

Salvatore Di Salvo

Il male invisibile

*Associazione per la Ricerca sulla Depressione
Corso Guglielmo Marconi 2 - Torino
Tel. 011.6699584 - 6699693*

*Sito dell'Associazione:
www.depressione-ansia.it*

Titolo originale
Il male invisibile
Salvatore Di Salvo

Stampa: Graphot Torino
Aprile 2026

Indirizzo e-mail dell'autore: assodep@tiscali.it

© Copyright 2026 Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo senza il
permesso scritto degli Autori

Indice

Presentazione della Associazione	pag. 7
Presentazione del libro	pag. 11
I pregiudizi sulla depressione	pag. 13
I sintomi della depressione_1	pag. 16
I sintomi della depressione_2	pag. 18
A chi rivolgersi per la cura della depressione	pag. 22
Le cause della depressione	pag. 25
I familiari del depresso	pag. 28
Quando è necessaria una cura con i farmaci	pag. 31
Depressione ed energia psichica	pag. 34
I fenomeni collaterali degli antidepressivi	pag. 37
Domande dei familiari del depresso	pag. 40
Gli errori più frequenti nell'uso dei farmaci	pag. 43
Le paure più frequenti nei confronti della cura	pag. 46
Vissuti soggettivi della depressione	pag. 49
Valutazione del rischio di suicidio	pag. 52
Dallo stress alla malattia	pag. 55
Depressione, sofferenza e trasformazione	pag. 58
Gli effetti collaterali del Disturbo Depressivo	pag. 61
La terapia psicologica_1	pag. 64
La terapia psicologica_2	pag. 66
Depressione e invecchiamento_1	pag. 70

Depressione e invecchiamento_2	pag. 72
La depressione nella adolescenza	pag. 76
La depressione nei bambini	pag. 79
Depressione nell'anziano_1	pag. 82
Depressione nell'anziano_2	pag. 84
La Depressione e il Lutto	pag. 88
Depressione e gravidanza	pag. 91
La depressione e la Sindrome premestruale	pag. 94
La depressione e interruzione di gravidanza	pag. 97
Forme cliniche del Disturbo Depressivo	pag. 100
Depressione post partum	pag. 103
Depressione e menopausa	pag. 106
Il Disturbo Bipolare	pag. 109
Gli stabilizzatori del tono dell'umore	pag. 112
I disturbi del sonno	pag. 115
Temperamento, carattere e personalità	pag. 118
La Distimia o depressione cronica	pag. 121
L'ipocondria	pag. 124
Esperienze	pag. 127
Biblioteca della Associazione	pag. 185

***L'Associazione
per la Ricerca sulla Depressione***

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione si è costituita nell'Aprile 1996 allo scopo di favorire l'approfondimento scientifico, la sensibilizzazione, la divulgazione e la prevenzione sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia nei loro aspetti medici, sociali e psicologici.

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

I servizi

Il servizio di Ascolto

È un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 12,30 e dalle 14,30 alle 19.00, il numero di telefono è 011.6699584 e si caratterizza per il fatto di essere svolto esclusivamente da Psicologi.

La sua attivazione risale al settembre 1998 con lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desidera aprirsi, parlare di sé, esporre i propri problemi a persone competenti. È anche un primo momento di supporto psicologico: fornisce informazioni relative agli specialisti cui rivolgersi, alle possibili terapie da intraprendere e risposte su quesiti relativi ai sintomi della depressione e dell'ansia.

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

Il sito internet

Collegandosi al sito internet dell'Associazione per la Ricerca sul-

la Depressione www.depressione-ansia.it, la cui nuova versione è stata pubblicata nel Maggio 2016, è possibile acquisire molte informazioni sul Disturbo Depressivo e sui Disturbi d'Ansia: le domande più frequenti e le relative risposte, esperienze personali inviate all'Associazione dai pazienti, storie cliniche e approfondimenti sui temi di cui l'Associazione si occupa.
Tutto il materiale è scaricabile gratuitamente.

Audiovisivi

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

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

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

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

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

Gli altri servizi

- *Campagne informative:* periodicamente l'Associazione orga-

nizza Campagne informative sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia allo scopo di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di questi disturbi. Le Campane finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.

- *Colloqui informativi:* l'Associazione offre questo tipo di servizio, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Si tratta di un colloquio, svolto da psicologi, della durata di circa 45 minuti durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.
- *I Convegni:* annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentati i lavori di ricerca svolti dall'Associazione.
- Dalla Sezione Pubblicazioni del sito www.depressione-ansia.it, è possibile scaricare gratuitamente i libri e gli opuscoli, *in versione pdf e epub*, pubblicati a cura dell'Associazione. Sono anche scaricabili i cinque volumi che costituiscono la Collana di Psichiatria Divulgativa.

Presentazione

Il libro **Il male invisibile** è suddiviso in due parti.

La prima consiste nella raccolta di articoli pubblicati a cadenza mensile dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione, nel periodo dal 2019 al 2022, nella Rubrica “Il male invisibile”, all’interno del settimanale “La Voce e il Tempo”.

Lo spazio riservato dal giornale alla rubrica era tale da rendere necessaria una lunghezza dei singoli articoli pari a 3500 battute e questo spiega il motivo per cui i 39 argomenti trattati hanno tutti una lunghezza molto simile.

I temi trattati sono relativi al Disturbo Depressivo e ai suoi diversi aspetti: diffusione, criteri diagnostici, aspetti sintomatici, le cause, la terapia con farmaci e la psicoterapia. L’indice contenuto all’inizio del libro aiuta a trovare rapidamente gli argomenti cui il lettore è più interessato.

La seconda parte contiene alcune esperienze raccontate da persone che, dopo essersi registrate sul sito

dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, hanno inviato alla redazione la loro testimonianza, autorizzandone la pubblicazione.

Non sono state apportate modifiche ai testi inviati, salvo qualche correzione ortografica o di punteggiatura. Abbiamo inoltre scelto di non farli precedere da una presentazione o seguire da un commento, preferendo non interferire con la risonanza emotiva del lettore.

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

I pregiudizi sulla depressione

In Italia almeno 1,5 milioni di persone soffrono di depressione mentre il 10% della popolazione italiana, cioè circa 6 milioni, hanno sofferto almeno una volta, nel corso della loro vita, di un episodio depressivo.

Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'anno 2020 la depressione sarà la seconda causa di malattia, dopo le malattie cardiovascolari, in tutto il mondo, Italia compresa.

Eppure è solo il 33% dei pazienti si rivolge ad uno specialista per la cura e ciò che s'interpone alla cura è la presenza radicata di pregiudizi.

Uno di questi riguarda la figura dello psichiatra e può essere esemplificato con il seguente ragionamento: «Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale».

Un ostacolo è difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l'acquisizione di informazioni, sia presso amici e conoscenti, sia rivolgendosi al medico di base.

Un altro pregiudizio è che gli psicofarmaci sono dannosi. In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza

l’assistenza dello specialista.

Questo preconcetto, come quello che gli psicofarmaci danno dipendenza, sono figli del fatto che, nell’immaginario collettivo, vi è una assimilazione tra psicofarmaci 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», in base al quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo.

Questo pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale e intellettivo del paziente e allo specialista è richiesto uno sforzo supplementare per sottolineare la falsità, oltre ai danni, che tale pregiudizio provoca, in quanto alimenta i già presenti sensi di colpa.

L’infondatezza di tale pregiudizio risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

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

può disporre.

Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva. Di fatto la depressione è una malattia curabile, specialmente con gli strumenti efficaci di cui disponiamo.

È necessario uscire dalla dimensione parascientifica in cui questi disturbi vengono collocati e ricondurre il problema in ambito medico.

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

Come riconoscere la depressione/I

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, tra cui è costante l'abbassamento del tono umorale. 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 invece evidente e si manifesta con vissuti di profonda tristezza, senso d'inutilità, disperazione, 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 interesse.

Nella depressione sono frequenti i disturbi dell'alimentazione che possono manifestarsi sotto forma di perdita o aumento dell'appetito.

Nel primo caso i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre meno

fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano bocca amara e ripienezza addominale.

La riduzione dell'assunzione di cibo può determinare un marcato dimagrimento e, nei casi più gravi, stati di malnutrizione tali da costituire delle vere e proprie emergenze mediche.

In alcuni quadri depressivi può essere presente, al contrario, l'aumento dell'appetito e il conseguente incremento 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 addormentarsi velocemente, ma di svegliarsi dopo poco, di non riuscire più ad addormentarsi e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale. Durante i periodi di veglia notturna i pensieri sono dominati da rimuginazioni e vissuti di colpa relativi ad eventi del passato.

In altri casi può essere presente un disturbo opposto al precedente, l'ipersonnia, cioè l'aumento delle ore di sonno: il paziente dorme anche 16-18 ore il giorno e ciò ha un significato difensivo nei confronti della sofferenza depressiva.

Tra i sintomi della depressione, il rallentamento psicomotorio è il più frequente e, nei casi più gravi, può manifestarsi con la ridu-

zione dei movimenti spontanei e l'irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo.

Il linguaggio non è fluido, la varietà dei temi e dei contenuti delle idee è scarsa, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano ideativo in forma di penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Altre volte può essere presente, al contrario, uno stato di agitazione psicomotoria che si manifesta con irrequietezza, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

Il depresso è afflitto da astenia, cioè spossatezza tale da rendere difficile fare qualsiasi azione, anche la più semplice e, col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e talmente accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

Come riconoscere la depressione/2

Talora il depresso ritiene se stesso responsabile dei propri disturbi e dell'incapacità di guarire: si giudica quindi indegno per la propria condotta, la propria pigrizia e il proprio egoismo.

La consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano a sentimenti di autosvalutazione o di colpa, spesso accompagnati dall'incessante rimuginare sui presunti errori e colpe del passato. Il futuro appare privo di speranza e il

passato pieno di errori commessi.

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori si esprime in forma di riduzione di attenzione, concentrazione e memoria con conseguente calo delle prestazioni intellettive.

Il rallentamento ideativo si traduce in incertezza e indecisione e in alcuni casi l'incapacità di prendere qualunque decisione, anche la più semplice, crea notevole disagio e, talora, totale blocco dell'azione.

Nei 2/3 dei pazienti sono presenti pensieri ricorrenti di morte. Nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita non valga la pena di essere vissuta.

Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più o di morire accidentalmente, ad esempio in un incidente stradale.

Nei casi più gravi il suicidio è lucidamente programmato 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 a concepire tale gesto come unica liberazione dalla sofferenza o come giusta espiazione delle proprie colpe.

Il rischio di suicidio deve sempre essere preso in considerazione e

dalla sua valutazione dipende la possibilità di terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per il ricovero.

Sintomi associati

Ai sintomi depressivi sono spesso associati sintomi della serie ansiosa. E' presente anche il calo del desiderio sessuale che si presenta in genere nelle prime fasi della malattia, a differenza di quanto avviene nei disturbi d'ansia, nei quali invece i pazienti mantengono un discreto funzionamento.

Spesso sono inoltre presenti alterazioni delle funzioni somatiche: più frequentemente

sono interessati gli apparati digerente, cardiovascolare e urogenitale.

Nella depressione vi sono variazioni d'intensità dei sintomi. Tipica, ad esempio, è l'alternanza diurna: il paziente, al risveglio mattutino, si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre avverte un miglioramento dei sintomi nelle ore pomeridiane o serali.

E' inoltre presente una periodicità stagionale: le stagioni più a rischio sono la primavera e l'autunno, periodi dell'anno in cui statisticamente vi è una maggiore incidenza del disturbo depressivo.

E' possibile fare diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore quando sono presenti i seguenti sintomi:

- tono dell'umore depresso;
- perdita di appetito con perdita superiore al 5% del peso corpo-

reo nel giro di un mese o aumento dell'appetito con conseguente aumento ponderale;

- disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia);
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- senso di spossatezza conseguente a mancanza d'energia psichica;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati;
- riduzione della capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni;
- pensieri ricorrenti di morte.

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

A chi rivolgersi per la cura della Depressione

Le figure professionali cui rivolgersi in caso di presenza di depressione sono il medico di famiglia, il neurologo, lo psichiatra e lo psicoterapeuta. Vediamo quali sono le loro specifiche competenze.

Il medico di famiglia è una delle prime figure a cui di solito si rivolge chi soffre di un disturbo depressivo e il suo compito è di fare una prima valutazione della gravità dei sintomi presentati.

Nel caso di forme di entità modesta interviene indicando una blanda terapia farmacologica e qualche buon consiglio fondato sul buonsenso.

Nel caso, invece, di forme più gravi, dovrà inviare il paziente allo psichiatra, ma spesso si trova di fronte a fortissime resistenze e può anche capitare che alcuni pazienti si sentano “offesi” dall’indicazione ricevuta.

Qualche difficoltà in meno può riscontrarla nell’invio al neurologo, più accettato dal paziente rispetto allo psichiatra. Il neurologo, però, non è lo specialista della cura dei disturbi ansiosi e depressivi.

Si tratta infatti di un medico che, dopo la laurea in medicina, ha frequentato un corso di specializzazione di cinque anni per la cura dei disturbi organici del Sistema Nervoso Centrale (ad esempio

epilessie, cefalee, malattie dei nervi) e non dei disturbi della sfera emotiva, di cui fanno parte i disturbi depressivi e ansiosi.

Ciò nonostante il paziente è più disposto a rivolgersi al neurologo perché fa meno paura dello psichiatra, specialista che, dopo il conseguimento della laurea in medicina, ha frequentato un corso di specializzazione di cinque anni per la cura dei disturbi della sfera emotiva.

Rivolgersi però a tale specialista trova ostacoli a volte insormontabili: nell'immaginario collettivo lo psichiatra è, infatti, vissuto come il “medico dei matti” per cui rivolgersi a lui vuol dire essere matto o essere ritenuto tale. A causa di tale pregiudizio solo un depresso su tre consulta lo psichiatra.

Il compito dello psichiatra è la cura mediante l'utilizzo dei farmaci, necessari quando i sintomi sono talmente gravi da interferire con la vita relazionale, lavorativa e affettiva del paziente, a volte fino a paralizzarle.

Va però tenuto presente che tale cura è solo ed esclusivamente sintomatica: essa agisce solo sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati.

Possiamo chiarire il concetto utilizzando la metafora del mal di denti: con l'antidolorifico si cura solo il sintomo dolore e non la carie o la pulpite che ne è la causa.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, dopo la laurea in psicologia (da sola essa non abilita allo svolgimento della attività psicoterapeutica), ha svolto un’analisi personale e didattica e ha conseguito una specializzazione almeno quadriennale che gli consentono di essere iscritto all’albo professionale degli psicoterapeuti, cosa che lo abilita all’esercizio della psicoterapia.

Anche lo psicoterapeuta si occupa della cura della psiche, ma esclusivamente con l’uso della parola e della relazione (non può prescrivere farmaci), allo scopo di ricostruire la storia del paziente per individuare l’origine del disturbo.

In conclusione possiamo dire che l’intervento con i farmaci dello psichiatra e quello con la parola dello psicoterapeuta sono rivolti al conseguimento di finalità differenti (uno cura i sintomi e l’altro le cause), ma sono tra di loro complementari: quello psichiatrico mira alla riconquista del benessere attraverso la scomparsa dei sintomi, mentre quello psicoterapeutico mira a sanare le cause psicologiche del malessere, prevenendone le recidive.

Le cause della depressione

Il Disturbo Depressivo è determinato da un insieme di concasse sia di natura biologica sia conseguenti ad eventi esterni. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Fattori ereditari

Gli studi finora effettuati hanno fornito risultati contrastanti e non sono ancora chiare le modalità di trasmissione genetica: si è ipotizzata la responsabilità di un singolo gene dominante a penetranza variabile oppure un'ereditarietà poligenica, cioè legata alla trasmissione di più geni. Secondo le più recenti ricerche i fattori genetici rivestono un ruolo prevalente solo nell'1-2 % dei casi.

Temperamento depressivo

Il temperamento depressivo è caratterizzato da persistente sentimento di tristezza, basso livello d'energia, evidente soprattutto di mattino, ipersonnia, scarsa autostima, tendenza all'autosvalutazione e ad una visione pessimistica globale.

E' presente costante insicurezza che spinge ad evitare di prendere iniziative e conduce a sentimenti d'inadeguatezza e di colpa. La vita di relazione è in genere piuttosto limitata, con difficoltà ad intraprendere nuove amicizie, introversione e passività nei rapporti interpersonali.

Diverse e complesse sono le possibili interazioni tra temperamento e patologia: è probabile che il temperamento sia trasmesso ge-

neticamente e che quindi predisponga all'insorgenza del disturbo.

Bisogna comunque tenere presente che essere predisposti ad una malattia non vuol dire necessariamente ammalarsene. Data l'importanza di questo concetto, cerchiamo di chiarirlo con un esempio.

Il fatto che un soggetto abbia una predisposizione al diabete (eccessiva quantità di "zuccheri" nel sangue), non vuol dire che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo.

E' però probabile che, se segue una dieta molto ricca di carboidrati (zuccheri), sviluppi un disturbo diabetico più facilmente rispetto a chi non ha questo tipo di predisposizione.

Allo stesso modo chi ha un temperamento depressivo non necessariamente dovrà soffrire di crisi depressive, ma, se sottoposto ad eventi stressanti, avrà maggiori probabilità di sviluppare il disturbo.

Eventi precoci

Le classiche teorie psicoanalitiche ipotizzano che eventi esistenziali nell'infanzia, soprattutto la perdita dei genitori, svolgano un ruolo importante nella genesi della depressione.

Alcuni studi hanno evidenziato che le perdite dell'infanzia favoriscono lo sviluppo di una struttura di personalità "autodenigrante", caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro e che facilita l'esordio di una depressione nell'adulto.

Eventi di vita

È opinione diffusa che le crisi depressive insorgano in circostanze di vita avverse, soprattutto dopo “eventi di perdita” che negli adulti comprendono anche cambiamenti di stile di vita e mancanza di supporto sociale.

I fattori esterni sembrano esercitare la loro influenza in particolare sull'esordio dei primi episodi depressivi mentre, man mano che il disturbo progredisce, le crisi appaiono sganciate da fattori ambientali.

Poiché la maggior parte degli individui esposti ad avversità ambientali non sviluppa depressione, è probabile che le circostanze esterne svolgano funzione patogenetica solo in soggetti con predisposizione a sviluppare la patologia depressiva.

Stressor fisici

Alcune malattie fisiche e l'assunzione di sostanze (alcol o droghe) possono precedere l'insorgenza di un episodio depressivo. Anche questi fattori, come quelli ambientali, non rappresentano vere e proprie “cause”, ma ne facilitano l'insorgenza in soggetti predisposti.

I familiari del depresso

Quando un membro di un gruppo si ammala, il suo malessere riguarda e coinvolge l'intero gruppo. A tale regola non sfugge il gruppo "famiglia" quando un suo componente si ammala di depressione.

La sofferenza della persona malata agisce come onda d'urto nel contesto in cui l'individuo è inserito: la sofferenza di un figlio, di una madre, di un padre coinvolge - e sconvolge al tempo stesso - l'intero nucleo familiare.

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

Chi vive a stretto contatto con un depresso si trova spesso in difficoltà, non sa come affrontare la situazione e rischia di turbare il congiunto pur volendolo rassicurare o di deprimerlo pur intendendo confortarlo.

Tale realtà è confermata dalle richieste di aiuto che giungono al Servizio d'Ascolto dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione da parte di familiari, parenti, amici di persone che soffrono di disturbi depressivi e ansiosi. Le loro richieste si riferiscono, prevalentemente, a quale tipo di comportamento devono adottare nei confronti del parente depresso.

Va, innanzitutto, precisato che non esiste un decalogo che indichi quali siano i comportamenti “giusti” e quelli “sbagliati”.

Segnaliamo di seguito alcuni suggerimenti su ciò che è più opportuno dire o non dire al proprio congiunto depresso, tenendo presente che i parenti non possono superare i limiti della loro cultura, delle conoscenze di cui sono in possesso e dello stato emotivo che stanno vivendo.

Insomma, fanno quello che possono.

Cosa dire

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

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

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

Cosa non dire

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

“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”

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

E’, invece, necessario mettersi in contatto con la solitudine e sofferenza del paziente e ciò è possibile tramite l’empatia , cioè la capacità di mettersi nei panni dell’altro. Un comportamento empatico è soprattutto disponibilità all’ascolto dell’altro. Senza l’empatia ogni comportamento dei familiari rischia d’essere inutile, se non dannoso.

Pretendere reazioni, incitare all’attività, aggredire o scuotere possono solo peggiorare la situazione. Essere genitori, amici o fidanzati non è semplice e lo è ancor meno quando è presente la malattia.

Soltanto la capacità empatica consente di stare accanto al paziente e accompagnarolo nel percorso che gli consentirà di uscire da quel tunnel oscuro dal quale non sembra esserci uscita.

Quando è necessaria una cura con i farmaci

Nel corso della prima visita psichiatrica capita spesso che il paziente dichiari di essere da sempre contrario ad assumere psicofarmaci perché gli fanno paura e teme di restarne dipendente.

Di solito rispondo che anch'io sono contrario all'uso di farmaci quando non è necessario: preciso, però, che la decisione di intraprendere o meno una terapia farmacologica non deve fondarsi su basi pregiudiziali, ma cliniche.

In altre parole, quando i sintomi depressivi o ansiosi sono di entità modesta e non provocano gravi interferenze nella vita personale, è possibile scegliere di non assumere farmaci.

Nel caso in cui, invece, il malessere depressivo determini forti limitazioni, a volte fino alla paralisi, della vita sociale, lavorativa ed affettiva, l'utilizzo dei farmaci costituisce un aiuto necessario, anche se transitorio.

Un'altra obiezione dei pazienti è la seguente: “Tanto i farmaci non possono modificare la situazione in cui mi trovo e quindi non servono a nulla”.

Effettivamente la terapia con i farmaci non agirà su di esse, ma sulla depressione, cosa necessaria quando manca l'energia psichica per fronteggiare i problemi presenti sul versante lavorativo, economico, familiare e di salute.

Grazie ai farmaci potrà ottenere quella “ricarica energetica” di cui ha bisogno.

L’energia psichica è una vera e propria energia vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri.

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

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

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

Se una persona è esposta, per tempi eccessivamente lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica e se tali “uscite” eccessive non sono compensate da “entrate” tali da bilanciarle, può verificarsi un deficit energetico e, tornando alla metafora prima citata, il “conto corrente” va in rosso e compaiono i sintomi tipici dei Disturbi Depressivi.

Il nostro encefalo è un organo molto complesso, costituito da circa cento miliardi di cellule nervose che si scambiano informazioni mediante sostanze chimiche, i neurotrasmettitori cerebrali, alcuni

dei quali sono implicati nella regolazione del tono dell'umore e dei meccanismi d'ansia: ricordiamo la serotonina, che è la più nota, ma anche la noradrenalina e la dopamina.

Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che un soggetto ha poca energia psichica equivale a dire che ha una bassa quantità di neurotrasmettitori, con conseguente manifestazione di sintomi del Disturbo Depressivo.

Quindi la presenza del malessere depressivo o ansioso può essere descritto dal punto di vista clinico (presenza dei sintomi), dal punto di vista energetico (possesso di poca energia psichica) o dal punto di vista biochimico (bassa quantità di neurotrasmettitori cerebrali).

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

Depressione ed energia psichica

Con i pazienti faccio frequentemente ricorso all'uso di metafore al fine di rendere più comprensibili informazioni scientifiche e concetti complessi.

In un precedente articolo, ad esempio, ho utilizzato la metafora del conto corrente per chiarire il concetto della disponibilità di energia psichica: se prevalgono le “uscite” rispetto alle “entrate” il conto corrente “psichico” va in rosso, il soggetto rimane con poca energia psichica e si manifestano i sintomi depressivi.

La prima cosa da fare è, proseguendo nell'utilizzo della metafora, fare versamenti sul conto, aumentare le sue quote energetiche attraverso l'aumento dell'equivalente biochimico dell'energia psichica, cioè della serotonina.

Un'altra metafora che spesso utilizzo è quella del cellulare. Quando una persona vive per troppo tempo in condizioni molto “costose” dal punto di vista energetico è come se usasse per troppo a lungo il cellulare fino a scaricare la batteria.

Una persona con poca energia è come un cellulare con la batteria scarica: è necessario riammetterlo in carica.

Come accennato in precedenza, il nostro cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni, che comunicano tra loro attraverso impulsi elettrici e messaggi chimici. Questi sono tra-

smessi mediante il rilascio di particolari sostanze, i neurotrasmettitori, grazie ai quali le cellule nervose “parlano” tra loro.

Considerando due neuroni, uno che trasmette e l’altro che riceve, la trasmissione delle informazioni inizia con il “rilascio”, da parte del neurone “trasmettitore”, dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni) .

Il passaggio dell’informazione avviene quando tali neurotrasmettitori si “legano” ai recettori del neurone “ricevente”, determinando la trasmissione dell’impulso.

Successivamente i neurotrasmettitori si “slegano” dai legami con i recettori del neurone ricevente, tornano liberi nello spazio sinaptico dove in parte sono “distrutti” da un enzima e in parte sono ricatturati (ricaptati) dal neurone “trasmettitore” che li aveva rilasciati.

In caso di Disturbi Depressivi o Disturbi d’Ansia, nello spazio sinaptico la quantità dei neurotrasmettitori che regolano il tono dell’umore è minore del normale e compito degli antidepressivi è determinarne l’aumento, cui corrisponde un miglioramento dei suddetti disturbi.

A partire dagli anni ‘80 gli antidepressivi Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) sono di gran lunga i più utilizzati nella cura dei Disturbi Depressivi e dei Disturbi d’Ansia. Hanno spiccata selettività d’azione per la serotonina ed agiscono mediante l’inibizione della sua “ricaptazione” determinandone,

come accennato nel paragrafo precedente, la maggiore concentrazione negli spazi sinaptici.

Gli antidepressivi di ultima generazione comprendono, oltre a prodotti che agiscono solo sulla serotonina, anche quelli che agiscono solo sulla noradrenalina o su entrambi.

Qualunque sia l'antidepressivo utilizzato, è importante tenere presente il cosiddetto “periodo di latenza”: tra l'inizio della terapia e il momento in cui il paziente avverte la riduzione dei sintomi depressivi intercorre un periodo di tre-quattro settimane.

Ciò è conseguente alla enorme complessità del nostro encefalo: circa cento miliardi di cellule, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotrasmettitori cerebrali. Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci costituisce il motivo del “periodo di latenza”.

I fenomeni collaterali degli antidepressivi

I fenomeni collaterali degli antidepressivi del gruppo degli SSRI, i più utilizzati nella cura del Disturbo Depressivo e nei Disturbi d'Ansia, sono i seguenti:

Apparato gastrointestinale: in circa il 20-30 % dei casi compiono sintomi quali nausea, gastralgie, diarrea, che normalmente scompaiono dopo 8-10 giorni.

Sintomi psichici: i sintomi dell'aumento iniziale dell'ansia e della irritabilità sono riferiti da circa il 20% dei pazienti. Raramente la loro attivazione è violenta e sono facilmente controllabili con l'associazione di ansiolitici a basso dosaggio.

Sfera sessuale: il disturbo più frequente consiste nella difficoltà orgasmica. Di solito tale disturbo si riduce con la riduzione del farmaco e, comunque, scompare con la sua sospensione.

Sintomi somatici: cefalea, insonnia e ipersonnia sono meno frequenti rispetto ai disturbi precedentemente descritti e tendono a ridursi entro la seconda settimana di cura.

In generale si tratta di fenomeni collaterali non particolarmente fastidiosi, la cui incidenza può essere ridotta iniziando la terapia con quantità minime di farmaco e giungendo alle dosi terapeutiche in maniera lenta e graduale.

Quando i pazienti mostrano un'eccessiva preoccupazione per gli effetti collaterali dei farmaci, sottolineo spesso gli “effetti collaterali dei sintomi”, intendendo con ciò l’interferenza e le limitazioni da essi determinate nella vita di chi ne soffre. Basti pensare alla loro influenza negativa sulle prestazioni lavorative, sull’adattamento sociale o sulla vita affettiva.

Come già accennato, la loro presenza determina, inoltre, alterazione dello stato di coscienza, calo del livello di attenzione e di concentrazione, con conseguente riduzione della memoria, senso di stanchezza molto marcato, riduzione della libido.

Da sottolineare il fatto che quelli che abbiamo chiamato “effetti collaterali dei sintomi” sono gli stessi temuti dai pazienti come conseguenza dell’uso dei farmaci e sono spesso confusi con essi, come nel caso descritto nel paragrafo “Il problema della suggestione”.

La terapia con i farmaci è “a tempo”, dura cioè un periodo limitato. Nella fase acuta gli antidepressivi hanno lo scopo di migliorare i sintomi ed agiscono a prescindere dalle cause che li hanno determinati. Nella fase successiva, quando i sintomi non sono più presenti, è invece importante occuparsi delle loro cause.

Se la crisi è stata determinata da fattori ambientali esterni quali, ad esempio, problemi in ambito lavorativo o di natura economica, può essere sufficiente qualche buon consiglio, il più delle volte fondato sul buon senso, su come modificare il proprio com-

portamento oppure che suggerisca l’opportunità o la necessità di “prendersi una pausa”, “staccare, per ricaricare le batterie”.

A volte le cause sono, invece, da ricercare in problemi relazionali, quali ad esempio quelli presenti nella vita di coppia o nel gruppo familiare. Sono situazioni di cui il soggetto è consapevole ed è opportuno avviare un trattamento finalizzato ad analizzarle e modificarle, ad esempio una terapia di coppia o una terapia familiare.

Può, invece, capitare che le cause della crisi non siano note al soggetto in quanto i conflitti risiedono nell’inconscio, costituendo una sorta di “spina irritativa” che è bene individuare, per evitare altre crisi successive.

In tali casi è necessario utilizzare uno strumento psicologico di ricerca e di cura, la psicoterapia individuale, di cui descriveremo gli strumenti e le il percorso in una delle prossime rubriche.

Domande dei familiari del depresso

Riportiamo alcune delle domande più frequenti poste dai familiari del paziente depresso e le relative risposte.

Che cosa faccio se il depresso dorme troppo?

L'eccesso di sonno è spesso spiegato dai pazienti con la necessità di “non pensare”, di “evitare l’angoscia quotidiana” o di “annullarsi il più possibile”.

Di norma è bene non interferire con tale ritmo difensivo, considerato che l'aumento delle ore trascorse a dormire riduce il tempo della sofferenza depressiva.

Quando è, invece, necessario che il paziente mantenga un buon livello di vigilanza o quando l'eccesso di sonno si accompagna a insonnia notturna è opportuno intervenire con alcuni semplici accorgimenti, quali fornire una serie di stimoli durante la giornata o scoraggiare l’eventuale abitudine del paziente al sonno pomeridiano.

L'altra faccia della medaglia è l’insonnia, disturbo spesso presente nella depressione cui si fa fronte con ansiolitici ipnoinducenti.

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

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

essere evitati.

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

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

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

Tutti i deppressi riducono il loro livello di attività abituale. Capita che alcuni, soprattutto anziani, trascorrano la loro giornata completamente inattivi, a letto o seduti su una sedia o una poltrona.

Ciò è conseguenza del profondo senso di stanchezza fisica e mentale e della perdita d'interesse per qualunque attività. L'insistenza dei familiari a "fare uno sforzo di volontà" può aggravare la situazione, aumentando l'irritabilità del paziente e il suo isolamento. Possono comunque essere messi in atto, da parte dei familiari, alcuni semplici accorgimenti.

E', ad esempio, importante la conservazione della routine quotidiana. Il depresso tende a trascurare i piccoli gesti abituali relativi alla cura della propria persona, il ritmo dei pasti quotidiani, l'ordine e la pulizia della propria stanza e della propria casa, le piccole spese di ogni giorno e così via.

Può anche essere utile tentare di coinvolgere il paziente in qualche tipo di attività e stimolare il rapporto con persone che abbiano

per lui importanza affettiva.

Può essere pericoloso per gli altri?

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

Altre volte si sente affermare che un “paziente depresso” è improvvisamente “impazzito”, ha commesso atti antisociali che hanno messo in pericolo la vita di qualcuno e che ha danneggiato persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile.

E’ bene chiarire subito che il paziente depresso non può essere considerato fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili.

Le notizie dei media prima accennate sono in realtà conseguenti al fatto che, nel linguaggio comune, il termine “depressione” è usato per riferirsi a qualunque tipo di disturbo psichico, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici che non hanno nulla a che vedere con la depressione.

Gli errori più frequenti nella terapia farmacologica

Molti dei problemi riscontrati nella cura farmacologica sono conseguenti al possesso di informazioni errate e al timore di importanti effetti collaterali, quali ad esempio di diventare dipendenti oppure di subire alterazioni della coscienza, dimenticando che, come descritto in un precedente articolo, è proprio la depressione a determinare questo tipo di problema.

Spesso la resistenza alla terapia con antidepressivi è determinata dalla presenza del senso di sconfitta per non essere stati in grado di farcela da soli. Ciò si basa su una visione eroica e poco realistica di se stessi e sulla scarsa considerazione dei propri limiti.

Utilizzando la metafora del conto corrente a proposito della quantità di energia psichica che ognuno di noi possiede, è come se la persona ritenesse di avere un conto corrente di valore illimitato, in grado di far fronte a qualunque tipo di spesa.

Si tratta di una visione poco rispondente alla realtà umana: i limiti fanno parte di noi per cui, se le circostanze della vita determinano un eccesso di “uscite” e il conto corrente psichico va in rosso, non è “vergognoso” ricorrere a un aiuto esterno per recuperare le risorse energetiche venute meno.

La tendenza del paziente all'autogestione della terapia farmacologica.

A volte consiste nell'assunzione di una dose di farmaco inferiore

a quella prescritta e si basa sul seguente presupposto: “Ho paura che il farmaco mi faccia male: se ne prendo meno, mi farà meno male”.

Risulta evidente che si tratta di un ragionamento non fondato su basi razionali, ma su quelle emotive della paura. E’ chiaro che la cura o si fa alle dosi necessarie per svolgere la sua azione terapeutica oppure è meglio non farla.

Altre volte, invece, per il timore della ripresa dei sintomi, il paziente continua autonomamente la cura, anche per anni, evita la visita dal medico perché teme la riduzione/sospensione, ritenendo che la prosecuzione della terapia lo protegga da ricadute.

Questo, però, è falso: è come se un paziente con un forte mal di denti continuasse ad assumere l’antidolorifico anche dopo la scomparsa del dolore, nella convinzione che, così facendo, il dolore non tornerà più.

Altro problema di frequente riscontro è l’improvvisa sospensione dei farmaci. Di solito ciò si verifica intorno al terzo-quarto mese di cura, quando i sintomi iniziali sono scomparsi e il paziente, avendo di nuovo acquisito il proprio benessere psicofisico, decide di fare a meno della cura e la sospende.

L’errata modalità di sospensione determinare l’effetto “rebound” (effetto rimbalzo), caratterizzato da una violenta ripresa dei sintomi, cosa totalmente assente quando i farmaci vengono ridotti in

modo lento e graduale.

Altro problema in cui ci s’imbatte di frequente è quello della suggestione che spesso influenza la risposta alla terapia in senso sia positivo sia negativo.

E’ noto l’“effetto placebo”, cioè la risposta a una medicina che non contiene principi attivi, quindi priva di efficacia, ma che determina un’azione terapeutica.

Si tratta di una risposta su base suggestiva e studi recenti hanno dimostrato che l’aspettativa dell’evento benefico mette in moto una serie di reazioni neurochimiche in grado d’influenzare profondamente, spesso in senso terapeutico, importanti attività fisiologiche.

Un periodo in cui la suggestione può creare problemi è quello della fase iniziale della terapia in quanto il timore degli effetti collaterali dei farmaci può determinare la comparsa di reazioni su una base solo autosuggestiva.

Le paure più frequenti nei confronti della cura

L'inizio della cura con antidepressivi e ansiolitici è spesso accompagnato da paure: di seguito descriviamo le più frequenti.

La paura dell'alterazione della coscienza

Il paziente teme l'alterazione del proprio stato di coscienza a seguito dell'uso degli antidepressivi. Va sottolineato che si tratta di una paura non rispondente alla realtà e che, nei pazienti, lo stato di coscienza risulta spesso alterato prima dell'inizio della cura come conseguenza dei sintomi depressivi e ansiosi.

Un Disturbo Depressivo o d'Ansia in fase acuta, non ancora in terapia farmacologica, determina sempre calo dei livelli di attenzione, concentrazione e memoria, netta riduzione delle prestazioni intellettive e stato subconfusionale.

A determinare l'alterazione della coscienza è, quindi, la malattia e non la sua cura che anzi, eliminando i sintomi, migliora il livello di lucidità.

La paura della dipendenza

Questa paura, come quella precedente, è conseguente alla pregiudiziale assimilazione tra antidepressivi e sostanze stupefacenti, diffusa a livello dell'immaginario collettivo.

Da ciò deriva l'attribuzione ai farmaci delle stesse caratteristi-

che degli stupefacenti e della stessa capacità di determinare, oltre all'ottundimento della coscienza, anche la condizione di dipendenza.

In altre parole il paziente teme, una volta iniziata l'assunzione del farmaco, di non riuscire più a farne a meno e di restarne per sempre dipendente.

Vale la pena sottolineare di nuovo quanto affermato in precedenza: la cura con i farmaci è “a tempo”, si sa prima del suo inizio che avrà un termine e, quindi, la paura di restarne dipendenti è infondata.

A volte questo tipo di paura determina situazioni paradossali: ricordo, ad esempio, il caso di Andrea, un ragazzo di 22 anni venuto in visita accompagnato dai genitori perché negli ultimi due anni aveva abusato di sostanze alcoliche (anche due litri di birra al giorno) e di marjuana (cinque-sei “canne” al giorno) e da qualche settimana aveva iniziato a presentare sintomi depressivi.

A seguito della mia prescrizione di antidepressivi, ricordo ancora adesso il volto preoccupato di padre e madre che mi chiedevano rassicurazioni sul fatto che Andrea non ne sarebbe diventato dipendente, totalmente dimentichi della birra e della marjuana!

Paura della inutilità

A volte il paziente dichiara che la cura con i farmaci è totalmente inutile perché lui sa perfettamente qual’è la causa del suo males-

sere (la perdita del lavoro, la fine di una relazione o altro ancora) e sa che i farmaci non potranno avere alcuna azione su di essa.

Questo è certamente vero, ma lo scopo della cura è quello di aumentare l'energia psichica a disposizione del paziente in modo che lui stesso possa reagire al meglio al problema si trova di fronte.

La paura della sospensione

Una paura di segno opposto è quella relativa alla sospensione della cura, dopo la scomparsa dei sintomi. In tali occasioni scatta una sorta di ragionamento di questo tipo: “Prima di prenderli stavo male, adesso sto bene: se li sospendo ho paura di stare di nuovo male”.

Il paziente va rassicurato sul fatto che non esiste una relazione causa effetto tra sospensione e riaccensione dei sintomi e va sottolineato che, se tale paura avesse il sopravvento, la cura non avrebbe mai temine.

Nella pratica clinica i farmaci vanno ridotti molto gradualmente: ciò permette di verificare che la riduzione non comporta alcuna conseguenza e consente di giungere, attraverso una serie progressiva di riduzioni, alla sospensione totale.

I vissuti soggettivi della depressione

Gli stati d'animo e i sentimenti provati nel corso di una crisi depressiva variano a seconda della fase del disturbo.

Nelle fasi iniziali lo stato depressivo viene vissuto come incapacità a provare un'adeguata risonanza affettiva alle situazioni, una accentuata labilità emotiva, accompagnate da stanchezza, svolgiatezza e tristezza.

Vi è la tendenza a attribuire tali sintomi a un eccesso di affaticamento, a stress o a cause fisiche e ciò determina la richiesta di esami di laboratorio e di altri tipi di accertamento strumentali.

Va precisato che è legittimo e anche opportuno eseguire una batteria di esami al fine di individuare o di escludere la presenza di un'eventuale causa organica.

Va però anche precisato che, nel momento in cui gli esiti di tali esami risultassero negativi, sarebbe necessario evitare di perdere ulteriore tempo con più approfonditi accertamenti e orientarsi sulla origine psichica del disturbo.

Nelle fasi acute il disturbo dell'umore si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, senso d'inutilità, disperazione, associati alla perdita dello slancio vitale e all'incapacità di provare gioia e piacere.

Senso di distacco e di inadeguatezza

Il paziente avverte un senso di vuoto e di noia continui, non riesce a provare interesse per le normali attività, avverte sentimenti di distacco e di inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Quello che prima era semplice diventa difficile e tutto appare irrisolvibile e insormontabile.

Perdita di interesse

Provocano fastidio e insofferenza le cose che prima procuravano piacere, come uscire con gli amici, andare al cinema o a teatro, anche interagire con le persone. L'interpretazione degli avvenimenti è orientata in senso pessimistico con una particolare attenzione per gli aspetti negativi.

Perdita dell'affettività

Il paziente avverte la sensazione di non sentire più emozioni positive nei confronti dei propri familiari e amici, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere e questo accentua l'atteggiamento di chiusura nei confronti del mondo.

Molto spesso sono presenti sensi di colpa per il fatto di stare male e di non riuscire a modificare la situazione. Tali sensi di colpa, che fanno parte del disturbo depressivo, sono accentuati dall'eventuale presenza di esortazioni rivolte al paziente a superare il disturbo con un atto di volontà e di accuse di non superare la crisi solo perché non “vuole” farlo.

Come spesso affermato ribadiamo che le suddette esortazioni o accuse sono fondate su una scarsa conoscenza del disturbo depressivo e hanno un'origine esclusivamente pregiudiziale.

La mancanza di autostima, assieme alle sensazioni d'inadeguatezza e d'insicurezza, sono spesso talmente accentuate da determinare l'evitamento del rapporto con gli altri e anche una spiccatissima tendenza alla chiusura in se stessi.

Dopo molti mesi/anni di depressione sono frequenti gli atteggiamenti di autocommisurazione, con l'ossessiva domanda che il paziente rivolge a se stesso e agli altri: "Come ho fatto a ridurmi così?"

Sono sempre presenti sentimenti di angoscia, di disperazione e di perdita di senso dell'esistenza.

Molto frequente è anche il timore di non uscire più da quella situazione, di non riuscire più a guarire e tornare a essere la persona che era prima della malattia. Se il timore si trasforma in fermo convincimento, il paziente può giungere a desiderare la propria morte come unica possibile soluzione e, nei casi più gravi, anche a porre in atto comportamenti anticonservativi.

Valutazione del rischio di suicidio nella depressione

Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento anticonservativo, in cui la morte è conseguente ad un atto della vittima, consapevole delle conseguenze del proprio comportamento.

Nel sesso maschile il suicidio ha frequenza tripla rispetto alle donne. L'incidenza del suicidio tende ad aumentare con l'età: negli ultra 65enni è molto più alta rispetto alla popolazione generale e negli ultra 75enni è almeno tripla rispetto a quella dei giovani.

Il matrimonio sembra conferire una relativa “protezione” nei confronti del suicidio: le persone che non si sono mai sposate (“single”) registrano una percentuale quasi doppia rispetto ai co-niugati.

L'ideazione suicida è presente in due pazienti depressi su tre. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e che 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. In questa fase manca la progettazione vera e propria, premessa necessaria per la messa in atto e i desideri di morte sono affidati al fato.

Nei casi più gravi, invece, le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla loro realizzazione. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza.

Va detto che la determinazione a porre fine alla propria esistenza deve essere talmente forte da superare la forza dell'istinto di conservazione, a volte ultimo baluardo difensivo nei confronti della messa in atto del suicidio.

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.

La valutazione del rischio di suicidio è molto importante perché da essa 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.

Non vanno, inoltre, dimenticati i frequenti tentativi di suicidio che non hanno lo scopo reale di porre fine alla propria esistenza, ma che sono una sorta di disperata richiesta di aiuto alle persone vicine o, più in generale, al mondo e che spesso sono erroneamente interpretati come gesti teatrali dettati dal desiderio di essere al centro dell'attenzione.

Le patologie psichiatriche in cui sono più frequentemente presenti tentativi di suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (depressioni maggiori e disturbi bipolari) e l'abuso di alcool.

Ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria, interessando tra il 65 e il 90% dei suicidi. La stragrande maggioranza delle persone che muoiono per propria mano soffre, quindi, di un disturbo depressivo ed è appropriato affermare che metodi efficaci di trattamento e prevenzione dei disturbi depressivi agiscono anche sull'incidenza dei comportamenti anticonservativi.

Nella psichiatria contemporanea le modalità principali di trattamento sono la psicoterapia e i trattamenti con farmaci antidepressivi.

Entrambe i tipi d'intervento sono efficaci sia usati singolarmente sia in combinazione e sono quindi anche efficaci per ridurre e prevenire il comportamento anticonservativo.

Dallo stress alla malattia

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni (stressor) del mondo esterno che può essere fisiologica, ma può avere anche assumere carattere patologico.

Gli studi sullo stress hanno sviluppato una teoria delle modificazioni psichiche e biologiche della reazione di stress, chiarendone le caratteristiche di adattamento e applicandola più specificamente allo studio delle manifestazioni nell'uomo.

Tale adattamento consiste nella somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito a prolungata esposizione ad uno stress ed è organizzato in tre fasi successive:

- la prima, di allarme, in cui sono mobilizzate le difese dell'organismo;
- la seconda, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare l'evento stressante;
- la terza, di esaurimento, subentra quando l'esposizione all'evento stressante si protrae in modo abnorme e l'organismo non può mantenere oltre lo stato di resistenza. In questa fase si producono patologie difficilmente reversibili e, nei casi estremi, la morte.

In determinate condizioni, quindi, la reazione di stress può perdere il suo significato funzionale di adattamento ed essere fonte di rischio per la salute somatica e mentale.

Ciò si può verificare nei casi di stress acuto di elevata intensi-

tà, che possono determinare reazioni patologiche, specie in organismi predisposti o a rischio. Un esempio è rappresentato da situazioni in cui la reazione acuta di stress agisce come fattore scatenante di alcuni casi d'infarto del miocardio in sistemi cardio-vascolari già di per sé biologicamente a rischio.

In altri casi può essere presente l'attivazione dello stress, ma l'impossibilità di azione contro l'evento stressante. I principali modelli interpretativi delle cause di malattie psicosomatiche hanno sottolineato che l'impossibilità a reagire apertamente svolge un ruolo importante sul rischio di malattia.

In effetti il blocco della reazione determina iperattivazione della risposta di varie funzioni fisiologiche, tra cui ad esempio la tensione muscolare, la reattività di vari parametri endocrini, la pressione arteriosa, la secrezione acida gastrica, fenomeni ritenuti alla base di patologie psicosomatiche tipiche quali gastrite, ulcera peptica, cefalea.

In altri casi ancora lo la causa di malattia è costituita dallo stress cronico, quando cioè l'esposizione all'evento stressante prosegue nel tempo causando, dopo l'allarme e la resistenza, l'esaurimento della capacità di reazione dell'organismo.

Altra causa di malattia dovuta allo stress è quella che si basa sull'ipotesi che una condizione di stress acuto in un organismo con inibizione cronica della reazione produca effetti molto più potenti e deleteri rispetto a quelli biologici di un organismo "al-

lenato” allo stress.

Studi sperimentali su animali hanno in effetti mostrato che, “proteggendo” a lungo e artificialmente un organismo dalle normali stimolazioni stressanti, la risposta a stressor anche di moderata entità risulta anomala ed eccessiva, con incapacità ad impostare una reazione di lotta/fuga adeguata.

Nell'uomo condizioni simili possono essere prodotte da caratteristiche di personalità in cui il soggetto organizza uno stile di vita che evita il più possibile eventi stressanti e ne filtra o minimizza l'impatto emozionale.

Ciò favorisce l'evitamento dell'attivazione della normale reazione di stress e l'inibizione cronica, esponendo il soggetto a maggiori e più devastanti effetti quando i meccanismi psicologici di difesa sono superati.

Depressione, sofferenza e trasformazione

Utilizzando il modello interpretativo della sofferenza dal punto di vista della medicina, essa viene considerata come l'interruzione dello stato di benessere e il medico interviene al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato.

L'intervento medico è quindi finalizzato a curare la sofferenza fisica, che assume connotazioni negative e deve semplicemente essere eliminata mediante i farmaci, tra cui il medico deve scegliere i più idonei.

Utilizzando il modello psicologico, la sofferenza psichica è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità che esprime la sua presenza producendo sintomi.

Essi sono quindi segnalatori di uno squilibrio interno e la sofferenza non è solo qualcosa da eliminare, ma esprime la necessità di un lavoro di ricerca per individuare le cause del malessere e realizzare i cambiamenti necessari per ripristinare l'equilibrio della personalità.

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

Secondo il modello medico di cui abbiamo parlato prima, il pro-

blema di Giacomo deve essere affrontato utilizzando farmaci antidepressivi al fine di ridurre i sintomi e consentirgli la ripresa della vita sociale e lavorativa.

Secondo il modello psicologico è però importante anche interro-garsi sulle cause profonde che hanno determinato la crisi depre-siva, senza accontentarsi di spiegazioni generiche quali la stan-chezza o lo stress in senso generico.

E' cioè importante che Giacomo prenda coscienza del significato profondo della crisi e dello squilibrio che si nasconde dietro la sofferenza.

E' quindi necessario svolgere un lavoro di ricerca psicologica per realizzare quei cambiamenti nella sua vita che lo mettano al ripa-ro, in futuro, dal ripetersi di crisi analoghe.

Così è stato e, dal lavoro psicologico, è emerso che Giacomo ha fatto un investimento eccessivo sulla vita lavorativa e, invece, molto scarso sul versante affettivo-sentimentale: poche storie, di breve durata. Non c'era tempo! I nodi, però, vengono al pettine e, all'età di 35 anni, lo squilibrio della personalità presenta il conto attraverso la crisi depressiva.

Affrontare il problema unicamente con i farmaci, allo scopo di far scomparire i sintomi, sarebbe stato riduttivo e Giacomo avrebbe perso una buona occasione per modificare il proprio atteggiamen-to nei confronti degli aspetti della vita, dal momento che finora ne

aveva privilegiato solo uno, quello lavorativo.

I due modelli, quello medico e quello psicologico, non sono comunque tra di loro in contrasto inconciliabile, ma possono essere integrati.

Quando i sintomi sono talmente gravi da provocare la paralisi della vita psichica e mentale della persona è utile l'utilizzo dei farmaci allo scopo di sbloccare la situazione.

Non bisogna però trascurare l'aspetto psicologico, mettendo in atto una ricerca per individuare le origini del disturbo.

Quando la sofferenza è troppo grande, tale da paralizzare la vita personale, i farmaci hanno un'importante funzione di sblocco.

Agire però sul malessere psichico unicamente con l'intervento farmacologico è sbagliato perché questo vuol dire perdere la possibilità di cogliere il significato della sofferenza che può diventare uno stimolo per attivare la ricerca, essere l'elemento propulsore per porre le basi, attraverso il lavoro psicologico, per modificare il rapporto con se stessi e con gli altri.

Gli “effetti collaterali” del Disturbo Depressivo

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

I timori sono legittimi, ma non bisogna dimenticare gli “effetti collaterali” del Disturbo Depressivo, nel senso delle limitazioni e compromissioni funzionali nella vita lavorativa, sociale e affettiva.

L’ambito lavorativo è abitualmente il primo a risentire di un Disturbo Depressivo per via della presenza di uno stato d’animo improntato al pessimismo e alla rinuncia e che provoca difficoltà a prendere decisioni, ad assumersi responsabilità, dipendenza, incertezza, ipersensibilità.

Superata la fase acuta, in particolare se questa ha prodotto un lungo periodo di sofferenza e frustrazioni, può persistere una visione negativa di sé e del mondo che rende ancora più difficile il raggiungimento di una posizione sociale soddisfacente per cui il soggetto tende a sviluppare atteggiamenti vittimistici.

Tali aspetti, inoltre, determinano difficoltà nei rapporti sociali: perplessità e diffidenza possono provocare tra amici e conoscenti anche labilità emotiva, irritabilità e non desta meraviglia il fatto che i pazienti con disturbi dell’umore vadano incontro ad un graduale deterioramento dei rapporti interpersonali fino al completo

isolamento.

Numerose ricerche hanno inoltre evidenziato che nei pazienti con disturbi dell'umore sono spesso presenti difficoltà di adattamento in ambito affettivo che possono riguardare sia l'avvio di una nuova relazione, sia il mantenimento di un legame stabile e duraturo.

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

Malattie gastrointestinali, cardiovascolari, diabete o ipertensione, in pazienti con depressione non trattata, hanno maggiore gravità, durata dei ricoveri più lunga e maggiore incidenza di complicanze. Si tratta di condizioni che costituiscono una minaccia per la vita e che spesso richiedono il ricovero in ambiente ospedaliero.

La profonda demoralizzazione, l'indifferenza affettiva, la perdita di speranza per il futuro possono portare il paziente a considerare la morte come l'unica via di uscita dallo stato di sofferenza in cui si trova e spingerlo a mettere in atto condotte anticonservative.

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

Abuso di sostanze e disturbi dell’umore sono comunque spesso associate e si è molto discusso su quale delle due patologie debba essere considerata primaria.

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

Sono, quindi, molti gli “effetti collaterali” del Disturbo Depressivo ed essi vanno tenuti presente quando è presente il timore della dell’assunzione dei farmaci per via dei loro “effetti collaterali”. Quelli del Disturbo Depressivo sono molto invalidanti e la cura dei sintomi è necessaria per il recupero del benessere della persona.

La psicoterapia individuale/I

L'argomento della psicoterapia individuale è tanto importante quanto complesso, per cui saranno necessari due articoli per trattarlo in modo completo ed esauriente e questo è il primo.

Cominciamo con la definizione: la psicoterapia individuale consiste nell'indagine e nella cura dei disturbi emotivi, attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici, che si fa in due, paziente e terapeuta.

Il fine è portare a nuovi e più maturi modi di porsi in relazione con gli altri e di promuovere la soluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

I principali strumenti della psicoterapia sono: il colloquio, usato dal paziente per raccontare la sua storia, le sue esperienze passate e presenti e le emozioni connesse; l'interpretazione del terapeuta che mette in relazione i contenuti del passato con quelli del presente; la relazione che s'instaura tra paziente e terapeuta e il rapporto di stima e fiducia reciproca; il transfert che consiste nella proiezione sul terapeuta di alcuni contenuti significativi della vita interiore del paziente, quali sentimenti antichi familiari, relazioni col mondo esterno, rapporti emotivi con personaggi della realtà attuale e ciò consente al paziente di viverli ed elaborarli nel “qui ed ora” della relazione terapeutica.

Il lavoro psicologico diventa lo strumento per osservare la pro-

pria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione. Il percorso psicoterapeutico, quindi, attiva un lavoro di elaborazione e ricerca interiore e mette in moto un processo di trasformazione personale.

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

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione grazie alla quale è iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e può esercitare l'attività di psicoterapeuta.

La parte più importante del suo percorso formativo è l'essersi lui stesso sottoposto ad un lavoro di analisi personale e didattica con psicoterapeuti più esperti.

Durante la sua formazione impara quindi a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa quella sensibilità empatica che gli consentirà d'essere egli stesso il primo “strumento” del lavoro psicoterapeutico.

Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni

che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva.

Da tale continuo confronto nasce per il paziente la possibilità di cogliere, realizzare ed agire le potenzialità del cambiamento. In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell’altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere.

Proprio per questo, all’interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sé. Grazie al clima di fiducia e di empatia che si crea nella relazione, il paziente può “correre il rischio” d’esprimere quelle parti che, pur essendo presenti, non hanno avuto diritto di parola e di espressione.

La psicoterapia individuale/2

Riprendiamo l’argomento della psicoterapia iniziato con l’articolo del mese scorso.

Parliamo delle paure che di solito sono presenti in chi inizia una psicoterapia. Una delle più frequenti è quello della sua durata e spesso il paziente ne lo chiede al terapeuta.

Il fatto è che il terapeuta è in grado di fornire solo risposte orientative perché, nel determinare la durata di un trattamento, entrano

in gioco fattori che sono solo in parte prevedibili.

In generale si può dire che una psicoterapia è un lavoro di ricerca impegnativo, dispendioso in termini di tempo, energia e denaro, che non accetta superficialità o mediocrità e quindi non può essere veloce.

Del resto il suo obiettivo è ambizioso: si tratta di penetrare in meccanismi psichici complessi al fine di mettere in moto un processo di trasformazione e maturazione della personalità globale. Sono necessari decenni per dare forma ad una struttura psichica e non è possibile apportare ad essa modifiche nel giro di poche settimane.

Oltre alla paura della durata, è spesso presente quella della dipendenza dallo psicoterapeuta e/o dalla psicoterapia, dimenticando che uno degli scopi della psicoterapia è la conquista dell'autonomia personale e quindi il superamento di legami di tipo dipendente.

Anche la paura del cambiamento è spesso presente. Per alcuni versi, tale paura è paradossale in quanto il cambiamento è ciò che il paziente ricerca attraverso la psicoterapia. La metafora delle stampelle può essere utile per spiegare tale contraddizione.

Chi ha camminato utilizzando per molti anni le stampelle da un lato ha il desiderio di liberarsene, ma dall'altro teme di non poterne fare a meno. Fuori metafora, chi si è adattato al mondo ester-

no e interno utilizzando meccanismi di tipo nevrotico, da un lato ne avverte il peso, ma dall'altro essi rappresentano il “noto” e il “certo”. Un tipo di adattamento diverso, senza quei meccanismi, appartiene al mondo del non noto e all'incerto e, quindi, oggetto di desiderio, ma anche di paura.

A volte è presente, in pazienti con problemi di autostima, la paura di non essere in grado di svolgere il lavoro psicoterapeutico a causa della presunta scarsa intelligenza o del basso livello culturale.

Anche tale paura è però fuori luogo perché la buona riuscita del lavoro non dipende né dal livello intellettivo né da quello culturale, ma dalla sensibilità personale e dalla capacità d'introspezione.

Altra paura è può essere quella della distruzione e nasce dall'idea che il lavoro psicoterapeutico consista prima nella demolizione della struttura della personalità esistente e successivamente nella ricostruzione sulle sue macerie.

Da tale paura possono derivare timori per la stabilità del proprio rapporto affettivo o per la propria fede religiosa o per decisioni importanti già prese che si teme di scoprire inautentiche.

In realtà la psicoterapia non ha lo scopo di distruggere quanto esiste, ma d'individuare e correggere le distorsioni presenti nel rapporto con se stessi e con gli altri, allo scopo di raggiungere una maggiore completezza ed autenticità.

Il presupposto di partenza della psicoterapia è che nell'uomo la parte cosciente è importante quanto quella inconscia. La coscienza è la parte con la quale entriamo in rapporto con noi stessi e con il mondo in maniera consapevole.

La psicoterapia ha lo scopo di mettere in relazione i contenuti della coscienza e dell'inconscio, determinando l'ampliamento della consapevolezza e il rafforzamento e la maturazione della personalità.

Depressione e invecchiamento/I

Dal momento che si tratta di un tema rilevante che può interessare i molti lettori che hanno rapporti con familiari anziani, verrà trattato in due articoli, di cui questo è il primo.

Con il termine “invecchiamento” si fa riferimento all’ultima parte del ciclo vitale che va dalla maturità alla morte e che è caratterizzato da riduzione, indebolimento e regressione delle strutture organiche e delle relative funzioni.

Bisogna sottolineare che è importante distinguere gli aspetti più propriamente cognitivi, quali memoria, attenzione, capacità di apprendimento, da quelli psicologici, quali gli aspetti emotivi e affettivi.

La componente cognitiva dell’invecchiamento è conseguente all’involtura della struttura del Sistema Nervoso Centrale e alla riduzione dei neuroni.

La componente “psicologica” è invece correlata alla personalità, alla storia individuale, allo stile di vita, alle interazioni ambientali, agli eventi e all’assetto del tono dell’umore.

Il più classico e conosciuto disturbo cognitivo dell’invecchiamento è quello a carico della memoria, in genere ben percepito dal soggetto.

Per quanto riguarda il versante psicologico, frequentemente nella

vecchiaia si accentuano le caratteristiche della personalità e alcuni elementi positivi possono assumere carattere negativo: ad esempio la prudenza può trasformarsi in avarizia e diffidenza, l'attenzione alla propria salute in ipocondria. Per contro si modernano alcuni tratti caratterologici dell'età più giovane, quali l'impulsività, il rigore verso gli altri, l'aggressività.

Altro aspetto tipico dell'invecchiamento è l'egocentrismo. L'energia non più impiegata nei rapporti con l'ambiente esterno è prevalentemente investita nel proprio corpo: ne consegue l'accentuazione di tutte le manifestazioni di somatizzazione e l'aumento dell'attenzione per le proprie funzioni corporee.

Si scrive molto, in tema di psicologia della vecchiaia, sul problema dell'adattamento e del disadattamento. Adattarsi significa trovare i modi più opportuni alla sopravvivenza e tale capacità è importante per una serena vecchiaia.

La personalità è il fattore più importante nel condizionare il grado di adattamento. Aspetti psicologici quali rigidità, autoritarismo, egocentrismo o, al contrario, insicurezza, labilità, eccessiva passività saranno presenti, spesso in maniera accentuata, anche nell'anziano, determinando difficoltà di adattamento alla situazione esistenziale della vecchiaia.

Alcuni aspetti dell'invecchiamento sono espressione del deterioramento delle strutture cerebrali, altri sono secondari a fattori esistenziali di vario genere (culturali, sociali, familiari, individuali),

altri ancora possono esser letti come modalità di difesa e tentativi di adattamento.

Tra i fattori cerebrali la progressiva riduzione del numero dei neuroni, la riduzione delle connessioni interneuroniche e le modifiche dei neurotrasmettitori cerebrali hanno una diretta ripercussione sull'assetto cognitivo.

Anche i fattori somatici influiscono sull'invecchiamento mentale: ad esempio il ruolo dell'indebolimento degli organi sensoriali, così frequente nella terza età, è rilevante nel contribuire all'invecchiamento mentale a causa del deficit di stimolazione.

I deficit della funzione visiva hanno indubbi ripercussioni dirette sulla vita psichica e i frequenti difetti motori riducono l'autonomia del soggetto, la probabilità di rapporti interpersonali e di situazioni nuove.

Depressione e invecchiamento/2

Riprendiamo il tema del rapporto tra depressione e invecchiamento iniziato nel precedente articolo della rubrica.

Altri importanti fattori che intervengono a condizionare l'assetto psicologico della persona che invecchia sono quelli legati alla situazione esistenziale e ambientale.

Tra le modificazioni esistenziali più rilevanti che caratterizzano la vecchiaia va certamente segnalata la grande quantità di tempo

libero a disposizione ed è, quindi, importante come esso viene utilizzato e “riempito”.

Le ripercussioni del nuovo assetto esistenziale dell’età avanzata sono, in linea generale, diverse nei due sessi: per la donna i legami affettivi e l’interiorità hanno maggiore rilevanza e costituiscono elementi favorevoli per un invecchiamento più sereno rispetto all’uomo.

L’ambiente familiare è tra i fattori più importanti nel condizionare l’assetto psicologico dell’anziano. Le possibilità di conflitti, frustrazioni, dissapori sono continue: le differenze d’età portano a concezioni diverse della vita e dei suoi valori, della moralità, della religione.

In altri casi, invece, la famiglia ha un effetto positivo sulle modalità dell’invecchiamento: infatti è il contesto dove si può mantenere e sviluppare il mondo degli affetti e percepire sentimenti di amore e di protezione che costituiscono elementi positivi per poter vivere la vecchiaia in un buon equilibrio.

Tra i fattori che influiscono sull’assetto psicologico dell’invecchiamento contano molto quelli socio-culturali. Certamente se la società considera la vecchiaia un disvalore, in quanto non produttiva, la ripercussione sull’uomo che invecchia è grave.

In effetti l’equilibrio psicologico dell’anziano è spesso messo in difficoltà dall’ambivalenza dell’ambiente che da un lato gli richiede aspetto giovanile, prestanza, autonomia, ma dall’altro cri-

tica impietosamente ogni atteggiamento che non corrisponda allo stereotipo culturale della vecchiaia.

La prevalenza di aspetti negativi comporta la comparsa di sentimenti di esclusione che portano a depressione e inattività, che certamente peggiorano le prestazioni e l'immagine dell'anziano.

Le continue ferite narcisistiche portano a una tendenza centripeta, a preoccuparsi di sé, quindi all'egocentrismo, con prevalenza di pensieri e atti finalizzati alla conservazione. La malattia può avere anche la funzione di controllo, di potere sull'ambiente nei casi in cui all'anziano non rimane che il ruolo di malato per riacquisire potere sugli altri: in tali casi i sintomi possono essere interpretati come segnali, messaggi, invocazioni di soccorso ai familiari.

I confini tra psicologia e psicopatologia dell'invecchiamento non sono netti, ma costituiti da situazioni che si scompensano e si compensano ripetutamente.

Il quadro clinico più importante e caratteristico, anche se non esclusivo, è quello dell'involuzione cognitiva. La peculiarità della psicopatologia senile consiste nell'importanza dei fattori di personalità, intesi come biografia personale e capacità individuale di adattamento agli eventi della vita.

Si può ritenere "normale" la presenza di elementi depressivi nella vecchiaia: si accumulano vissuti di frustrazione e di esclusione che comportano risposte di abbattimento, d'inibizione, di isolamento.

La depressione dell’anziano è tuttavia sottostimata e sono frequenti le “depressioni mascherate”, cioè nascoste da sintomi somatici, e le pseudodemenze, cioè disturbi depressivi che si esprimono attraverso deficit cognitivi tali da simulare sindromi demenziali.

Depressione e adolescenza

Nella letteratura sull'adolescenza si fa spesso riferimento a visuti d'inutilità e pessimismo, sentimenti di colpa o vergogna, di delusione, di isolamento, di bassa autostima che si alternano a momenti di grandiosità, di onnipotenza oppure di agitazione o collera vera e propria.

Possiamo affermare che la depressione costituisce una tappa imprescindibile del processo evolutivo ed è conseguente alla perdita degli oggetti del proprio affetto e del proprio attaccamento.

L'osservazione dello sviluppo del bambino evidenzia quanto sia importante il movimento di separazione: dal distacco dalla vita intrauterina, alla rottura della simbiosi con la madre fino ai successivi e naturali distacchi cui l'essere umano va incontro.

La vita umana è segnata dalle perdite, senza le quali però non sarebbero possibili sviluppo ed evoluzione: attraverso di esse si viene a strutturare l'Io interno e l'identità personale.

Molte sono le perdite vissute dall'adolescente nel suo processo di crescita e trasformazione in persona adulta: l'abbandono dei vecchi stili di vita "infantili", il cambiamento dei rapporti familiari e, quindi, il vissuto di perdita dei tratti e dei confini precedenti.

Se tali esperienze di perdita sono gravi e molto dolorose, in età

adulta diminuirà la capacità di tollerare ogni altra perdita, reale o fantastica, dando origine a un vissuto depressivo che potrà trasformarsi in malattia vera e propria.

Le problematiche relazionali all'interno della famiglia sono le cause prevalenti dei disturbi depressivi: i pazienti riferiscono spesso un atteggiamento eccessivamente protettivo da parte materna e un sostanziale disinteresse del padre, oppure atteggiamenti punitivi o irascibili.

L'ambiente familiare può, inoltre, avere un ruolo scatenante del disagio adolescenziale quando sono presenti disaccordo coniugale o divorzio, quando avviene la perdita di uno dei genitori o quando un eccessivo controllo genitoriale ostacola l'aspirazione dell'adolescente a una separazione dal nucleo familiare.

Gli studi epidemiologici più recenti evidenziano l'aumento della depressione nell'adolescenza, soprattutto nel sesso femminile. Probabilmente ciò dipende dalle modificazioni biologiche dell'età più che dall'effettivo incremento del disturbo depressivo.

Secondo i criteri del DSM-V i disturbi dell'umore nell'adolescenza possono essere diagnosticati con gli stessi criteri usati per gli adulti, tenendo presente, però, il livello evolutivo raggiunto dal soggetto.

Nell'adolescenza la depressione può essere accompagnata da comportamenti devianti e una di tali complicanze è spesso l'abu-

so di alcool o di altre sostanze, spesso assunte allo scopo di lenire il dolore depressivo non riconosciuto.

Può anche non essere facile la distinzione tra il disturbo borderline di personalità e il disturbo depressivo. In questi casi aiuta molto la storia del soggetto, il suo modo di rapportarsi nelle relazioni e di agire nei contesti in cui è inserito.

Il riconoscimento dei disturbi dell'umore nell'età adolescenziale è molto importante per la prevenzione di eventuali patologie dell'adulto e per le terapie da intraprendere, soprattutto nei casi di disturbo bipolare dell'umore.

Spetta ai genitori cogliere i primi segnali del malessere depressivo. Il campanello d'allarme deve suonare quando si manifestano cambiamenti improvvisi e importanti nella vita del ragazzo: crollo del rendimento scolastico, allontanamento dagli amici, chiusura in se stesso, disinteresse per ciò che prima lo appassionava.

La depressione nei bambini

I bambini, rispetto agli adulti, hanno difficoltà ad esprimere verbalmente i sintomi depressivi e per tale motivo è importante imparare a riconoscere il loro stato emozionale attraverso il comportamento, tenendo presente che la sintomatologia della depressione infantile interessa l'area emotiva, quella cognitiva, quella sociale e quella fisica.

All'inizio della depressione il bambino manifesta la tendenza a isolarsi e a ridurre sensibilmente il tempo dedicato a parlare oppure a giocare con gli altri bambini.

La tristezza viene descritta dal bambino come un dolore che “fa molto male” e “non si può sopportare” e non è in relazione con eventi negativi. Difficilmente basterà qualcosa di piacevole per distrarlo e, se qualcosa riesce a rallegrarlo, il miglioramento dell'umore sarà di breve durata.

Un'altra emozione comune tra i bambini depressi è la rabbia, a volte prevalente sulla tristezza, che può manifestarsi in forma di lieve irritabilità oppure di scoppi d'ira. A volte il bambino la esprime dicendo di sentirsi così arrabbiato “da non poterlo sopportare”.

Questo sentimento, comunque sia espresso, può essere transitorio o durare per tutto l'arco della giornata. Ciò che caratterizza la rabbia depressiva è che sovente non è possibile stabilire una con-

nessione di causa-effetto tra gli eventi e la manifestazione del sentimento. Tanto meno la rabbia del bambino è motivata dall'ambiente circostante, tanto più è grave.

Sempre presente nelle manifestazioni depressive è la perdita della possibilità di provare piacere in ciò che si fa (anedonia). I bambini appaiono annoiati, indifferenti a qualsiasi tipo di attività proposta.

Parlano di se stessi come di bambini incapaci, si percepiscono inadeguati e non cambiano idea neppure di fronte a valutazioni positive delle loro prestazioni.

L'autostima rimane bassa e la gravità del sintomo è dipendente dalle aree coinvolte: si può passare dal solo rendimento scolastico o sportivo ad ogni aspetto della vita.

E' da sottolineare che la tendenza al pianto è più spesso presente rispetto agli altri bambini e le lacrime non sono direttamente collegate a eventi negativi.

Tra i bambini depressi è diffuso il sentimento di "non sentirsi amati": il bambino percepisce assenza di amore o di preoccupazione nei suoi confronti. Il sentimento di solitudine affettiva può portare all'autocommiserazione e alla sensazione di essere trattati ingiustamente.

Nell'area cognitiva i bambini depressi presentano una importante difficoltà di concentrazione con conseguente calo del rendimento

scolastico che può anche essere molto evidente.

Il trattamento della depressione nel bambino può essere considerato un processo che comprende la valutazione diagnostica e i trattamenti diretti al miglioramento dei sintomi e delle difficoltà associate al disturbo.

La presa in carico dei membri della famiglia è importante per la buona riuscita del trattamento: i familiari di solito si sentono in colpa perché ritengono di essere stati inadeguati all'accudimento dei figli e di aver contribuito alla insorgenza del disturbo.

I diversi approcci terapeutici, dalla psicoterapia individuale alla farmacoterapia, non devono essere utilizzati in modo alternativo e competitivo, ma complementare.

Se per i casi meno severi può essere sufficiente solo un intervento psicosociale e psicoterapeutico, la tendenza emersa in questi ultimi anni è di non escludere l'intervento farmacologico quando la gravità dei sintomi è tale da interferire con i processi evolutivi del bambino.

La depressione nell’anziano_1

Dal momento che si tratta di un tema rilevante che può interessare i molti lettori che hanno rapporti con familiari anziani, verrà trattato in due articoli, di cui questo è il primo.

Con il termine “invecchiamento” si fa riferimento all’ultima parte del ciclo vitale che va dalla maturità alla morte e che è caratterizzato da riduzione, indebolimento e regressione delle strutture organiche e delle relative funzioni.

Bisogna sottolineare che è importante distinguere gli aspetti più propriamente cognitivi, quali memoria, attenzione, capacità di apprendimento, da quelli psicologici, quali gli aspetti emotivi e affettivi.

La componente cognitiva dell’invecchiamento è conseguente all’involtura della struttura del Sistema Nervoso Centrale e alla riduzione dei neuroni.

La componente “psicologica” è invece correlata alla personalità, alla storia individuale, allo stile di vita, alle interazioni ambientali, agli eventi e all’assetto del tono dell’umore.

Il più classico e conosciuto disturbo cognitivo dell’invecchiamento è quello a carico della memoria, in genere ben percepito dal soggetto.

Per quanto riguarda il versante psicologico, frequentemente nella vecchiaia si accentuano le caratteristiche della personalità e alcuni elementi positivi possono assumere carattere negativo: ad esempio la prudenza può trasformarsi in avarizia e diffidenza, l'attenzione alla propria salute in ipocondria.

Per contro si moderano alcuni tratti caratterologici dell'età più giovane, quali l'impulsività, il rigore verso gli altri, l'aggressività. Altro aspetto tipico dell'invecchiamento è l'egocentrismo.

L'energia non più impiegata nei rapporti con l'ambiente esterno è prevalentemente investita nel proprio corpo: ne consegue l'accentuazione di tutte le manifestazioni di somatizzazione e l'aumento dell'attenzione per le proprie funzioni corporee.

Si scrive molto, in tema di psicologia della vecchiaia, sul problema dell'adattamento e del disadattamento. Adattarsi significa trovare i modi più opportuni alla sopravvivenza e tale capacità è importante per una serena vecchiaia. La personalità è il fattore più importante nel condizionare il grado di adattamento.

Aspetti psicologici quali rigidità, autoritarismo, egocentrismo o, al contrario, insicurezza, labilità, eccessiva passività saranno presenti, spesso in maniera accentuata, anche nell'anziano, determinando difficoltà di adattamento alla situazione esistenziale della vecchiaia.

Alcuni aspetti dell'invecchiamento sono espressione del deterio-

ramento delle strutture cerebrali, altri sono secondari a fattori esistenziali di vario genere (culturali, sociali, familiari, individuali), altri ancora possono esser letti come modalità di difesa e tentativi di adattamento.

Tra i fattori cerebrali la progressiva riduzione del numero dei neuroni, la riduzione delle connessioni interneuroniche e le modifiche dei neurotrasmettitori cerebrali hanno una diretta ripercussione sull'assetto cognitivo.

Anche i fattori somatici influiscono sull'invecchiamento mentale: ad esempio il ruolo dell'indebolimento degli organi sensoriali, così frequente nella terza età, è rilevante nel contribuire all'invecchiamento mentale a causa del deficit di stimolazione.

I deficit della funzione visiva hanno indubbio ripercussioni dirette sulla vita psichica e i frequenti difetti motori riducono l'autonomia del soggetto, la probabilità di rapporti interpersonali e di situazioni nuove.

Nel prossimo articolo della Rubrica l'argomento verrà ripreso e completato.

La depressione nell'anziano_2

L'anziano depresso può essere descritto come un paziente dai tratti di personalità rigidi, in preda a timori ipocondriaci, ossessionato dalla paura della morte, con idee deliranti incentrate sulla

convinzione di essere oggetto di furti o maltrattamenti e con memoria e capacità di concentrazione sensibilmente ridotte.

Le depressioni nell'anziano sono molto diffuse e la maggiore incidenza di malattie internistiche e neurologiche modifica la sintomatologia depressiva e ne influenza negativamente la prognosi. La più frequente forma di Depressione nell'anziano è il Disturbo Distimico, spesso conseguente a vissuti di perdita quali il pensionamento, la vedovanza, la perdita dei supporti sociali o alla perdita della salute per la presenza di malattie mediche croniche.

I fattori causali delle depressioni a insorgenza tardiva sono costituiti dalle modificazioni biochimiche e strutturali del Sistema Nervoso e dalle malattie organiche. Frequentemente associate a depressione sono alcune patologie della tiroide, diabete, alcune malattie autoimmuni, tumori e alcune infezioni virali quali l'epatite cronica.

Le principali malattie neurologiche in cui è frequente la presenza di depressione sono i disturbi cerebrovascolari, le demenze, le epilessie, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla e le cefalee.

Può contribuire alla genesi della depressione un'ampia gamma di farmaci tra cui antipertensivi, estrogeni, anestetici, analgesici, antiparkinsoniani, antiepilettici, antiulcera, chemioterapici, neurolettici.

Accanto ai fattori prima ricordati, alcuni aspetti sociali possono determinare l'insorgenza delle depressioni nell'anziano: l'esper-

rienza di perdita, soprattutto dopo il pensionamento, la ridotta capacità di adattamento, la mancanza di supporti sociali e i fattori correlati alla personalità di base.

Rispetto a un soggetto giovane, anche nell’anziano è solitamente presente la deflessione del tono dell’umore, spesso accompagnato da irritabilità, incapacità di provare piacere e gli altri sintomi caratteristici della depressione, ma i sentimenti di depressione e tristezza possono non essere facilmente evidenziabili, ostacolando la diagnosi, come ad esempio avviene nella “depressione mascherata” in cui i sintomi depressivi si nascondono dietro sintomi psicosomatici.

Ai sintomi depressivi classici si possono associare sintomi conseguenti, di volta in volta, a condizioni stressanti ambientali e all’invecchiamento del SNC.

La depressione è spesso contraddistinta da un’evidente compromissione cognitiva, con deficit d’attenzione, di memoria e di concentrazione anche gravi.

Spesso la depressione dell’anziano è costituita da recidive di episodi depressivi dell’età giovanile: in tali casi la sintomatologia tende ad essere più “tipica” e il decorso assume meno di frequente un andamento cronico.

Nel caso, invece, in cui la depressione compaia nell’anziano per la prima volta assumono maggiore importanza, come fattori scatenanti, gli eventi di vita, è più spesso concomitante a disturbi internistici e neurologici e il decorso tende ad essere cronico.

Spesso, quindi, si viene a realizzare un quadro clinico complesso in cui è necessaria una politerapia.

Per quanto riguarda l'uso di psicofarmaci va tenuto presente che la frequenza di effetti collaterali è sette volte superiore nell'anziano rispetto al giovane ed è quindi necessaria una somministrazione prudente. Bisogna inoltre semplificare il più possibile la prescrizione per evitare difficoltà o errori di assunzione.

La Depressione e il Lutto

Il termine “lutto” indica la reazione alla morte di una persona cara, in genere il coniuge, un figlio o un genitore. Si tratta di una risposta primordiale comune a tutti gli esseri umani tanto che, pur avendo un significato soggettivo catastrofico, è da considerare come un’esperienza “fisiologica”.

Nella fase iniziale sono più comuni i sintomi depressivi. In realtà l’umore, tendenzialmente depresso, subisce frequenti oscillazioni, mentre sono più stabili l’insonnia, i sentimenti d’inadeguatezza e di colpa.

Il lutto evolve abitualmente in tre fasi.

La prima, dello “shock”, può durare da pochi giorni a qualche settimana ed è dominata dall’incrédulità, dalla negazione e dalla “confusione”.

La seconda, del “dolore acuto”, si protrae per settimane o mesi ed è caratterizzata dalla rievocazione e da sentimenti d’intensa nostalgia. In questo periodo sono comuni i malesseri fisici (mancanza d’aria, vuoto allo stomaco, sensazione di debolezza, tensione muscolare), l’isolamento sociale, la perdita d’interessi, le idee di colpa, l’irritabilità, i sentimenti di rabbia verso se stessi o verso il defunto, gli atteggiamenti rivendicativi, ad esempio verso i sanitari.

L’ultima fase è quella della “risoluzione” e può richiedere mesi o anni: il soggetto prende atto dell’ineluttabilità del decesso per cui

torna alle proprie attività e interessi, riacquista il proprio ruolo, sviluppa nuove relazioni.

E' presente una notevole variabilità dei tempi necessari per il compimento dell'intero processo: nelle società occidentali sono abitualmente sufficienti 6-12 mesi, ma in alcuni soggetti possono essere necessari anche anni oppure si può avere una risoluzione incompleta.

Pur presentando manifestazioni simili, lutto e depressione non possono essere del tutto assimilati sul piano dei sintomi.

La sintomatologia depressiva che si associa al lutto non richiede in genere un trattamento specifico poiché non provoca difficoltà sul piano sociale, non altera la qualità della vita e tende a risolversi spontaneamente.

Le reazioni alla morte di un familiare possono, però, essere "anomale".

La forma più comune è rappresentata dal lutto non risolto, in cui il naturale processo di elaborazione si arresta e compaiono sintomi depressivi, disturbi somatici e fenomeni d'identificazione patologica.

Relativamente frequente è anche il lutto cronico, caratterizzato dal protrarsi indefinito del dolore per la perdita e dall'idealizzazione del morto.

Nel lutto ipertrofico, che fa più spesso seguito ad una morte improvvisa o inaspettata, le reazioni dolorose sono particolarmente intense e protratte e le abituali strategie di rassicurazione, come la

vicinanza di persone amiche, risultano inefficaci.

I soggetti che hanno subito un lutto, specialmente gli anziani, vanno incontro ad un significativo aumento di morbilità, con accresciuta richiesta di visite mediche, di ospedalizzazione e di uso di farmaci.

Nella maggior parte dei casi il lutto si risolve spontaneamente e non necessita, quindi, di terapie specifiche; un valido aiuto è costituito dal sostegno di familiari e amici.

Il ricorso ad una terapia farmacologica è necessario quando compare una sintomatologia d'intensità moderata o grave oppure se sono presenti idee di suicidio, rallentamento psicomotorio, idee di colpa o indegnità. In tali casi la scelta del farmaco dipende dalle caratteristiche del quadro clinico, dall'età e dallo stato di salute del paziente e segue le linee guida proposte per il trattamento dell'episodio depressivo maggiore.

Depressione e gravidanza

La gravidanza è per la donna un periodo di grandi cambiamenti che richiedono un notevole sforzo di adattamento. In tale periodo, infatti, deve provvedere alla propria salute e a quella del bambino, sviluppare progressivamente un legame con il nascituro, tollerare il cambiamento del suo aspetto fisico, affrontare i cambiamenti sul lavoro determinati dalla maternità.

Le principali aree coinvolte nel processo di cambiamento sono: il rapporto di coppia e con la famiglia d'origine, l'immagine corporea, le fantasie rispetto al bambino che arriverà, la presenza di eventi traumatici che in questa fase possono riattivarsi.

La gravidanza modifica la relazione di coppia in quanto la donna diviene emotivamente più fragile, più bisognosa di attenzioni e sensibile ai segnali di rifiuto, più dipendente dal marito e dai suoi atteggiamenti verso di lei e verso il bambino, più recettiva nei confronti degli stimoli affettivi.

Recentemente è stato evidenziato che il legame col feto durante la gravidanza si forma in modo analogo a quanto avviene nella relazione madre-bambino dopo la nascita. Tale processo è catalizzato dalla presenza dei movimenti fetali che costituiscono, per la madre, il segnale della vitalità del feto e della sua reale esistenza.

Sono state descritte alcune alterazioni patologiche di tale processo: segnaliamo in particolare il diniego di gravidanza, condizione

in cui la madre vive il feto come intruso ed elemento di disturbo fisico e psicologico e che può andare dal totale e duraturo disconoscimento alla mancata presa di coscienza dello stato gravidico.

Gli elementi che ne favoriscono l'insorgenza sono condizioni sociali di relativo isolamento, concepimenti in relazioni extraconiugali, giovane età della donna, livello intellettivo non elevato.

I primi studi sul rapporto tra ansia, depressione e gravidanza risalgono agli anni '60-'70 e mettono in evidenza il legame tra la depressione in gravidanza e quella puerperale.

È osservazione comune che circa il 40% delle donne in gravidanza presenta ansia, stanchezza, labilità emotiva, insomnia e depressione. L'epoca d'insorgenza di tali disturbi è prevalentemente il primo trimestre e in misura ridotta il terzo, ad eccezione delle ansie legate al parto imminente e alle eventuali complicanze.

In gravidanza si possono, inoltre, accentuare disturbi psichici già presenti, i sintomi più frequenti sono quelli della serie ansiosa e depressiva e la presenza di tali disturbi costituisce fattore di rischio per la Depressione Maggiore e la psicosi puerperale.

Conflitti psicologici possono insorgere quando la gravidanza non è desiderata o avviene in un “momento sbagliato” oppure è complicata da problemi fisici, socioeconomici e da eventi traumatici che rendono la donna ansiosa e insicura.

Abitualmente lo stato emotivo della donna durante la gravidanza

è più instabile, il suo umore più irritabile e sono spesso presenti preoccupazioni per il parto. Tali caratteristiche si mantengono abbastanza stabili fino al puerperio.

Il trattamento riguarda essenzialmente i disturbi d'ansia e quelli depressivi.

Quando i sintomi raggiungono una gravità tale da mettere a rischio la prosecuzione della gravidanza, è necessario utilizzare antidepressivi e ansiolitici.

Il loro impiego in gravidanza verrà trattato in uno dei prossimi articoli della Rubrica.

Il trattamento psicoterapeutico è indicato sia nelle forme più lievi, che non necessitano di terapia farmacologica, sia in quelle più severe, dove è necessario l'utilizzo dei farmaci.

Depressione e Sindrome premestruale (SPM)

Le cause della sindrome premestruale possono essere distinte in socioculturali, psicologiche e biologiche.

L'età del menarca, l'esperienza precoce del dolore mestruale, le scarse informazioni e l'atteggiamento negativo della madre nei confronti delle mestruazioni possono determinare la sintomatologia premestruale.

La sindrome è spesso accompagnata da scarsa stima di sé, tendenza alla passività e alla richiesta di aiuto, instabilità emotiva e insoddisfazione affettiva.

Per quanto riguarda i fattori biologici, una delle ipotesi più accreditate sulla genesi della SPM riguarda il ruolo degli ormoni ovarici (estradiolo e progesterone).

La carenza di progesterone sembra la causa più rilevante nel determinare la SPM e può essere conseguente a difetti di secrezione, di metabolizzazione, di escrezione o a interferenze con altre sostanze.

La sindrome premestruale è costituita da un insieme di sintomi fisici, comportamentali e affettivi che interferiscono con il normale andamento della vita e si presentano ciclicamente in coincidenza con il flusso mestruale.

Per poter fare diagnosi di SPM è necessario che i sintomi inizino con l'ovulazione o dopo di essa, migliorino nettamente all'inizio

del mestruo e scompaiano alla sua conclusione.

I sintomi principali della SPM sono depressione, facilità al pianto, ansia, irritabilità, modificazioni dell'appetito, tensione mammaria, tensione addominale, ritenzione idrica, cefalea, stipsi, eruzioni cutanee acneiformi.

Possono aggiungersi, con minore frequenza, disturbi neurovegetativi quali nausea e vomito, disturbi dismetabolici quali crampi muscolari conseguenti all'alterazione del ricambio del Calcio e disturbi disendocrini a carico degli ormoni tiroidei.

L'intensità della sintomatologia è variabile, ma in alcune donne può compromettere gravemente la vita di relazione.

La diffusione della SPM è controversa: secondo alcune ricerche la forma meno grave interessa il 60-70% della popolazione femminile in età feconda; la diffusione della forma grave della SPM è invece indicata tra il 5% e il 10%. In queste pazienti i sintomi psichici sono più invalidanti ed è evidente la variazione stagionale, con peggioramenti in primavera e autunno, cosa che fa ipotizzare l'esistenza di una sottostante forma depressiva.

La fascia d'età più colpita è quella fra i 25 ed i 40 anni ed è da segnalare la frequente e rilevante interferenza che tale sindrome determina nei confronti del lavoro, delle attività sociali o dei rapporti interpersonali nei 6-7 giorni che precedono le mestruazioni.

Il rapporto tra sindrome premenstruale e disturbi affettivi è stato

oggetto di studio dal punto di vista clinico, prognostico e terapeutico e sono stati individuati numerosi punti di contatto tra le due condizioni cliniche.

La SPM deriva dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali per cui il trattamento deve integrare interventi terapeutici con interventi psicologici e di sostegno.

Nell'ambito della terapia sintomatica gli antidepressivi sono prescritti per i disturbi disforici: l'uso di serotoninerigici (fluoxetina, paroxetina, sertralina) dà risultati soddisfacenti anche nel trattamento a lungo termine mentre con le benzodiazepine si ottengono risultati positivi nella fase sintomatica del ciclo.

L'uso dei contraccettivi orali è controverso: alcune donne, infatti, traggono beneficio dal loro utilizzo, ma occorre tenere presente che tali sostanze possono provocare un peggioramento dei sintomi della SPM, in particolare di quelli depressivi.

Depressione e interruzione di gravidanza

Dal punto di vista psicologico, l'interruzione di gravidanza, spontanea o volontaria, è un'esperienza di perdita e può, quindi, determinare complicanze psichiche immediate e tardive.

Tutte le perdite significative della vita sono seguite da un periodo di lutto e ciò accade anche quando si decide di interrompere una gravidanza.

Il tema generale del lutto e la sua fenomenologia sono stati trattati in un precedente articolo della Rubrica e ad esso rimandiamo.

Le reazioni e le eventuali complicanze psicologiche conseguenti all'interruzione di gravidanza vanno dalle normali manifestazioni di cordoglio a quadri psicopatologici la cui natura e gravità dipendono dalle caratteristiche di personalità individuale e anche da altri fattori tra cui la tecnica d'interruzione usata (raschiamento o induzione del travaglio), il fatto che l'interruzione avvenga o meno per libera scelta; la rappresentazione mentale che la donna ha del feto, la condizione psicologica precedente l'interruzione e la qualità del rapporto con il partner.

Il quadro clinico si manifesta, il più delle volte, con sintomi depressivi che iniziano poche settimane dopo l'intervento.

La comparsa di malattie psichiche gravi è rara: di solito si tratta della recidiva di un preesistente disturbo.

La durata del lutto e delle sue manifestazioni sono dipendenti dalle caratteristiche individuali e dalla cultura di appartenenza.

Secondo il DSM-V si può formulare diagnosi di episodio depressivo maggiore conseguente ad interruzione di gravidanza solo quando si manifesta entro i due mesi successivi all'evento.

I fattori predisponenti la comparsa di complicazioni psichiatriche sono la presenza di problematiche affettive all'interno della coppia, la scarsa capacità personale di adattamento agli stress, il non aver deciso liberamente d'interrompere la gravidanza.

Fattori di rischio sono la presenza di precedenti disturbi psichici al momento dell'interruzione, l'atteggiamento ambivalente verso la gravidanza e l'interruzione, la rottura del rapporto con il partner, la giovane età.

Da alcuni anni sono in aumento le interruzioni dovute a malformazione fetale probabilmente per l'uso di strumenti d'indagine diagnostica sempre più sofisticati. Tali interruzione della gravidanza comportano uno stress psicologico notevole perché generalmente si tratta di gravidanze desiderate.

La maggior parte avviene nel secondo trimestre, periodo in cui è già presente uno stretto legame emotivo della donna al bambino. Molte donne vivono forti sentimenti di colpa per aver preso tale decisione e l'impatto psicologico è aggravato dalla consapevolezza che il rischio di malformazione fetale potrà ripresentarsi. Inoltre, spesso, le donne interessate hanno un'età compresa tra i 35 e i 40 anni e quindi possono nutrire dubbi sulla possibilità di un nuovo concepimento.

Oltre il 20% delle gravidanze riconosciute va incontro ad aborto spontaneo entro i primi quattro mesi. Spesso, dopo l'aborto, la donna sperimenta paura rispetto alla futura capacità di concepire, vissuto di fallimento, sentimenti di colpa per una sua presunta responsabilità.

Va sottolineato che il cordoglio, dopo un aborto spontaneo, è intenso quanto quello provocato dalla morte del neonato o dalla morte di un adulto.

Alcuni fattori sociali e culturali legati al contesto ambientale o la presenza di relazioni conflittuali con la madre e/o con il partner possono favorire la manifestazione di lutto patologico, inducendo vissuti di depressione, di colpa, di vergogna e rabbia.

Forme cliniche del Disturbo Depressivo

Il Disturbo Depressivo può manifestarsi in diverse forme cliniche con diverso andamento. Descriviamo di seguito le più frequenti.

Episodio Singolo

Questa categoria diagnostica comprende i pazienti che hanno avuto un unico episodio depressivo che si manifesta intorno ai 55-60 anni e spesso compare in relazione ad eventi esistenziali di notevole impatto emotivo o a malattie fisiche.

Disturbo Depressivo Ricorrente

La diagnosi di depressione ricorrente si pone quando sono presenti almeno due episodi depressivi e sono invece assenti fasi ipomaniacali. La presenza di diversi episodi di malattia separati da periodi di remissione, parziale o completa, costituisce una caratteristica essenziale dei disturbi dell'umore.

Il rischio di recidiva aumenta proporzionalmente al numero degli episodi precedenti, ma è anche in relazione con l'esordio precoce, la familiarità, la presenza di disturbo distimico, la comorbilità con patologie somatiche o psichiatriche, la persistenza di fattori stressanti psicosociali o l'interruzione precoce della terapia antidepressiva.

Le caratteristiche e la gravità dei singoli episodi sono variabili da paziente a paziente e l'età media d'insorgenza è intorno alla terza decade di vita.

Gli episodi non curati hanno una durata media che varia da 6 a 12 mesi, mentre le cure con antidepressivi determinano la scomparsa dei sintomi nell'arco di 2-3 mesi.

Circa un terzo dei pazienti con depressione ricorrente ha un temperamento di tipo depressivo con atteggiamenti di passività, insicurezza, tendenza all'introversione ed al ritiro sociale.

Tali caratteristiche, presenti anche nei periodi precedenti l'inizio del disturbo, permangono dopo la risoluzione degli episodi e la loro presenza determina una prognosi peggiore in termini di ricadute e disadattamento sociale.

La maggior parte dei pazienti con depressione ricorrente mostra, negli intervalli liberi, un adeguato livello di adattamento e condizioni di vita soddisfacenti.

Disturbo Depressivo Minore

Il Disturbo Depressivo Minore è caratterizzato da uno o più periodi di depressione che si differenziano da quello Maggiore per minor numero di sintomi e ridotto disadattamento, mentre sono sovrapponibili ad esso per il tipo e la durata della sintomatologia.

I pazienti lamentano un notevole sforzo per svolgere le normali mansioni e riferiscono calo di interesse per il lavoro o per le attività di svago.

Il disturbo provoca riduzione dell'adattamento sociale, lavorativo

o familiare, senza però raggiungere livelli di grave compromissione.

Tali quadri depressivi sono spesso associati a patologie mediche generali, pur non essendone la diretta conseguenza. La durata di almeno due settimane costituisce un criterio per distinguere queste forme da periodi di tristezza che normalmente si verificano in ogni individuo.

Disturbo Depressivo Breve Ricorrente

Per la diagnosi di tale Disturbo è necessario che siano presenti lo stesso numero di sintomi della depressione maggiore, ma la durata della sintomatologia è più breve, di solito uno-tre giorni, e la frequenza è di almeno dodici episodi in un anno. Nelle donne, inoltre, le fasi depressive non si devono verificare esclusivamente in relazione al ciclo mestruale.

Le oscillazioni dell'umore creano un disagio significativo ed interferiscono con l'adattamento sociale e lavorativo. Studi epidemiologici hanno evidenziato che la depressione breve ricorrente ha una eguale distribuzione tra i sessi, anche se tra le donne risulta più alto il rischio di episodi maggiori.

Depressione post partum

La depressione post partum comprende tre quadri diversi: il maternity blues, la depressione lieve e la depressione maggiore.

Il maternity blues è una sindrome caratterizzata da facilità al pianto, che ne costituisce il sintomo centrale, astenia, orientamento depressivo dell'umore, ansia, irritabilità, cefalea, diminuzione della capacità di concentrazione.

La frequenza è particolarmente elevata: si oscilla, nelle diverse casistiche, dal 50% al 70% delle donne che hanno partorito. La sintomatologia si manifesta in corrispondenza del terzo-quarto giorno dopo il parto ed ha durata di circa una settimana, entro la quale si risolve.

Tenendo conto della sua grande frequenza, la sindrome del “maternity blues” può essere considerata una reazione fisiologica e la sua origine è legata alle variazioni ormonali presenti nell’organismo femminile in tale periodo.

Nella depressione lieve i sintomi sono una depressione dell’umore associata a sensazione di esaurimento fisico, più evidente nelle ore serali, irritabilità, diminuzione dell’appetito, riduzione del desiderio sessuale, insonnia e sintomi somatici di varia natura. Spesso sono presenti anche altri disturbi: l’ansia nella forma acuta del panico e in quella somatizzata.

In questo tipo di depressione è spesso presente la continua pretesa di sostegno e rassicurazione, che trova di solito accoglimento

nell'ambito familiare e nei medici curanti. Spesso si fa ricorso a supporti terapeutici tradizionalmente usati nella medicina di base quali consigli dietetici, prescrizioni sintomatiche, fornendo al tempo stesso un sostegno psicologico che in buona parte dei casi è sufficiente ad evitare l'intervento dello psichiatra.

La depressione puerperale ha la massima frequenza da tre a sei mesi dopo il parto e di solito si rivolve nel giro di 4-6 mesi senza interventi specialistici.

Nella Depressione Maggiore la sintomatologia appare più grave e persistente rispetto a quella minore, può avere un esordio acuto e presenta i sintomi del Disturbo Depressivo Maggiore descritti in uno dei primi articoli della Rubrica.

Le idee di suicidio sono ricorrenti e bisogna tenere presente che il rischio è elevato.

La Depressione Maggiore si manifesta nel corso del primo mese successivo al parto, con una maggiore frequenza nella prima settimana e necessita dell'intervento dello psichiatra per la impostazione della necessaria terapia con antidepressivi. Dal momento che il rischio suicidario è elevato può essere necessario il ricovero.

Un discorso a parte merita la di psicosi puerperale, che colpisce più frequentemente le primipare, anche se può manifestarsi in gravidanze successive. La presenza di disturbi psichici nella storia personale della donna è un importante fattore di rischio.

L'esordio dei sintomi è acuto, il più delle volte entro le prime due settimane dal parto e coesistono sintomi affettivi (mania, depressione e stati misti) con deliri, allucinazioni, incoerenza, disorganizzazione del comportamento, disorientamento e confusione mentale.

I contenuti dei deliri sono relativi all'esperienza materna, riguardano la vita o la salute del bambino e a volte sono di negazione dell'esistenza del figlio La durata della malattia varia da un paio di mesi fino ad un massimo di sette-otto. Questo disturbo necessita dell'intervento dello psichiatra, dell'uso di psicofarmaci e a volte anche di ricovero. La prognosi è generalmente buona: le psicosi puerperali sono ben curabili e hanno esito migliore rispetto alle altre forme di psicosi.

Depressione e menopausa

La menopausa si riferisce alla cessazione dei flussi mestruali ed attualmente si verifica intorno all'età media di 51 anni. La produzione ormonale delle ovaie declina progressivamente già nei cinque anni che la precedono, mentre la brusca riduzione degli estrogeni può causare un rapido e precoce depauperamento osseo, responsabile della osteoporosi.

La menopausa costituisce un momento di crisi che, analogamente ad altre tappe della vita femminile come l'adolescenza e la maternità, è caratterizzato da profondi cambiamenti interni ed esterni nelle diverse aree della realtà femminile.

Mentre la crisi adolescenziale e la maternità hanno significato evolutivo e creativo, la crisi climaterica è invece caratterizzata prevalentemente da elementi di perdita che possono determinare la riduzione della fiducia di base.

Dalle trasformazioni ormonali e fisiche possono derivare fantasie di svalutazione conseguenti alla perdita della fertilità e a problematiche legate alla attività sessuale.

Le opinioni su di essa sono controverse, anche se è accertato che la menopausa ha scarsissima influenza sulla libido. A tal proposito è possibile individuare nella donna alcuni modelli d'identità che si ripercuotono sul comportamento sessuale in menopausa:

- un modello materno riproduttivo, che considera la sessualità

prevalentemente finalizzata alla riproduzione per cui la menopausa può determinare la riduzione o l'interruzione dell'attività sessuale;

- un modello narcisistico, in cui la donna tende ad avere un'attività sessuale più intensa nel tentativo di negare la menopausa ed i problemi ad esso legati;
- un modello genitale maturo, in cui è presente la capacità di realizzare armonicamente l'identità femminile non solo nelle tradizionali funzioni materne, ma anche all'interno di una relazione affettiva e sessuale soddisfacente.

Anche la coppia viene coinvolta dai cambiamenti di questo periodo e, dopo avere adempiuto all'accudimento della prole, è chiamata a ricercare il “senso della convivenza” e a trovare un nuovo equilibrio.

Il quadro clinico dei disturbi presenti in menopausa è caratterizzato dallo squilibrio del sistema nervoso autonomo, da instabilità emotiva e dalle conseguenze delle modificazioni metaboliche. Durante la menopausa si individuano disturbi a volte soggettivamente rilevanti quali ansia, irritabilità, fluttuazioni del tono dell'umore, ipocondria, insonnia.

Il problema clinico più controverso è la presenza di una sindrome depressiva. Il riscontro del sintomo “depressione” nella menopausa è limitato alle forme più lievi, che non raggiungono cioè la gravità e la complessità della sindrome depressiva di specifica pertinenza psichiatrica.

I fattori causali sono di natura organica, funzionale ed ambientale e giocano un ruolo altrettanto importante i fattori psicologici. Elemento primario di rischio è la difficoltà della donna ad elaborare la ferita conseguente alla perdita della capacità procreativa, della seduttività e della bellezza.

I sintomi ansiosi, quando presenti, si manifestano con senso di oppressione interna oppure con sintomi ricorrenti quali l'insonnia, la paura di allontanarsi troppo da casa, l'impulso incontrollato ad assumere cibo.

In conclusione, anche se non esiste una sindrome psichiatrica specifica della menopausa, tale periodo costituisce una tappa di particolare importanza per l'equilibrio affettivo e istintuale della donna e può facilitare la comparsa o la riattivazione di difficoltà personali del passato o di problematiche latenti.

Il Disturbo Bipolare

Nel DSM-V è descritta la distinzione tra il Disturbo Bipolare I e II.

Nel Disturbo Bipolare I, in cui sono presenti episodi depressivi ed episodi maniacali, quello depressivo di solito insorge gradualmente, nel giro di qualche settimana.

Quello maniacale ha solitamente una insorgenza più rapida: pochi giorni o, talvolta, poche ore.

Nel decorso spontaneo, senza cioè terapie con farmaci, i singoli episodi hanno una durata media di tre-quattro mesi per la mania e sei-otto mesi per la depressione.

Per intervallo libero si intende il periodo di benessere tra una crisi e l'altra mentre il periodo che intercorre tra il primo e il secondo episodio è chiamato “periodo di latenza”.

Nel Disturbo Bipolare II le fasi depressive sono più gravi e si presentano come Episodi Depressivi Maggiori, mentre gli Episodi Maniacali sono presenti con frequenza maggiore. Inoltre gli episodi hanno una durata inferiore, le recidive sono più frequenti e vi è la tendenza alla cronicizzazione.

L'episodio maniacale si manifesta con l'esaltazione delle normali sensazioni di benessere e di gioia, eccessivi per durata e intensità, e gli aspetti gioiosi possono essere improvvisamente sostituiti da irritabilità e aggressività.

Sono presenti sensazioni d'intenso benessere accompagnate da ridotto bisogno di sonno, aumento dell'appetito e della spinta sessuale. Il soggetto è disinibito, cerca e contatta amici da tempo abbandonati, riprende attività trascurate e ne inizia di nuove. A causa della ridotta capacità di critica e della superficialità di giudizio, prende decisioni importanti senza riflettere sulle conseguenze.

Nella maggior parte dei casi manca la coscienza di malattia: il paziente è fermamente convinto di star bene e, se contraddetto, può reagire con aggressività.

Il malumore, la collera e la rabbia dominano il quadro clinico, ma anche in questi casi ira ed aggressività possono scomparire improvvisamente lasciando posto ad un atteggiamento scherzoso, confidenziale, mirato ad ottenere complicità e simpatia dall'interlocutore.

L'aumento dell'attività motoria è costante e determina una attività continua, senza alcuna sensazione di fatica o stanchezza. Impulsivo e disinibito, è presente una spinta inesauribile a fare e parlare (logorrea): ferma gli sconosciuti per strada, mostra un eccessivo coinvolgimento in situazioni che non lo riguardano, scrive e telefona in continuazione.

Sul piano cognitivo caratteristico è l'aumento dell'autostima che determina una sproporzionata fiducia in se stesso, nelle proprie capacità e una insufficiente consapevolezza dei propri limiti.

L'episodio maniacale non curato ha una durata variabile da alcuni

giorni a tre-quattro mesi. Raramente ha una evoluzione cronica, mentre in genere si risolve, bruscamente o nel giro di qualche giorno, con il ritorno del tono dell'umore nella norma oppure con il passaggio in depressione.

La terapia dell'episodio maniacale è resa difficoltosa a causa dell'assoluta mancanza del senso di malattia da parte del paziente che, di conseguenza, non avverte la necessità di alcuna terapia. In pazienti che soffrono di crisi maniacali è importante mettere in atto la profilassi con stabilizzatori del tono dell'umore, allo scopo di ridurre il numero e la gravità delle oscillazioni.

Nella fase acuta dell'episodio maniacale l'intervento farmacologico consiste nella somministrazione di neurolettici, allo scopo di correggere l'ideazione megalomanica e favorire il recupero delle capacità critiche e della adesione al senso di realtà.

Gli stabilizzatori del tono dell'umore

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

L'obiettivo primario della profilassi è la riduzione del numero e della gravità delle recidive, sia per i disturbi bipolari sia per quelli unipolari e a tale scopo vengono utilizzati gli stabilizzatori del tono dell'umore.

Il più usato è il litio, diffuso in natura sotto forma di composto salificato in minerali e in acque termali e che dal 1970 viene utilizzato per il trattamento e la prevenzione dei Disturbi dell'Umore.

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

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

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

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

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

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

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

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

Il litio ha scarsa efficacia in alcuni tipi di disturbi, quali ad esem-

pio gli stati misti. Inoltre l'uso è controindicato in pazienti con ridotta funzionalità renale, tiroidea o paratiroidea o in pazienti obesi.

Per questi casi l'acido valproico (Depakin) e la carbamazepina (Tegretol) costituiscono la terapia alternativa. In molte circostanze tali farmaci si sono dimostrati utili, da soli o in associazione al litio, nella terapia antimaniacale ed in quella di mantenimento, ma non esistono studi che dimostrino un'efficacia superiore a quella del litio.

Nella pratica clinica la tendenza è di utilizzare la carbamazepina e acido valproico quando sono presenti sintomi depressivi assieme ai sintomi ipomaniaci (stati misti), su cui il litio ha scarsa efficacia.

I Disturbi del Sonno

La registrazione elettroencefalografia dell'attività elettrica cerebrale permette di differenziare diverse fasi di sonno.

Nella fase di addormentamento è presente il progressivo rallentamento dell'attività elettrica cerebrale, l'aumento della sincronizzazione, la comparsa di onde lente e complessi elettrici rapidi.

Compaiono, inoltre, sporadici movimenti oculari lenti, riduzione del tono muscolare, rallentamento e regolarizzazione del ritmo del respiro e della frequenza cardiaca.

Dopo circa 90 minuti dall'inizio del sonno si ha la fase REM (movimenti oculari rapidi) e irregolarità nella frequenza cardiaca e in quella respiratoria.

La regolarità e la stabilità del ciclo sonno-veglia sono il risultato di un processo maturativo che si esaurisce durante i primi mesi di vita extra uterina: il sonno acquisisce così una ritmicità ed evolve differenziandosi qualitativamente e quantitativamente.

Le fasi del sonno e l'alternarsi ciclico sonno/veglia rientrano in una regolazione dipendente dall'ipotalamo e sono sensibili a stimoli esterni (quali il ciclo luce-oscurità), a fattori interni (variazioni ormonali e della temperatura corporea) e a fattori genetici, psicologici, ambientali e socio-culturali.

Le alterazioni più diffuse sono l'insonnia da risveglio, nel Disturbo Depressivo e quella da addormentamento, nei Disturbi d'An-

sia.

Nella depressione il sonno è in genere alterato per continuità e durata e non ha le sue normali qualità di recupero e di riposo. L'insonnia depressiva preannuncia spesso l'inizio del disturbo dell'umore, ne accompagna il decorso e la sua scomparsa preannuncia la risoluzione dalla crisi.

I rapporti tra sonno e patologia depressiva sono costituiti, nella maggioranza dei depressi, da un tempo di sonno ridotto a causa dell'alta incidenza dei risvegli notturni e, soprattutto, della precocità del risveglio mattutino.

L'insonnia indotta dall'ansia si manifesta più spesso con difficoltà a prendere sonno e/o a mantenerlo. E' sempre presente una componente soggettiva di sonno ridotto e non riposante: il ricordo di sensazioni d'angoscia durante il sonno, i sogni inquietanti e i risvegli pervasi da ansia sono alla base della convinzione, in questi soggetti, di aver riposato male o di aver trascorso molto tempo svegli.

La privazione di sonno ha conseguenze, durante la veglia, in forma d'ipersensibilità al dolore, difficoltà nei processi di attenzione, concentrazione e memoria, modificazioni vegetative quali tachicardia e fame d'aria, che a loro volta rinforzano lo stato ansioso.

Il trattamento dell'insonnia consiste nell'utilizzo di benzodiazepine ipnoinducenti, spesso in associazione con antidepressivi se-rotoninergici per la cura del Disturbo Depressivo o dei Disturbi

d'Ansia spesso presenti in chi soffre di alterazioni del ritmo veglia/sonno.

I farmaci più usati prima dell'avvento delle benzodiazepine erano i barbiturici che avevano tossicità elevata e sviluppavano una progressiva assuefazione all'effetto ipnoinducente, avvertita dal paziente come una graduale perdita di efficacia, determinando l'aumento della dose assunta.

La temporanea sospensione del farmaco induceva inoltre fenomeni di astinenza e la ricomparsa aggravata dell'insonnia.

Pur avendo ridotto molti dei problemi sopra citati, le benzodiazepine possono creare inconvenienti che si manifestano soprattutto con l'uso prolungato. Il sonno può essere frammentato da frequenti risvegli, soprattutto nella seconda parte della notte, conseguenti alla perdita della loro efficacia.

Il temperamento, carattere e personalità

I termini “temperamento”, “carattere” e “personalità” sono spesso utilizzati come sinonimi mentre ogni termine fa riferimento ad elementi precisi e ben definiti.

Il “temperamento” è la caratteristica costituzionale che indica il livello di energia e la qualità dell’umore che determinano il modo individuale di rispondere agli stimoli esterni.

Per “carattere” s’intende l’insieme delle qualità personali che permettono l’adattamento dell’individuo ai valori ed ai costumi della società. Si tratta quindi di elementi acquisiti nell’ambito di un determinato contesto familiare e sociale.

La “personalità” nasce dalla interazione tra fattori acquisiti e fattori costituzionali tipici di un individuo e riconoscibili fin dall’adolescenza o dalla giovinezza.

I tipi di temperamento di più frequente riscontro sono il depressivo, l’ipertimico e il ciclotimico.

Il temperamento depressivo è caratterizzato da persistente sentimento di tristezza, basso livello d’energia, ipersonnia, scarsa autostima, tendenza all’autosvalutazione e ad una visione pessimistica globale.

E’ presente costante insicurezza che spinge ad evitare di prendere iniziative e conduce a sentimenti d’inadeguatezza e di colpa. La vita di relazione è in genere piuttosto limitata, con difficoltà ad

intraprendere nuove amicizie. Il temperamento depressivo è stato definito come una forma clinicamente attenuata e ad andamento cronico di malattia depressiva ed è il più frequente nei pazienti che soffrono di depressione ricorrente.

Gli individui con temperamento ipertimico hanno una persistente tonalità ipomaniacale del tono dell'umore, alti livelli d'energia, particolare resistenza alla fatica fisica ed intellettuale ed un ridotto bisogno di sonno.

Nelle relazioni interpersonali sono estroversi, espansivi, loquaci ed assertivi. La grande capacità d'iniziativa e l'elevata autostima determinano un atteggiamento di sicurezza e d'intraprendenza tale da portare spesso questi soggetti ad occupare posizioni di comando.

Talora appaiono tuttavia eccessivamente estroversi, tanto da ferire o irritare le persone che li circondano e l'estrema sicurezza può condurre ad errori di giudizio o ad imprese avventate.

Il temperamento ipertimico si differenzia in genere dalle vere crisi ipomaniacali per la minore intensità dei sintomi e per la durata molto lunga delle manifestazioni caratteristiche.

La caratteristica principale del temperamento ciclotimico consiste in continue oscillazioni del tono dell'umore. Sono generalmente improvvise, della durata di ore o giorni e lasciano raramente spazio a periodi di tono dell'umore equilibrato.

Ottimismo, spensieratezza, briosità si alternano a pessimismo e pianto immotivato. Iperattività e intraprendenza sono rapidamente seguite da mancanza di energia, abulia, perdita dello slancio vitale. L'intenso coinvolgimento in ogni attività e la ricerca di nuovi interessi possono essere seguite da indifferenza, distacco, apatia.

L'eccessiva sicurezza, l'intuitività e la creatività cedono il passo ad un immotivato crollo dell'autostima, insicurezza, difficoltà di concentrazione ed aridità intellettuva. Il bisogno di contatti sociali e l'aumentata loquacità si trasformano in tendenza all'isolamento ed al mutismo.

Tutto questo si traduce in uno stile di vita tumultuoso: sono frequenti cambiamenti del tipo di lavoro, la residenza è frequentemente cambiata, le amicizie e le relazioni sentimentali sono caratterizzate da notevole instabilità, con ripetuti fallimenti ed improvvise esaltazioni.

La Distimia o depressione cronica

La Distimia consiste in una forma depressiva cronica a sintomatologia attenuata che risponde al trattamento farmacologico.

L'età d'insorgenza è in genere precoce: la fascia d'età più colpita è compresa tra i 18 e i 45 anni ed il rapporto femmine/maschi è di circa due a uno. Una storia familiare di disturbo dell'umore è molto frequente: nella famiglia possono essere presenti tutti i disturbi dello spettro dell'umore e non esiste una familiarità specifica.

Sono considerati fattori predisponenti allo sviluppo della Distimia gli "stressor psicosociali cronici" e la presenza di disturbi fisici concomitanti.

I sintomi della Distimia non raggiungono i livelli di gravità degli episodi maggiori e il disturbo si manifesta prevalentemente con disagi sul piano sociale, lavorativo, familiare ed interpersonale. Non sono presenti caratteristiche melanconiche né gravi alterazioni della libido o marcato rallentamento.

Il disturbo si caratterizza principalmente per il pessimismo, l'autosvalutazione, l'insicurezza, i sentimenti d'inadeguatezza e le difficoltà di rendimento sul piano prestazionale. Non rara è la tendenza alle ruminazioni su tematiche sentimentali, lavorative, esistenziali. Tra i sintomi somatici i più frequenti sono l'astenia e l'ipersonnia.

In molti casi non è presente consapevolezza di malattia e la parti-

olare tonalità dell’umore è considerata un aspetto “caratteriale”. La lunga durata del disturbo e l’insorgenza precoce contribuiscono a rafforzare tale convinzione nel paziente e nell’ambiente circostante.

La propensione ad assumere atteggiamenti passivi, evitanti e dipendenti può determinare la compromissione dei rapporti affettivi, familiari ed interpersonali.

Tali difficoltà, con le frustrazioni che ne conseguono, contribuiscono a rafforzare i sentimenti depressivi di autosvalutazione e la concezione negativa di sé e del mondo circostante.

L’esordio precoce e il quadro sintomatologico attenuato rendono incerto il confine tra Distimia e Temperamento depressivo, anche se in quest’ultimo non sono presenti sintomi neurovegetativi e psicomotori.

I sintomi della Distimia differiscono da quelli della Depressione Maggiore soltanto per gravità e durata.

Il DSM-V descrive il disturbo come caratterizzato da umore depresso per la maggior parte del giorno ed è richiesta inoltre la presenza di due o più dei seguenti sintomi: variazioni dell’appetito o del sonno, astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni e sentimenti di disperazione.

Il DSM-V specifica inoltre che l’umore deve essere depresso, senza intervalli liberi superiori ai due mesi, per un periodo di due

anni e che, durante i primi due, non deve insorgere un Episodio Depressivo Maggiore.

La Distimia ha un andamento cronico e la durata dell'episodio deve pertanto raggiungere almeno i due anni. Sono state osservate e descritte forme depressive croniche con durata variabile fra i due e i trent'anni. In uno studio sulla distimia la durata media risulta di circa cinque anni.

La prognosi della Distimia è meno favorevole di quella degli episodi maggiori e anche le ricadute sono più frequenti. Complicanze spesso presenti sono rappresentate dall'abuso di farmaci e di alcool.

Oggetto di abuso possono essere stimolanti come caffeina, anfetamina oppure sedativi, in particolare le benzodiazepine. Gli alcolici, almeno in fase iniziale, possono essere utilizzati dal paziente per l'effetto disinibente e quindi per superare le difficoltà nell'affrontare situazioni sociali.

L'ipocondria

Per ipocondria consiste in un eccesso di preoccupazione per la propria salute fisica. Gli ipocondriaci lamentano di solito sintomi che coinvolgono molti organi, più comunemente gli apparati gastrointestinale e cardiovascolare.

Sono spesso convinti di soffrire di una grave malattia non ancora individuata e non si lasciano facilmente convincere del contrario. La convinzione anzi resiste anche di fronte all'esito negativo degli esami effettuati, il decorso benigno dei disturbi e le rassicurazioni del medico.

L'ipocondriaco tende ad interpretare banali alterazioni, quali ad esempio una cefalea da tensione, un'extrasistole o un'infezione respiratoria, come prove della presenza di una grave malattia. Accade di frequente che i timori si concentrino su un solo organo, il cui funzionamento diventa fonte di estrema preoccupazione.

Il convincimento non è solitamente di grado delirante, cioè resistente a qualunque tipo di valutazione critica, per cui il paziente è capace, in certi momenti, di ammettere la possibilità di non avere nessuna grave malattia. Ansia, depressione e tratti ossessivi della personalità sono comunemente associati all'Ipocondria.

Interrogati circa il loro stato di salute, gli ipocondriaci spesso danno risposte-fiume, esprimendo delusione per le cure ricevute e sottolineandone l'inadeguatezza.

L'Ipocondria deve essere differenziata dalle malattie organiche, specialmente da quelle che interessano diffusamente molteplici apparati, quali i disturbi endocrini. Va anche differenziata dal disturbo depressivo: i pazienti depressi possono presentare sintomi ipocondriaci, ma il quadro clinico è dominato dai sintomi della serie depressiva quali disperazione e abbassamento dell'autostima.

Sintomi ipocondriaci sono presenti anche nel Disturbo da Attacchi di Panico e nel Disturbo d'Ansia Generalizzato: nel DAP si manifestano solo durante gli attacchi, mentre nel GAD non costituiscono l'elemento dominante, ma una delle possibili espressione dell'ansia. Alcune ossessioni e fobie possono somigliare all'Ipocondria, ma in tali casi i pazienti sono consapevoli del fatto che i disturbi non hanno una base reale e sono esagerati.

L'Ipocondria è considerata un disturbo cronico con possibilità di guarigione assai limitate. Nell'osservazione a lungo termine un quarto degli ipocondriaci ha miglioramenti molto modesti, mentre circa i due terzi hanno un decorso cronico fluttuante. La maggior parte dei bambini ipocondriaci di solito ha una remissione verso la tarda adolescenza o la prima età adulta.

Il trattamento può aiutare una percentuale significativa di pazienti. La prognosi migliora nel caso di livello culturale medio-alto, di esordio acuto, di assenza di Disturbi di Personalità e di malattie organiche.

Gli ipocondriaci tendono ad evitare il trattamento psichiatrico,

intrapreso solo dai più motivati e dotati di capacità introspettiva.

I controlli medici periodici sono utili allo scopo di rassicurare i pazienti sul fatto di non essere trascurati e che i loro disturbi sono presi sul serio. Dal momento che gli ipocondriaci si rivolgono di solito al medico generico, è lui che ha le migliori opportunità di aiutarli: per farlo deve modificare la sua idea di curare, nel senso di alleviare i sintomi, ed essere in grado di accettare e “contenere” le lamentele e le paure.

Discreti risultati si possono avere con tecniche di rilassamento e con interventi psicoterapeutici a breve termine fondati sulla rassicurazione e sulla chiarificazione del significato dei sintomi.

Esperienze

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

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

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

Prima Luce, ora solo Buio

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

- a) 3-10 anni: fase di aumento di peso e inizio della consapevolezza di essere “diverso”.
- b) 10-14 anni: fase cronica, piena adolescenza, dove ho subito torture fisiche e psicologiche dalla gente che mi stava attorno e le prime discriminazioni sociali ad ogni livello. Solitudine. Aumen-

to di peso.

c) 14-17 anni: cambiamento psicologico, regolarizzate cattive abitudini (alcool, fumo), aumento progressivo dell'aggressività e dello sconforto di vivere, emozioni di odio e compiacimento nel vedere la sofferenza altrui, perdita di un anno di scuola dovuta al mio cattivo andamento, aumento del pessimismo, inizio della perdita di autostima. Ancora aumento di peso.

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

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

E' così da quando mi ricordo di esistere

Fin da bambina, sembra assurdo, ma è così. Ricordo che mi isolavo e piangevo pensando sempre la stessa cosa: "Nessuno mi vuole bene". Ora ho 40 anni e la mia vita è sempre stata un'altalena di malesseri più o meno consapevoli.

Eppure gli altri pensano che io sia una donna forte, sempre sorridente, “così solare” mi dicono. L’unico modo che ho per stare bene è quello di non lasciarmi coinvolgere emotivamente. Ma non sempre è possibile e quando capita (nel lavoro, negli affetti, nelle relazioni familiari) e vivo anche una minima delusione, è un disastro.

Penso che farei meglio a non esserci, a non vivere, a lasciar perdere tutto. Sono stata da due psicanalisti diversi, uno che lavora in un ospedale pubblico e uno privato (da un euro al minuto) ma, incoraggiamenti a parte, non sono riusciti a indicarmi una via d’uscita.

Ho anche seguito una cura a base di farmaci, soprattutto per riuscire a dormire, che mi ha fatto stare meglio, ma quando l’ho sospesa (dopo tre mesi) è tornato tutto esattamente come prima.

Sono certa che ne uscirò, com’è accaduto altre volte, usando la ragione, facendomi guidare dal raziocinio e dal buon senso, distinguendo quello che è giusto da quello che è sbagliato.

Devo staccare il cuore, però, e vivere freddamente perché, se mi lascio travolgere dai sentimenti e dalle passioni, resto delusa, sto male e piango, non dormo, non voglio vivere. Chissà, forse ha ragione chi ha detto: “Ma gli idioti perché non soffrono di depressione?”.

Forse è così e basta, come avere i capelli biondi o il naso storto, forse la depressione non è una malattia, ma è il naso storto.

Qualche volta penso che avrei solo bisogno di non essere sola, di vivere come si faceva un tempo in comunità, tutti insieme con i nonni, i cugini, i parenti e i vicini, una vita più semplice e povera, ma forse più ricca di umanità. Nonostante tutto, io continuo a sperare...

Dall'inferno al paradiso

Per cinque anni ho affrontato innumerevoli momenti difficili: università, difficoltà economiche, incidenti stradali dei miei cari (uno dopo l'altro), perdita della mia migliore amica (non è morta, ma mi ha profondamente delusa).

Andavo avanti con i denti stretti perchè c'era l'obiettivo: laurearmi e fare un lavoro che mi gratificasse (per questo e solo per questo avevo trovato la forza di affrontare l'università). Finita la scuola trovo lavoro come receptionist... lavoro noiosissimo.

Innumerevoli colloqui: solo stage non pagati e io non potevo accettarli, mi servivano soldi. Ecco quindi l'amara scoperta. Per otto notti non ho dormito, con l'incubo di dover andare per forza a fare un lavoro che detestavo.

Allucinazioni, sensi di colpa che mi hanno condotto ad una crisi psicotica: la sensazione vivida di essere all'inferno, con urla da indemoniata. Fortunatamente per me lì c'era mio fratello che mi ha preso con la forza, gridandomi di fidarmi di lui... beh mi sono fidata e dall'inferno sono passata al paradiso. Io ci sono stata e

non c'è niente al mondo come quella sensazione di amore infinito.

Comunque... mi hanno ricoverata e dopo due settimane di psico-farmaci sono tornata alla vita. Poi altre ricadute, perché la noia mi attanagliava e non sapevo che fare nella vita. Mi sono data alla mia sola passione: la danza.

E' stata una vera terapia per me... ma se devo dirvela tutta, il passo decisivo per uscirne è stato l'accettazione profonda della malattia. Nel momento in cui l'ho assecondata, ha smesso di farmi male e ho ritrovato il gusto per le piccole cose.

Ora dirigo una scuola di danza, ho tanti amici e anche una nuova migliore amica. Sono tornata alla vita. Sono tornata all'amore. Sperate gente... se ce l'ho fatta io potete farcela anche voi. Un bacio a tutti. Vi voglio bene.

Daniele: indefinibile

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

Mi fa schifo tutto, non amo più la vita, mi sento assente (una velinea), odio le persone, sono diventato nel corso degli anni molto cattivo e inaridito, non nutro più buoni sentimenti: questo almeno è quello che penso.

In fondo all'animo però sono buono, ma il mio carattere è duro e intransigente, esco poco di casa perché le persone non mi stimo-

lano e ormai ho tutti sulle palle: non hanno idea di niente, vivono le loro vite insulse senza sapere cosa sia la sofferenza.

Questo é il mio problema: soffro e non so perché, vado dai dottori, prendo medicinali, ma la cosa che più conta in questo momento é che la vita mi fa schifo. Agli altri tanto e a me merda da tirare giù tutti i giorni, agli altri la normalità e a me la sofferenza. Sicuramente é la depressione che mi ha reso così.

Non posso dire di aver avuto attacchi di panico, ma l'umore é già da tempo sotto i tacchi e qualsiasi cosa faccia mi sento vinto dalla vita e impossibilitato a poterne godere. Le cose belle ci sono, ma se non le puoi vivere che senso ha la vita?

Comunque bisogna cercar di reagire, ma come? Non so se mi capite, ma il male più grande é l'impotenza. Nella vita o ci sei, e allora tutto é comunque ok o non ci sei e allora sono cavoli amari. Carenza di amore: oltre al danno anche la beffa. Saluti a tutti

La vita ricomincia

Ho 40 anni e nella mia vita ho sempre dovuto lottare. Mio padre, anziano e alcolista, non mi ha dato sicurezza né aiutato in nessun senso, anzi, all' età di 16 anni, a causa di un suo incidente stradale, oltre a studiare ho dovuto anche occuparmi della sua piccola azienda agricola.

Nonostante la mia insicurezza, sono stato il miglior diplomato

della scuola e i miei datori di lavoro mi hanno sempre apprezzato per l'efficienza e la capacità di risolvere i problemi.

Nei rapporti interpersonali, forse a causa del mio carattere introverso ed un poco timido, ho sempre sofferto, ma mascheravo la mia insicurezza con l'attivismo e l'essere sempre in movimento. Nel 1992 in tre mesi ho praticamente perso entrambi i genitori, ma non mi sono abbattuto ed ho reagito.

Ho sempre lavorato e nel poco tempo libero mi occupavo della piccola azienda agricola. Nonostante le difficoltà iniziali, sono riuscito a costruirmi una casa ed a raggiungere, a prezzo di enormi sacrifici, una piccola sicurezza economica.

Quest'anno, in primavera, anche a causa di lavori impegnativi e forse per essere sempre di corsa, sono cominciate le crisi d'an-
sia. All'inizio di giugno sono crollato moralmente e fisicamente e sono entrato in depressione.

Mi sentivo inadeguato, l'autostima era sotto i tacchi, non avevo voglia di mangiare né di fare niente e la testa si perdeva in brutti pensieri. Mi sono subito rivolto ad uno specialista che mi ha aiutato, anche con farmaci, a uscire da quel momento negativo.

Mia moglie, i miei suoceri ed i pochi amici che hanno compreso il mio problema mi stanno aiutando. Adesso, dopo due mesi, ho ripreso a lavorare, so di non essere completamente uscito dalla depressione e certe giornate sono veramente dure, però sto impa-

rando ad accettarmi per quello che sono ed a considerare che nella mia vita ho anche fatto qualcosa di buono.

Delle volte, anzi, penso che la depressione mi ha fatto capire che bisogna vivere la vita senza sensi di colpa e senza eccessivamente logorarsi. A tutte le persone che si trovano in questa situazione dico: possiamo uscirne, noi siamo diversi dagli altri perché siamo più sensibili, ma questa esperienza negativa ci renderà più forti.

Dipendenza affettiva

Me ne sono resa conto da poco, da quando ho chiesto pubblicamente aiuto, ma in fondo sapevo che il mio modo di amare non era giusto e che più amavo più soffrivo. Sono anche arrivata a pensare di farla finita: non volevo che la mia vita continuasse con quella sofferenza.

Poi mi sono fermata. Ho rivissuto gli ultimi anni in un lampo e mi sono vergognata di me e di quello che avevo fatto. Lo conobbi per caso, dopo sette anni felici di matrimonio ed una figlia, ed entrò nella mia vita. Ero lusingata che un uomo così brillante, pieno di impegni, mi guardasse.

Ero sovrappeso, mi vestivo da maschiaccio, eppure avevo intuito che gli interessavo. Gli bastarono poche parole ed in soli sei mesi persi 15 kg (non mangiavo più) e cambiai look. Ascoltavo e seguivo ogni sua parola e poco per volta mi innamorai.

Ma per lui una relazione extraconiugale con me non andava bene (anche se ne aveva avute altre). Ogni volta che avevamo rapporti intimi, il giorno dopo mi accusava di essere io a spingerlo a tradire sua moglie.

E così sono passati gli anni, io sempre al suo fianco al lavoro, sostenendolo, supportandolo, sacrificando la mia vita e carriera per la sua, sperando che un giorno potesse cambiare e riuscire a non sentirsi e a non farmi sentire in colpa per questo sentimento.

E' inutile aggiungere che non è cambiato, anzi ora si è anche allontanato. Non ci vediamo da qualche tempo: mi manca immensamente, ma sono molto più forte di prima. Ora le energie le utilizzo per me, per andare avanti e non più per lui, per piacergli, per essere all'altezza di ogni situazione, per essere brillante, simpatica, amica, amante e confidente.

Ora provo rabbia nei suoi confronti. E' sempre riuscito a tenermi al guinzaglio e se provavo ad allontanarmi, riusciva a riportarmi accanto a lui.

Ne ho parlato con degli esperti, entrando molto più nel dettaglio di quanto si possa fare in poche righe, ho pianto ed ho provato compassione per me, mi hanno detto "Lei soffre di Dipendenza Affettiva": peccato però che non sono stati in grado (struttura pubblica di Milano) di prendermi in carico, così giorno dopo giorno imparo da sola e scrivo, ricordo e piango.

Se ne può uscire

Ho 44 anni di cui almeno 30 passati soffrendo di depressione. I primi disturbi li ho avvertiti intorno ai 13/14 anni, ma forse ne soffrivo in maniera latente già prima.

Ricordo che il mio medico curante, un generico, mi aveva diagnosticato “distonie neuro-vegetative” forse in mancanza di un termine migliore, ma non sapeva nè darmi una cura nè indirizzarmi ad uno specialista.

Soffrivo d’ansia, sebbene allora non lo sapessi, e le crisi sono aumentate dopo la morte di mio nonno (1979). L’anno seguente morì anche mio padre e le mie capacità di reazione, già piuttosto scarse, furono compromesse definitivamente.

Ho avuto anche la sfortuna di vivere in un ambiente non proprio amichevole (familiari compresi) dal momento che non solo nessuno mi ha aiutato, ma ero addirittura preso in giro e questo ha aumentato la mia sofferenza.

La mia vita era totalmente compromessa: non avevo una fidanzata, nè un lavoro stabile, nè una vita sociale. Gli attacchi di panico mi hanno costretto ad andare un paio di volte al pronto soccorso, ma nessuno mi ha mai detto che il mio male era curabile.

Dal 1996 al 1999 sono stato preda all’ansia, completamente assuefatto al Lexotan (90 gocce il giorno) che oramai mi autopre-

scrivevo. Nel 2000 la svolta. L'8 febbraio 2000 per l'esattezza. Nonostante la profonda sofferenza, parzialmente addormentato dalle benzodiazepine, ho trovato la forza di trasferirmi a Firenze per lavoro.

Non so spiegare bene perchè, forse l'aver cambiato città e aver conosciuto persone nuove, tra cui Deborah, a cui probabilmente devo la vita. Da quella data ho preso coscienza del male che mi affliggeva da tempo e che in pratica mi aveva letteralmente ingoiato l'esistenza e sono corso ai ripari, contattando uno psicologo.

Psicoterapia a cadenza settimanale per quasi quattro anni, oltre all'intervento di uno psichiatra per eliminare l'assuefazione al Lexotan. Ho recuperato lentamente la voglia di vivere, lo stimolo sessuale e la voglia di fare le cose che più mi piace fare.

Non mi sono mai sentito così in vita mia. Ho tenuto duro tra tante difficoltà e al 90% ne sono fuori. Mi sono aggrappato con tutte le mie forze all'opportunità di guarire perché avevo quasi immediatamente capito una cosa: se ne può uscire.

Baba: un parto difficile

Ho 34 anni e sono mamma di due bimbi meravigliosi. Dopo cinque anni di matrimonio, mio marito ed io abbiamo deciso di avere il nostro primo figlio il quale, peraltro, non si è fatto attendere. La gravidanza è stata splendida: nessun problema fisico e le attenzioni di tutti rivolte unicamente su di me e sul mio pancione! Fantastico!

Finalmente arriva il momento tanto atteso ma, contrariamente alle mie aspettative, devo sottopormi ad un parto cesareo. Ecco la prima grossa delusione seguita, immediatamente, dalla seconda: il piccolino non vuole saperne di attaccarsi al mio seno perciò sono costretta ad allattarlo artificialmente.

Il mondo sembra cadermi addosso, mi sento una mamma fallita ed il bambino che ho tanto voluto mi appare ora come una presenza ingombrante! Piango in continuazione, un senso di profonda angoscia mi accompagna durante tutte le giornate che, peraltro, mi sembrano interminabili, sono assillata dall'idea che la mia vita non sarà mai più quella di prima, che non riuscirò più ad occuparmi delle mie cose perché ora sono madre di un piccolo sconosciuto che dipende totalmente da me!

Con mio marito non riesco più a comunicare, mi sembra che lui non sia in grado di capirmi; l'unica persona che voglio accanto a me è mia madre perché so che anche lei, in passato, ha sofferto di problemi di tipo depressivo. Dietro suo consiglio mi rivolgo ad uno specialista ed inizio un percorso psicoterapeutico.

Scopro così che la cosiddetta depressione post partum colpisce circa l'80% delle donne e, devo dire, questa informazione un po' mi rincuora. Personalmente non ho avuto bisogno di prendere farmaci, ma sono riuscita con il supporto psicologico ad affrontare le difficoltà che, inizialmente, mi sembravano insormontabili.

Oggi Andrea ha quasi sei anni ed il suo fratellino due. Ogni giorno con loro e per loro imparo ad essere “mamma”, ogni giorno loro mi insegnano ad apprezzare la vita.

Ma quanto è lungo questo tunnel

Nella mia famiglia la comunicazione è distruttiva: mi sono sempre sentita diversa e quindi sola. A 17 anni ho tentato il suicidio: avevo paura dei miei professori, così la scuola andava male e a questo si aggiungevano i sensi di colpa nei confronti dei miei genitori.

Non ho mai avuto il coraggio di dire sì a qualcuno dei miei corteggiatori. Mi sentivo inferiore. A 21 anni mi è stata diagnosticata un’ulcera duodenale. Mi sono iscritta alla prima facoltà che mi è venuta in mente ed ho sbagliato. Il tempo passava ed io sprofondavo sempre di più nell’angoscia.

Attacchi di panico, autolesionismo, alcol e ospedali. Finivo al pronto soccorso una sera sì ed una no a causa dell’alcool. Ho rischiato di avvicinarmi alla droga: niente aveva più senso, non vedevo un futuro e nel presente soffrivo.

Avevo due vite: all’università ero una sbandata, a casa ero la solita dolce bambina di sempre. Nessuno si accorgeva di niente. Poi ho iniziato con il cibo, ho preso 20 chili, tra alti e bassi, perché c’erano anche periodi in cui il cibo non mi piaceva.

Un giorno, dopo l'ennesimo pronto soccorso, mi sono decisa a chiedere aiuto: avevo 29 anni. Tra psichiatri e cure mediche mi sono laureata. Ma non ho raggiunto la serenità, anzi è iniziato un altro periodo di malessere fisico e mentale.

Non riesco ad uscire dal tunnel, c'è il vuoto intorno a me. Ho paura di viaggiare, di prendere decisioni, di comunicare con la gente, per non parlare dell'insonnia: sono anni che non dormo bene. Da cinque mesi vado da una psicologa: mi dice che devo cambiare modo di pensare, che non posso cambiare gli altri, mi sorride, pensa che tutto si aggiusterà e che, in fondo, non ho poi un grande problema. E' una depressione lieve che si può curare.

Questa lieve depressione mi ha fatto perdere gli anni più belli della mia vita: ho fatto cose di cui adesso mi vergogno, ho perso amici e spesso il rispetto per me stessa, mi sento stupida e non credo di essere fuori pericolo.

Il lato comico della situazione è che la mia famiglia non sa niente, per loro rimango sempre la dolce e stupida bambina. Ho 33 anni, vivo ancora con i miei e non riesco a vincere questa guerra. Per adesso non ho intenzione di arrendermi, ma quanto durerà questa sofferenza?

Uno studente

Ho 26 anni e mi trovo in un tunnel dal quale non riesco più ad uscire. Ho sempre avuto ottimi risultati a scuola fin dai primi anni di università. Per lo studio ho rinunciato a molte cose, accanto-

nando sentimenti e svaghi.

Poi è cominciato un periodo di instabilità psicologica: la mia omosessualità repressa si è manifestata in modo dirompente e mi ha portato ad un difficile cammino di autoaccettazione fisica ed etica. Ora ho accettato la mia natura, sono contento di essere così e non ho né paura né vergogna del mio modo di vivere.

In quel periodo i miei risultati universitari sono stati meno brillanti: ora sono riuscito con fatica a portarmi ad un solo esame dalla laurea, la mia media però si è abbassata e al senso di frustrazione per i risultati ottenuti si è aggiunto il disinteresse. E inoltre ho un'ansia lacerante per il mio ultimo esame, che tento ormai da vari mesi senza riuscire a superare, ingabbiato come sono in un misto di inadeguatezza, timore e svogliatezza.

Ho perso la combattività che avevo nei primi anni di studio e la voglia di vivere la mia vita. Come se l'avessi già esaurita tutta. Negli ultimi tempi la cosa è peggiorata ulteriormente perché i miei amici si stanno tutti laureando e cominciano ad entrare nel mondo del lavoro, mentre io sono rimasto dietro a tutti. Sto cominciando a provare un malessere profondo anche solo ad uscire di casa, a stare con chi ce l'ha fatta e chi può vantare un lavoro, un praticantato o qualche altra esperienza stimolante.

Vorrei dare un taglio alle cose accantonando l'università per un periodo e trovarmi un lavoro, ma temo di deludere profondamente i miei genitori, i quali non mi hanno MAI fatto pesare niente,

sono sempre stati molto comprensivi, hanno accettato anche la mia omosessualità, ma sotto sotto sperano che questo figlio un giorno dia loro grandi soddisfazioni.

Lo spettro del fallimento è sempre più presente e sempre più vicino.

Non so che fare. Ho un ragazzo meraviglioso di cui sono innamoratissimo, ma non riesco a non pensare al fatto che la sua stima nei miei confronti possa un giorno svanire a causa dei miei fallimenti professionali.

Questa situazione mi porta a pensare di essere meno intelligente degli altri. Anche se ho studiato tanto e conosco tante cose, non è dalle nozioni che si misura l'acutezza mentale. Sono sempre sul chi va là. Se c'è un confronto, penso che gli altri abbiano ragione ed io torto.

Il mio ragazzo mi sta molto vicino e conosce i miei disagi, almeno in linea generale, ma temo che si allontani se la mia costante frustrazione dovesse continuare. La mia non è tanto paura di rimanere solo, quanto di perdere l'amore per colpa mia.

Combatteremo!

Mi chiamo Giovanna e, come tanti di voi che avete dato la vostra testimonianza in questo sito, anch'io purtroppo ho avuto a che fare con questa brutta malattia.

La mia infanzia e la mia adolescenza non sono state delle miglio-

ri, ma i primi sintomi della malattia sono apparsi con la nascita della mia bambina. Fino allora non sapevo niente della depressione. Ho fatto una cura, ma il dottore si è dimenticato di dirmi un particolare molto importante: di non lasciare le medicine anche dopo il miglioramento.

Interrompendo i farmaci dopo alcuni mesi di cura, sono ricaduta in poco tempo in un periodo ancora più buio. La mia vita è stata un'altalena di alti e bassi, però in qualche modo, grazie all'amore verso la mia famiglia e all'aiuto della cura, ho superato questo brutto periodo.

Ammetto di essere stanca della mia eccessiva sensibilità perché, all'età di trentanove anni, vorrei finalmente riuscire a trovare un poco di pace interiore. Comunque non mi arrendo e prego il Signore di darmi la forza per uscire da questo torpore e, con un poco di buona volontà, modificare in meglio la mia vita.

Un consiglio che posso dare a tanti di voi che si trovano in uno stato d'animo simile al mio è di non arrendersi mai, anche se vi sembra che la vita non valga la pena di essere vissuta. Pensate a chi sta peggio di voi: persone che devono combattere con tumori oppure altre che, a causa di incidenti, sono diventate invalide.

Spero di avervi dato un pizzico di energia per andare avanti e pensare finalmente ad un futuro migliore. Un abbraccio grandissimo a tutte le persone che soffrono, sappiate che non siete sole perché il Signore, attraverso la preghiera, vi aiuterà.

Non ne uscirò mai

Nessuno mi ha mai detto che sono depressa, l'ho capito da sola. E' iniziato tutto quattro anni fa, a 13 anni. Ero esclusa da tutti, nessuno mi capiva e durante una lezione su Pirandello sono scoppiata in lacrime. "Ognuno porta una maschera".

E' vero. Mi sono resa conto che nessuno mi accettava com'ero. Mi sono chiusa sempre più in me stessa e nessuno riusciva a capire cos'avessi. "Problemi esistenziali" li hanno definiti. Alle superiori le cose non sono cambiate e a casa andava sempre peggio.

Pian piano è nato il desiderio di farla finita. Sono una vigliacca, non ne ho mai avuto il coraggio. Col primo fidanzato le cose sembravano cambiare e ho cominciato a comprendere il valore della vita. Mi ha lasciata dopo cinque mesi, dicendomi che ero solo un'esperienza. Ci sono voluti otto mesi per dimenticarlo.

Il secondo è stato peggio. Lui mi amava davvero, ma mi ha lasciata quando s'è trasferito a 100 km da me. Sono passati sette mesi e ancora non riesco a rassegnarmi. Mi ha abbandonato anche lui, come tutti. Come se non bastasse, sono stata bocciata a scuola. Ormai non ho più fiducia in me. Due mesi fa sono scappata da scuola e ho preso il treno.

Avevo solo quattro euro. Ho fatto preoccupare tutti, ma non m'importa. Non ci sono arrivata certo da sola a questo punto. Ormai non studio più. Mi hanno convinto a parlare con lo psicologo

della scuola.

Sta cercando di convincermi che alla base di tutto c'è il rapporto inesistente con mio padre. Ho superato questo problema, non ci faccio più caso. L'altro giorno mi è tornata in mente l'idea del suicidio.

Userei dei farmaci a scuola in modo da svenire davanti a tutti e dare loro la possibilità di salvarmi. Non voglio morire! Esiste ancora un pò di speranza in me. Forse così facendo capirebbero che la cosa è più seria di quel che pensano.

Non voglio credere che l'unica soluzione sia la morte! Dio non può avermi abbandonato proprio ora che ho più bisogno di lui! Mi hanno sempre giudicata strana, addirittura pazza per ciò che ho fatto. Non m'interessa il giudizio della gente, loro non sanno cos'ho dentro. Ho provato a riprendermi, ma ogni delusione mi butta sempre più giù. Ormai non riesco più a vedere la luce. Ho bisogno di aiuto. Perchè nessuno lo capisce?!?!

Io ne sono uscita

Mi ha spaventato tantissimo, anche perchè non pensavo fosse così grave... non pensavo che ti pigliasse il cervello... che ti annullasse totalmente... che ti rendesse incapace di leggere un libro, di fare il caffè... E mi ha spaventato. Ho creduto di essere impazzita, di essere di colpo diventata inutile, incapace.

Mi domandavo se la gente se ne rendesse conto. Cercavo di spiegarlo ai miei amici. Volevo una risposta, qualcuno che mi dicesse che non ero pazza e che mi sarebbe passato. Mi chiedevo se era possibile perdere così la ragione... la capacità di fare... la voglia di vivere...

Non c'era razionalità in niente di quello che pensavo... Non avevo opinioni, pareri, idee. Il vuoto. Volevo morire perchè pensavo che così non sarei servita a niente. E ho lottato. Aggrappandomi al passato, ho cercato di comportarmi come facevo prima e di uscire e vedere gente. Anche se uscire era la cosa che più non volevo fare al mondo.

Vedere gente poi... Odiavo la gente, non riuscivo più ad interagire con nessuno... I miei stessi amici mi mettevano in imbarazzo. Non ricordavo il tipo di rapporto che avevo con loro prima di "ammalarmi". Ma l'ho fatto lo stesso... con immani sforzi di volontà e di memoria.

Perché, oltre alla totale assenza di volontà, anche la mia memoria a breve termine era morta. Un'altra cosa tremenda erano i ricordi della mia vita passata. Le cose le ricordavo, certo, ma come se non le avessi vissute io, come se non mi fossero mai appartenute.

Non provavo più sentimenti né per mamma, né per i miei fratelli, né per nessun altro. Era un incubo. Ma io me ne rendevo conto e volevo uscirne: chi sa cosa significa ridere, non può accettare di non farlo più.

Dovevo tornare normale. E non perché mi piacesse la normalità, ma perché così stavo male. E ho fatto tutto, controvoglia, ma l'ho fatto. E alla fine ci sono riuscita. Senza farmaci e senza dottori. Ora sto bene. Ed è questo che voglio dire a tutti. Se ne esce. Non disperatevi. Si guarisce e dopo tutto torna come prima.

Dopo sarà meglio di prima

Ciao. Sono Leila e anch'io ho scoperto la depressione sei mesi fa, quando avevo un ragazzo, frequentavo l'università, avevo amici e una famiglia stupenda... non me lo sarei mai aspettato. In realtà mi è stato difficile riconoscerla: ho iniziato a soffrire di inappetenza, nausea, vomito, poca concentrazione, ma soprattutto ero tanto e sempre più stanca.

Ad un certo punto ho iniziato quasi ad arrendermi e a passare tutte le mie giornate a letto a piangere. Ho consultato mille specialisti (gastroenterologo, internista...) e a fare mille esami perché pensavo che si trattasse di un male fisico, ma non era così.

Dopo due mesi ho iniziato a fare psicoterapia e a prendere antidepressivi. Dopo mille effetti indesiderati ho smesso di piangere e ho ricominciato piano piano a uscire e a tornare alla mia vita normale. Dopo tre mesi e mezzo di terapia, mi sento più sicura di me, più energica, ma continuo a sentirmi depressa perché non riesco più a concentrarmi per studiare.

Qualcuno sa se questo dipende dalla depressione? Mi sento inuti-

le perché la mia vita non va più avanti, perché tutti i progetti che avevo per il mio futuro riguardanti il lavoro e l'amore sono svaniti. L'unica cosa positiva è che ho iniziato a studiare me stessa per capire su cosa sono caduta ed è strano come una superficialona come me sia diventata così analitica.

Solo ora riesco ad apprezzare le cose più semplici, a prendermi meno sul serio e a godermi di più la vita. Ho scoperto di avere accanto degli amici stupendi che mi hanno sopportato tutto il tempo e mi hanno saputo ascoltare. Attraverso le mie confidenze siamo anche riusciti a diventare più intimi e più complici.

Mi sono accorta che tutti, in maniera più o meno visibile, più o meno grave, hanno dei piccoli grandi problemi. Ora sono loro a telefonare a me per sfogarsi e per chiedermi consigli. Vorrei dirvi di non rinchiudervi mai in voi stessi, di avere il coraggio di parlarne con le persone più care o con le persone che avete appena conosciuto.

Tutti possono darvi un consiglio e parole di conforto perché vi consideranno che ci sono passati anche loro e non vi faranno sentire soli.

Non vergognatevi mai perché non siete gli unici. Ora sono molto più sensibile e non sono falsa se vi dico che vi voglio bene e vi sono vicino perché so cosa significa... prima o poi ritorneremo come prima... anzi meglio di prima... Un bacio.

Confusione

Non so perché vi sto scrivendo e non so perché mi sta succedendo tutto ciò. Non mi è successo niente in particolare, nessun evento tragico o particolarmente negativo. Nonostante ciò, credo di avere problemi di depressione.

Ho 23 anni e mi sembra che la mia vita si stia dirigendo verso un fallimento clamoroso. Niente di ciò che mi circonda mi entusiasma più, non ho particolari legami affettivi che mi diano la voglia di vivere, non faccio una vita che mi gratifichi e, senza tanta delicatezza, dico che sono uno che perde.

Paradossalmente dall'esterno sono giudicato una persona realizzata nella vita solo perché mi sono laureato, ma non è così. Io amo la musica, sognavo di condividere questo mio amore con tante altre persone, sognavo di far diventare questa mia passione come un punto cruciale per la mia vita, ma non è stato così.

Sono solo, disperatamente solo e anche quando mi capita di passare una serata in compagnia, mi sento solo lo stesso, mi sento circondato da estranei che in nessun modo possono condividere qualcosa con me. La gente è fredda, mi fa paura e ho paura di mostrarmi così come sono, con le mie debolezze.

Troppe volte ho avuto occasione di provare sulla mia pelle quello che succede quando dai troppa fiducia alle persone, ma ora basta. Una cosa è certa: così è difficile andare avanti, ho la percezione

di essere vicino ad un punto critico. Ho paura di me stesso, non ce la faccio più a fare questa vita da automa, perché questo sono diventato: un automa travolto dalle “cose da fare”, uno che funziona, non che vive.

Sento di avere le potenzialità di poter realizzare al meglio le mie aspettative, ma vedo il tempo che mi sfugge, vedo gli altri felici ed io triste, gli altri che raggiungono i loro obiettivi ed io che sto immobile, gli altri che vincono ed io che perdo.

Vedo la mia gioventù consumarsi in una vita che non vale la pena vivere, grigia e insignificante. Non mi voglio più bene, odio me stesso e la mia esistenza vuota, ma pesantissima allo stesso tempo.

A volte spero in un cambiamento, in qualcosa che succeda e che cambi le cose, ma mi sento nel baratro e ho lo spaventoso sentore che anche la speranza in me stia gettando la spugna. Sento che la mia esistenza si è svuotata lentamente, prima delle persone, poi dell’entusiasmo, poi dell’energia ed infine della speranza. Mi capita di pensare che nonostante tutto non può finire così, non può rimanere solo la delusione di un sogno che si è sbiadito... anelo ad un lieto fine.

Prima o poi...

Ho 24 anni e non so esattamente da quanto tempo soffro di depressione: è una cosa che mi sembra di aver sempre avuto. Sto

male quasi tutta la settimana, non riesco a studiare, a realizzare nulla, sono apatica, avevo un ragazzo e, prima che mi lasciasse, la mia vita sessuale era pessima, proprio perché non mi entusiasma più nulla, neanche quello.

Ho spesso nausea e poca voglia di mangiare, è come se non sentissi i sapori, mi sono isolata sempre di più negli ultimi mesi. Non so prendere nessuna decisione, ci sono giorni talmente vuoti che mi spaventa pensare di doverne affrontare un altro il giorno dopo.

A volte, per cercare di riuscire a fare qualcosa, ho scritto dei piccoli programmi, tipo “alzarsi presto, prepararsi in fretta, andare in facoltà...” eccetera e a qualcosa è servito.

Solo che poi mettermi a studiare quando sto male è impossibile: è difficile già quando sto benino... e il circolo vizioso continua perché, nonostante i miei studi siano sempre stati ottimi, ora che mi avvicino ad un primo traguardo ho rallentato e non riesco a concludere nulla, né esami né tesi.

Affrontare la tesi, nonostante l'abbia scelta io, è per me un ostacolo che sembra insormontabile. La concentrazione non esiste, se non raramente, figuriamoci la memoria... iniziare qualsiasi cosa è troppo difficile. Passo più tempo a dedicarmi alla cura del corpo: mi sembra di occuparmi di me stessa almeno in quello.

Ci metto troppo tempo semplicemente a vestirmi perché sono incapace di decidere e mi passa la voglia d'uscire. Poi ho anche

avuto degli attacchi d'ansia, crisi di pianto improvviso, anche senza motivo, forte battito del cuore. Ho paura delle altezze, scogliere, burroni e prima non ero così... la mia solitudine è stata spesso terribile, causata anche da me in parte... insomma avrei da dirne per giorni.

Ma da qualche tempo ho parlato... ho parlato con delle amiche fidate... non possono capire bene come sto, perché chi non c'è passato non si rende conto, razionalizza... ma solo parlare fa bene e soprattutto le persone che ti vogliono bene capiscono che devono starti molto più vicine e questo aiuta ad aprire uno squarcio nella solitudine.

Ho imparato a fregarmene di più delle persone che non ti aiutano, perché il pensare come potessero valutare il mio comportamento mi faceva stare peggio. Pur sapendo di dover andare da uno specialista, non l'ho mai fatto perché costa.

Una delle mie amiche mi ha poi confidato di aver fatto un colloquio con uno psichiatra per degli attacchi d'ansia... in un'ora e mezza già aveva capito diverse cose. Ma per me il problema è il costo perché non voglio pesare troppo sui miei genitori: quando mi ha detto che forse c'era semplicemente un ticket per diverse sedute ho sperato... ora attendo di poter andare anch'io.

Vi assicuro che è come se avessi visto la luce... prima parlare, poi avere qualcuno vicino, poi sperare di uscirne... tempo fa pensavo che ne sarei uscita da sola, prima o poi. Ora però sto così male che

mi rendo conto di non potercela fare da sola e mi sembra di non poterne uscire mai: ho paura di farmi del male e a volte desidero la morte.

E' in questo stato che mi trovo ancora, ma aspetto di poter parlare con questo psichiatra e vedere un pò che mi dice e se mi aiuta, anche perché mi rendo conto che più sto male e più si accentuano tutti i problemi, di famiglia e di studio.

Per me è importante arrivare almeno alla laurea, ma così è troppo, troppo difficile. Tanto gli esami li salto comunque, quindi accetto le mie capacità diminuite, cerco di fare quello che posso senza aumentare i sensi di colpa e magari fra qualche mese starò meglio e potrò dedicarmi alla mia tesi, alla mia passione per la storia dell'arte che, per questa depressione, ho trascurato e non mi dà più soddisfazione come prima.

Ho pianto leggendo le esperienze degli altri e piango anche se leggo la mia. Spero davvero di stare meglio, perché non credo proprio di meritarmelo. Spero che tutte le altre persone che leggono o che hanno scritto e che ancora non hanno fatto nulla, parlino con qualcuno e ci sarà una speranza, almeno una speranza... Grazie.

Non so più cosa pensare

Mi chiamo Giacomo e ho 19 anni. Non so più cosa pensare. Non ho amici, non ho amiche, l'unica ragazza incontrata un giorno al

mare, come succede nei film, l'ho persa a causa dei miei genitori e dei miei zii.

Ho solo due conoscenti con cui ho passato degli squallidi e inutili sabati sera e qualche pomeriggio. Mai una festa, mai vista una discoteca, niente di niente! Mi piacciono le moto, ma i soldi, che per anni ho messo da parte per acquistarne una, li ho dovuti sprecare per un incidente in macchina in cui avevo torto, quindi niente di fatto!

Ho passato pomeriggi a studiare per prendere un quattro o al massimo un cinque, mentre i miei compagni di classe, che uscivano tutti i giorni e non studiavano mai, magicamente prendevano sempre otto e si lamentavano dicendo “che sfiga”!

Mio padre non so che diavolo abbia, ma ogni mattina bisogna pregare che non sia di cattivo umore. A mia madre quegli incapaci colleghi di lavoro stanno facendo venire l'esaurimento. Poi mi dicono: ma perché non ridi mai? Ma ancora non hai la ragazza? Oggi perché non esci con gli amici? E io vorrei gridare: ma di quali amici parli! Io non ce li ho!

Ho fatto sempre di tutto, ho cercato di aiutare molta gente, sono stato sempre gentile e credevo in un Dio buono che ama tutti! Invece non è così! Inoltre non posso fare sport perché, se tutto questo vi sembra poco, ho anche una malformazione al cuore: 12 casi nel mondo quando sono nato! La mia solita fortuna! Insomma, la mia vita fa veramente schifo.

Ho 20 anni, non ho amici né amiche, non ho mai festeggiato un mio compleanno né sono mai stato invitato a quello di qualcuno... Mi dicono che ci sono le persone che mi vogliono bene. Ma chi? Era meglio se non fossi nato.

Fin dall'infanzia...

La mia avventura con questa “malattia” è iniziata probabilmente già fin dall’infanzia, ma non voglio spingermi così lontano. Vi dico solo che ho fatto diversi anni di psicanalisi e ho avuto una vita particolarmente intensa, sebbene abbia solo 41 anni: figlio di separati dall’età di otto anni, sposato la prima volta a 23 anni, la seconda a 38.

Due figli dal primo matrimonio, che quest'estate sono andati via con la madre, tornando nella città nativa (a 500 km di distanza), a dispetto del rapporto che avevo con loro. Ma non credo sia questa la causa principale della mia malattia.

La situazione attuale è questa: nel mese di dicembre 2005 ero arrivato in uno stato di depressione tale da non riuscire più a fare nulla. Ricordo che al tempo avevo ospiti i miei genitori a casa: sia loro che mia moglie erano seriamente preoccupati.

Durante il periodo della psicoterapia (dai 23 ai 35 anni, per tutta la durata del primo matrimonio) ho fatto uso di Tavor alla dose di 3 mg il giorno. Probabilmente il medico che mi aveva in cura non riteneva che avessi bisogno di antidepressivi, anche perché il loro

uso non rientrava nel suo metodo di cura. Diciamo che il Tavor è stata quasi una mia scelta, visto che mi rendevo conto di essere particolarmente ansioso.

Per un anno circa ho interrotto le sedute con lo psicoanalista presso cui ero in cura, visto che lui, per motivi familiari, era stato costretto ad allontanarsi dalla città in cui vivevo.

Sono andato da un'altra analista, anch'essa della stessa scuola del precedente. Ad un certo punto ho deciso di smettere di prendere il Tavor (dopo ben 17 anni), in quanto mi sembrava una schiavitù: è stata una cosa alquanto difficile, ma ci sono riuscito.

Da quel momento il mio comportamento con i familiari e a lavoro è peggiorato: trovavo difficile lavorare all'interno di un ufficio perché la cosa mi provocava uno stato di oppressione. Mi sono state diagnosticate ulcere gastroduodenali, ernia iatale e gastroesofagia da reflusso.

Spesso soffrivo (e soffro tuttora) di manie di persecuzione: passo mentalmente da un “colpevole” ad un altro, probabilmente perché il mio inconscio cerca una causa esterna, una responsabilità. Ma spesso mi rendo conto che sono io stesso a peggiorare le situazioni, fino a far sì che effettivamente avvenga il contrasto.

Tornando al Natale del '95, ho deciso di andare da uno psichiatra per sottoporgli il mio caso, dopo un inutile tentativo del mio medico di famiglia di curarmi con una dose minima di Zoloft (50

mg al giorno).

Lo psichiatra mi ha indicato un cambio di terapia, prescrivendomi una dose di Efexor da 75 mg, più uno stabilizzatore dell'umore che, in realtà, non ho mai preso, dopo aver letto il foglietto illustrativo.

Fatto sta che la cura ha funzionato, solo che all'inizio dormivo pochissime ore a notte, svegliandomi spesso alle 4 o 5 di mattina, con una gran voglia di fare 1000 cose. Nel giro di quattro mesi ho ripreso un sonno più regolare, ma l'effetto antidepressivo si riduceva sempre più, fino a portarmi a decidere autonomamente di raddoppiare la dose: 150 mg di Efexor a rilascio prolungato, in unica dose la sera prima di coricarmi.

A questo punto ha fatto effetto, ma dopo soli due mesi il miglioramento è di nuovo svanito. Probabilmente senza Efexor starei molto peggio, ma la depressione, così come descritta nel Vostro sito, è ritornata, insieme alle manie di persecuzione.

Ammetto che molte volte riesco a riconoscere che sono io a deformare la realtà, ma ciò non è sufficiente a farmi stare meglio. Ho fatto anche un lungo periodo di meditazione (circa 3 anni) che talvolta era efficace, talvolta no. Poi ho smesso.

I sintomi sono: scarsa voglia di fare qualsiasi cosa, mancanza di entusiasmo, apatia, sensazione di fare una vita inutile, non riuscire a fare sogni per il futuro, voglia di chiudermi in casa e non

vedere nessuno, pensieri negativi riguardo cosa gli altri pensano di me, senso perenne di inadeguatezza, soprattutto sul lavoro, ma lessere in presenza di molte persone, difficoltà di relazione con gli altri in ogni situazione della mia vita quotidiana, tendenza a chiudermi in me e non raccontare a nessuno cosa mi passa per la testa (ma forse questo è meglio, visto i pensieri negativi che faccio).

Francamente penso che sia più un fatto biologico che psicologico vero e proprio: in famiglia ci sono stati parecchi casi di depressione, in particolare una cugina ha tentato di togliersi la vita e mia nonna si è suicidata. Penso sia presente una componente ereditaria.

Vedo altre persone deppresse in famiglia che però non si curano, perché non vogliono riconoscere il problema: io, a differenza loro, forse grazie alla terapia, probabilmente l'accetto di più, anche se con grande difficoltà. Avrei bisogno di un supporto per tarare la terapia farmacologica: mi sono stancato di vivere una vita a metà, sempre in lotta con il mio malessere. Di contro non ho intenzione di andare ancora in terapia psicologica: ne ho fatta fin troppa e oltretutto ho speso cifre esorbitanti.

Una come voi

Buongiorno a tutti! Sono una ragazza di 21 anni, studentessa universitaria con una umile e bella famiglia alle spalle. Ho subito fin da bambina numerosi interventi, l'ospedale per molto tempo è stata la mia casa e forse questo mi ha segnata.

Ho letto con molta attenzione le testimonianze presenti nel sito: c'è chi ha paura di vivere, chi non trova stimoli, chi vorrebbe staccare la spina... A me succede l'opposto. Ho il terrore di morire o che muoia un componente della mia famiglia.

Terrore che non mi fa dormire, che non mi fa vivere come tutti i ventenni che conosco, che a volte non mi fa uscire, oltre a causarmi una fame compulsiva, attacchi di panico, cambiamenti di umore repentini. Ho vissuto una strana infanzia e per tutti ero una bambina prodigo: affrontavo temi assurdi per la mia età con argomentazioni fuori dal comune.

Ero grande a 10 anni, grande veramente... sono regredita poi. Troppe morti pesanti nella mia famiglia e io non voglio crescere più.

Mi hanno lasciato sola, io che ho sempre creduto fortemente in alcuni principi e valori, che pongo la coerenza prima di tutto e che ho rispetto di tutti!

Avevo tanti amici, tanti spasimanti, tante conoscenze... e adesso sono sola... il telefono non squilla più da tempo e questo mi terrorizza più che non uscire di casa. Tutti prendono la vita con leggerezza. Forse hanno trovato la chiave del successo? Vivono meglio così... almeno vivono. Io però non sono programmata in questo modo.

Sono destinata a soffrire per le minime sciocchezze, a far credere

d'essere una persona fredda a mentire continuamente... ma nemmeno così funziona. Vedo la mia vita tutta da rifare: vorrei essere meno scontrosa, intraprendere studi che mi piacciono, buttarmi nel mondo della musica come desideravo.

Mi colpevolizzo continuamente... Non si può vivere così: piangere, piangere, piangere. Non voler conoscere le persone perché “tanto sono tutti uguali”. Vi rendete conto di quanto è triste tutto ciò? Com’è brutto essere buoni d’animo a questo mondo... siamo forse i martiri spirituali del nuovo millennio!

Mi sento una nullità

Sono una ragazza di 24 anni, quasi 25. Mi rendo conto di essere di bell’aspetto, acculturata, laureata in economia, con amici e vita sociale... questo è quello che sembra dal fuori. Non sono una sfogata... così sembra! Peccato che dentro mi senta una nullità.

In questo momento mi trovo in Spagna per un semestre di studi. Un modo per “trovare me stessa”, dicevo... ma vedo che le cose non migliorano e io continuo a sentirmi male come quando stavo a Torino, se non peggio, perché qui sono sola e senza i miei adorati genitori.

La mia inadeguatezza alla vita mi si presenta ogni giorno da qualche anno a questa parte. Non riesco ad aver relazioni con l’altro sesso, mi sento sempre o troppo superiore o troppo inferiore. E se, nel primo caso, agisco da superba, nel secondo tracio le re-

lazioni per paura che la persona in questione capisca che in realtà sono una buona a nulla.

Questa sera volevo uscire, ma mi ritrovo sola. Uscirò comunque, penso, ma alla fine so che mi rinchiuderò in me con le cuffie e guarderò il mondo con il sottofondo della mia musica preferita. I miei amici (che non so nemmeno se lo siano... o meglio: esiste l'amicizia???) sono sempre: originali , alternativi, belli, di successo.

Loro hanno fidanzate/i a loro volta originali alternativi, belle/i e di successo ed io sono sempre la solita single in cerca del principe azzurro che mai arriverà... la solita scorbutica a tratti dolce... sì insomma dipende dall'umore... dipende. A volte vedo che mi trattano con sufficienza... chissà che pensano di me, ammesso che mi pensino!

Il problema è che non so chi sono o meglio quella che sono non mi piace affatto e non so come migliorarmi. Dovrei accettarmi, ma non riesco assolutamente. Non so... (frase che ripeto troppo spesso). La maggior parte delle volte mi sento una aliena e il mondo degli uomini mi fa schifo.

La crudeltà e la cattiveria del genere umano mi fa ribrezzo e paura... eppure alla fine mi rendo conto che ne faccio parte e questo è il punto peggiore. Amo i miei cani, ma non riesco ad occuparmi di loro pienamente. Vorrei, ma non riesco... mi sento immobile mentre tutto scorre. Ho paura di risvegliarmi a 40 anni sola e sen-

za figli.

Penso spesso al suicidio, ma la cosa che mi frena è la sofferenza che provocherei ai miei genitori... solo questo. Ho letto le testimonianze del forum ed ho voluto sfogarmi un po'. Penso di essere una persona depressa che vuole farcela da sola, ma che allo stesso tempo non crede di potercela fare.

Cinzia

Salve, mi chiamo Cinzia, ho 22 anni e fino ad oggi non volevo assolutamente credere di soffrire di depressione. Poi il mio ragazzo, stanco dei continui problemi determinati dal mio stato d'animo, si è messo a cercare in internet e mi ha mostrato che i sintomi della depressione sono proprio quelli di cui soffro: calo d'appetito e conseguente calo di peso, stanchezza generale e sensazione d'impotenza nel prendere decisioni o compiere le azioni più banali, panti continui per cause apparentemente futili e insonnia, alternata a sonnolenza.

Credo che tutto sia iniziato quasi un anno fa, quando mi sono resa conto di aver sbagliato nella scelta dell'indirizzo di studi universitari. Di lì in poi un peggioramento continuo, con alcuni sprazzi di allegria e giornate tranquille...

Io non ho mai pensato si potesse trattare di depressione e, in particolare, ho sempre considerato (scusate il termine) "da sfigati" credersi depressi, non apprezzare più ciò che può dare ogni singola

giornata, anche la più negativa.

Mi sono sempre ritenuta una ragazza attiva, praticavo molto sport, ottimi risultati scolastici e sportivi, senza parlare dell'amore per i viaggi “on the road” e quella che gli altri chiamavano la mia voglia di “mordere la vita”. Ora mi accorgo che di queste cose in me è rimasto ben poco, ho praticamente abbandonato il mio sport, sono rimasta indietro con gli esami all'università, non esco quasi più di casa e le giornate sembrano scorrere incessanti.

Innanzitutto mi voglio scusare per questo mio sfogo. Ho visto sul sito il numero di telefono a cui rivolgersi, ma mi risulta davvero troppo imbarazzante, nonché umiliante, parlare con una persona sconosciuta di queste cose, perciò ho optato per una più comoda e-mail. In secondo luogo desidero avere consigli su cosa fare ed eventualmente a chi rivolgermi. Sono oramai mesi che provo ogni giorno a dire a me stessa “da oggi si cambia”, ma poi finisco solamente con il colpevolizzarmi maggiormente se non ci riesco.

Ho una brutta depressione

Ho una brutta depressione, ma non so come e quando sia iniziata. Non l'ho riconosciuta, non sapevo cosa mi stesse succedendo. Nessuno si è accorto che stavo male. Ho continuato a fare tutto come prima, almeno in apparenza: il giudice, l'avvocato, la figlia, la sorella, la zia, ma non ero capace di fare più niente.

Piangevo quando nessuno mi vedeva, non avevo più pazienza,

più capacità di decidere, più interessi, più voglia di lavorare, di andare in vacanza. Alzarsi la mattina era una fatica immane. La cosa peggiore era che non riuscivo a guardare in faccia nessuno e, se davo la mano a qualcuno, mi giravo dall'altra parte.

Non uscivo più: finito di lavorare, di pensare alla famiglia, andavo a letto. Volevo morire e stavo meditando il suicidio: guardavo una diga artificiale con un misto di paura e di desiderio: mi attrrava più di qualsiasi altra cosa. Un giorno mia nipote mi ha detto: “Mi dicono che sono depressa, ma io non lo sono”. Ho risposto: “ Io sono depressa”.

Non me ne ero mai accorta, la consapevolezza è apparsa all'improvviso, le ho dato forma con tre parole. Ho cominciato a informarmi, ho cercato siti sulla depressione, ho fatto test. La risposta di tutti i test era: “Hai bisogno di uno specialista”, ma ancora non trovavo il coraggio.

Alla fine ho chiesto ad un amico il numero del cellulare di suo fratello psichiatra. Ho aspettato ancora qualche giorno. Poi, non so come, forse ero più disperata del solito, ho telefonato. Non so che cosa gli ho detto, ma mi ha dato un appuntamento due giorni dopo.

Mi sono così trovata nella sala d'attesa ad aspettare, con una gran voglia di scappare, con l'impressione di non aver niente da dire, con il terrore. Ma non sono fuggita. Quando mi è venuto incontro io gli ho detto: “Non so più che sono venuta a fare, non so cosa

devo dirle”, lui mi ha messo un braccio intorno alle spalle e mi ha accompagnato dentro il suo studio. Era aprile del 2005.

Dopo un anno e mezzo sono rinata. Mi è costato fatica, ho avuto ricadute, periodi di crisi, giornate in cui ero insopportabile. Ho perso rapporti con persone che non hanno accettato che fossi cambiata, che pensassi a me stessa prima che agli altri. Sono sopravvissuti solo i rapporti più sinceri. Tutto si paga, anche la guarigione.

Michele: aiuto

Ho 41 anni, sono sposato e ho un figlio di sette. Sto male! Sono sempre stato una persona ansiosa. Secondo il mio medico somatizzo tutto e quindi ho un colon che dire irritato è poco. Da un po' di tempo la mia ansia è peggiorata. Non riesco a fare nulla.

Ho un continuo senso di nodo alla gola, da quando mi sveglio a quando mi riaddormento. La nausea è terribile. Sono diventato molto sensibile. Mi arrabbio immediatamente per qualsiasi cosa non vada bene, ma mi commuovo per qualsiasi sciocchezza.

Mi viene da piangere solo se guardo mio figlio o se mia moglie mi abbraccia. Ho paura che mio figlio possa avere il mio carattere e stare male come sto male io. Non so mai cosa fare, sono eternamente indeciso. Il mio medico mi ha detto che devo avere fiducia in me e in lui. Mi ha dato una cura a base di Xanax per un mese e mezzo, ma la situazione non è cambiata. Non trovo il coraggio di

andare a parlare con qualcuno. Aggiungiamo poi la mia ipocondria e il quadro è completo.

Alla vita non chiedo di più di quello che ho: vorrei solo potermelo godere. Sono disperato. Ho paura ad uscire, ho l'incubo di stare male. L'ansia mi chiude la bocca dello stomaco e non riesco ad interagire con gli altri. Il lavoro, che è sempre stata la mia grande passione, non mi da più soddisfazione.

Starei nel letto a dormire da mattina a sera. Le intenzioni di fare delle cose ci sono, ma poi, quando si tratta di agire, non riesco e c'è sempre qualcosa che me lo impedisce. Aiutatemi, ditemi qualcosa voi che leggete. Datemi un buon motivo di avere fiducia, ne ho bisogno.

Ho il terrore di morire, non devo pensare che la vita non dura per sempre perchè altrimenti arriva il panico. Ho il terrore che accada qualcosa a mio figlio o a mia moglie. Loro hanno bisogno di me e non mi deve accadere nulla. Sono terrorizzato. Spero di essere stato chiaro e avere raccontato al meglio quello che mi passa per la testa 24 ore al giorno.

Dove è finita la mia energia?

Sono tristissima! Dopo tre anni sono ricaduta nel male oscuro. Ho paura! Ho perso mio marito nove anni fa e non riesco a capire come ho fatto a viverli tra alti e bassi. Ho avuto tre crisi depressive e sono alla ricerca di un po' della mia energia tanto invidiata

dagli amici. Sono in terapia antidepressiva con Elopram e poche gocce di Xanax al bisogno.

Non so dove battere la testa. Devo continuamente fingere per evitare che attorno a me il mio stato d'animo sia evidente. Vorrei stare sola, cerco palliativi di tutti i generi per avere una motivazione di risalita. Vorrei ridere, vorrei apprezzare la vita che mi circonda, ma non riesco.

L'amavo, sorridevo quando vedeva due uccellini che cinguettavano, i raggi del sole tra le foglie degli alberi. Amavo aiutare le persone con il volontariato, contenta di dare quel pò di amore che riusciva a strappare un sorriso, e ora?

Vorrei morire, ma non posso permettermelo. Ho impegni molto importanti nella mia vita che devo continuare a portare avanti. Impegni con adozioni a distanza, con mia figlia, meravigliosa, con l'Associazione di cui sono fondatrice.

Come posso tradire le persone che mi amano? Non basta la volontà: io ne avevo molta. Chi può darmi quell'input che farà ripartire la mia energia? Aiutatemi a capire, per favore, aiutatemi ad uscire da questo tunnel. Grazie.

Ho scoperto di essere debole

Mi consideravo una persona forte, razionale, sopravvissuto a situazioni difficili che avrebbero dovuto rendermi indistruttibile

ed invece ho scoperto di essere debole, di provare sensi di colpa immotivati, di essere arrivato ad una situazione assurda tanto da desiderare la morte.

E' più facile aver paura di vivere che di morire, ogni mattina aprire gli occhi è una violenza, un altro giorno davanti e nessuna voglia di riempirlo e, per quanto ti sforzi, non trovi nessuna ragione per cui valga la pena continuare a lottare e andare avanti. Questo è il male oscuro, è la non voglia di vivere.

Cosa sia il male oscuro lo sa solo chi lo prova: chi lo studia e tenta di curarlo spesso ha come arma solo la chimica, ma se fossimo fatti esclusivamente di questa non esisterebbe il senso di colpa. Questa tragica esperienza è per me iniziata l'8 marzo del 2008 e la sto ancora curando nella paura che possa ripresentarsi.

Quando c'era la depressione ero incapace di provare emozioni piacevoli, ero perennemente triste, scoraggiato, senza speranza, non avevo più interessi per ciò che mi circondava, avevo continuamente voglia di dormire, ero senza energia fisica, avevo difficoltà a pensare, a concentrarmi e a prendere decisioni.

Per tutto questo ed altro ancora avevo sviluppato progressivamente la convinzione di non valere, di essere incapace e inadeguato, e provavo sentimenti di colpa nei confronti dei miei figli e di mia moglie, non volevo farli soffrire ed era nata in me la tentazione e la convinzione di farla finita.

Si tende a credere che la depressione sia causata dall'agiatezza della vita moderna, ma non è così, è sempre esistita, una volta si chiamava "malinconia", a soffrirne sono i poveri ed i ricchi, ma pochi hanno il coraggio di farsi curare, chiedere aiuto, capire cosa sta succedendo.

Oggi è considerato il male del secolo, è la manna di psicologi e psichiatri, non viene presa sul serio da molti, viene etichettata come la malattia dei pessimisti che si crogiolano in un dolore a cui talvolta paiono perfino affezionati. Ma come tutte le cose nella vita, anche la depressione serve come esperienza.

Ho imparato che quando sono triste, quando mi sento inutile, quando mi girano strane idee per la testa guardo i miei figli, guardo la donna che mi sta accanto da trentacinque anni e mi sento la persona più importante del mondo.

Ho imparato che il miracolo della vita che si ripete ogni giorno mi riempie il cuore e mi ripaga di tutto. Ho imparato che a volte ad una persona serve solo una mano da tenere e un cuore che capisce.

Ho imparato che sono le piccole cose nella vita che la rendono così bella. Ho imparato che sotto la corazza c'è sempre qualcuno che vuole essere amato e apprezzato. Ho imparato che quando serbi rancore e amarezza, la felicità va da un'altra parte. Ho imparato che non posso scegliere come sentirmi, ma posso sempre farci qualcosa. Ho imparato che la vita è dura... ma io di più!!!

Mi sento solo ed inutile

Ho trentotto anni e sono un geometra libero professionista, anche se praticamente lavoro in uno studio tecnico come fossi un dipendente. Quando qualcuno mi chiede come è la mia vita, io rispondo che “va tutto bene”, mentre dentro di me so che la mia vita fa schifo, che è una merda.

Poi mi vergogno di quello che penso quando vedo persone che stanno male o che sono condannate da malattie incurabili. E’ da tanto che penso alla parola depressione, ma non ho mai voluto approfondire perché mi fa paura il suo significato. Vorrei cercare di esprimere il mio stato d’animo, ma non so se riuscirò a farlo.

Fondamentalmente mi sento solo ed inutile. Vivo con i miei genitori, padre di sessantanove anni e madre di sessantadue. Nel lavoro va molto male: continue arrabbiature, senso di sfruttamento, mal retribuito, attacchi d’ira sempre più frequenti, insofferenza verso i tre colleghi, che di fatto sono i titolari dello studio (non ci sono altri dipendenti).

Non ricordo le cose perché faccio confusione, non ricordo quello che ho fatto il giorno prima, sono stanco e spossato. La sera non riesco ad uscire per la stanchezza e la poca voglia. A casa cerco di far vedere che sono “vivo” per non preoccupare i miei genitori e aiuto a fare qualche faccenda domestica al solo scopo di guadagnarmi il diritto di andare nel letto a riposare.

Un anno fa ho cercato di andare ad abitare da solo in un appartamento preso in prestito da un amico, ho iniziato a dormire nella nuova casa durante i fine settimana, ma mia madre, in occasione di un diverbio per futili motivi, mi ha detto, piangendo, che lei era costretta a rimanere a casa con mio padre, che è un vero rompicotte, pesante ed insopportabile.

Ho capito che lei si sentiva in trappola ed ho, quindi, deciso di rimanere ancora a casa dei miei genitori: ora sono io a sentirmi in trappola. Mi sono appena lasciato con una ragazza poco più grande di me con la quale ho capito di non voler stare e la stessa cosa è successa con le altre due precedenti... non so se perché non mi piacevano fisicamente o perché mi rompevano le scatole o perché pretendevano sempre di più in tutto... ma credo di non essermi mai innamorato.

Ho realizzato un progetto molto importante che avrebbe dovuto permettermi di andarmene dallo studio dove attualmente lavoro: mi è costato tre anni di lavoro e molte spese, avrebbe dovuto essere approvato nel settembre dell'anno scorso, ma si è arenato per problematiche "anomale" e molto poco chiare, una vera ingiustizia!

Ho presentato un ricorso al TAR ed un esposto alla Guardia di Finanza per presunto illecito penale nei miei confronti, ma tutto procede molto a rilento e non so quando avrò una risposta. Intanto la mia vita è una monotona routine: mi alzo, mi lavo, faccio colazione, mi vesto anche se non mi va, vado al lavoro anche se non

mi va, ritorno per pranzo, ritorno al lavoro anche se non mi va, rientro per cena, mi stendo a letto e accendo la televisione.

Quando decido di dormire spengo la televisione, accendo la radio perché mi piace addormentarmi sentendo una voce che parla e faccio la solita fantasia: vivo in una casa in alta montagna, con tante provviste che mi permettono di starmene solo per diversi mesi senza dover andare in paese, passando le giornate a sistemare i prati e il bosco vicino casa, dare da mangiare agli animali selvatici durante l'inverno, portare loro il fieno nelle mangiatoie in mezzo al bosco e fare il servizio di soccorso agli escursionisti in difficoltà.

Penso che a trentotto anni non ho fatto niente di buono, mi sento di schifo e mi viene da piangere per l'incapacità di vedere una via d'uscita a tutto questo. Spero che prima o poi le cose migliorino... ma vedo che non è così... vedo che il mondo va avanti senza di me ed io sono imprigionato nei miei pensieri, dolori ed egoismi.

Se quello che ho scritto fosse una poesia, sarebbe eccezionale dato che le poesie vanno scritte di getto senza pensare, invece quello che ho scritto è una confusa spiegazione di quello che sento io.

Cosa devo fare?

Da quando è morto il fratello del mio ragazzo mi sono legata a lui in modo ancora più morboso. Quando l'ho conosciuto avevo da

poco concluso una relazione con una persona poco sensibile che mi usava e che tutte le sere tendeva a bere troppo.

Il mio attuale ragazzo mi ha aiutato, ho apprezzato il ritorno nel mio piccolo paese, lontana da un mondo di universitari ubriaconi e sono tornata alla vita. Ora non so cosa mi stia succedendo, mi sembra di tornare indietro, ai tempi neri dell'università: non ho voglia di alzarmi dal letto, desidero morire, non riesco ad apprezzare la vita.

Esco con il mio ragazzo ogni fine settimana e sono abbastanza serena quando stiamo con i suoi amici, ma durante gli altri giorni resto sempre in casa a studiare e penso con angoscia al mio incerto futuro, sicura di non riuscire a trovare un lavoro.

Ho scarsa fiducia nelle mie capacità e ritengo un fallimento la mia laurea triennale conseguita con la votazione di centosette. Ormai ogni giorno mi sentirmi spassata e mi viene sempre da piangere, anche se mi trattengo perché a casa c'è sempre mia madre.

E' una donna irascibile, cui non dico nulla perché ritorcerebbe contro di me le informazioni di cui viene in possesso, nel tentativo di controllare pienamente la mia pur noiosa vita: ho paura di diventare come lei, sospettosa e opprimente.

Mi vergogno a dirlo, ma quando ho attacchi di forte nervosismo mi prendo a morsi, mi graffio, mi strappo i capelli per evitare di rovesciare sul mio ragazzo i miei sentimenti in odio. Spesso vorrei dirgli qualcosa per ferirlo, che lo voglio lasciare, anche se ne

morirei.

Eppure non mi ha fatto niente, è solo un pò distratto, un pò perso, mi guarda e sembra non vedermi, anche se in questo periodo, dopo la morte del fratello, ne ha tutte le ragioni. Cosa devo fare?

Come posso aiutarla?

Quattro anni or sono ho incontrato una gran bella persona, un donna separata, bella dentro, abbiamo iniziato a parlarci ed a vederci sempre più spesso ed è nata una relazione intensa. Lei vedeva il mondo in modo negativo, era gelosa, dubitava sempre di tutto e di tutti, a volte cadeva in strane forme di apatia, non aveva una vita sociale ed anzi non aveva neppure amiche del cuore.

Come si dice, l'amore è cieco e di quello che “ci stava dietro” non me ne sono proprio preoccupato, anzi ero stupidamente convinto di poterla aiutare ad uscire da quello strano mondo che non riuscivo a comprendere. Ora ho capito che è depressa, anche se non vuole assolutamente ammetterlo, non so più che fare ed a volte temo ho paura di essere trascinato in un gorgo senza via d'uscita.

Quando cade in questa depressione, mi accusa di cose assurde, ma io le voglio bene e stranamente alla fine riesco a perdonare anche l'imperdonabile, non voglio lasciarla sola, ma sinceramente non so più che fare, come prenderla, non riesco più ad avere una vita di alti e bassi, cerco qualcuno che possa veramente indicarmi una strada per capire cosa sia giusto e cosa non sia giusto fare,

come parlarle, come cosa consigliarle.

Ho paura di non tornare più come prima

Ho trent'anni e la mia storia inizia dieci anni addietro, quando sono rimasta incinta di mia figlia. Subito dopo il parto ho avuto fortissimi attacchi di panico e non riuscivo nemmeno ad occuparmi della bambina. Sono andata da uno psichiatra che ha fatto diagnosi Depressione post partum e mi ha prescritto Sereupin e Frontal gocce.

Dopo un paio di mesi di cura i sintomi sono scomparsi ed ho ripreso la vita di sempre. Per motivi di lavoro ho dovuto spostarmi con marito e figlia da Napoli ad Ancona, grazie alla cura mi sentivo in forma, in grado di occuparmi di mia figlia senza l'aiuto della mia famiglia, insomma ero rinata.

Dopo due anni ho deciso di sospendere gradualmente il Sereupin, ma dopo circa un mese sono ricomparsi gli attacchi di panico assieme a vertigini, nausea, rigidità muscolare, disturbi visivi. Sono tornata dallo psichiatra di Napoli che mi ha fatto riprendere le stesse medicine della prima volta, assieme a quindici punture di Samyr, ma io stavo sempre peggio, non riuscivo a camminare e trascorrevo le giornate nel letto. Dopo due mesi ho sostituito il Sereupin con il Cipralex, ma anche questa volta senza nessun miglioramento.

Allora lo psichiatra mi ha consigliato di fare una serie di esami

(analisi del sangue, risonanza magnetica cerebrale, ecodoppler vasi epiaortici, esame audiovestibolare, analisi della tiroide), i cui esiti sono risultati tutti nella norma, ed ha nuovamente cambiato la cura sostituendo il Cipralex con lo Xeristar.

Dopo tre mesi comincio ha sentirmi meglio, anche se ho qualche vertigine e sento spesso il collo rigido, ma sono scoraggiata perché, sospendendo il Sereupin la prima volta, ho paura di aver rotto un equilibrio conquistato con tanti anni di cura e di non riuscire più a tornare come prima.

E' la terza volta

Ho trentacinque anni e per la terza volta mi è stato prescritto un antidepressivo: questa volta lo Zoloft, ben 200 mg!!! In passato ho fatto psicoterapia, dieci anni! Ora non ne voglio più sentir parlare, anche se devo ammettere che mi è servita... ma oltre un certo limite non si può andare e credo che adesso solo i farmaci possano aiutarmi.

Prova ne è che nonostante tre diversi psicoterapeuti e tante riflessioni a partire da Adamo ed Eva, ci sono ricaduta peggio di prima e proprio subito dopo il mio matrimonio. Mi è di conforto aver trovato questo sito perché mi riconosco nei sintomi raccontati da molti di voi: paura di non farcela, senso d'incapacità e inutilità, sensazione di trovarmi in un mondo parallelo rispetto a quello degli altri normali.

Mi sono sposata da sei mesi con un ragazzo meraviglioso e fino ad un mese addietro avevo continui pensieri negativi incontrollabili, la convinzione di avere sbagliato a sposarmi, l'ansia di non riuscire ad avere una vita normale, pensieri ripetitivi di fallimento e inadeguatezza... adesso mi sto pian piano convincendo che questi pensieri siano conseguenti alla depressione ed in questo il confronto con gli altri è davvero utile!

Nonostante non sia la prima volta che sto male, faccio fatica a rassegnarmi all'idea di avere questo disturbo, ma nello stesso tempo è anche consolante sapere che i pensieri negativi che affollano la mia mente non sono reali, ma conseguenti alla malattia.

Voi come fate a gestire la situazione con i vostri compagni/e? Non è facile vivere accanto ad un depresso! E poi vorrei provare ad avere un bimbo, ma c'è il problema del farmaco. E dopo? L'eventuale gravidanza e il post partum peggioreranno le cose? Qualcuno ha suggerimenti? Grazie

Posso ottenere di più dalle medicine?

Ho trent'anni e il primo episodio di depressione l'ho avuto a diciannove, alla vigilia del primo esame universitario. Mi sono reso conto che improvvisamente, da un giorno all'altro, tutto quello che studiavo scivolava via dalla memoria e non rimaneva nulla, neanche una virgola, anche se erano concetti che avevo capito e pensavo di avere già memorizzato.

Allarmato, ho iniziato ad entrare nel panico e nella disperazione, ho iniziato a perdere progressivamente fiducia in me stesso ed a avere crisi d'ansia. Non ho mai avuto un livello alto di fiducia in me stesso e sapevo di avere una sensibilità a volte eccessiva, ma quell'esperienza non sapevo cosa fosse.

Ho perso completamente l'appetito, sono dimagrito a vista d'occhio, il sonno si è ridotto a qualche ora per notte, talvolta la sera stavo un po' meglio. Ero disperato, nel primo mese non riuscivo neanche a sollevarmi dal letto per andare in bagno e sentivo che dentro di me il debole impulso a reagire era costantemente calpestato da una sensazione violenta, una specie di cancro interiore.

Il pensiero del suicidio come unica soluzione possibile ha cominciato a presentarsi in modo sempre più insistente, anche se non ho mai avuto la forza di metterlo in pratica. Mi hanno diagnosticato una depressione maggiore, ho iniziato una cura con Efexor da 150.

Dal 2008 faccio psicoterapia e da un anno sono passato a Wellbutrin 150 durante il giorno e Trittico 50 la sera. Mi sono concentrato molto sugli aspetti psicologici della malattia ed ho scoperto di avere un problema di rapporto con l'autorità.

Sia lo psichiatra che mi ha in cura sia lo psicoterapeuta ritengono che la terapia farmacologica che sto facendo sia quella giusta per me. Io mi sto sforzando di pensare che sia così, ma mi sento ancora fortemente condizionato e ostacolato da moti interni ingestibili e questo mi fa chiedere: devo dare ragione loro o devo pensare di

poter ottenere di più dalle medicine?

Da un anno non sono più felice

L'anno scorso, quando la mia ragazza mi ha lasciato dopo quattro anni di fidanzamento, ho trascorso un mese tremendo: passavo quasi tutta la giornata da mia sorella maggiore, le giornate sembravano interminabili e mi addormentavo solo guardando i Simpson al computer.

Dopo questo brutto periodo sono riuscito a farmi forza e affrontare il resto dell'anno decentemente, anche se soffrivo di un disturbo da attacchi di panico. Dopo circa sei mesi mi sono rimesso insieme a questa ragazza, la amo tantissimo e anche lei sembra mi ami, ma il mio umore non è più tornato ad essere quello di prima e ogni tanto la assillo con i miei racconti e le mie angosce.

Lei ha alcuni problemi di ansia per cui, anche se si mostra disponibile ad aiutarmi, delle volte "sbotta": l'ultima volta è stato cinque giorni addietro ed io da quattro sono tornato al periodo bruttissimo dell'anno scorso.

Penso non si tratti di una semplice tristezza, ma di una vera e propria depressione: questi quattro giorni sono stati i più lunghi degli ultimi anni, già al risveglio sono tristissimo e verso l'ora di pranzo vedo tutto nero, ho paura d'impazzire e di non uscirne più fuori, sono molto stanco e mi chiedo come riuscirò ad affrontare un'intera vita fatta di problemi, difficoltà, lutti ed abbandoni. Da

un anno vado da uno psicologo, ma questa volta temo di avere bisogno di un “aiutino” farmacologico.

Non so più che fare

Non so più che fare ed ho bisogno di raccontare a qualcuno come mi sento. Ho quasi quarantacinque anni e tutto quello che desideravo era avere una famiglia. Ho sposato l'uomo sbagliato, per anni mi sono aggrappata al mio desiderio di famiglia così tanto da non vedere quanto male stava facendo a me e ai miei figli.

Per quasi venticinque anni mi ha mentito, tradito, imbrogliato e lasciato in una situazione economica disastrosa, fino a quando nove mesi fa, dopo l'ennesimo imbroglio, messo alle strette, finalmente ha trovato il coraggio di dirmi che se ne andava, naturalmente omettendo che aveva trovato un'altra donna da amare. Durante il giorno non ho tempo di sentirmi depressa, devo lavorare per far mangiare i miei due figli e, quando torno a casa, occuparmi di mia madre non più autosufficiente. Ma quando arriva la sera, dopo aver messo a letto mia madre e mandato a dormire i miei figli, mi rendo conto di quanto sono sola.

Conosco tante persone, ma non ho un'amicizia, mia mamma sta troppo male per poter parlare con lei, mia figlia è troppo piccola e troppo bisognosa d'affetto e di attenzioni e mio figlio è un adolescente che pensa di sapere tutto, di non aver bisogno di una madre e che quando gli rivolgo la parola alza gli occhi al cielo come a dire: “Che vuole ora sta rompi....”.

Io devo occuparmi di tutti e nessuno mi chiede come sto: a mio figlio non importa di sua madre, il mio ex mi ha cancellato dalla sua vita fin troppo facilmente, mia madre e mia figlia hanno bisogno di me e ogni sera resto sola. Sfogo tutte le mia ansie con sigarette e cibo, non piaccio a me stessa e men che meno agli altri, non mi fido di nessuno e non ho una vita. Ogni notte vado a dormire con una gran voglia di piangere, ma non ci riesco nemmeno più. Ogni mattina mi sveglio per mia madre e mia figlia, ma io non esisto più.

Sofferto di depressione fin da ragazzina

Ho cinquant'anni e credo di soffrire di depressione fin da ragazzina, ma non c'era nessuno a cui importasse di cosa avessi bisogno ed io non potevo saperlo. Sono sempre stata sola, dentro e fuori la famiglia, senza rapporti affettivi duraturi, un matrimonio finito, niente figli.

Sono stata in terapia dai trent'anni in poi, con terapiste/i di tendenze diverse ed hanno anche provato a darmi qualche farmaco, ma senza alcun effetto. Ho trascorso la mia vita a ragionare su me stessa, a esaminare al microscopio ogni mio gesto, a vivisezionare ogni mio pensiero e l'esito di tanti sforzi è, a cinquant'anni, di ammirare un panorama di totale desolazione.

Sono un'ottima professionista, stimata e bravissima a mentire a tutti: i miei clienti credono che io stia molto bene, anzi pensano

che abbia un'intensa e profonda vita privata ed emotiva e d'altra parte a nessuno interessa saperne di più.

La verità è che, se morissi nel weekend o in qualche ponte festivo, nessuno se ne accorgerebbe e l'unico essere vivente cui importa davvero di me e di cui sono responsabile è il mio cane, ormai diciassettenne e che ormai non tirerà avanti a lungo.

Sono molto stanca, le pessime esperienze affettive passate non mi danno alcuna fiducia per il futuro, mi sento e sono vecchia, spesso mi sono soffermata sull'idea della morte, ma per ora sono ancora troppo vigliacca, aspetto che il nulla si impadronisca di me definitivamente.

Credevo di essere indistruttibile

Leggendo le altre esperienze, mi accorgo che il mio continuo ripetere “nessuno capisce” è comune a molti e questo mi fa sorridere. Leggo che siamo esseri “speciali” e questo è in parte vero: abbiamo sperimentato il dolore ad una tale profondità che ora possiamo guardare la sofferenza dell'altro con occhi diversi.

Sono una psicologa. La depressione l'avevo ben studiata, osservata, pensata, ma niente mi aveva davvero fatto comprendere la pericolosità di questa malattia. Lavoro col dolore ogni giorno eppure fino all'episodio depressivo maggiore che mi ha portata al tentativo di suicidio e al successivo ricovero in psichiatria, non ne avevo mai compreso il suo vero significato.

Non che non avessi mai sofferto, anzi. Ma, come mi aveva detto qualcuno anni fa, sono sempre caduta in piedi, avevo tanta energia e credevo di essere indistruttibile. L'anno appena trascorso, però, mi ha messa in ginocchio. Non sto a raccontare le perdite subite, anche perché molti ricordi se ne sono andati con l'“ingestione incongrua di farmaci” ed i sedativi della psichiatria.

Ma quello che ancora oggi mi rende triste è di non aver imparato nulla. Il tentativo di suicidio non è stato un agito sconsiderato, ma una scelta pensata. Non avevo considerato la possibilità di sopravvivere perché di solito riesco ad ottenere tutto quello che voglio o almeno ci riuscivo prima della malattia.

Tutto quello che mi rimane è la sensazione che il mondo vada troppo lentamente e che le persone dimenticano davvero troppo in fretta. Il resto è storia. Cerco di avere una vita normale, che però non sento mia. Mi dicono che è giusto così, che devo aver pazienza. Mah. Cerco di fidarmi, anche perché non vedo alternative... in effetti ad esso sto meglio... ma essere felici è un' altra cosa.

La biblioteca della Associazione

I libri pubblicati a cura della Associazione

Salvatore Di Salvo

Depressione, ansia e panico: percorsi di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003

Salvatore Di Salvo

La psicoterapia individuale

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005

A cura di Salvatore Di Salvo

Storie di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

Salvatore Di Salvo

Dalla depressione si esce

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Salvatore Di Salvo

Eva e Doc. Storia di una psicoterapia

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2014

Salvatore Di Salvo

Gli Opuscoli della Associazione, 2021

a cura della Associazione

Gli opuscoli pubblicati a cura della Associazione

Il male curabile (1997)

La depressione oggi (1998)

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

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

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

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

La terapia psicologica (2012)

La cura con i farmaci (2012)

I familiari del paziente depresso (2015)

La cura farnacologica dell'Ansia (2017)

Collana di Psichiatria Divulgativa

Salvatore Di Salvo

La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Salvatore Di Salvo

Il paziente depresso e i suoi familiari

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2012

Salvatore Di Salvo

Riconoscere e curare l'ansia e il panico

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2013

Salvatore Di Salvo

La depressione nelle diverse fasi della vita

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2014

Salvatore Di Salvo

Racconti di storie cliniche

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2015

Tutti gli opuscoli ed i libri sono scaricabili gratuitamente dalla Sezione “Pubblicazioni Gratis” del sito www.depressione-ansia.it