

Salvatore Di Salvo

Atti del Convegno 2012

Il depresso e i suoi familiari



*Associazione
per la Ricerca
sulla Depressione*

Atti del Convegno sul tema “Il depresso e i suoi familiari”

Il Convegno si è svolto presso il Circolo dei Lettori di Torino nell'Ottobre 2012 ed è stato centrato sul tema dei familiari dei pazienti depressi, inevitabilmente coinvolti quando un loro parente si ammala di depressione.

Presentazione dei temi del Convegno

Dott. Salvatore Di Salvo

Viene presentato il secondo volume della Colla di Psichiatria Divulgativa. Nel primo, dal titolo “*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia*” (2011), è stata descritta la strategia terapeutica del Disturbo Depressivo che prevede l'utilizzo dei farmaci nella fase acuta del disturbo e dello strumento psicologico nella fase successiva. In questo secondo libro, dal titolo: “*Il paziente depresso e i suoi familiari*”, sono descritti i sintomi che consentono di riconoscere il Disturbo Depressivo e le varie forme attraverso le quali esso si manifesta.

Viene inoltre presentato l'aspetto del problema riguardante i familiari del paziente depresso, inevitabilmente coinvolti quando un congiunto si ammala di depressione e che spesso, a causa delle scarse informazioni in loro possesso, non sanno quale atteggiamento tenere.

I temi trattati nel libro faranno da filo conduttore alle relazioni del Convegno.

Le figure professionali di riferimento per la cura

Dott.ssa Francesca Scoria

A chi rivolgersi per la cura

In questo intervento mi occuperò di fare chiarezza sul percorso intraprendere nel caso in cui si stia attraversando un momento di difficoltà. Come è possibile stare male fisicamente, allo stesso modo può capitare di stare male anche emotivamente, anche se in questo ultimo caso è più difficile poterlo riconoscere ed accettare.

Quando si vive un momento di crisi si possono provare emozioni molto intense, che ci lasciano disorientati, confusi, con la sensazione di non aver più punti di riferimento. È quindi molto importante in questi casi sapere a chi potersi rivolgere per chiedere aiuto.

Il mio intervento è volto proprio a chiarire quali sono le differenze tra le varie figure professionali: medico di famiglia, neurologo, psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo e psicoterapeuta, che cosa hanno in comune? In che cosa invece si differenziano?

Vorrei iniziare facendo cenno alla loro formazione professionale che sta alla base della specificità di ciascuno di questi professionisti.

Per quanto riguarda il medico di famiglia, il neurologo, lo psichiatra ed il neuropsichiatra infantile, hanno in comune la prima parte della loro formazione, ovvero hanno tutti e quattro

conseguito la laurea in medicina. Alla fine dei sei anni di università, e dopo aver superato l'esame di stato che permette l'iscrizione all'albo professionale, hanno però scelto strade diverse, ognuno di loro ha seguito una specializzazione differente: il medico di famiglia ha conseguito la specializzazione in medicina generale, della durata di tre anni, mentre le altre tre specializzazioni della durata di 5 anni sono rispettivamente in neurologia, psichiatria e neuropsichiatria infantile.

Adesso descriverò brevemente l'attività svolta da ciascuno di loro.

Il medico di famiglia è la prima figura professionale cui la persona che sta vivendo un momento di malessere si rivolge proprio per il legame di stima e di fiducia che li lega. Il medico farà una prima valutazione dei sintomi, e, se questi sono di lieve entità potrà prendersi carico in prima persona della situazione, prescrivendo una blanda terapia, o limitandosi a dare consigli basati sulla propria esperienza e sul buon senso. Diverso è il caso in cui i sintomi portati siano più gravi, a questo punto il medico invia il paziente allo specialista competente, che nel caso dei disturbi emotivi è lo psichiatra. Nella maggior parte dei casi però si trova di fronte a fortissime resistenze messe in moto dal paziente, che può arrivare a sentirsi offeso da quanto gli è stato proposto. Il paziente accetta più facilmente di rivolgersi al neurologo, anche se questi, avendo studiato neurologia, in realtà è lo specialista che cura i disturbi del Sistema Nervoso Centrale, quali possono essere le epilessie, le cefalee e le malattie dei nervi, e non i disturbi emotivi. Questo fatto può essere ricondotto a due aspetti: il primo aspetto è che il neurologo fa meno paura rispetto allo psichiatra, per quanto spiegato dal Prof. Di Salvo nell'intervento precedente, il secondo aspetto è che il neurologo viene considerato lo specialista più adeguato per la cura dell'esaurimento nervoso. Questa categoria, che fino a poco tempo fa si usava nel linguaggio comune per indicare qualsiasi tipo di problematica legata alla sfera psichica, non ha però alcun fondamento scientifico: è come un contenitore vuoto.

Lo specialista che cura i disturbi della sfera emotiva mediante l'uso dei farmaci è lo psichiatra. L'uso dei farmaci è necessario quando i sintomi sono talmente gravi da paralizzare la vita relazionale, affettiva e lavorativa del paziente. Occorre tener presente che la cura farmacologica agisce solo sui sintomi e non sulle cause (mal di denti).

Se il malessere si manifesta durante l'età evolutiva, lo specialista di riferimento è il neuropsichiatra infantile che si occupa appunto della cura dei disturbi neurologici e psichiatrici della fascia di età da 0 a 18 anni.

Passo ora a descrivere le figure professionali di psicologo e psicoterapeuta.

Spesso questi due professionisti vengono confusi: a molti non è chiara quale sia la differenza tra una consulenza psicologica ed un lavoro psicoterapeutico.

Anche in questo caso vorrei partire dalla loro formazione, che ci può aiutare a fare un pò di chiarezza. La formazione dello psicologo prevede il conseguimento della laurea quinquennale in Psicologia, la frequenza del tirocinio clinico ed il superamento dell'esame di stato che consente l'iscrizione all'albo professionale. Non consegue dunque alcuna specializzazione successiva alla laurea.

Lo psicologo può svolgere attività diagnostica, o di consulenza, che consiste in un intervento interpersonale in cui lo psicologo aiuta il paziente a gestire difficoltà riguardanti l'interazione tra fattori interni alla persona e il contesto esterno. Vengono affrontate situazioni di lieve gravità e problematiche di cui il paziente è consapevole.

Non essendo un medico, lo psicologo non può prescrivere farmaci e non può svolgere la psicoterapia. Per poter svolgere il lavoro psicoterapeutico occorre aver conseguito oltre alla laurea in medicina o in psicologia, la specializzazione in psicoterapia, la cui durata è di minimo quattro anni ed in cui vengono appresi sia il modello teorico di riferimento, sia la tecnica. Parte integrante della formazione dello psicoterapeuta è il percorso di analisi personale e le supervisioni del materiale clinico.

L'analisi personale è fondamentale per lo psicoterapeuta perchè per poter aiutare l'altro ad orientarsi e a comprendere i meccanismi del proprio mondo interno, è necessario prima imparare a riconoscere e a comprendere i propri. Il rischio, altrimenti, sarebbe quello di attribuire al paziente qualcosa che invece appartiene a sè. Le supervisioni rappresentano anch'esse un'ottima opportunità formativa: il confronto con un collega è importante non solo ci si può arricchire della sua esperienza, ma anche perchè ci offre un punto di vista esterno all'intensa relazione che coinvolge il terapeuta ed il paziente.

La psicoterapia si occupa di disagi che sono soggettivamente difficili da gestire e che interferiscono con la quotidianità. Il suo valore terapeutico sta nel cogliere le cause ed il significato della sofferenza, attraverso l'uso della parola e della relazione.

Molte volte ci si domanda se sia preferibile iniziare un trattamento farmacologico o psicoterapeutico, in realtà le due forme di cura non si escludono l'un l'altra, ma possono essere complementari. Capita frequentemente infatti che per poter iniziare un lavoro introspettivo, che richiede un forte investimento, sia necessario prima riuscire a stare meglio dal punto di vista sintomatologico, in modo da avere le energie necessarie per affrontarlo.

In questo modo i due percorsi di cura possono coesistere e si lavora per raggiungere i loro rispettivi scopi: da una parte ritrovare il benessere attraverso la scomparsa dei sintomi,

dall'altra cercare di comprendere e di sanare le cause che hanno generato la crisi, in modo da prevenirne eventuali recidive.

I familiari dei pazienti depressi

Dott.ssa Monica Giuliacci

I familiari dei pazienti depressi

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

La sofferenza originata dalla depressione fa percepire la vita come un tunnel oscuro da percorrere da soli.

Quando un membro del 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 l'intero gruppo familiare.

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

Per questo ogni volta che ci occupiamo di un individuo malato non possiamo non prendere in considerazione l'impatto che la sua sofferenza produce all'interno del suo contesto familiare e relazionale. Il paziente depresso sperimenta personalmente l'angoscia della solitudine esistenziale, ma le persone che gli stanno attorno vivono angosce altrettanto profonde. Se, inizialmente, l'atteggiamento più comune dei familiari è caratterizzato da comprensione, affetto e partecipazione al dolore del congiunto sprofondato nel tunnel depressivo, poco per volta nascono legittimi sentimenti di frustrazione e scoraggiamento atteggiamenti aggressivi e di accusa con un conseguente aumento dei sensi di colpa e dei vissuti di incomprensione e solitudine da parte del paziente.

Tale realtà è confermata dalle richieste di aiuto che giungono al Servizio d'Ascolto dell'Associazione da parte di familiari, parenti, amici di persone che soffrono di disturbi depressivi ansiosi.

Ciò che emerge con chiarezza è il profondo vissuto di impotenza che la sofferenza della persona malata provoca in loro. Alcuni si sentono esclusi e tenuti a distanza, altri troppo coinvolti, quasi tutti hanno la sensazione di sbagliare qualsiasi cosa facciano. Un vissuto comune a tutti è la sensazione di non riconoscere più il congiunto rispetto a prima della malattia.

Quali sono le risposte? Riflettendo sulle domande sono due gli obiettivi da tener presente nelle risposte che vengono date : informare e sostenere.

Informare: depressione ansia e attacchi di panico sono malattie che si possono curare attraverso interventi di tipo farmacologico e psicologico

Sostenere: fare i conti con i propri limiti e le proprie risorse, aiutandoli a rivalutare le energie spese e quelle ancora a disposizione.

E' fondamentale che chi sta accanto ad una persona depressa non si faccia risucchiare completamente dalla sofferenza, ma continui ad occuparsi anche di sé, mantenga dei propri spazi vitali e non faccia del paziente il punto cruciale della propria vita. Se la malattia del congiunto occupa un posto eccessivamente ingombrante, prenderne consapevolezza e fare un piccolo passo indietro può essere di aiuto allo stesso paziente che, in questo modo, si sente alleviato dai sensi di colpa e dal rimando di un'immagine di sé malata e continuamente bisognosa di cure.

Dare un significato di comunicazione psicologica alla malattia. La malattia può essere vista anche come spinta verso un cambiamento, può indicare cioè che c'è qualche cosa che non va per cui deve essere modificato ad esempio nelle relazioni con gli altri, o nel modo di essere considerati o di considerarsi o nel ruolo che si ha all'interno di un gruppo.

In questo senso il sintomo diventa uno strumento per il cambiamento che coinvolge l'intera famiglia.

Se attraverso tentativi ed errori si ricercano nuove modalità di convivenza, il percorso di guarigione del singolo può diventare occasione di crescita dell'intero sistema familiare. E', anche, importante ridefinire il proprio ruolo. A volte l'energia spesa nello stare accanto ad un malato finisce con il confondere per cui ci si ritrova non più nel ruolo di parente o amico, ma di colui che "cura". Questo compito aspetta però ai medici ed allo stesso paziente che si deve obbligatoriamente responsabilizzare rispetto al proprio percorso di guarigione.

Non bisogna quindi sostituirsi ai curanti, ma imparare a stare a fianco attraverso un atteggiamento di tipo empatico, dove con il termine empatia intendiamo: "Mettersi nei panni dell'altro, guardare con gli occhi dell'altro, ascoltare con le orecchie dell'altro e sentire con il cuore dell'altro".

La capacità cioè di capire e condividere l'esperienza emotiva di una altra persona che si trova a vivere una determinata situazione; questo processo consente di sentire da dentro le emozioni espresse dall'altro e di ricostruire il significato che la situazione ha per l'altra persona.

Nella pratica giornaliera sono frequenti le domande relative a comportamenti pratici e specifici. Proverò ad elencare alcune delle domande più frequenti:

Cosa faccio quando dice di non voler assumere antidepressivi perchè ha paura della dipendenza?

E' importante che sia ai famigliari che al paziente sia chiaro che gli antidepressivi oggi usati, hanno un elevato grado di tollerabilità, con scarsi fenomeni collaterali. Spesso informazioni parziali o errate determinano fantasie di gravi effetti collaterali, tali da impedire lo svolgimento delle normali attività giornaliere; al paziente va chiarito che gli antidepressivi lasciano integro il livello di coscienza e consentono di svolgere regolarmente il proprio lavoro e le altre attività.

Può essere pericoloso per se o per gli altri?

A volte si legge sui giornali che un "depresso" ha perso improvvisamente il controllo di sé e ha fatto del male a qualche componente della propria famiglia. A volte si sente affermare che " il depresso" a commesso degli atti antisociali che hanno messo in pericolo la vita di qualcuno. Altre volte ancora si legge o si sente che una persona che soffre di depressione da molto tempo ha infierito su persone o cose in modo imprevisto e imprevedibile. E' importante chiarire che un paziente depresso non può e non deve essere considerato una fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili. Le notizie dei media prima accennate sono la conseguenza del fatto che, nel

linguaggio comune, il termine “depressione” è usato per fare riferimento a ogni tipo di disturbo psichico di qualsiasi genere, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici.

Cosa faccio quando dice di non volersi rivolgere allo psichiatra perché non è matto?

E' opportuno sottolineare la natura medica della situazione in cui si trova. E' importante sottolineare che la malattia non è superabile con la volontà, ma è necessario un aiuto e il medico specialista che si occupa di tali patologie è lo psichiatra.

Cosa faccio se sembra che gli manchi la forza di volontà?

Capita molto spesso che il paziente depresso sia esortato e sollecitato dai famigliari a “farsi forza”, a “reagire”, a “metterci un po' di buona volontà”. Vi è l'idea che almeno in parte l'inerzia, la passività e la rinuncia al mondo, proprie di una persona depressa, siano in lui potenzialmente superabili con uno sforzo attivo e consapevole.. In realtà non si può puntare sulla volontà per uscire dal tunnel depressivo. La volontà è infatti la quantità di energia psichica di cui il soggetto generalmente dispone ed utilizza per realizzare i propri scopi, ma una delle caratteristiche dell'episodio depressivo acuto consiste proprio nel fatto che vi è una netta riduzione della quantità di energia psichica a disposizione del soggetto. La riduzione quindi della possibilità di utilizzare lo strumento della volontà è parte integrante della sintomatologia depressiva e non è possibile puntare su di essa per superare la crisi.

Concluderei segnalando alcuni suggerimenti su ciò che è opportuno dire e non dire al proprio congiunto depresso, tenendo presente che i parenti non possono superare i limiti della propria cultura, delle conoscenze di cui sono in possesso e dello stato emotivo che stanno vivendo... insomma fanno quello che possono.

Cosa dire

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

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

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

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

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

Cosa non dire

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

maniche”

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

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

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

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

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

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

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

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

I familiari dei pazienti in psicoterapia

Dott.ssa Laura Mariotto

I familiari del paziente in psicoterapia

L'inizio di una psicoterapia provoca quasi sempre nella famiglia, negli amici, nel mondo della persona che soffre e che ha deciso di iniziare tale percorso di cura, vari tipi di reazione: c'è chi chiede se può fare qualcosa, chi, pur senza volerlo, risulta invadente, chi esprime il proprio punto di vista, chi invece pensa che sia un proprio diritto intervenire, chi pone molti quesiti, chi esprime giudizi secondo il proprio punto di vista.

Va sottolineato che quando il marito, il fidanzato, i genitori condividono e supportano il paziente nella sua scelta di intraprendere un percorso di psicoterapia, tutto risulta più semplice.

Relazione Psicoterapeutica: il paziente, il terapeuta e il patto di segretezza

La relazione psicoterapeutica è uno spazio privato dove il paziente porta il proprio disagio, i personaggi della propria vicenda personale, alla ricerca di nuovi significati. Attraverso questo viaggio relazionale, insieme allo psicoterapeuta, egli ricerca il significato del proprio malessere, integrandolo nella propria storia in modo più efficace.

E' importante essere a conoscenza che la legge sulla privacy e il segreto professionale tutelano il paziente da eventuali intromissioni di familiari o di amici e tutela soprattutto il “luogo”, la

relazione con lo psicoterapeuta, in cui il paziente porta il suo disagio e i personaggi che compongono la sua storia personale.

Le informazioni, quindi, che il paziente porta all'interno della relazione psicoterapeutica, non possono essere rivelate né diffuse, ma rimangono protette all'interno della relazione con lo psicoterapeuta.

E' proprio la caratteristica di “contenitore sicuro ed inviolabile” della relazione analitica, che costituisce l'elemento indispensabile affinché ci sia cura. Il segreto professionale e, quindi, la tutela che “tutto ciò che verrà detto” non uscirà dal rapporto psicoterapeutico, determina quella sensazione di “libertà nel dire”, che rappresenta un aspetto fondamentale per la cura. Un esempio: *Ricevo la telefonata di una madre con la richiesta di notizie della figlia, Elisa, che sta facendo con me un percorso di psicoterapia. Elisa, 28 anni, soffre di un Disturbo da Attacchi di Panico, con crisi acute che si sono scatenate in seguito alla fine di una relazione sentimentale, anche se un episodio si era già manifestato all'età di 16 anni.*

Ha una sorella più piccola di 3 anni, nata prematuramente e per tale motivo i genitori hanno concentrato su di lei cure e attenzioni, sottraendole ad Elisa. Queste dinamiche, causano lo sviluppo in Elisa di una forte gelosia nei confronti della sorella e di aggressività verso i genitori, vissuti che vengono però rimossi e sostituiti da un atteggiamento molto pacato e ragionevole. Quando Elisa, all'inizio della terapia, parla dei genitori li descrive come persone moderne, aperte e, parlando della sua famiglia, trasmette l'immagine di una realtà serena, dove tutto va bene, in cui non ci sono tensioni evidenti, dove si tende a mediare e non ci sono conflitti. Con il procedere delle sedute questa immagine cambia, assume connotazioni più reali ed emerge la forte componente normativa presente nel suo processo educativo: bisogna essere una “brava bambina”, non si devono fare i capricci, bisogna assumersi le proprie responsabilità, non bisogna alzare la voce, non si devono avere comportamenti aggressivi, ma bisogna sempre essere molto miti e capaci di mediare.

Con il procedere del lavoro psicologico ed il progressivo aumento della propria consapevolezza, Elisa comincia a reagire, in famiglia, a quelle che vive come “ingiustizie” e “mancati riconoscimenti”. Comincia ad esprimere anche la sua aggressività “alzando la voce” e a rivendicare le proprie ragioni quando sente che non sono considerate. Questo atteggiamento, diventa ancora più evidente quando si accendono conflitti con altri parenti e con la sorella. Si può dire che Elisa comincia a mostrare un lato della propria personalità che fino a quel momento era rimasto represso, in altre parole si “permette” di esprimere la propria l'aggressività. Questo, però, ha la conseguenza di destabilizzare l'equilibrio familiare. Ora non va più tutto bene. La madre di Elisa, senza presentarsi come tale, telefona al servizio

di ascolto dicendo di voler parlare con me e lascia un recapito telefonico. La richiamo e quando risponde, con imbarazzo, si presenta come “la mamma di Elisa”. Dice di essere molto preoccupata per la figlia e di vederla cambiata e molto aggressiva con lei e la sorella: afferma che, secondo lei, il peggioramento ha coinciso con l'inizio della psicoterapia: “Secondo me la psicoterapia le fa più male che bene: ma cosa le racconta in seduta?” e poi mi chiede come deve comportarsi nei confronti della figlia.

Le rispondo che Elisa è una giovane donna di 28 anni (quindi maggiorenne) e, per via del segreto professionale, non posso comunicarle le informazioni acquisite in seduta, nel rispetto del patto di segretezza con il paziente che può, così, sentirsi libera di esprimere tutto ciò che sente. Le dico che, quindi, non posso rispondere alla sua domanda, ma cerco di rassicurarla sul fatto che spesso i cambiamenti spaventano perché alterano gli equilibri, ma sono necessari per la maturazione e lo sviluppo della personalità.

L'alleanza tra paziente e terapeuta non significa essere “contro” i suoi familiari, amici o parenti. E' vero che la relazione psicoterapeutica è esclusiva per le sue caratteristiche, ma ciò non significa escludente... non rivelare ciò che il paziente porta in seduta è conseguenza del rispetto di un patto di segretezza con il paziente che, come si è detto prima, è condizione fondamentale perché si sviluppi fiducia e ci sia “cura”.

L'atteggiamento dei familiari

Sostegno o contrapposizione: questi sono i due grandi atteggiamenti che possono svilupparsi rispetto alla psicoterapia intrapresa dal paziente.

Iniziamo da quegli atteggiamenti che rientrano nella categoria del sostegno.

Cosa possono fare i familiari

Stare vicino

Cosa vuole dire stare vicino? Significa supportare il percorso psicoterapeutico che il paziente ha intrapreso, stando a fianco al familiare e sostenendolo in questa decisione. Tale atteggiamento rinforza il desiderio che il paziente, iniziando il percorso di psicoterapia, ha dichiarato e cioè: *prendersi cura di sé*. L'atteggiamento di sostegno è una dichiarazione da parte dei familiari del riconoscimento e dell'importanza del malessere e della decisione da parte del paziente di fare qualcosa per sé, al fine di stare meglio e migliorare la qualità della sua vita.

Informarsi.

Cercare informazioni su cosa sia la psicoterapia, quali siano le regole che la definiscono, i tempi, la frequenza, come si sviluppa, può essere di molto aiuto ai familiari per

comprendere meglio e quindi supportare il percorso psicoterapeutico intrapreso dal familiare. Internet, riviste specifiche, libri, incontri sul tema, possono essere buone fonti di informazioni.

Prendersi cura di sé.

Prendersi cura di sé, quando un familiare soffre, è difficile da realizzarsi, ma importantissimo in quanto comunica un messaggio molto forte alla persona che soffre e cioè: la sofferenza non è l'unico elemento su cui si basa la nostra relazione. Prendersi cura di sé esprime che il dolore non viene messo al centro della relazione con il figlio, con il marito, il fratello e che esistono anche altri elementi vitali che intercorrono nella relazione, malgrado la sofferenza.

Questo cosa vuole dire? Vuole dire che è molto importante che, per esempio rispetto a un figlio che soffre, i genitori riescano a mantenere o recuperare spazi gratificanti di coppia, affinché la sofferenza del figlio non occupi un posto eccessivo nella vita della famiglia e del loro rapporto.

E' complesso riuscire a ricavarci degli spazi per sé quando un familiare sta male in quanto è necessario fare i conti con i sensi di colpa: come posso divertirmi, stare bene, se mio figlio, mio marito sta male?

Cosa non devono fare i familiari

Negare la sofferenza “ Dai cosa ci vai a fare dallo psicologo, sono soldi sprecati... se vuoi puoi farcela da solo... Sono tutte balle !”

Queste sono frasi che esprimono il mancato riconoscimento e la svalutazione del malessere e della sofferenza del proprio familiare.

Un familiare che dichiara di avere intrapreso una psicoterapia segnala che sta soffrendo e la sofferenza è un segnale emotivo molto forte in una famiglia, ne destabilizza l'equilibrio, fa paura. E' un segnale che a volte non si vuole o non si può vedere né sentire.

Negare l'esistenza della sofferenza “*Ma tu stai bene, non è nulla!*” può essere una difesa comprensibile, ma non giustificabile, perché è un atteggiamento che lascia la persona sola e confusa, togliendole la possibilità di dare espressione al proprio dolore, di chiedere aiuto e quindi di dare un significato al proprio malessere.

Un giovane uomo di 34 anni: “Non ho parlato del mio malessere con i miei genitori, anche se ne soffro da quando avevo 16 anni, perché non volevo deluderli. Mia madre voleva un figlio sano, in forma, competitivo, non c'era tempo di parlare di come mi sentivo... avrei deluso i miei e dopotutto loro non si sono mai chiesti né mi hanno chiesto come mai continuavo a soffrire quotidianamente di coliche addominali prima di andare a scuola, di uscire con gli

amici e ogniqualvolta ci fosse da andare a mangiare fuori: era come se non vedessero... andava tutto bene!”

La svalutazione della cura

La persona che intraprende una psicoterapia è libera di comunicarlo ai propri familiari oppure può scegliere di non farlo. Nel primo caso le reazioni possono essere le più varie: chi ignorerà la scelta; chi ne farà argomento di dialogo incuriosito: *“Cos'è la psicoterapia? Come funziona?”*; chi farà domande sui contenuti delle sedute cercando di intromettersi in una relazione privata quale è quella psicoterapeutica. Svalutare il percorso psicoterapeutico da parte dei familiari è un atteggiamento su cui è importante soffermarsi.

La parole di una giovane donna di 29 anni con un Disturbo da Attacchi di Panico: “ Il mio compagno dice: invece di buttare i soldi dallo psicoterapeuta, perché non ti fai un viaggio con una amica?”.

Denigrare il percorso psicoterapeutico con critiche e giudizi generali, che ne mettono in dubbio la serietà e l'efficacia, significa svalutare il paziente, la sua scelta, la sua sofferenza.

Agiti aggressivi

La sofferenza di un congiunto, un figlio una fidanzato, un genitore, può generare senso di impotenza nei familiari: *“Cosa faccio?... Come mi comporto?”* Ma soprattutto: *“Non riesco a fare nulla per risolvere la situazione”*. Questo senso di impotenza in molti casi genera rabbia e quindi aggressività, che può anche essere generata dal vissuto di esclusione dal rapporto psicoterapeutico.

L'aggressività non riconosciuta viene proiettata all'esterno, in quanto difficile da tollerare dentro di sé e può essere agita con azioni e comportamenti orientati a colpire direttamente la psicoterapia.

Negazione della sofferenza e svalutazione del percorso di cura, possono essere considerate espressioni di aggressività a volte inconsapevoli.

Anna è una ragazza di 25 anni in terapia per un Disturbo da Attacchi di Panico. E' da poco laureata in giurisprudenze e svolge il tirocinio presso uno studio associato di avvocati di cui la madre è una delle titolari. Al telefono: “Dottoressa devo di nuovo spostare la seduta perché mia madre mi mette le commissioni in tribunale sempre il mercoledì mattina: eppure lo sa che vengo da lei!”

La madre “casualmente” fa in modo di impegnare la figlia dipendente presso il suo studio in commissioni proprio quando la figlia ha appuntamento con la terapeuta.

Questo è un esempio di agito aggressivo contro la cura da parte della madre che, probabilmente, si sente esclusa dal rapporto psicoterapeutico, vive come colpa frustrante il

non riuscire ad aiutare la figlia, oppure teme di essere considerata cattiva madre dalla figlia e dal terapeuta.

Molto importante elaborare all'interno del lavoro psicoterapeutico questi agiti al fine di coglierne il significato e fare in modo che la terapia proceda seguendo la propria strada e la propria cadenza settimanale.

I familiari raccontati dal paziente

Un altro modo in cui i familiari entrano nel percorso di cura è il “racconto” che il paziente fa della propria storia, degli attori che ne fanno parte, del modo in cui si relaziona ad essi, come li vive. Ciò che egli porta nel rapporto con il terapeuta è filtrato dalle proprio vissuto emotivo, rappresenta la propria verità.

Compito del terapeuta non è scoprire la veridicità del racconto, cioè se è vero o falso, ma utilizzare la verità del paziente.

L'importanza di lavorare sulla verità del paziente aiuta il terapeuta ad avere quella ricchezza di informazioni indispensabili per arrivare a trovare il significato del dolore che egli porta, processo che consente di integrarlo in modo più efficace nella sua storia.

Crisi e trasformazione

Dott. Alberto Favole

Crisi e trasformazione

Vorrei inquadrare il tema che affronterò, la “crisi quale occasione di trasformazione”, tracciando una distinzione tra tipi diversi di sofferenza e, in parallelo, tra differenti modelli di intervento. Parlerò di modelli più che di figure professionali, argomento quest'ultimo già discusso dalla collega precedentemente, poiché, ad esempio, un medico abilitato alla psicoterapia può, in momenti e contesti differenti, procedere secondo un modello medico oppure psicologico. Anticipo peraltro che i due modelli che prenderò in considerazione, medico e psicologico, non vanno intesi come tra loro in contrasto, anzi spesso possono essere utilmente integrati.

Partiamo dalla *sofferenza fisica* e dal *modello medico*. Secondo tale modello la sofferenza viene letta come l'interruzione, la sospensione, di uno stato di benessere e il medico agisce allo scopo di ristabilire la precedente condizione di equilibrio. In altri termini, l'intervento è finalizzato a disattivare la sofferenza, che ha univocamente connotazioni negative e deve quindi essere eliminata.

Facciamo un esempio per chiarire il concetto: nel caso di una colica renale che, come sappiamo, consiste nella presenza di un dolore acutissimo, l'intervento medico, a cominciare dalla somministrazione di antidolorifici, ha l'obiettivo di ridurre il dolore e di definire le scelte più idonee per estinguere il problema.

Passiamo ora alla *sofferenza psichica* e al *modello medico*. Anche in questo caso, pur trattandosi di un dolore di natura diversa, il fine perseguito è di limitare l'entità del disagio nel modo più efficace e rapido possibile. Un'esemplificazione può chiarire ciò che intendo. Prendiamo in considerazione il caso di una persona depressa i cui sintomi siano talmente gravi da paralizzare la vita lavorativa, affettiva e sociale: non riesce più a svolgere il proprio lavoro, si chiude in se stessa, interrompe il rapporto con gli altri, anche con i familiari. Quando la crisi raggiunge tale livello di gravità, è necessario utilizzare gli antidepressivi allo scopo di ridurre la fase acuta del disturbo, nel giro di tre/quattro settimane, e poi di accompagnare la progressiva ulteriore eliminazione dei sintomi. Gli psicofarmaci sono strumenti utili quando è presente la fase acuta di un disturbo, occorre tuttavia tenere presente che essi agiscono solo sui sintomi e non intervengono sul piano delle cause, dei motivi profondi, che hanno generato la sofferenza. Inoltre, una volta che i sintomi sono scomparsi, non ha alcun senso continuare l'assunzione di farmaci per anni: hanno esaurito il loro compito e vanno sospesi. Per affrontare le cause che hanno determinato la sofferenza è necessario fare ricorso a un'altra via, la via psicologica, e attivare dunque una psicoterapia.

Veniamo quindi all'opzione: *sofferenza psichica e modello psicologico*.

Utilizzando il modello psicologico, la sofferenza psichica, ad esempio di carattere depressivo, è intesa come segnale dell'esistenza di qualcosa di dissonante nella personalità, che mostra la sua presenza producendo sintomi. I sintomi stessi sono segnalatori di uno squilibrio interno e la sofferenza non è solo qualcosa da eliminare, ma esprime il bisogno di un lavoro di ricerca per individuarne le cause e mettere in atto i cambiamenti necessari a rifondare il benessere della persona. In altri termini, secondo il modello psicologico è sostanziale interrogarsi sulle motivazioni profonde che hanno originato la crisi, senza fermarsi a spiegazioni generiche quali la stanchezza o lo stress in senso lato. È cioè importante che la persona possa rispondere alle seguenti domande: perché questa crisi, cosa vuole indicarmi, qual è lo squilibrio che si nasconde dietro il mio dolore?

Fondamentale è il modo di porsi nei confronti della sofferenza e ciò dipende, naturalmente, dall'entità della stessa. Quando è troppo grande, tale da paralizzare, i farmaci agiscono un'essenziale funzione di sblocco. Intervenire sul malessere psichico unicamente con i

farmaci è però limitativo, poiché vuol dire perdere l'occasione di cogliere il significato di ciò che sta accadendo.

La sofferenza, la crisi, è portatrice di un senso che attende di essere compreso e, attraverso un lavoro psicologico di ricerca e approfondimento, può fare da stimolo, da elemento propulsore per porre le basi di trasformazioni migliorative, di cambiamenti positivi nel rapporto con se stessi e con gli altri.

Per esemplificare il discorso con una storia clinica, vi parlerò dell'incontro e del percorso psicoterapeutico con Mario. Quando si presenta al nostro primo colloquio Mario ha 38 anni. Dopo essersi laureato e aver frequentato prestigiosi corsi di perfezionamento, ha lavorato in alcuni studi legali ottenendo numerosi riconoscimenti. Oggi è assunto con un incarico di responsabilità negli uffici legali di una grande azienda, posizione che prevede frequenti viaggi. È orgoglioso della sua crescita professionale e fiero di aver dedicato ogni energia, senza risparmio, al raggiungimento degli obiettivi lavorativi prefissati. Da qualche mese, però, la sua vita è cambiata. Inizialmente ha cominciato a sperimentare un'inattesa, per lui inspiegabile, forma di inquietudine in prossimità di impegni importanti, con insonnia ricorrente e sentimenti di inadeguatezza. Le trasferte, prima ambite come segno di successo, sono presto diventate fonte d'ansia e ostacoli quasi insormontabili, al punto di evitarle con ogni scusa.

Per un lungo periodo tiene tutto sotto silenzio, non confidandosi con nessuno, mosso dalla vergogna e dal timore di essere giudicato negativamente. Intanto il malessere si complica fino ad assumere il peso di una grave crisi depressiva, tale da procurare il blocco generale delle attività, anche di quelle lavorative.

Secondo il modello medico di cui abbiamo parlato, il problema di Mario deve essere gestito utilizzando gli antidepressivi, al fine di ridurre i sintomi e consentirgli la ripresa della vita sociale e lavorativa. Così è stato. Infatti, quando conosco Mario, che mi viene inviato dal medico psichiatra per iniziare una psicoterapia, è in corso una cura farmacologica che ha permesso un significativo miglioramento del quadro di salute. Dorme abbastanza regolarmente, l'ansia si è ridotta e l'umore non è più rigidamente fissato verso il basso, ma ha recuperato il suo carattere di flessibilità. Mario, però, anche se sollevato dal parziale ritrovato benessere, non si dà pace. Quanto accaduto gli risulta insensato, irragionevole. Tutto sembrava procedere per il meglio nella sua vita. Allora perché una crisi di tale portata con il conseguente carico di sofferenza? Tenendo viva questa domanda iniziamo il nostro lavoro insieme.

Per inciso, ricordo che per psicoterapia s'intende l'indagine e la cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici: l'ascolto, la parola e il colloquio, la riflessione, la relazione.

Si tratta di un processo orientato al raggiungimento dei seguenti obiettivi: comprensione delle motivazioni del malessere, rafforzamento della consapevolezza, individuazione e graduale modificazione dei meccanismi patologici. Il presupposto è che nell'uomo la vita cosciente è importante quanto quella inconscia. L'inconscio, infatti, quella parte del mondo psichico di cui non si è consapevoli, ha un valore per lo meno pari a quello della coscienza e, anche se non è visibile, fa sentire la sua influenza determinando stati emotivi e comportamenti. Per vivere in una condizione di benessere è necessario che le componenti coscienti e quelle inconscie siano in comunicazione, mentre il loro contrasto può dare origine a sofferenza, sintomi e talvolta a patologie.

La psicoterapia ha proprio lo scopo di agire sulle disarmonie, sulle dissociazioni, tra la coscienza e l'inconscio e di mettere in relazione i loro contenuti. Da ciò si comprende perché la psicoterapia è un lavoro di ricerca impegnativo, dispendioso in termini di tempo ed energia, che non ammette superficialità. Si comprende anche perché è un viaggio da effettuare in due, paziente e psicoterapeuta, e non è possibile fare il cammino in solitudine. Sarebbe, infatti, necessario addentrarsi in meccanismi inconsci che non possono essere affrontati utilizzando i soli strumenti della logica e della razionalità. L'aiuto del "compagno di viaggio", lo psicoterapeuta, la cui formazione prevede la conoscenza dei meccanismi di cui dicevo e delle loro dinamiche, si pone al servizio di un accesso più pieno alla propria vita interiore.

Tornando a Mario e alla sua storia, durante la fase iniziale dei nostri incontri mostra un atteggiamento ambivalente. Oscilla tra il bisogno di capire, la motivazione a conoscersi, e un atteggiamento svalutante nei confronti della psicoterapia, come a intendere che si tratta solo di parole. Ha fretta di trovare delle soluzioni e al contempo ha paura di eventuali cambiamenti. Sembra paradossale, ma quasi sempre è così. Di fatto, per chi si è adattato al mondo esterno e interno utilizzando meccanismi disfunzionali, essi rappresentano un peso ma anche ciò che è "noto" e "certo". Un tipo diverso di equilibrio, senza quei meccanismi, poiché apre alle dimensioni del "non noto" e dell'"incerto" diviene, in genere, oggetto di desiderio e paura insieme.

Progressivamente, la fiducia di Mario nel percorso che stiamo condividendo si consolida. Emerge che ha investito in modo totalizzante prima sullo studio e poi sul lavoro, occupandosi tenacemente di collezionare lodi e approvazioni. Dopo il precoce decesso del padre si è come dato il compito di sostituirlo per garantire sicurezza e un certo agio economico alla famiglia.

In quanto primogenito, sembra che anche la madre, per lunghi anni assorbita in un lutto inconsolabile, abbia affidato a lui il compito di “combattere e riuscire nella vita”. Tutto è accaduto senza comunicazioni

esplicite e chiare, a cui forse sarebbe stato più facile ribellarsi, ma attraverso parole appena accennate e silenzi angosciosi che hanno congelato il messaggio su un piano di inconsapevolezza.

Mario si è così costruito un’immagine di sé, rispecchiata dalla persone a lui più vicine, di ragazzo e uomo forte, risoluto, sempre all’altezza, senza spazio per le fragilità, le incertezze, i dubbi. Completamente assorbito dal senso del dovere si è concesso molto poco sul versante affettivo e sentimentale: rare storie, di breve durata, vissute tendenzialmente con distacco. Mancava il tempo e si sarebbe distratto dai suoi progetti. Ma a 38 anni lo squilibrio tra la parte razionale, regolata da una tensione rigidamente doveristica, e quella affettiva, a lungo inibita e relegata nell’ombra, presenta il conto attraverso una crisi depressiva. Mario comincia a star male e a percepire degli aspetti di inautenticità nella sua vita. Affrontare il problema unicamente con i farmaci, allo scopo di far scomparire i sintomi, sarebbe stato riduttivo e Mario avrebbe perso una buona occasione per occuparsi dei suoi bisogni profondi e per riequilibrare il proprio atteggiamento nei confronti dell’esistenza, soprattutto in prospettiva di evitare ricadute.

Attraverso la psicoterapia, faticosamente, ha iniziato ad avvicinarsi alle varie dimensioni del suo mondo interno, a prendere contatto con i nodi cruciali della sua storia. Così si è incamminato verso una rilettura del peso assunto, all’interno del sistema familiare, dalla precoce perdita del padre, con nuove possibilità di cogliere il significato riparativo, una sorta di “antidoto al lutto”, del senso di responsabilità e rivalsa con cui ha sempre convissuto. In seguito, ha cominciato a reinterpretare in una luce diversa alcune scelte della sua vita, sia quelle legate alla professione sia quelle di matrice affettiva e relazionale. Potremmo dire, in estrema sintesi: da una parte il successo cercato come superamento di un trauma emotivo, dall’altra la paura di legarsi sentimentalmente come meccanismo di evitamento, anticipato, di potenziali ulteriori perdite. Mario, quindi, si è gradualmente avvicinato alle parti più fragili della propria personalità, allentando le reazioni di negazione e i moti di auto-rimprovero, per fare i conti in modo più aperto e, a tratti, pacificato con i suoi bisogni di intimità e accudimento.

Ora immagina un futuro in cui far coesistere impegno lavorativo e relazioni vere, desiderate, coltivate. Siamo ancora in cammino, ma credo che il percorso di Mario testimoni come la

sofferenza di una crisi possa dare avvio a un reale, integrativo, processo di trasformazione. Come Mario ha detto in un nostro incontro: *“quel dolore, che a un certo punto ho creduto mi avrebbe tolto tutto, sta iniziando ad offrirmi nuove prospettive”*.

Come riconoscere la depressione

Dott. Salvatore Di Salvo

Come riconoscere il Disturbo Depressivo

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

La depressione è un disturbo del tono dell'umore.

Il Tono dell'Umore è una funzione psichica importante nell'adattamento ed ha la caratteristica di essere flessibile.

vale a dire che flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative e spiacevoli.

Nella depressione il Tono dell'Umore perde la sua flessibilità, fissandosi verso il basso.

e non è più influenzabile dalle situazioni esterne favorevoli.

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

Diffusione della Depressione

I più recenti studi sulla diffusione della depressione attestano che si tratta di un disturbo molto diffuso tanto da assumere la caratteristica di malattia sociale. Dai dati in nostro possesso possiamo affermare che in Italia

Circa 8 milioni di persone soffrono di disturbi depressivi.

Vale la pena sottolineare che, per ogni persona che soffre di questo disturbo, almeno due/tre parenti ne sono coinvolti, anche se indirettamente.

Nonostante tale diffusione

Nel 70% dei casi suddetti disturbi non vengono diagnosticati e il costo sociale è di circa 14 MLD di Euro l'anno, laddove per costo sociale s'intende il numero di ore o giornate lavorative perse a causa del disturbo depressivo.

La depressione nelle donne

Gli studi statistici sulla distribuzione del fenomeno depressivo hanno messo in evidenza il fatto che la depressione colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini.

Ciò è determinato da una serie di motivi e i principali sono:

Motivi socio-economici

Spesso le donne ricevono condizionamenti sociali e culturali che forniscono loro scarsi strumenti di autostima e di sicurezza personale. Le donne inoltre sono soggette a pregiudizi riguardo al loro valore e alle loro capacità, hanno ancora difficoltà ad occupare posti di responsabilità, in molti casi non sono nemmeno inserite nel mondo del lavoro, non hanno un loro reddito e sono quindi in una condizione di debolezza economica. Dal punto di vista sociale ed economico le donne sono quindi in una condizione che predispone l'insorgenza di manifestazioni depressive.

Motivi biologici di tipo ormonale

Vi sono anche motivi di tipo ormonale che favoriscono tale predisposizione: basti pensare che l'organismo femminile è sottoposto mensilmente a sbalzi ormonali in coincidenza con il flusso mestruale, ed è anche sottoposto a vere e proprie tempeste ormonali in coincidenza delle gravidanze o del periodo della menopausa.

Maggiore disponibilità a denunciare la presenza del disturbo depressivo

Vi è ancora un altro elemento da sottolineare, che è il seguente: la donna è molto meno condizionata dal modello eroico cui l'uomo tende ad aderire e ciò comporta una sua maggiore disponibilità a denunciare la presenza di disturbi della sfera emotiva.

L'insieme di questi motivi spiega l'incidenza doppia nella donna dei disturbi di tipo depressivo.

I pregiudizi sulla depressione

Delle persone che soffrono di depressione, solo una minoranza (circa 25%) consulta lo specialista di competenza, cioè lo psichiatra. Ciò che s'interpone tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura è la presenza radicata di pregiudizi.

Primo tra tutti il fatto che la *depressione è vissuta con un senso di vergogna e di colpa* per cui vi è la tendenza a non parlarne, a tenerlo nascosto il più possibile.

Un altro riguarda la figura dello psichiatra che è il "*medico dei matti*" e può essere così esemplificato: "Lo psichiatra cura i matti: se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale".

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

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

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

Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è quello *della volontà* secondo il quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo.

Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolineare la falsità e i danni che ne derivano, poiché alimenta i già presenti sensi di colpa.

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- la volontà è la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione e che, quindi, può investire nelle proprie attività quotidiane;

- fa parte, però, del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre.

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

Cause della depressione

Gli psichiatri sono oggi concordi nell'affermare che una crisi depressiva non è determinata da una sola causa, ma dall'insieme di più concause.

I diversi elementi causali che possono concorrere nel determinare l'insorgenza di una crisi depressiva possono essere riassunti nel modo seguente.

Di solito chi si ammala di tali patologie è portatore di una *predisposizione individuale*, il cosiddetto *temperamento depressivo* nel senso che è più esposto di altri ad avere crisi di tipo depressivo.

Il temperamento depressivo viene descritto nel paragrafo successivo.

Bisogna comunque tenere presente che la predisposizione ad una malattia non equivale a dover necessariamente contrarre quella malattia.

Data l'importanza di questo concetto, cerchiamo di chiarirlo con un esempio. Il fatto che un soggetto abbia una predisposizione al diabete, che consiste in un'eccessiva quantità di "zuccheri" nel sangue, non equivale al fatto che sia diabetico né che debba necessariamente diventarlo. E' però probabile che, se segue una dieta molto ricca di carboidrati, sviluppi un disturbo diabetico più facilmente rispetto a chi non ha questo tipo di predisposizione.

Tornando ai disturbi depressivi ed ansiosi, perché si sviluppino è quindi necessario che, sulla predisposizione di base, si innestino fattori causali. Questi possono consistere in *conflitti nel macrocosmo sociale (ad esempio nell'ambiente di lavoro)* oppure *conflitti nel microcosmo sociale (ad esempio coniugali o genitori/figli)*.

Le cause possono essere anche di tipo psicologico personale e consistere in *conflitti personali intrapsichici: senso di insicurezza o scarsa autostima*.

In personalità predisposte tali problemi possono, anche se non necessariamente, dare origine ai disturbi depressivi.

E' importante individuare le cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi depressiva perché da ciò dipende la successiva indicazione per la terapia psicologica.

I sintomi della depressione

La depressione è caratterizzata da una serie di sintomi, di cui l'abbassamento del tono umorale è una condizione costante. Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali, lo stato depressivo

può essere vissuto come incapacità di provare un'adeguata risonanza affettiva o come spiccata labilità emotiva.

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

I pazienti avvertono un senso di noia continuo, *perdita di interesse o di piacere*, 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. Il paziente lamenta di non provare più affetto per i propri familiari, di sentirsi arido e vuoto, di non riuscire a piangere.

Nella depressione sono frequenti i disturbi dell'alimentazione che possono manifestarsi come *perdita o aumento dell'appetito*. Nel primo caso i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo che sembra privo di sapore, mangiano sempre di meno fino al punto di dover essere stimolati ad alimentarsi, lamentano secchezza delle fauci o bocca amara e ripienezza addominale.

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 aumento di peso, favorito anche dalla riduzione dell'attività motori.

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 poche ore, 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 pensa incessantemente alle disgrazie della vita e alle colpe del passato. In altri casi la fase depressiva può accompagnarsi ad un disturbo del sonno opposto al precedente, l'ipersonnia, cioè all'aumento delle ore di sonno: il paziente dorme anche 16-18 ore al giorno e ciò ha un chiaro significato difensivo nei confronti della sofferenza depressiva.

Tra i sintomi della depressione, *il rallentamento psicomotorio* è da considerarsi il più frequente e si manifesta sia con una riduzione dei movimenti spontanei sia con un

irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il linguaggio non è più fluido, 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 e si manifesta con una penosa sensazione di lentezza e di vuoto mentale. Altre volte può essere presente, al contrario, uno stato di agitazione psicomotoria, che si manifesta con irrequietudine, difficoltà a stare fermi, continua necessità di muoversi, di camminare, di contorcere le mani e le dita.

Il depresso è afflitto da un profondo *sensò di stanchezza e spossatezza*, non motivato dall'aver svolto fatiche fisiche.

Il paziente trova difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice.

Col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e così accentuata da ostacolare lo svolgimento di ogni attività.

La consapevolezza della propria aridità affettiva e della propria inefficienza portano il depresso a provare *sentimenti di autosvalutazione o di colpa* talora accompagnati da un incessante ruminare sui propri presunti sbagli e su colpe del passato.

Il futuro appare privo di speranza e il passato vuoto e inutile, valutato come pieno di errori commessi.

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

Il rallentamento delle funzioni psichiche superiori può essere così marcato da provocare *la riduzione di attenzione, concentrazione e memoria*, con conseguente riduzione delle proprie prestazioni intellettive.

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

Nei 2/3 dei pazienti sono presenti *pensieri ricorrenti di morte*.

Nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e non valga perciò la pena di essere vissuta.

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

Nei casi più gravi le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione 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 effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero.

Sintomi associati

Ai sintomi depressivi sono spesso associati *sintomi della serie ansiosa*.

E' frequentemente presente anche un *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 i pazienti mantengono un discreto funzionamento sessuale.

Sono inoltre spesso presenti

disturbi di alcune funzioni somatiche a livello dell'apparato digerente, cardiovascolare o urogenitale.

Nella depressione sono presenti delle variazioni di intensità dei sintomi. Tipica, ad esempio, è la *alternanza diurna: la sofferenza è più accentuata al mattino*. Il paziente al risveglio mattutino si sente maggiormente depresso e angosciato, mentre con il trascorrere del giorno, nelle ore pomeridiane o serali, avverte un lieve miglioramento della sintomatologia.

E' inoltre presente una periodicità stagionale e le stagioni più a rischio sono la primavera e l'autunno, periodi dell'anno in cui statisticamente è presente una maggiore incidenza del disturbo depressivo. Si tratta comunque di un dato statistico e sono possibili ciclicità individuali.

Come riconoscere la depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito dei precisi criteri per fare diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore.

Secondo il DSM IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri, si può fare diagnosi quando sono contemporaneamente presenti, da almeno due settimane, cinque (o più) dei seguenti sintomi:

- *umore depresso*
- *perdita di interesse o di piacere*
- *riduzione o aumento di peso (5% in un mese)*
- *insonnia o ipersonnia*
- *agitazione o rallentamento psicomotorio*
- *spossatezza fisica (astenia)*
- *autosvalutazione o senso di colpa*
- *difficoltà di concentrazione/indecisione*
- *pensieri di morte/ideazione suicidaria*

Quando sono presenti *cinque o più sintomi dei suddetti sintomi da almeno due settimane*, tali da determinare *disagio significativo nel funzionamento lavorativo/sociale/relazionale*, si può parlare di stato depressivo in fase acuta e si rende necessario l'intervento dello specialista per l'inizio di una terapia specifica.

Sintomi segnalatori della depressione

Dott. Fabrizio Boccardo

I sintomi segnalatori del Disturbo Depressivo

La presente ricerca, svolta dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, è stata svolta su un campione di 185 pazienti, le cui caratteristiche verranno specificate in seguito.

I soggetti sono stati esaminati durante il periodo di un anno, tra il 2005 e 2006 e i risultati della ricerca sono stati presentati durante il Convegno, organizzato dall'Associazione nell'Ottobre 2006, dal titolo: "Il paziente depresso e i suoi familiari" presso il "Centro Congressi Torino Incontra" di Torino. Viene riproposta all'interno del presente volume in quanto i risultati emersi sono costantemente confermati nella pratica clinica giornaliera e sono, quindi, attuali.

Pensiamo, inoltre, che tali dati possano permettere ai pazienti ed ai loro familiari di riconoscere i primi segnali della presenza di un Disturbo Depressivo, rendendo l'intervento terapeutico il più precoce possibile.

Caratteristiche del campione

Uno dei servizi offerti dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione consiste in un colloquio, a titolo gratuito, con uno/a psicologo/a a chi ne fa richiesta. Tale colloquio non ha scopo terapeutico, ma consiste in una consulenza per fornire indicazioni personalizzate sul percorso terapeutico da seguire a chi soffre di un disturbo depressivo o ansioso. Ha una durata media di 45 minuti alla fine dei quali il professionista, sulla base delle informazioni raccolte, fornisce al paziente le indicazioni su ciò che è più opportuno fare per curare il disturbo di cui soffre. Dopo il colloquio, inoltre, lo/a psicologo/a, compila una scheda dove riporta i principali dati raccolti, salvaguardando l'anonimato del richiedente e omettendo qualunque elemento che possa renderlo riconoscibile. Compila inoltre, quando si tratta di un paziente sofferente di un disturbo di tipo depressivo, una scala di valutazione dei Disturbi Depressivi, la Scala di Hamilton, che consente di avere una valutazione sulla gravità della depressione.

Il suddetto servizio è attivo dal marzo 2003 e fino ad ora sono stati svolti da parte degli psicologi e delle psicologhe dell'Associazione circa 800 colloqui. Siamo quindi in possesso di un abbondante materiale e tra questo abbiamo scelto di utilizzare i 185 colloqui e le relative Scale di Hamilton risalenti all'ultimo anno, riferiti cioè al periodo che va dal Settembre 2005 al Settembre 2006.

La Scala di Hamilton della Depressione

La Scala di Hamilton della Depressione (HAM-D) è stata ideata da Max Hamilton nel 1960 e destinata a valutazioni di tipo quantitativo in pazienti con disturbo depressivo. Oggi viene utilizzata a scopo di ricerca ed ha grande valore pratico per valutare la gravità del disturbo e i miglioramenti conseguenti ad un trattamento antidepressivo.

La scala contiene 17 variabili, ciascuna da valutare in scale a 3 o 5 punti. Viene compilata alla fine di un'intervista non strutturata e il valore della Scala è determinato dalla somma dei punti delle singole variabili. Una persona non sofferente di depressione totalizza un punteggio pari a 5-6. Un punteggio di 16-18 indica invece la presenza di un disturbo depressivo che necessita già di una terapia antidepressiva.

I pazienti raramente totalizzano un punteggio superiore a 35 e un punteggio di 30 è già indicativo di un grave stato patologico.

Tutte le scale di Hamilton del nostro campione hanno un punteggio compreso tra i 16 e i 25 e quindi appartengono a soggetti che soffrono di un disturbo depressivo di grado medio.

Cos'è la depressione

Entriamo ora nel vivo del nostro argomento e cominciamo a definire cos'è la depressione. Con tale termine intendiamo un disturbo del "tono dell'umore", funzione psichica importante nell'adattamento al mondo esterno e a quello interno. Tale funzione è flessibile, vale a dire

flette verso l'alto quando ci troviamo in situazioni positive, flette invece verso il basso quando ci troviamo in situazioni negative. Si parla di depressione quando il tono dell'umore perde tale flessibilità, si fissa verso il basso, non è più influenzabile da situazioni favorevoli. Parliamo ora dei sintomi della depressione, presentandoli prima nelle loro caratteristiche generali e poi confrontandoli con ciò che abbiamo riscontrato nel nostro campione di 185 pazienti.

Tono dell'umore depresso

Nelle fasi più lievi o in quelle iniziali l'abbassamento del tono dell'umore si manifesta in forma di marcata labilità emotiva, facilità al pianto e incapacità di provare una risonanza affettiva adeguata alle situazioni.

Nelle fasi acute sono presenti incapacità di provare gioia e piacere, perdita dello slancio vitale, profonda tristezza, senso di disperazione.

Il paziente lamenta di non provare più affetto per i suoi cari, di non riuscire a piangere, di sentirsi arido e vuoto. Nei pazienti del nostro campione ciò è espresso come segue:

Manifestano tali sentimenti solo se interrogati: 48 soggetti (26%)

Esprimono spontaneamente tali sentimenti: 80 soggetti (43%)

Li esprimono con messaggi verbali e non verbali: 57 soggetti (31%)

Quindi il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e, nella grande maggioranza dei casi, tali sentimenti sono espressi direttamente in maniera spontanea o indirettamente con messaggi non verbali.

Sentimenti di colpa

Sentimenti di *autosvalutazione e inadeguatezza* sono di solito presenti nel corso di una depressione. Il paziente *prova sentimenti di colpa*, vede il futuro privo di speranza e il passato pieno di errori commessi. Può anche giungere a ritenere se stesso responsabile dei propri disturbi: convinto di poter "star meglio facendo uno sforzo", si giudica *colpevole* per la propria pigrizia, il proprio comportamento ed il proprio egoismo.

Nel nostro campione i sentimenti di colpa sono così distribuiti:

- *Assenti in 87 soggetti (46%)*

- *Autoaccusa e convinzione di aver deluso tutti sono presenti in 64 soggetti (35%)*

- *Le idee di colpa o il rimuginare su errori e colpe passati sono presenti in 34 soggetti (18%)*

Sono quindi 108, cioè il 53%, i pazienti del nostro campione che presentano sensi di colpa. In generale, il riscontro della pratica clinica evidenzia che, man mano che si accentua la gravità del disturbo, i sentimenti di autoaccusa e le idee di colpa sono presenti in modo più frequente

ed accentuato. La presenza di sentimenti di colpa è quindi un indice di gravità del quadro depressivo.

Disturbi del sonno

L'*insonnia* è una delle principali manifestazioni della depressione. E' presente in varie forme: può consistere in una difficoltà ad addormentarsi oppure in un'insonnia centrale, cioè con numerosi risvegli durante la notte, oppure in un risveglio nelle prime ore del mattino. In tal caso il depresso riferisce di addormentarsi subito, ma di svegliarsi dopo poche ore, di non riuscire più a dormire e di essere costretto ad alzarsi alcune ore prima rispetto all'orario abituale. Durante le ore di veglia notturna è aggredito da sensi di colpa riferiti al passato, da pensieri negativi rivolti al futuro.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- *Nessun problema in 28 soggetti (15%)*
- *Insonnia iniziale in 24 soggetti (13%)*
- *Insonnia centrale in 34 soggetti (18%)*
- *Insonnia ritardata in 99 soggetti (54%)*

I disturbi del sonno sono quindi frequenti e il tipo d'insonnia nettamente prevalente è quella ritardata, caratterizzata da un risveglio molto precoce, alle 2-3 di notte. Sono invece poco presenti i disturbi del sonno relativi alle prime ore di sonno, tipo d'insonnia più frequente nei disturbi della serie ansiosa.

Lavoro e interessi

L'abbassamento del tono dell'umore determina una marcata riduzione d'interesse per le normali attività e sentimenti d'inadeguatezza nello svolgimento del lavoro abituale. Quello che prima era semplice appare difficile e irrisolvibile. Il paziente riduce sempre di più la sua partecipazione alla vita sociale, tende a chiudersi in se stesso, perde i suoi precedenti interessi.

Nel nostro campione la situazione è la seguente:

- *Nessuna difficoltà in 30 soggetti (16%)*
- *Sentimenti d'incapacità e inadeguatezza in 65 soggetti (35%)*
- *Perdita d'interesse per le attività lavorative e ludiche in 78 soggetti (42%)*
- *Hanno cessato di lavorare a causa della malattia 12 soggetti (6%)*

Solo in una piccola percentuale di pazienti (16%) l'attività lavorativa e l'ambito degli interessi non sono coinvolti dalla presenza di un disturbo depressivo. Nella grande maggioranza dei casi, invece, sono presenti la perdita d'interesse e sentimenti d'incapacità e inadeguatezza nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Solo in 12 casi il disturbo ha raggiunto una gravità tale da causarne l'interruzione.

Variazioni diurne

Per quanto riguarda l'intensità dei sintomi, sono di solito presenti variazioni diurne: il paziente si sente maggiormente depresso e angosciato al risveglio mattutino, mentre si sente meglio nelle ore pomeridiane e soprattutto in quelle serali.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- Nessuna variazione in 37 soggetti (20%)
- Sintomi più accentuati la sera in 24 soggetti (13%)
- Sintomi più accentuati al mattino in 124 soggetti (67%)

Solo in una piccola parte di pazienti non si riscontra alcuna variazione dell'intensità dei sintomi durante l'arco della giornata. Nella stragrande maggioranza dei casi, invece, questa variazione è presente, con una maggiore accentuazione dei sintomi nelle ore mattutine.

Sintomi ansiosi

Spesso, accanto ai sintomi depressivi, sono presenti anche quelli ansiosi e l'ansia può presentarsi in forma psichica o somatizzata.

L'ansia psichica si manifesta sotto forma di tensione soggettiva, irritabilità o presenza di preoccupazioni per questioni poco importanti.

L'ansia somatizzata può manifestarsi sotto forma di sintomi gastrointestinali (secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione), cardiovascolari (palpitazioni, cefalea), respiratori (iperventilazione, sospiri), genito-urinari (pollachiuria).

Nel campione da noi esaminato riscontriamo quanto segue:

- Tensione soggettiva e irritabilità in 85 soggetti (46%)
- Preoccupazioni per questioni di poco conto in 47 soggetti (25%)
- Aspetti somatici dell'ansia in 53 soggetti (29%)

La maggior parte dei pazienti presenta ansia prevalentemente psichica, sotto forma di tensione soggettiva e irritabilità o di un eccesso di preoccupazione per questioni di poco conto. Solo 53 su 185 presentano invece manifestazioni di tipo ansioso in forma somatizzata, cioè con somatizzazioni gastriche, intestinali o cardiovascolari.

Variazioni del peso corporeo

Nella depressione sono frequenti *riduzione dell'appetito* e *sintomi gastrointestinali*: i pazienti riducono progressivamente l'introduzione di cibo e debbono essere stimolati ad alimentarsi.

La riduzione dell'alimentazione può determinare un marcato *dimagrimento* e, nei casi più gravi, veri e propri stati di *malnutrizione*.

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

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- *Nessuna variazione in 103 soggetti (55%)*
- *Perdita di peso corporeo (1 Kg/Sett.) in 72 soggetti (40%)*
- *Aumento del peso corporeo in 10 soggetti (5%)*

Più della metà dei soggetti non presenta variazioni del peso corporeo e ciò è dovuto al fatto che i pazienti del nostro campione soffrono di forme depressive di gravità media.

Tra coloro che, invece, hanno presentato disturbi alimentari, prevale nettamente la perdita di peso conseguente alla riduzione dell'alimentazione. Solo in dieci casi si è manifestato il fenomeno opposto, cioè aumento del peso conseguente a iperfagia.

Rallentamento - Agitazione

Nel paziente depresso è spesso presente un *rallentamento psicomotorio* che si presenta sotto forma di riduzione dei movimenti spontanei e, nei casi più gravi, di irrigidimento della mimica che può configurare un aspetto inespressivo. Il *linguaggio* perde la sua fluidità, s'impovertisce la varietà dei temi e dei contenuti delle idee, le risposte sono brevi, talora monosillabiche.

Il rallentamento si esprime anche sul *piano ideativo* con una sensazione di lentezza e di vuoto mentale e un netto calo *dell'attenzione, della concentrazione e della memoria*.

E' presente inoltre *astenia*, cioè un senso di spossatezza non motivato dall'aver svolto attività fisiche faticose e che può essere di entità tale da rendere difficile intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice.

Il rallentamento ideomotorio può, in alcuni casi, determinare l'incapacità *di prendere qualunque decisione*, determinando un blocco talora completo dell'azione.

Vi sono quadri depressivi in cui, al contrario, è presente 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.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

- *Pensiero e linguaggio normali in 121 soggetti (65%)*
- *Lieve rallentamento in 46 soggetti (25%)*
- *Evidente rallentamento in 11 soggetti (6%)*
- *Stato d'irrequietezza in 7 soggetti (4%)*

Nella maggior parte dei pazienti non si evidenziano rallentamento ideativo o alterazioni del linguaggio e ciò è conseguente al livello medio di gravità dello stato depressivo dei soggetti del campione.

Solo in 46 casi si evidenzia un lieve rallentamento, mentre un evidente rallentamento o uno stato d'irrequietezza è presente rispettivamente in 11 e 7 casi.

Ipocondria

Durante un episodio depressivo si presenta frequentemente, specialmente nelle persone anziane, un eccesso di preoccupazione per le proprie condizioni fisiche, non supportata da motivazioni di tipo medico. Il paziente polarizza la propria attenzione sul proprio corpo, sviluppa molte preoccupazioni per la propria salute, richiede frequenti esami di accertamento diagnostico e può arrivare a sviluppare la ferma convinzione di avere una malattia somatica, anche di fronte alla negatività degli esami effettuati.

Nel campione da noi esaminato la situazione è la seguente:

- Assente in 90 soggetti (49%)
- Polarizzazione sul proprio corpo in 77 soggetti (41%)
- Frequenti lamentele e richieste di aiuto in 18 soggetti (10%)

In circa la metà dei pazienti non sono presenti preoccupazioni ipocondriache e, quando invece sono presenti, riguardano prevalentemente il proprio corpo.

Lamentele e richieste di aiuto sono presenti in un numero ridotto di casi.

Propositi di suicidio

L'ideazione suicida si sviluppa lentamente: 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 può essere programmato con piani minuziosi fino alla sua messa in atto.

Il depresso può giungere a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza in seguito alla convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e alla conseguente perdita della speranza.

Dalla valutazione del rischio suicida dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o di optare per un ricovero.

Nel campione da noi esaminato riscontriamo:

- Assenti in 144 soggetti (78%)
- Vorrebbe morire in modo accidentale in 27 soggetti (14%)
- Propositi di suicidio in 10 soggetti (5%)
- Tentativi di suicidio in 4 soggetti (2%)

Data la gravità di grado medio del disturbo depressivo di cui soffrono i pazienti del nostro campione, nella maggior parte dei casi sono assenti idee di suicidio e, se presenti, si

manifestano come generico desiderio di morire, lasciando comunque al fato il compito di determinare la morte. Solo in 10 casi è presente un'ideazione suicida associata ad una certa progettazione e in 4 casi erano stati effettuati tentativi di suicidio.

Riconoscere la depressione

Abbiamo quindi passato in rassegna i sintomi presenti nei pazienti sofferenti di un disturbo depressivo, esaminandoli sia da un punto di vista generale sia con riferimento ad un campione di 185 pazienti con un disturbo depressivo di gravità media. Abbiamo quindi avuto modo di vedere che la frequenza di tali sintomi dipende sostanzialmente dalla gravità del quadro depressivo: tanto più grave è la depressione, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti e, ovviamente, tanto maggiore è la quantità dei sintomi presenti, tanto più grave è il disturbo depressivo. Dal momento che lo scopo di questo lavoro è di rendere più facile a parenti e conoscenti di pazienti depressi l'individuazione dei segnali che devono indurre l'intervento terapeutico, facciamo una breve sintesi di quanto finora detto. Quando è presente una depressione, il tono dell'umore è sempre volto verso il basso e si manifesta come spiccata emotività, facilità al pianto, tendenza all'isolamento, riduzione dello slancio vitale e della gioia di vivere. Il familiare, quindi, deve entrare in allarme nel momento in cui si verificano modificazione del carattere del suo congiunto e acquisizione delle suddette caratteristiche.

Sono associati, comunque, altri sintomi. In ordine di frequenza: possono essere presenti sensi di colpa immotivati, disturbi del sonno, il più delle volte caratterizzati da un risveglio molto precoce, riduzione delle capacità lavorative a causa della riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, perdita degli interessi personali. Spesso il familiare comunica di stare meglio nelle ore serali, mentre quelle mattutine sono le peggiori in quanto caratterizzate da un marcato stato di angoscia. Molto frequenti sono i sintomi di ansia, prevalentemente sotto forma di tensione soggettiva e aumento della irritabilità. Nei soggetti più anziani possono anche essere presenti preoccupazioni eccessive per le proprie condizioni fisiche, sotto forma di preoccupazioni ipocondriache. Tutti i sintomi finora descritti sono riscontrabili in depressioni di gravità media.

Nelle forme depressive più gravi è possibile riscontrare anche rallentamenti motori o ideativi, variazioni del peso corporeo, il più delle volte sotto forma di perdita di peso, e propositi di suicidio, sotto forma di fantasie di morte accidentale o di veri e propri propositi anticonservativi.

Tenendo presenti i segnali indicatori descritti, il familiare potrà rendersi conto sia della presenza di una depressione sia della sua gravità e potrà quindi accelerare la consultazione del medico per mettere in atto gli interventi terapeutici necessari.