito, neanche a pensarci: sentivo ancora l'abitacolo stringersi sempre più su di me, farsi così piccolo e soffocante da togliermi il respiro.

Anche in ufficio mi sentivo a disagio, malgrado l'ambiente di lavoro che condivido con altri colleghi sia ampio e spazioso. Lo svolgersi frenetico delle attività attorno a me mi dava fastidio: perché; tutto quel correre, quel parlare, telefonare, perché gli altri erano tranquilli, "normali", e io mi sentivo morire?

Non riuscivo a lavorare; mi avvicinai più volte alla finestra per guardare fuori, ma il cielo plumbeo e il grigiore che pareva avvolgere tutto il mio campo visivo non davano certo sollievo alla mia angoscia.

Feci un paio di telefonate per cercare aiuto. Mi venne segnalato da un'amica il "Centro depressione ansia e attacchi di panico". Pensai che il nome prometteva bene: se non avessi trovato qui un rimedio al mio malessere nessun altro avrebbe potuto aiutarmi.

Mi rispose al telefono una voce cortese, che non mi fece sentire a disagio per le mie parole che sentivo uscire alterate e affannate. Dopo qualche minuto avevo già un appuntamento per il giorno dopo. Se avessi voluto sarei stata ricevuta già quella sera stessa, nel tardo pomeriggio, ma il mio pensiero fisso era quello di tornare a casa prima che facesse buio: il tragitto in auto, il traffico, ma soprattutto il buio della sera mi terrorizzavano.

Dopo qualche esitazione mi recai in una farmacia. Chiesi una confezione di ansiolitico, ma ero sprovvista di ricetta medica e le tre dottoresse in camice bianco non sembravano disposte a concedermelo, schierate dietro la barriera del lungo bancone.

Per fortuna in quel momento non vi erano altri clienti nella farmacia. Spiegai che avevo avuto un attacco di panico, che abitavo fuori città e senza un aiuto farmacologico non ce l'avrei fatta a tornare a casa da sola. Specificai anche che avevo già fissato un appuntamento con uno specialista per il giorno seguente, e sarei tornata con una ricetta medica: magari non lo stesso farmaco, ma certamente qualcosa del genere mi sarebbe stato sicuramente prescritto.

Si consultarono con lo sguardo e infine mi concedettero la scatoletta di compresse. In quel momento mi sentii come un tossico che pretendeva una dose da iniettarsi e questo non fece che aumentare il mio disagio.

Rientrai in ufficio ancora più avvilita e angosciata, e inghiottii una compressa senz'acqua, quasi di nascosto anche verso me stessa, pervasa da un sentimento di angoscia e da un vago senso di colpa.

Ma perché avrei dovuto sentirmi in colpa? Stavo male, ma i mali dell'anima sono sempre così poco condivisibili, così poco compresi che si finisce per rinchiudersi sempre più in se stessi, in una spirale di disagio e di dolore che non concede tregua. Ma se ci si isola in questi casi è anche per non essere oggetto di curiosità, di commiserazione, di sguardi indagatori e perplessi come quelli delle tre farmaciste.

Dopo un po' cominciai a sentirmi meglio. Volevo a tutti i costi dimostrare a me stessa che tutto andava bene: arrivai persino a pensare che forse ero stata troppo frettolosa nel fissare l'appuntamento con il medico per il giorno dopo.

Cercai di lavorare un po', con risultati assai sconcertanti, ma i miei sforzi erano volti soprattutto a non lasciar trapelare il tumulto di emozioni, paura, affanno e angoscia che si agitavano in me.

Solo verso la metà del pomeriggio, con l'imminenza del buio della breve giornata d'autunno avanzato, mi risolsi a tornare a casa, ad affrontare il breve viaggio di ritorno in auto tanto temuto.

Il giorno dopo, l'appuntamento. Il forte senso di disagio che mi accompagnava si dissolse nel corso della seduta. Parlavo liberamente e qualcuno mi stava ad ascoltare, mi capiva, mi faceva domande per capire meglio lo stato delle cose.

Ebbi una risposta a tutte le mie domande. Ricordo di aver esordito dicendo: "Credo di avere avuto un attacco di panico, e mi è bastato. Vorrei fare in modo che non si ripeta". Ebbi la conferma che si trattava proprio di un attacco di panico, e inoltre mi fu riscontrato un tono dell'umore piuttosto basso: un altro modo per dire che ero affetta da una forma depressiva.

Mi fu spiegato qual era il mio stato di salute attuale e mi vennero date tutte le informazioni sulle possibilità di cura e i loro possibili esiti.

Malgrado la diagnosi non proprio rassicurante, uscii dallo studio medico sollevata: mi sarei curata, era possibile farlo, e dunque sarebbe stato possibile uscire dalla spirale di sofferenza in cui mi trovavo avvolta. Ora sapevo di poter essere aiutata.

Iniziai una cura farmacologica a base di antidepressivi e ansiolitici, in dosaggi piuttosto contenuti. Presi in esame l'idea di intraprendere una terapia analitica, come mi era stato prospettato nell'ambito delle possibilità terapeutiche, ma forti resistenze mi bloccavano in questo senso. Desideravo e temevo nello stesso tempo di andare fino in fondo a me stessa.

Per qualche mese rispettavi la cadenza mensile degli appuntamenti, come mi era stato consigliato, per verificare gli effetti della cura e gli eventuali cambiamenti da apportarvi. Riscontrai un consistente miglioramento del mio stato di salute già dopo 15-20 giorni di terapia farmacologica.

Stavo meglio, il tono dell'umore migliorava, anche se a fasi alterne. Tuttavia sentivo dentro di me qualcosa di inconcluso, o meglio qualcosa che "spingeva" e che non trovava la strada per affiorare. Inoltre non erano del tutto scomparsi quei vaghi pensieri di morte che di tanto in tanto facevano ancora la loro comparsa, come già mi era capitato in passato, specie nei momenti più difficili.

Gli incontri mensili con il terapeuta erano per me come altrettante boccate d'ossigeno, poiché in quelle occasioni potevo parlare a ruota libera di quanto si agitava in me, mi veniva dato ascolto, le mie domande ricevevano una risposta: mi pareva ogni volta di uscire un po' più rafforzata.

Poi, in primavera, ebbi un crollo, determinato dal peggioramento delle condizioni di vita nel mio ambito familiare. Lo specialista mi prospettò l'idea di una terapia analitica, con sedute a cadenza settimanale. In realtà sapevo fin dall'inizio che solo questa sarebbe stata la strada giusta per me, tuttavia opposi ancora delle resistenze che il mio interlocutore ridimensionò con una certa facilità.

Temevo soprattutto l'idea di intraprendere un lungo percorso di cui non riuscivo a vedere la fine: sai quando cominci ma non sai quando finisci, mi dicevo. Ma anche a questo problema mi fu data una soluzione. Era la fine di marzo, o forse i primi di aprile, e concordai di "provare" per quattro mesi, fino alle vacanze estive. Poi avrei deciso se proseguire o interrompere.

All'inizio di settembre non mi posi neppure il problema: fu del tutto naturale telefonare al Centro per riprendere le sedute.

Ora, dopo oltre un anno di terapia, il mio atteggiamento nei confronti della vita è del tutto cambiato e sento in me una determinazione prima sconosciuta nell'affrontare la vita e i miei problemi quotidiani.

Ho acquisito una maggiore consapevolezza di me stessa: delle mie risorse interiori e intellettive, troppo spesso dimenticate o sottovalutate in primo luogo proprio da me, col risultato di una maggiore sicurezza e fiducia in me stessa; della possibilità di svincolarmi da legami che mi costringono a una vita ripiegata su me stessa e, guarda caso, mi danno un senso di soffocamento interiore; persino del mio aspetto fisico, del mio modo di pormi agli altri e della possibilità di ampliare la cerchia delle mie relazioni interpersonali.

I miei problemi in famiglia non sono ancora del tutto risolti, ma ho preso coscienza del meccanismo perverso che mi ha condotta a fare, in passato, delle scelte che ora mi appaiono troppo "soffocanti".

I miei impulsi verso la libertà si sono esplicitati in maniera concreta: ho iniziato a ridurre i castighi che mi sono autoimposta in questi anni, mi sono concessa spazi personali del tutto impensati prima. Ho cominciato a liberarmi da quelle catene cui io stessa mi ero strettamente legata. E la produzione industriale di sensi di colpa che ha sempre condizionato le mie scelte è venuta piano piano calando. Dicevo sempre che se avessi potuto vendere i sensi di colpa che producevo sarei diventata enormemente ricca. Ora non è più così: non mi garantirebbero nemmeno una rendita sufficiente a sopravvivere!

Biblioteca dell'Associazione

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.

In questo libro l'autore ha cercato di rintracciare, nelle procedure d'iniziazione degli antichi sciamani, i precedenti simbolici della formazione dei moderni analisti, utilizzando il metodo anamnastico. E' inoltre presente un'opportuna sottolineatura del carattere non trionfalistico, e anzi antierico, della formazione sciamanica e analitica, nonché una rielaborazione della tesi che vede nella scelta della professione analitica un tentativo di riparazione di una ferita originatasi nell'area materna.

Vittoria Haziel

Ritorno alla luce.

Tutte le strade per guarire dalla depressione

Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1999.

Tratta della depressione attraverso un approccio originale dove si armonizzano scienza e arte, passione e analisi, figure letterarie e gruppi di lavoro. Attraverso gli interventi di psichiatri, psicologi, omeopati, biologi, le parole di farmacologi e le riflessioni di psicoanalisti, si cerca di capire quali siano i sintomi e le cause della depressione, quali consigli dare alle famiglie disperate e quali siano i rimedi tradizionali o alternativi.

E' presente l'intervento di Salvatore Di Salvo sul tema del possibile significato iniziatico e trasformativo della crisi depressiva.

Salvatore Di Salvo

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

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001.

E' la presentazione di una relazione analitica fatta a "due voci": quella dell'analista e quella della paziente.

"Le gambe rifiutano di reggermi... ed eccoti lontana da casa". Con queste parole Eva riassume l'esperienza traumatica e drammatica cui la vita la pone di fronte, fin dai primi mesi della sua esistenza. E' la storia analitica di Eva, cominciata un giorno d'ottobre di alcuni anni fa, quando lei ha 28 anni. Nei quasi cinque anni di incontri, a frequenza bisettimanale, è stata ripercorsa la sua intera storia: sono state lette e ridefinite le esperienze precedenti di bambina malata e allontanata da casa, di adolescente in crisi, di adulta nei suoi rapporti con il maschile.

Il libro è in distribuzione unicamente presso la sede dell'Associazione e il ricavato sarà totalmente devoluto all'Associazione per la Ricerca sulla Depressione. Dietro richiesta può essere spedito.

Salvatore Di Salvo
Depressione, ansia e panico: percorsi di cura
Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003.

Questo libro è rivolto a chi soffre di tali disturbi, ma anche ai loro parenti, amici e conoscenti che spesso, mancando di corrette informazioni, non sanno quale tipo di atteggiamento tenere.

La scienza medica, specie nell'ultimo decennio, è entrata in possesso di strumenti tali da intervenire efficacemente su questo tipo di malessere. Di fatto, però, sono presenti enormi barriere pregiudiziali che rendono difficile il contatto tra chi soffre e chi cura: solo un paziente su cinque chiede un consulto allo specialista cui compete la terapia, vale a dire lo psichiatra.

Nel libro sono presenti la descrizione dei sintomi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico, la loro diffusione, l'intervento farmacologico e quello psicologico. Sono inoltre indicati consigli per coloro che sono vicini a chi soffre e alcune testimonianze di pazienti, con i relativi percorsi di cura.

Lo scopo che questo lavoro si prefigge è di fornire con linguaggio semplice ed accessibile il maggior numero possibile d'informazioni, nel convincimento che solo attraverso di esse sia possibile rimuovere i pregiudizi, ridurre il livello della sofferenza e anettere ai territori della scienza medica la cura di questo tipo di sofferenza.

Salvatore Di Salvo
La psicoterapia individuale
Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005.

Tra i vari modelli di approccio psicologico, nel presente volume viene trattato il tema della psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico perché è quella che viene praticata dai coautori del libro, psicologi e psicoterapeuti che lavorano presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino.

Dopo un'introduzione contenente alcune considerazioni generali sulla psicoterapia, vengono affrontati i temi relativi al primo contatto con il terapeuta, alla alleanza terapeutica, al transfert e controtransfert e alla conclusione della psicoterapia. Spazio è inoltre dedicato agli argomenti riguardanti aggressività, angoscia e colpa e alle reazioni emotive e comportamentali dei familiari di pazienti che hanno intrapreso un percorso psicoterapeutico.

Filo conduttore di tutti i capitoli è la relazione che si viene ad instaurare tra paziente e terapeuta, elemento fondante del processo di trasformazione del lavoro psicoterapeutico.

Particolare attenzione è stata dedicata dagli autori a presentare argomenti complessi utilizzando un linguaggio non tecnico, ma di tipo divulgativo in modo tale che, per accedere ai contenuti dei vari capitoli, non fosse necessario avere conoscenze specifiche in materia psicologica.

A tale scopo sono anche state utilizzate esemplificazioni cliniche: il racconto di molte storie di psicoterapia ha lo scopo di rendere più chiari gli argomenti teorici dei vari capitoli e renderne più espliciti i contenuti.

A cura di Salvatore Di Salvo
Storie di cura
Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

Nel presente volume vengono raccontate alcune storie di pazienti e del loro percorso di ricerca psicologica. Le storie raccontate sono le seguenti.

La storia di Cipì è il racconto di una psicoterapia ad orientamento analitico, o meglio il racconto di un frammento di essa, attraverso le immagini ed alcuni sogni evocati e raccontati in seduta dalla paziente e mediante i quali la protagonista è arrivata a legittimare il lato emotivo della sua personalità.

La storia di Aurora è il racconto di un diffuso stato di disagio esistenziale di una giovane donna, centrato essenzialmente su difficoltà relazionali, in particolare con la famiglia di origine e con il fidanzato, con il quale il rapporto è estremamente turbolento.

La storia di Alice è il racconto di una giovane donna che vive la propria vita nel modo più sereno possibile, fino a realizzare i suoi sogni di bambina: sposarsi e diventare madre. Ma proprio quando entrambi i suoi sogni si avverano (si è unita in matrimonio ed è diventata madre di una bambina), si ammala di depressione ed ansia.

La storia di Ippolita è la storia, raccontata attraverso l'analisi di dieci sogni, di una giovane donna, molto graziosa sia nell'aspetto sia nei modi di fare. La musica è stato il suo interesse principale della fin da bambina: doveva diventare una brava musicista, "la più brava", ed il suo sogno sembrava potersi realizzare, quando le viene diagnosticata un'artrite reumatoide.

La storia di Paolo è il racconto del percorso terapeutico il cui punto centrale è consistito nella elaborazione del lutto per la morte del fratellino di un anno e mezzo, avvenuta quando lui aveva 13 anni. Per un ragazzo tale elaborazione è un processo che necessita del sostegno degli adulti. Questo per Paolo non è successo: i genitori in difficoltà non hanno saputo sostenere il figlio e gli insegnanti non hanno nemmeno saputo dell'evento.

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

Opuscoli

A cura dell'Associazione sono stati editati alcuni opuscoli, fuori commercio e a carattere divulgativo, distribuiti tramite le farmacie o veicolazione con quotidiani e settimanali.

Il male curabile (1997)

E' il primo di una serie di opuscoli informativi fuori commercio e a carattere divulgativo. In esso sono presentati i disturbi depressivi, ansiosi e di attacchi di panico, la loro sintomatologia clinica, il corretto approccio terapeutico e i più comuni pregiudizi che li riguardano. Sono anche presenti dei consigli rivolti ai familiari dei pazienti sul comportamento che è più opportuno tenere nei loro confronti.

E' stato veicolato gratuitamente in quotidiani e settimanali e attualmente è in distribuzione presso la sede dell' Associazione.

La depressione oggi (1998)

E' il secondo opuscolo prodotto dall'Associazione. Consiste nell'elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino e descrive l'applicazione pratica dei presupposti teorici presentati nel primo opuscolo.

E' stato veicolato gratuitamente in quotidiani e settimanali e attualmente è in distribuzione presso la sede dell' Associazione.

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

E' il terzo opuscolo di carattere informativo e consiste nell'elaborazione delle risposte ad un questionario somministrato ad un campione statisticamente significativo.

E' stato veicolato gratuitamente in quotidiani e settimanali e attualmente è in distribuzione presso la sede dell' Associazione.

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

Nell'opuscolo sono descritti i più importanti sintomi che consentono di riconoscere i disturbi depressivi, ansiosi e gli attacchi di panico. Sono inoltre presentate la terapia farmacologica, per la cura dei sintomi, e quella psicoterapeutica, per la cura delle cause.

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

Nell'opuscolo sono presentate le domande più frequenti e le relative risposte sui temi dei Disturbi Depressivi e dei Disturbi d'Ansia. Una sezione è dedicata alle domande più frequenti dei familiari dei pazienti

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

Vengono descritti i criteri diagnostici per riconoscere il Disturbo d'Ansia generalizzato e il Disturbo da Attacchi di Panico e la strategia terapeutica da adottare per la loro cura.

Tutti gli opuscoli sono pubblicati nel sito dell'Associazione www.depressione-ansia.it alla sezione Multimedia - Biblioteca e sono scaricabili gratuitamente

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. Autore del saggio: "Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica" ed. Cortina, Torino, 1996. Coautore del libro "Ritorno alla luce" ed. Sperling & Kupfer, Milano, 1999. Autore dei libri: "Eva e Doc: analista e paziente raccontano le vicende della loro relazione analitica" ed. Libreria Cortina, Torino, 2001; "Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura" ed. Libreria Cortina, Torino, 2002; "La psicoterapia individuale", ed. Libreria Cortina, Torino, 2005; "Storie di cura, ed. Libreria Cortina, Torino, 2006.

I più recenti studi epidemiologici attestano che, in Italia, sono circa 8,5 milioni le persone che soffrono di depressione, circa tre milioni di ansia, mentre i disturbi da attacchi di panico interessano il 33% della popolazione giovanile tra i 18 e i 25 anni.

Questo libro è rivolto a chi soffre di tale disturbi, ma anche ai loro parenti, amici e conoscenti che spesso, mancando di corrette informazioni, non sanno quale tipo di atteggiamento tenere.

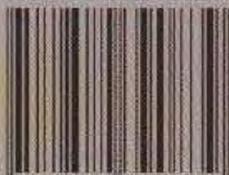
La scienza medica, specie nell'ultimo decennio, è entrata in possesso di strumenti tali da intervenire efficacemente su questo tipo di malessere. Di fatto, però, sono presenti enormi barriere pregiudiziali che rendono difficile il contatto tra chi soffre e chi cura: solo un paziente su cinque chiede un consulto allo specialista cui compete la terapia, vale a dire lo psichiatra.

Nel libro sono presenti la descrizione dei sintomi della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico, la loro diffusione, l'intervento farmacologico e quello psicologico. Sono inoltre indicati consigli per coloro che sono vicini a chi soffre e alcune testimonianze di pazienti, con i relativi percorsi di cura.

Lo scopo che questo lavoro si prefigge è di fornire con linguaggio semplice ed accessibile, pur nel rispetto del rigore scientifico, il maggior numero possibile d'informazioni, nel convincimento che solo attraverso di esse sia possibile rimuovere i pregiudizi, ridurre il livello di sofferenza e annettere ai territori della scienza medica la cura di questo tipo di sofferenza.

Salvatore Di Salvo, *psichiatra e analista jungbiano, Presidente dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e Responsabile del Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino. Autore del saggio "Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica", Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1996. Ha collaborato alla stesura del libro "Ritorno alla luce: tutte le vie per uscire dalla depressione", pubblicato da Sperling & Kupfer Editore, Milano, 1999. Autore del libro "Eva e doc: analista e paziente raccontano le vicende della loro relazione analitica", Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001.*

ISBN 88-8239-063-7



9 788882 390839

€ 15,50