

Salvatore Di Salvo

Depressione e ansia nelle diverse fasi della vita



edizioni
libreria cortina
torino

Indice

<i>Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa</i>	pag. 3
<i>Presentazione dell'Associazione</i>	pag. 4
<i>La depressione nelle diverse fasi della vita</i>	
<i>La Depressione nell'infanzia</i>	pag. 10
<i>I sintomi - Diagnosi - Trattamento</i>	
<i>Depressione e adolescenza</i>	pag. 15
<i>Evoluzione e depressione - Modello psicologico relazionale - Diffusione della depressione nell'adolescenza - I sintomi della depressione nell'adolescenza - Distimia - Disturbo depressivo stagionale - Stati misti dell'umore - Disturbo Bipolare - Disturbi dell'Adattamento - Lutto non complicato - Diagnosi differenziale della depressione nell'adolescenza - Come riconoscere la depressione nell'adolescente - Terapia della depressione nell'adolescenza</i>	
<i>Depressione e invecchiamento</i>	pag. 20
<i>Aspetti cognitivi - Aspetti psicologici - Fattori dell'invecchiamento mentale - Psicopatologia dell'invecchiamento</i>	
<i>La depressione nell'anziano: clinica e terapia</i>	pag. 28
<i>Diffusione - Cause delle depressioni ad insorgenza tardiva - Sintomi e decorso della depressione dell'anziano - Episodio singolo e depressione ricorrente - Terapia farmacologica</i>	
<i>La depressione nell'anziano: domande e risposte</i>	pag. 33
<i>Come riconoscere in un anziano l'inizio di una depressione? - Come si fa a capire se i disturbi della memoria sono legati all'invecchiamento precoce del cervello oppure alla depressione? - Si può curare una persona depressa anche se molto anziana? - Perché le dosi di farmaci antidepressivi devono essere ridotte nell'anziano? - E' meglio ricoverare il depresso anziano o è preferibile curarlo a casa? - E' importante che l'anziano depresso abbia una compagnia?</i>	
<i>La depressione nella donna</i>	
<i>Sindrome premestruale</i>	pag. 37
<i>Cause della sindrome premestruale - Quadro clinico e problemi diagnostici - Terapia</i>	
<i>Depressione e interruzione di gravidanza</i>	pag. 40
<i>Il lutto e il cordoglio - Complicanze psichiche dell'interruzione di gravidanza Alcuni quesiti</i>	

<i>Depressione e gravidanza</i>	pag. 43
<i>Introduzione - Disturbi psichici in gravidanza - Terapia</i>	
<i>Depressione e antidepressivi in gravidanza</i>	pag. 46
<i>Antidepressivi assunti prima dell'inizio della gravidanza - Gravidanza e Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) - Ansiolitici e gravidanza - Antidepressivi e allattamento - Antidepressivi assunti dopo l'inizio della gravidanza - Conclusioni</i>	
<i>Depressione postpartum</i>	pag. 49
<i>Fattori di rischio - Quadri clinici - Maternity Blues - Depressione Minore – Depressione Maggiore - Psicosi puerperale - Terapia</i>	
<i>Depressione e menopausa</i>	pag. 56
<i>Climaterio e menopausa - Fattori biologici - Fattori socioculturali - Fattori psicologici - Quadro clinico e problemi diagnostici - Terapia</i>	
<i>Depressione: domande e risposte</i>	
<i>Le domande più frequenti dei pazienti</i>	pag. 61
<i>Le domande più frequenti dei parenti</i>	pag. 70
<i>I giovani e i Disturbi depressivi e ansiosi</i>	
<i>Una Ricerca svolta dall'Associazione</i>	pag. 80
<i>Testimonianze</i>	
<i>Racconti di esperienze</i>	pag. 92

Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta la *Collana di Psichiatria Divulgativa* di cui sono già stati pubblicati “La cura della depressione: farmaci o psicoterapia” (2011), “Il paziente depresso e i suoi familiari” (2012) e “Riconoscere e curare l'ansia e il panico” (2013).

Il presente è il quarto volume della Collana ed ha il titolo “**Depressione e ansia nelle diverse fasi della vita**” e tratta delle diverse forme assunte dal Disturbo Depressivo nelle varie fasi della vita dell'uomo e, in particolare, della donna

La Collana sarà composta da cinque volumi, pubblicati a cadenza annuale, che non saranno in vendita presso le librerie, ma distribuiti gratuitamente presso la sede dell'Associazione fino all'esaurimento della tiratura di 500 copie per libro.

Di ogni volume verrà anche fatta una versione in formato pdf che sarà inviata, *a titolo totalmente gratuito*, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione assodep@tiscali.it.

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

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

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

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

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

Presentazione dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

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

I servizi dell'Associazione

Il servizio di Ascolto

E' un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 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 desiderava aprirsi, parlare di sé, esporre i suoi problemi a persone competenti. E' anche un primo momento di supporto psicologico ed è possibile ricevere informazioni relative agli specialisti cui rivolgersi, alle possibili terapie da intraprendere e a 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 www.depressione-ansia.it, la cui nuova versione è stata pubblicata nell'Ottobre 2012, 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 Audiovisivi* del sito dell'Associazione.

Gli altri servizi

- *Campagne informative*: periodicamente l'Associazione organizza 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 Campagne finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.

- *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.

- *Gli incontri con i familiari*: gli psicologi dell'Associazione si rendono disponibili ad incontri gratuiti con familiari, amici e conoscenti di chi soffre di un Disturbo Depressivo o di Disturbi d'Ansia, durante i quali vengono date indicazioni sul comportamento da adottare per essere loro di aiuto.

- *I Convegni*: annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentati i lavori di ricerca svolti dall'Associazione.
- Dalla Sezione Pubblicazioni Gratis del sito www.depressione-ansia.it è possibile scaricare gratuitamente, *sia in formato pdf sia in quello ePub*, i libri e gli opuscoli pubblicati a cura dell'Associazione, compresi i volumi della Collana di Psichiatria Divulgativa.

La biblioteca dell'Associazione

Opuscoli

A cura dell'Associazione sono stati pubblicati i seguenti opuscoli

Il male curabile (1997)

La depressione oggi (1998)

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

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

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

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

La terapia psicologica (2012)

La cura con i farmaci (2012)

Libri

A cura dell'Associazione sono stati pubblicati i seguenti libri

Salvatore Di Salvo

Iniziazione analitica e iniziazione sciamanica.

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1996.

Salvatore Di Salvo

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

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001

Salvatore Di Salvo

Depressione, ansia e panico: percorsi di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003

Salvatore Di Salvo

La psicoterapia individuale

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005

A cura di Salvatore Di Salvo

Storie di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

Salvatore Di Salvo

Dalla depressione si esce

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

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

*Tutti i libri e gli opuscoli sono scaricabili gratuitamente dalle Sezione
Pubblicazioni Gratis del sito www.dewpressione-ansia.it*

La depressione nelle diverse fasi della vita

La Depressione nell'infanzia

I sintomi

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, oltre l'area emotiva, anche quella cognitiva, sociale, fisica e neurovegetativa.

Nel caso di depressione, la *tristezza* si manifesta in forma grave e duratura, viene descritta come un dolore che “fa molto male”, “non si può sopportare” e non è in relazione con eventi negativi. Difficilmente basterà qualcosa di piacevole per distrarre il bambino e, se qualcosa riesce a rallegrarlo, il miglioramento dell'umore sarà di breve durata. Uno dei criteri descritti dal DSM-IV per determinare la gravità della tristezza nella diagnosi di depressione è che il bambino si senta triste per almeno tre ore al giorno, per un minimo di tre giorni la settimana e che la tristezza non sia totalmente attribuibile ad eventi negativi.

Un'altra emozione comune tra i bambini depressi è la *rabbia*, a volte prevalente rispetto alla tristezza, che può manifestarsi in forma di lieve irritabilità e senso di fastidio 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 connessione 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.

Secondo il DSM-IV il sintomo diviene significativo quando dura per almeno metà della giornata e si ripete almeno tre volte la settimana.

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.

A completamento dei sintomi di tipo emozionale è da sottolineare che la *tendenza al pianto* è più spesso presente rispetto agli altri bambini e le lacrime sono slegate da 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 rispetto

agli altri bambini. Spesso è anche presente il sentimento di *perdita della speranza* rispetto al futuro. Il bambino depresso fatica ad intravedere soluzioni positive ai suoi problemi e, quando la disperazione diventa totale, può arrivare a credere che l'unica via di uscita sia il suicidio. L'idea della morte può anche presentarsi in forma di paura per la scomparsa di persone care. Altro sentimento diffuso è *il senso di colpa*, sotto forma di rimorso per essersi comportati male. Costituisce un sintomo quando si presenta per periodi lunghi e riguarda situazioni di cui il bambino non può oggettivamente essere ritenuto responsabile.

Nell'area cognitiva i bambini depressi hanno spesso *un'autovalutazione negativa*. 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.

Spesso è presente *difficoltà di concentrazione* più o meno accentuata e può accadere che non riesca a concentrarsi su nulla anche quando si sforza di farlo. Tale difficoltà, associata ai sintomi descritti in precedenza, determina il *calo del rendimento scolastico* che può anche essere molto evidente.

All'inizio della depressione il bambino ha tendenza ad isolarsi e a ridurre sensibilmente il tempo dedicato a parlare o a giocare con gli altri bambini.

Per quanto riguarda i sintomi fisici e neurovegetativi, sono presenti *senso di affaticamento*, sensazione continua di stanchezza e mancanza d'energia. Il bambino si sente stanco o bisognoso di riposo per la maggior parte del giorno e può anche arrivare a sentire di non avere energia per muovere gambe o braccia.

Il *rallentamento psicomotorio* si verifica quando i movimenti corporei e i tempi di reazione si rallentano in modo oggettivo ed evidente. Il bambino appare sempre esausto e si muove come se fosse trattenuto da pesi invisibili.

Anche il linguaggio può essere disturbato: può parlare più lentamente o con voce bassa e monotona e può aver bisogno di tempi lunghi per poter formulare le risposte ad eventuali domande.

Un discorso a parte merita il comportamento opposto a quello appena descritto: il bambino depresso può, infatti, presentare *agitazione psicomotoria*. In questo caso non riesce a stare fermo, è spinto a muoversi in continuazione, è spesso irritabile e arrabbiato e può mettere in atto frequenti comportamenti aggressivi verso se stesso o verso gli altri.

Disturbi somatici diffusi sono mal di testa, dolori allo stomaco, alla schiena, alle gambe. Per tali disturbi non si rilevano cause oggettive, ma sono comunque d'intensità tale da interferire con lo svolgimento delle attività quotidiane.

La depressione può anche determinare *alterazioni dell'appetito*. La quantità di cibo assunta può diminuire lievemente o molto, fino a causare l'arresto del normale aumento di peso. Può anche verificarsi, al contrario, l'aumento della sensazione di fame e, di conseguenza, del cibo assunto e del peso.

Frequenti sono i disturbi del sonno che possono manifestarsi con diverse modalità: il bambino può avere serie difficoltà a addormentarsi oppure può desiderare di dormire per un tempo superiore a quello normale per la sua età (ipersonnia).

Diagnosi

Il DSM-IV indica tre categorie di disturbi depressivi:

1 - La depressione maggiore che, oltre alla tristezza o mancanza di piacere, include almeno altri quattro dei seguenti sintomi:

- assenza o diminuito interesse per le attività solite;
- disturbi dell'alimentazione e un insolito aumento o diminuzione di peso;
- disturbi del sonno;
- rallentamento psicomotorio o agitazione psicomotoria;
- affaticamento;
- autovalutazioni negative o eccessivo senso di colpa;
- difficoltà di concentrazione;
- pensieri ricorrenti di morte, ideazione o comportamenti anticonservativi.

Per poter porre diagnosi di depressione maggiore è necessario che quattro o più di questi sintomi siano presenti ogni giorno per un periodo di almeno due settimane.

2 - Il disturbo distimico (o depressione minore), in cui i sintomi descritti in precedenza sono meno gravi e duraturi. Il disturbo distimico è caratterizzato dalla presenza di tristezza associata ad almeno due dei seguenti sintomi:

- affaticamento;
- disturbi del sonno;
- autovalutazioni negative;

- riduzione della concentrazione;
- riduzione delle prestazioni scolastiche;
- chiusura sociale;
- mancanza di piacere;
- irritabilità o scoppi di rabbia;
- incapacità di rispondere con piacere a lodi e ricompense;
- livelli medi di rallentamento psicomotorio;
- autocommiserazione o disperazione;
- tendenza eccessiva al pianto;
- pensieri ricorrenti di morte o di suicidio.

3 - Nei disturbi depressivi non altrimenti specificati rientrano le patologie che non soddisfano i criteri di diagnosi della depressione maggiore e del disturbo distimico.

Trattamento

Il trattamento della depressione nel bambino può essere considerato un processo a tre fasi.

La prima comprende la diagnosi, la valutazione della severità della sintomatologia, l'informazione del paziente e dei familiari circa la natura del disturbo, la valutazione delle difficoltà presenti e la scelta delle modalità di trattamento.

La seconda riguarda i trattamenti diretti al miglioramento dei sintomi e delle difficoltà associate al disturbo.

La terza comprende la valutazione dell'andamento del quadro clinico, l'eventuale revisione del trattamento e la riformulazione di nuovi obiettivi terapeutici.

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

Altro punto importante è decidere quale sia l'ambiente ottimale per il trattamento. Anche se l'obiettivo principale è di ricorrere il meno possibile a condizioni restrittive, l'eventualità dell'ospedalizzazione o di un momentaneo allontanamento dal nucleo familiare deve essere presa in considerazione quando la famiglia non è in grado di assicurare un'adeguata assistenza, quando l'irritabilità e l'agitazione psicomotoria sono tali da compromettere i rapporti con i compagni o i familiari per i potenziali scoppi di aggressività fisica o quando vi è un problema diagnostico, come ad esempio la possibilità che si tratti di un primo episodio psicotico.

Depressione e adolescenza

Nella letteratura sull'adolescenza si fa spesso riferimento a vissuti d'inutilità e pessimismo, sentimenti di colpa o vergogna, di delusione, d'isolamento, di bassa autostima che si alternano a momenti di grandiosità, di onnipotenza oppure di agitazione o collera vera e propria. Anche al di fuori dell'ambito clinico la quotidianità dell'adolescente è spesso costellata da lunghe ore d'inattività che possono improvvisamente lasciare il posto a violente passioni in presenza di uno stimolo adeguato, pur mantenendo una sorta di noia o disinteresse di fondo.

E' nota, nell'adolescente, la presenza di tratti depressivi del tutto simili a quelli dell'adulto ed è, quindi, necessario differenziare la depressione come normale fenomeno dell'età adolescenziale dalla malattia depressiva vera e propria. La distinzione tra aspetti fisiologici e patologici non è comunque facile e bisogna distinguere i fattori biologici da quelli esistenziali.

Evoluzione e depressione

Possiamo affermare che la depressione costituisce una tappa imprescindibile del processo evolutivo ed è stata descritta da molti autori come 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 ad un vissuto depressivo che potrà trasformarsi in malattia vera e propria.

Modello psicologico relazionale

Secondo tale modello le problematiche relazionali all'interno della famiglia sono le cause prevalenti dei disturbi depressivi. I racconti dei pazienti riferiscono spesso eccessiva

protettività materna e, per quanto riguarda il padre, sostanziale disinteresse 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 ad una separazione dal nucleo familiare.

L'ambiente familiare può, invece, avere un ruolo protettivo e rassicurante quando la reazione depressiva è scatenata dal fallimento di una relazione amorosa, da una difficoltà scolastica o da crisi della relazione col gruppo amicale.

Diffusione della depressione nell'adolescenza

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. In Europa, secondo le statistiche dell'Unione Europea, il 4% degli adolescenti tra i 12 e i 17 anni soffre di depressione grave e la percentuale sale al 9% intorno ai 18 anni.

I sintomi della depressione nell'adolescenza

Non è semplice, dal punto di vista clinico, la distinzione tra il disturbo depressivo ed altre manifestazioni psicopatologiche, in particolare i disturbi di personalità; inoltre nell'adolescente spesso si associano condotte quali abuso di sostanze, gesti impulsivi, sintomi della sfera psicosomatica.

Secondo i criteri del DSM-IV 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. E' possibile fare diagnosi di depressione quando sono presenti contemporaneamente da almeno due settimane i seguenti sintomi:

- Rallentamento psicomotorio, ideativo e della verbalizzazione, accompagnato dalla percezione della lentezza del trascorrere del tempo, apatia e disinteresse per le attività giornaliere.
- Disturbi della sfera psico-fisica come anoressia, bulimia, marcati disturbi del sonno.

- Tristezza e apatia di entità tale da assumere caratteristiche di disperazione, isolamento, timidezza paralizzante, pianto immotivato, eccessivo adattamento alle convenzioni del gruppo e incapacità di prendere decisioni personali.

- Angoscia e agitazione accompagnate da abuso di sostanze stupefacenti o alcool, comportamenti delinquenti, aggressività contro gli altri e contro di sé, fino a condotte suicidarie. Queste costituiscono un rischio serio in quanto l'adolescente tende ad agire secondo la legge del "tutto o nulla": i più recenti dati statistici dicono che il suicidio è ormai la seconda causa di morte tra i 15 e i 19 anni, con una percentuale triplicata negli ultimi trent'anni.

Descriviamo di seguito le più frequenti forme di manifestazione del disagio depressivo nella fase adolescenziale.

Distimia

Prende questo nome il disturbo depressivo che si manifesta, come nell'adulto, con affaticamento, scarsa autostima, difficoltà a concentrarsi, sentimenti di abbandono, senso di solitudine, incremento o diminuzione del sonno e dell'appetito. Non sono presenti periodi superiori ai due mesi liberi dai sintomi. La distimia può essere anche preludio ad un disturbo depressivo maggiore nell'età adulta.

Disturbo depressivo stagionale

Come accade per gli adulti, anche negli adolescenti può essere presente un disturbo affettivo stagionale che si manifesta in genere tra ottobre e novembre, periodo in cui è presente lo stress della ripresa dell'anno scolastico. Tale coincidenza rende più difficile la diagnosi differenziale tra disturbo affettivo stagionale vero e proprio ed altri tipi di disturbi dell'umore.

Stati misti dell'umore

Molto spesso negli adolescenti il disturbo bipolare dell'umore si manifesta con stati misti, in cui è presente un'alternanza del livello dell'umore a cicli rapidi. Questa situazione clinica può essere confusa con un generico disturbo del comportamento adolescenziale, soprattutto in soggetti con elevata irascibilità o comportamento deviante. Infatti gli stati misti possono essere accompagnati da abuso di sostanze e va quindi valutata la differenza da altri disturbi dell'umore con andamento non misto.

Disturbo Bipolare

Gli sbalzi di umore tipici del disturbo bipolare vanno differenziati da quelli presenti nelle fasi iniziali di un disturbo schizofrenico. Può anche risultare problematico distinguere il rallentamento depressivo da quello schizofrenico, l'apatia schizofrenica da quella depressiva. Tuttavia, attenendosi ai criteri diagnostici del DSM-IV validi per l'adulto, è possibile fare, con una buona sicurezza, la diagnosi di Disturbo Bipolare anche nell'adolescente.

Disturbi dell'Adattamento

In questa situazione clinica i sentimenti di tristezza, solitudine e vuoto che si presentano sono riconducibili ad eventi stressanti chiaramente identificabili. Per poter fare tale diagnosi i sintomi devono iniziare a manifestarsi entro tre mesi dall'evento stressante e non devono avere una durata superiore ai sei mesi. Nei bambini e negli adolescenti il disturbo si manifesta soprattutto con riduzione del rendimento scolastico e difficoltà nei rapporti interpersonali.

Lutto complicato

Un quadro depressivo completo può manifestarsi in seguito ad un lutto avvenuto nei tre mesi precedenti. Prevalgono la perdita dell'appetito e di peso, insonnia, difficoltà nelle relazioni sociali, perdita d'interessi e raramente rallentamento psicomotorio. Nel caso di adolescenti e bambini spesso questo avviene come reazione alla perdita di uno dei due genitori.

Diagnosi differenziale della depressione nell'adolescenza

Come accennato in precedenza, nell'adolescenza la depressione può essere accompagnata da comportamenti devianti o altra sintomatologia clinica che ne rende più complessa l'identificazione diagnostica. Una di tali complicanze è spesso l'abuso di alcool o di altre sostanze spesso assunte allo scopo di lenire il dolore depressivo non riconosciuto. In tali casi è importante venire a conoscenza della storia dell'adolescente per capire se i sintomi depressivi siano insorti prima o dopo l'assunzione di sostanze.

Può anche non essere facile la distinzione tra il disturbo borderline di personalità e il disturbo depressivo. Anche 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.

Come riconoscere la depressione nell'adolescente

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.

Terapia della depressione nell'adolescenza

La terapia deve comprendere anche l'intervento sulla famiglia che va sostenuta fornendo indicazioni sulle modalità per affrontare nella maniera migliore possibile il disagio del figlio. Tutto ciò salvaguardando il rapporto fiduciario tra il ragazzo e il curante perché, se venisse meno, la cura non sarebbe possibile.

E' anche importante che il curante non svolga azione di "mediatore" tra famiglia e adolescente in eventuali conflitti, perché anche in questo caso lo spazio terapeutico potrebbe essere compromesso.

In presenza di un disturbo dell'umore grave, la terapia farmacologica è necessaria quando i sintomi interferiscono nella vita sociale, scolastica e affettiva dell'adolescente, compromettendo il processo di crescita, o quando esiste il pericolo di comportamenti anticonservativi.

Se, invece, il disturbo dell'umore è più lieve e i sintomi non provocano interferenze con il processo di crescita, la psicoterapia costituisce la principale indicazione.

Depressione e invecchiamento

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.

Stereotipi, preconcetti e generalizzazioni hanno disegnato un quadro psicologico dell’anziano caratterizzato da difetti di memoria, difficoltà di apprendimento, rallentamento delle performance mentali, fragilità emotiva, egoismo, caduta degli interessi, perdita di creatività e progettualità. Bisogna comunque sottolineare che ogni generalizzazione è erronea e che è importante distinguere gli aspetti più propriamente cognitivi, quali memoria, attenzione, capacità di apprendimento, da quelli psicologici, quali gli aspetti emotivi e affettivi. Tali aspetti sono tra loro collegati, ma si possono comunemente osservare sfasature delle loro manifestazioni: vi sono anziani con memoria ancora intatta e senza segni di deterioramento cognitivo, ma spenti psicologicamente, vuoti, ripiegati in un vegetare e, viceversa, persone che non ricordano i nomi propri e rallentate nell’apprendere cose nuove, ma ancora capaci di slanci affettivi, di emozioni, di curiosità e di creatività.

La componente cognitiva dell’invecchiamento è conseguente all’involuzione della struttura del Sistema Nervoso Centrale e alla riduzione progressiva del numero di cellule nervose e delle loro connessioni.

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.

Aspetti cognitivi

Il più classico e conosciuto disturbo cognitivo dell’invecchiamento è quello a carico della memoria, in genere ben percepito dal soggetto. All’inizio il difetto non è notato da familiari e amici ma, quando si accentua, risulta evidente. Due sono le teorie principali sui disturbi della memoria nella vecchiaia: una è quella classica di Ribot, secondo la quale la perdita dei ricordi avverrebbe sistematicamente dai più recenti ai più antichi.

La concezione moderna, invece, tende a valutare l’importanza dell’intera personalità e tiene conto dei molteplici fattori psicologici che possono più o meno direttamente causare tali disturbi, facilitarne la comparsa e modellarne alcuni aspetti caratteristici.

Accanto ai disturbi della memoria è presente, nell'invecchiamento, il rallentamento dei processi cognitivi quali l'attenzione e la capacità di apprendimento, soprattutto in funzione della velocità.

Aspetti psicologici

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.

L'esperienza, l'abitudine alle frustrazioni ed un certo distacco dalle passioni determinano un atteggiamento più paziente, un umore più stabile, una certa indipendenza dalle convenzioni e dai compromessi.

Aspetto caratteristico della vecchiaia è l'*insicurezza*. La vecchiaia è l'età dei dubbi, dei forse: la paura di sbagliare è grande, non solo per l'esperienza degli errori accumulati negli anni, ma anche perché, in caso di errore, non c'è più tempo per ricominciare.

I *rapporti col passato* sono fondamentali per comprendere l'assetto psicologico dell'anziano. Il passato è ad un tempo la sua ricchezza e la sua dannazione: ricchezza per i vantaggi dell'esperienza e la possibilità di rifugio ideativo, dannazione per i ricordi, i rimorsi, i rimpianti. E' frequente la deformazione ottimistica degli eventi passati che si connotano di sentimenti piacevoli: della prova superata, del traguardo raggiunto, dello scampato pericolo, della dimostrata capacità di sopportare le avversità. Si formano così accoppiamenti che costituiscono stereotipi culturali: passato = bene, presente = male, gioventù = felicità, vecchiaia = dolore. A volte il passato è vissuto con prevalenti sentimenti di rimpianto per occasioni perdute, scelte errate, obiettivi mancati, iniziative che si dovevano intraprendere, decisioni che invece dovevano essere scartate. In molti casi il rimpianto non ha un contenuto preciso, ma assume i connotati della nostalgia, con la caratteristica miscela di malinconia e dolcezza, di aspetti positivi e negativi.

Strettamente connessi al concetto di futuro sono quelli di *speranza* e *progetto*. La speranza tende ad assumere lineamenti vaghi e incerti e si basa sul soddisfacimento dei bisogni primari della vita: avere cura del proprio corpo, nutrirsi, accudire la propria persona e le proprie cose.

Per quanto riguarda, invece, la progettazione, nell'anziano il deficit cognitivo non solo ne riduce la possibilità di realizzazione, ma ne compromette anche la proiezione nel futuro. La mancanza di progetti comporta noia e isolamento che si ripercuotono negativamente sull'efficienza mentale e sul tono dell'umore.

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.

Lo stretto collegamento tra adattamento e fattori di personalità conferma l'importanza della *preparazione e dell'educazione all'invecchiamento*. Le modalità di adattamento sono certamente diverse da persona a persona. È stato osservato, ad esempio, che nelle donne il disadattamento è spesso soggettivo, cioè più percepito soggettivamente che reale, mentre negli uomini avviene il contrario: in alcuni è importante la ricerca di un'occupazione alternativa dopo il pensionamento, in altri il compenso avviene con meccanismi sostitutivi, come ad esempio il passaggio da un'attività manuale ad una mentale o viceversa.

Fattori dell'invecchiamento mentale

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 perdita neuronale, la riduzione delle connessioni interneuroniche e le modificazioni dei neurotrasmettitori hanno una diretta ripercussione sull'assetto cognitivo. I concetti di ridondanza e di plasticità neuronale hanno archiviato le semplicistiche teorie sul deterioramento conseguente allo spopolamento dei neuroni. La visione attuale è certamente

molto più dinamica e complessa: si riconosce nella componente genetica il timer che programma la durata in vita di un neurone, ma si considera anche l'importanza di una serie di fattori acquisiti (vascolari, tossici, dismetabolici) e soprattutto l'intervento determinante della stimolazione. D'altra parte è ormai certo che esiste una stretta correlazione tra deficit cognitivi e fattori psicologici, quali l'abbassamento del tono dell'umore e il restringimento delle relazioni interpersonali.

Anche i *fattori somatici* influiscono sull'invecchiamento mentale, tanto negli aspetti cognitivi quanto in quelli psicologici. 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 indubbie ripercussioni dirette sulla vita psichica: si pensi agli anziani che non possono più leggere il giornale o guardare la televisione. Ancor più importanti sono i difetti uditivi, sia per la loro frequenza sia per le conseguenze psicologiche: producono imbarazzo, vergogna, frustrazioni, ma anche ostilità ed impazienza da parte degli altri.

I difetti motori, così frequenti in molte patologie negli anziani, riducono l'autonomia del soggetto, la disponibilità esplorativa, la probabilità di rapporti interpersonali e di situazioni nuove. Infine vanno considerati i problemi somatici, vissuti dai soggetti come umilianti e vergognosi, e gli handicap estetici, desocializzanti perché inducono al ritiro o perché possono obiettivamente ridurre il gradimento da parte degli altri.

I rapporti interpersonali, inoltre, possono essere difficili anche perché l'anziano tende a trascurare la *pulizia personale*, l'aspetto esteriore, l'abbigliamento, a causa o della ridotta motivazione alla ricerca di un'immagine personale attraente o di un deficit motorio e sensoriale, come ad esempio il non veder bene le macchie del vestito, non avvertire il cattivo odore del proprio corpo o rinunciare al bagno per paura di scivolare o per paura di prender freddo.

L'esame dei fattori che possono causare deficit di stimolazione direttamente o tramite l'isolamento è importante non solo per una più corretta interpretazione delle modalità d'invecchiamento mentale, ma anche, nella routine quotidiana, per un'azione di prevenzione e per la loro puntuale correzione.

E' certo che i *fattori di personalità* svolgono un ruolo rilevante nel condizionare le modalità d'invecchiamento mentale. Sul piano clinico si può ipotizzare che soggetti con componenti nevrotiche di tipoastenico e depressivo più facilmente, nella vecchiaia, saranno predisposti ad

una progressiva chiusura in se stessi, ad un impoverimento esistenziale e, di conseguenza, ad un maggiore decadimento intellettuale.

Anche la scala personale dei valori ha grande influenza sul modo di invecchiare e lo condiziona positivamente o negativamente. Alcuni di tali valori, quali la forza fisica, la bellezza, sono come un timer destinato a far esplodere un dramma esistenziale ad una data epoca della vita. Altri invece, quali il dovere, la religione, la cultura, possono diventare preziosi ausili per un invecchiamento equilibrato e sereno.

I fattori legati agli *eventi* che possono colpire la persona che invecchia sono diversi: i più frequenti sono quelli *di perdita*, tanto che la tarda età è stata chiamata la stagione delle perdite. Si perde in campo biologico: la forza, la resistenza, la rapidità, la motilità, l'acutezza sensoriale; si perde la salute, con disturbi e malattie; si perde in campo affettivo: muoiono persone-chiave della vita, come il coniuge, i fratelli, gli amici; si perdono i figli che acquisiscono una loro autonomia e che si allontanano materialmente e affettivamente dalla nostra vita; si può perdere il lavoro, l'impiego, la capacità produttiva, la sicurezza economica e quindi il ruolo, il prestigio, il rango, si perde anche, più o meno tardi, l'indipendenza, l'autonomia.

Altri importanti fattori che intervengono a condizionare l'assetto psicologico della persona che invecchia sono quelli legati alla *situazione esistenziale ed ambientale*. Tra le modificazioni esistenziali più rilevanti che caratterizzano la vecchiaia va certamente segnalata la gran quantità di *tempo libero a disposizione*. Non vi sono altre epoche della vita umana, se non i primi cinque anni, nelle quali la persona abbia la totale disponibilità del proprio tempo. Questo può esser goduto o sofferto, utilizzato bene o sprecato, sicuramente può condizionare la qualità di vita dell'anziano ed anche determinare situazioni patologiche.

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.

Notevoli differenze di assetto psicologico si osservano in relazione ad ambienti e culture diversi: l'anziano che vive in campagna con i propri familiari e riesce a svolgere piccoli lavori manuali è certamente favorito rispetto a quello che vive in città, dove il tipo di organizzazione del lavoro rende più netta la divisione tra cittadini produttivi e non produttivi.

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. Si può arrivare a veri scontri generazionali fondati su dinamiche di competizione e risentimento. Può capitare che il genitore anziano diventi il capro espiatorio delle tensioni coniugali, il pretesto per malumori di altra natura. Non è infrequente che si attuino meccanismi d'emarginazione o d'esclusione, motivati dai difetti del carattere, dalla trascuratezza, dagli stessi handicap fisici, dall'immagine non gradevole. 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 dove l'essere-con-gli-altri può assumere una dimensione di massima ricchezza esistenziale. L'affetto più contenuto e meno possessivo verso i figli, l'amore verso i nipoti, la partecipazione come elemento equilibratore alle vicende familiari, l'essere depositario della continuità temporale della famiglia e il percepire sentimenti di amore e di protezione costituiscono elementi positivi per poter vivere la vecchiaia in 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 critica impietosamente ogni atteggiamento che non corrisponda allo stereotipo culturale della vecchiaia. In generale possiamo affermare che la condizione umana dell'anziano suscita sentimenti e pensieri ambivalenti: da una parte è vissuta come una sorta di malattia e dall'altra come età della saggezza, del superamento delle passioni, della soluzione dei conflitti istintuali.

La prevalenza di aspetti negativi comporta la comparsa di sentimenti d'esclusione che portano a depressione e inattività, che certamente peggiorano le prestazioni e l'immagine dell'anziano. Le continue ferite narcisistiche portano ad una tendenza centripeta, a preoccuparsi di sé, quindi all'egocentrismo, con prevalenza di pensieri ed 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.

Psicopatologia dell'invecchiamento

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

Pur senza assimilare vecchiaia a malattia, è indubbio che l'anziano vive una condizione di disagio per i molti fattori in precedenza ricordati, tra i quali certamente primeggiano le "perdite". Tuttavia l'invecchiamento è caratterizzato anche dalla necessità di "cambiamenti", cioè di una riorganizzazione dell'identità personale. La vecchiaia, come età di adattamenti e modificazioni, è simile all'adolescenza: sono entrambe periodi della vita critici perché, in quanto momenti di cambiamento, si verificano metamorfosi psicologiche che possono predisporre a veri e propri sintomi psicopatologici. 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.

L'invecchiamento è il momento degli scompensi: ad esempio un disturbo narcisistico, fino quel punto in qualche modo mimetizzato, può esplodere proprio in vecchiaia.

I quadri dei disturbi mentali sono intrisi di contenuti personalologici e questo spiega l'estrema variabilità dei contenuti della sintomatologia, modellati dalla struttura della personalità individuale.

E' da tenere presente che la psicopatologia si manifesta spesso con quadri minori, nascosti, integrati nell'assetto esistenziale senile tanto da essere facilmente trascurati, sottostimati, interpretati non come condizione patologica, ma come modalità dell'essere anziani. Il problema più importante è sicuramente quello della depressione, favorita dall'ipofunzione e fragilità dei sistemi noradrenergici e serotoninergici, dalla presenza di malattie fisiche che possono favorire depressioni secondarie e dalle "perdite" di cui si è prima accennato.

Si può quindi ritenere "normale" la presenza di elementi depressivi nella vecchiaia: si accumulano vissuti di frustrazione e di esclusione che comportano risposte di abbattimento, d'inibizione, d'evitamento. La *depressione dell'anziano è tuttavia sottostimata* perché i suoi sintomi sono scambiati per normale assetto psicologico dell'età avanzata oppure per patologia somatica o anche per involuzione demenziale. Nell'anziano 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.

E' molto frequente, inoltre, la confusione tra invecchiamento psicologico e depressione. Le caratteristiche più spesso descritte per l'invecchiamento psicologico sono, infatti, la perdita della capacità di provare piacere, la riduzione degli interessi, l'annullamento del futuro e della speranza, il crollo dell'autostima, il pessimismo, il rallentamento. Ma sono proprio questi i sintomi-chiave della depressione: si può allora avanzare l'ipotesi che l'invecchiamento psicologico, in realtà, non esista come tale, ma sia invece espressione dell'innesto di una patologia depressiva.

Si può quindi considerare la patologia depressiva in tutte le sue forme, maggiori e minori, primitive e secondarie, palesi e mascherate, come uno dei fattori più rilevanti dell'invecchiamento mentale.

Nel capitolo successivo sarà ampliato il tema della depressione nell'anziano.

La depressione nell'anziano: clinica e terapia

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.

Questi aspetti hanno indotto, negli anni '50, alcuni autori a parlare di "Melanconia involutiva", descritta come un disturbo depressivo che colpiva soggetti di oltre 45 anni d'età, in assenza di familiarità per disturbi dell'umore. La sintomatologia comprendeva ansia, agitazione psicomotoria e deliri a sfondo persecutorio e ipocondriaco. Il decorso era più spesso cronico con tendenza all'evoluzione demenziale e il rischio di suicidio elevato.

Nel 1968 il DSM-II ha conservato la diagnosi di "Melanconia involutiva" fissandone l'esordio dopo i 50 anni e sottolineando la maggior frequenza nelle donne, la presenza di grave insonnia, sensi di colpa e forti preoccupazioni per la propria salute. Il manuale poneva inoltre in rilievo i frequenti disturbi cognitivi, quali difficoltà di concentrazione e attenzione, nonché la tendenza al graduale impoverimento dell'ideazione.

Il DSM-IV (1994), invece, non contiene la descrizione di categorie o "sottotipi" specifici per la depressione dell'anziano perché molte sue caratteristiche sono conseguenti alla contemporanea presenza di altri disturbi psichiatrici, internistici e neurologici.

Nell'anziano, quindi, la maggiore incidenza di malattie internistiche e neurologiche modifica la sintomatologia depressiva, oltre ad influenzarne negativamente la prognosi.

La depressione è spesso presente assieme a disturbi d'ansia, soprattutto al Disturbo d'Ansia Generalizzato e al Disturbo Ossessivo-Compulsivo, che possono contribuire a produrre quadri clinici polimorfi e a cronicizzare il decorso del disturbo. L'insieme di tutti questi elementi concorre quindi all'"atipicità" caratteristica della depressione dell'anziano.

Diffusione

Le depressioni nell'anziano sono molto diffuse e, nelle varie statistiche, sono più frequenti in quelli che vivono in comunità. Tra gli anziani con patologie organiche l'incidenza è di circa il 30%, tra quelli ricoverati in ospedale è di circa il 40% e tra i lungodegenti sale ad oltre il 65%.

Il Disturbo Distimico è il più frequente e si associa a pensionamento, vedovanza, perdita dei supporti sociali o a malattie mediche croniche.

Cause delle depressioni ad insorgenza tardiva

I fattori causali delle depressioni ad 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'esperienza di perdita, soprattutto dopo il pensionamento;
- la ridotta capacità di adattamento;
- la mancanza di supporti sociali;
- fattori correlati alla personalità di base.

Sintomi e decorso della depressione dell'anziano

Sebbene la sintomatologia depressiva, in assenza di malattie concomitanti, mantenga sostanzialmente caratteristiche comuni a quella delle altre fasce d'età, occorre considerare che esistono sintomi più frequenti rispetto alle forme che iniziano in altre epoche della vita. Anche nell'anziano sono solitamente presenti umore depresso, 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 (*depressione mascherata*).

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.

Episodio singolo e depressione ricorrente

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.

Rispetto alle depressioni recidive di episodi dell'età giovanile, quelle ad esordio tardivo hanno in genere sintomi più lievi, ad eccezione dei sentimenti di colpa, mentre è più accentuata la componente ansiosa e sono più frequenti le preoccupazioni ipocondriache, le somatizzazioni e le idee deliranti.

Terapia farmacologica

Il consumo di ansiolitici o ipnoinducenti è molto elevato nell'anziano: uno su tre li utilizza anche indipendentemente dalla presenza di patologie psichiatriche. Spesso, quindi, l'anziano va incontro ad un abuso di psicofarmaci, talora impiegati più per rispondere a problemi ambientali o istituzionali che per reale necessità terapeutica, sottovalutando gli elevati rischi di disturbi iatrogeni.

La frequenza di effetti collaterali da psicofarmaci è sette volte superiore nell'anziano rispetto al giovane e ciò è dovuto a tre ordini di motivi:

1 - Le alterazioni di tipo farmacocinetico (l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'escrezione di un farmaco) sono responsabili delle risposte abnormi che si manifestano talora nel paziente anziano, mentre quelle di tipo farmacodinamico (le risposte recettoriali) sono responsabili dell'aumentata o ridotta sensibilità ai farmaci.

2 - La presenza di patologie concomitanti, specialmente croniche, determina un alto numero di farmaci da assumere (politerapia) e di conseguenza aumentano le interazioni farmacologiche e l'alta incidenza di effetti collaterali indesiderati.

3 - I tassi di mancata aderenza al trattamento sono elevati nella popolazione geriatrica: automedicazioni, errori volontari dovuti alla non corretta convinzione che una dose superiore

a quella prescritta possa essere più efficace, errori involontari relativi alle dosi e alla frequenza delle assunzioni.

Queste premesse non debbono però scoraggiare l'uso degli antidepressivi nell'anziano, anche se si deve procedere con cautela, con dosi inizialmente molto basse e un aumento lento e progressivo.

E' inoltre importante avere un'esatta conoscenza delle eventuali terapie in atto e delle interazioni tra gli antidepressivi prescritti ed i farmaci assunti per patologie organiche. Bisogna inoltre semplificare il più possibile la prescrizione per evitare difficoltà o errori di assunzione.

La Depressione nell'anziano: domande e risposte

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

Nella persona anziana la depressione può manifestarsi con i sintomi tipici dei disturbi depressivi: presenza di un senso di profonda tristezza, riduzione degli interessi, perdita di piacere per le attività abituali, disturbi del sonno, soprattutto riduzione delle ore dormite, calo dell'appetito che può comportare perdita di peso di 4-5 Kg nel giro di poche settimane. Nell'anziano il disturbo depressivo può anche manifestarsi attraverso sintomi meno usuali rispetto ai giovani quali disturbi fisici, comparsa di dolori che non trovano spiegazione in malattie somatiche, ansia, irritabilità, aggressività, perdita di controllo, convinzione immotivata di essere danneggiato o ingiustamente osteggiato dagli altri, anche dai familiari.

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

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

Nella depressione, invece, non vi è una vera perdita dei ricordi, ma piuttosto una difficoltà a rievocarli: ciò significa che l'amnesia è solo apparente e non legata alla presenza di lesioni cerebrali. Infatti i disturbi di memoria regrediscono sempre con il miglioramento dei sintomi depressivi attraverso le terapie specifiche.

Nel caso di dubbi diagnostici, una TAC o una RMN sono in grado di evidenziare la presenza di eventuali danni organici, quali ad esempio un'atrofia cerebrale.

Si può curare una persona depressa anche se molto anziana?

Per curare in modo efficace e risolutivo una depressione non esistono limiti d'età. Nell'anziano il compito può essere più difficile per le condizioni di salute precarie o per la politerapia, cioè l'assunzione di diversi tipi di farmaci conseguente alla presenza di varie malattie somatiche.

In ogni caso una terapia condotta con attenzione e scrupolo, che tenga conto di tali fattori, ottiene la stessa percentuale di successo delle altre età della vita.

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

Perché le dosi di farmaci antidepressivi devono essere ridotte nell'anziano?

I farmaci antidepressivi comunemente utilizzati sono sostanze di sintesi chimica che sono assorbite dall'intestino, trasportati dal sangue al fegato, dove sono trasformati in sostanze più facilmente eliminabili attraverso i reni.

Tanto più "sani" ed efficienti sono fegato e reni, tanto più rapidamente ed efficacemente i farmaci sono metabolizzati ed eliminati.

D'altra parte è necessario che, per poter svolgere la loro azione terapeutica, essi abbiano una concentrazione minima nel sangue. Le dosi prescritte servono appunto a raggiungere e mantenere tale concentrazione, tenendo conto della quantità metabolizzata dal fegato ed eliminata dai reni.

Nell'anziano la capacità del fegato di metabolizzare le sostanze estranee e quella dei reni di eliminarle sono fisiologicamente diminuite in funzione dell'età.

Ne consegue che le dosi che in un soggetto giovane permettono di raggiungere la concentrazione efficace, nell'anziano inducono livelli troppo alti, con conseguente aumento dei fenomeni collaterali.

Per tali ragioni negli anziani tutti i farmaci in genere, e gli antidepressivi in particolare, devono essere somministrati in dosi inferiori rispetto ai giovani. Nel caso in cui siano presenti malattie epatiche o renali, la posologia deve essere ulteriormente ridotta.

Attenzione particolare va posta al caso in cui un paziente, già in terapia con antidepressivi, debba iniziare ad assumere farmaci per la comparsa di un'altra patologia. Spesso, infatti, il fegato, che prima metabolizzava in modo soddisfacente l'antidepressivo assunto, potrebbe non più riuscirvi per il sovraccarico dei nuovi farmaci, determinando la comparsa di sintomi da "sovradosaggio".

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

A livello di regola generale è sempre preferibile non ricoverare l'anziano depresso, tranne quando è presente un elevato rischio di suicidio, rifiuto di curarsi, di alimentarsi, di prendersi cura di sé o non vi è alcuna possibilità di offrirgli un'assistenza adeguata.

In tutti gli altri casi è bene tenere presente che l'anziano tollera male i cambiamenti e le novità per cui il ricovero ospedaliero, che comporta variazioni dei suoi ritmi routinari e rende più difficile il rapporto con i suoi cari, può contribuire ad aumentare i sintomi depressivi e ansiosi.

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

Sul piano pratico è sconsigliabile che un anziano depresso viva da solo. La presenza di un disturbo depressivo tende, infatti, a porre in primo piano il problema della solitudine e i sentimenti di sofferenza ad essa legati: l'angoscia di non avere più rapporti affettivi importanti, il terrore di "essere lasciato solo" e di essere abbandonato da tutti. Spesso tali vissuti non si accompagnano ad una reale situazione di abbandono, ma la depressione amplifica e fa vivere in modo più intenso e drammatico tali sentimenti.

Se la condizione depressiva è di lieve entità, è consigliabile che le persone a cui il depresso è più affettivamente legato (figli, nipoti) visitino quotidianamente l'anziano e "rinforzino" la loro presenza anche attraverso telefonate più frequenti.

Nel caso di condizione depressiva più grave è preferibile che una persona di famiglia vada a vivere per qualche tempo con la persona anziana, cosa che la rassicura affettivamente e permette il controllo della regolare assunzione della terapia.

La depressione nelle donne

Gli studi statistici sulla distribuzione del disturbo depressivo hanno evidenziato che colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini. Ciò è determinato da:

- motivi socio-economici: spesso le donne ricevono condizionamenti sociali e culturali che forniscono loro scarsi strumenti di autostima e sicurezza personale. Sono, inoltre, soggette a pregiudizi sul loro valore e sulle loro capacità e hanno difficoltà ad occupare posti di responsabilità. In molti casi non sono nemmeno inserite nel mondo del lavoro, non hanno reddito e sono quindi in condizioni di debolezza economica. Dal punto di vista sociale ed economico vivono, quindi, una condizione che predispone all'insorgenza di manifestazioni depressive.

- motivi biologici di tipo ormonale: 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: la donna è meno condizionata dal modello eroico cui l'uomo tende a aderire ed è, quindi, più disponibile a denunciare la presenza di disturbi della sfera emotiva.

Di seguito saranno trattati alcuni temi peculiari della depressione nel mondo femminile: la sindrome premestruale, la depressione conseguente all'interruzione di gravidanza, la depressione durante la gravidanza, la terapia antidepressiva in gravidanza, la depressione post-partum e la depressione in menopausa.

Sindrome premestruale

Ancora oggi un approccio scientifico al fenomeno mestruale e ai disturbi ad esso collegati deve fare i conti con la tradizione culturale che ha fatto delle mestruazioni oggetto di credenze mitiche, superstiziose e religiose e che a lungo le ha considerate causa di impurità e di pericolo.

Per tale motivo sono stati ignorati dalla scienza cambiamenti anche gravi dell'umore, del comportamento e delle capacità cognitive della fase precedente le mestruazioni.

Disturbi dell'umore e del comportamento collegati al ciclo mestruale sono stati descritti fin dal XVII secolo, ma solo nel 1931 uno studio di G. Frank ha descritto un'entità clinica, la "Tensione premestruale", che si manifesta nella fase luteinica del ciclo, nei 7-10 giorni precedenti le mestruazioni.

Risale agli anni Sessanta la descrizione della "Sindrome premestruale" (SPM) in riferimento all'insieme di sintomi fisici e psichici correlati alle fasi del ciclo.

Cause della sindrome premestruale

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. E' interessante notare che molte madri delle donne che lamentano una SPM ne hanno a loro volta sofferto.

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

Le donne che soffrono di SPM hanno spesso un atteggiamento reattivo nei confronti delle mestruazioni e le considerano una malattia.

Per quanto riguarda i fattori biologici, una delle ipotesi più accreditate sulla genesi della SPM riguarda il ruolo degli *ormoni ovarici (estradiolo e progesterone)*, dal momento che regolano il ciclo mestruale ed hanno anche un effetto diretto sul sistema nervoso centrale.

L'estradiolo, infatti, migliora il tono dell'umore in corrispondenza del suo picco preovulatorio, mentre il progesterone ed i suoi metaboliti, oltre ad avere un effetto sedativo, possono provocare l'abbassamento del tono umorale.

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.

Anche la *prolattina* è stata chiamata in causa in quanto i suoi livelli plasmatici tendono ad essere più elevati nelle pazienti sofferenti di SPM, in concomitanza con bassi livelli di progesterone.

Quadro clinico e problemi diagnostici

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 nella fase luteinica del ciclo, 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.

In tale periodo, inoltre, una vasta gamma di condizioni mediche generali quali emicrania, allergie e asma, tendono a peggiorare.

Il periodo premestruale ha anche influenza negativa nelle donne che soffrono di altri disturbi psichici e in particolare vanno segnalati:

- l'aggravamento dei disturbi depressivi e ansiosi;
- il peggioramento di alcune sindromi psichiatriche, con incremento dei ricoveri;
- l'aggravamento di attacchi di panico e di bulimia;
- il riacutizzarsi delle cosiddette psicosi atipiche.

Il rapporto tra sindrome premestruale e disturbi affettivi è stato oggetto di studio dal punto di vista clinico, biologico, prognostico e terapeutico e sono stati individuati numerosi punti di contatto tra le due condizioni cliniche. E' stato inoltre rilevato che il 65% di donne sofferenti di depressione maggiore riferisce una SPM e che in circa l'80% delle donne che soffrono di SPM è presente, nella storia clinica, almeno un episodio depressivo maggiore.

È stato infine osservato un rapporto fra la sindrome premestruale e la depressione puerperale, nel senso che la presenza di una SPM costituisce fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo nel puerperio.

Terapia

La SPM deriva dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali per cui il trattamento deve integrare interventi terapeutici con interventi psicologici, educativi e di sostegno. Operativamente l'intervento deve mirare a:

- individuare i fattori che contribuiscono alla presenza dei sintomi premestruali;
- attivare una psicoterapia rivolta alla cura della psicopatologia sottostante;
- sostenere la donna nel curare i disagi che la SPM può aver provocato a lei ed alle sue relazioni interpersonali;
- prescrivere farmaci che riducono o risolvono i sintomi.

Nell'ambito della *terapia sintomatica* gli antidepressivi sono prescritti per i disturbi disforici: l'uso di serotoninergici (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 trattamento estroprogestinico o esclusivamente progestinico, 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.

Il lutto e il cordoglio

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

In generale, l'evoluzione del lutto si snoda in tre diverse tappe:

- 1 - fase dello shock, con incredulità, negazione e confusione;
- 2 - fase del dolore acuto, caratterizzata da struggimento e depressione;
- 3 - risoluzione.

La prima fase può durare anche diversi giorni durante i quali il soggetto vive una condizione di stordimento, d'incapacità a reagire e, talvolta, di negazione dell'evento luttuoso.

La seconda fase, quella della reazione acuta, può proseguire anche per molti mesi. Il soggetto sperimenta sentimenti di perdita d'interesse, dolore, tristezza, rabbia e tende a ripensare continuamente all'evento luttuoso. Sul piano sociale compaiono difficoltà a relazionarsi con le persone che lo circondano mentre, sul piano fisico, possono essere presenti sintomi quali cefalea, stanchezza, perdita dell'appetito, senso di oppressione.

Il lutto è superato (risoluzione) quando la perdita è elaborata ed accettata, quando cioè diventa possibile investire su altri oggetti.

Il lutto, sebbene presenti alcune caratteristiche tipiche della depressione, non va considerato un disturbo psichiatrico.

Complicanze psichiche dell'interruzione di gravidanza

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

Alcuni quesiti

Quali sono i fattori predisponenti e quelli di rischio per le complicanze psichiche dopo un'interruzione di gravidanza?

I fattori predisponenti 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.

I 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.

Ripetute interruzioni volontarie possono essere ricondotte a situazioni psicologiche particolari?

La ripetizione dell'interruzione volontaria della gravidanza ha una percentuale che varia, nei diversi paesi, dall'1 al 15% sul totale delle interruzioni. Determinante è lo stile di vita delle donne che abortiscono ripetutamente: spesso vivono in modo impulsivo e generalmente disorganizzato, utilizzano in modo errato la contraccezione, non hanno relazioni sessuali stabili e hanno sofferto o soffrono di disturbi psichici.

Le ipotesi avanzate per spiegare la decisione di abortire per la seconda o la terza volta sono la presunta maggiore facilità di tale scelta rispetto alla prima volta e la possibilità che la decisione sia conseguente ad un desiderio di autopunizione.

Le interruzioni dovute a malformazione fetale implicano uno stress psicologico particolare?

Da alcuni anni tali interruzioni sono in aumento probabilmente per l'uso di strumenti d'indagine diagnostica sempre più sofisticati. L'interruzione della gravidanza per malformazioni fetali comporta 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. Inoltre, in questa fase della gravidanza, la tecnica utilizzata per l'interruzione è l'induzione del travaglio con le prostaglandine (simile, quindi, all'induzione al termine dei nove mesi) e ciò rappresenta un ulteriore fattore di stress psicologico rispetto alle tecniche usate nel primo trimestre (raschiamento). 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.

L'aborto spontaneo è per qualche aspetto una condizione peculiare?

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 capacità di concepire, vissuto di fallimento, bisogno di piangere il bambino, 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.

La natura e l'intensità dello stress dipendono dalla risonanza emotiva dell'aborto nella donna e dalle reazioni del suo ambiente.

Alcuni fattori sociali e culturali legati al contesto ambientale possono favorire la manifestazione di lutto patologico, inducendo vissuti di depressione, colpa, vergogna, rabbia.

Il lutto patologico può anche verificarsi quando sono presenti relazioni conflittuali con la madre e/o con il partner o in situazioni di disagio psicologico precedenti la gravidanza.

Depressione e gravidanza

Introduzione

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 instabile, 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.

La gravidanza è accompagnata spesso da sintomi fisici, particolarmente evidenti nel primo trimestre. Nausea e vomito sono presenti nel 50-60% delle gravide, ma se perdurano o assumono particolare gravità divengono oggetto anche d'interesse medico. Si ritiene che tali sintomi possano essere conseguenti, dal punto di vista psicologico, ad aspetti conflittuali con la figura materna, ad alti livelli d'ansia e alla presenza di difficoltà a verbalizzare i sentimenti e gli stati emozionali.

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. La donna inizia così le sue fantasie sul bambino, impara a riconoscere i diversi movimenti, può immaginare di giocare con lui, spesso conversa col "bambino immaginario" rassicurandolo o rimproverandolo se si muove troppo, usa appellativi affettuosi per rivolgersi a lui e coinvolge il marito in quest'attività fantastica di gioco.

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.

Il diniego di gravidanza può andare dal totale e duraturo disconoscimento all'occultamento o alla mancata presa di coscienza dello stato gravidico. I segni della gravidanza possono essere ignorati dalla donna o attribuiti ad altre condizioni come eccessi alimentari, terapie farmacologiche o considerati come espressione di una malattia addominale.

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

Disturbi psichici in gravidanza

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, insonnia 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 accentuare disturbi psichici già presenti e i sintomi più frequenti sono quelli della serie ansiosa e depressiva;

- 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".

Ulteriore situazione di conflitto si ha quando è complicata da problemi fisici, socioeconomici o da eventi traumatici che rendono la donna ansiosa e insicura oppure la inducono a ritardare il processo di elaborazione di un lutto fino a dopo la nascita, come avviene ad esempio nel caso della perdita di un genitore durante la gestazione.

Altra fonte di conflitto può derivare dalla sopravvalutazione o sottovalutazione della gravidanza a causa di esperienze precedenti della donna, della sua famiglia o per la presenza di aspetti nevrotici della personalità. Una storia di sterilità, ad esempio, può determinare un investimento eccessivo nei confronti della gravidanza, così come una precedente interruzione può ritardare il legame emotivo con il bambino fin dopo la sua nascita.

Abitualmente lo stato emotivo della donna durante la gravidanza è più instabile, il suo umore più irritabile, sono presenti preoccupazioni per il parto e modificazioni degli abituali interessi. Tali caratteristiche si mantengono abbastanza stabili fino al puerperio.

Terapia

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 nel capitolo successivo e a cui rimandiamo.

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

Può essere utile l'intervento psicologico nella forma di counseling, individuale o di coppia, oppure una psicoterapia strutturata.

Depressione e antidepressivi in gravidanza

Antidepressivi assunti prima dell'inizio della gravidanza

Se una donna, in terapia con farmaci antidepressivi per un Disturbo Depressivo o un Disturbo d'Ansia, rimane accidentalmente incinta, si pone il problema se proseguire la gravidanza, per il timore che gli antidepressivi possano causare danni al feto oppure, in alternativa, se interrompere l'assunzione dei farmaci.

La cosa più sensata da fare, ed è quello che si verifica nella maggior parte dei casi, è chiedere consiglio o al medico che li ha prescritti o al ginecologo: è meglio evitare di assumere iniziative fondate sul possesso d'informazioni carenti o su base pregiudiziale.

Per alcune donne, specialmente se i sintomi depressivi o ansiosi sono severi, è molto rischioso sospendere gli antidepressivi a causa del rischio di ricaduta.

Vari studi hanno evidenziato che la sospensione autonoma determina recidive nel 90% dei casi, con ricomparsa di idee d'inadeguatezza, astenia, disturbi del sonno e dell'appetito, ma anche, nei casi più gravi, di idee di suicidio.

Se invece la donna è in cura per un disturbo d'ansia, ad esempio per un Disturbo da Attacchi di Panico, la sospensione improvvisa comporta il più delle volte la ricomparsa degli attacchi di panico.

La riattivazione dei sintomi depressivi e ansiosi in gravidanza può determinare l'abbandono del programma di preparazione al parto e dei controlli prenatali, modifiche dell'alimentazione, con assunzione di cibo inadatto e talvolta di alcolici e, nelle fumatrici, l'aumento del consumo di sigarette.

Inoltre la presenza di depressione incrementa il rischio di complicanze ostetriche, di interruzioni spontanee di gravidanza e spesso preannuncia la depressione post partum.

Tutto ciò non indica che l'interruzione della terapia farmacologica sia impossibile, ma piuttosto che tale decisione, così come le modalità d'interruzione, vanno sempre discusse con il medico specialista di fiducia.

Vi sono numerosi pregiudizi che rendono più facile decidere di utilizzare, in gravidanza, farmaci per la cura dell'ipertensione o della bronchite piuttosto che della depressione e non di rado si tende ad esortare la puerpera a farcela da sola, a metterci "più volontà" o "più carattere", cose che servono solo a farla sentire inadeguata e in colpa.

Gravidanza e Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI)

La decisione di sospendere le cure antidepressive in gravidanza non è, quindi, una scelta obbligata dal momento che molti studi hanno documentato che gli antidepressivi SSRI non sono teratogeni, cioè non determinano aumento del rischio di malformazioni neonatali. Nessun incremento di malformazioni è stato registrato in pazienti in trattamento con Fluoxetina (Prozac), Setralina (Zoloft), Citalopram (Seropram, Elopram) e Paroxetina (Sereupin, Eutimil) rispetto a chi non assume alcuna terapia.

E' stata evidenziata la possibile presenza, nel neonato, di alcuni effetti collaterali. I problemi maggiori potrebbero riguardare il primissimo periodo di vita ed essere costituiti da lievi sintomi motori, minore coordinazione o tremori, brividi, ipoglicemia e ittero. In alcuni rari casi sono inoltre state segnalate difficoltà respiratorie.

Tali sintomi sono transitori e tendono a scomparire spontaneamente nel giro di poche settimane (da una a sei). Sono più frequenti con assunzione di dosi elevate, per cui è opportuno prendere alcuni accorgimenti: ad esempio, nel caso della Paroxetina, se assunta alla dose piena di 40mg/die, va ridotta alla dose minima di 20 mg/die, pronti eventualmente a tornare alle dosi precedenti nel caso di ricomparsa dei sintomi.

Può anche esser utile introdurre, se non è già presente, un supporto psicologico o tecniche di rilassamento quali il training autogeno.

Ansiolitici e gravidanza

Per quanto riguarda gli ansiolitici, sarebbe consigliabile evitarne l'uso, soprattutto durante il primo trimestre. Nel caso ciò non sia possibile, vanno scelte benzodiazepine con un'emivita breve, ad esempio l'alprazolam, in modo che il feto sia esposto al farmaco per il minor tempo possibile.

Antidepressivi e allattamento

Altro problema da prendere in considerazione è la compatibilità tra assunzione di antidepressivi e allattamento. E' certo che i farmaci passano al neonato durante il periodo di allattamento, ma è anche vero che, se le dosi assunte dalla madre sono basse, gli effetti per il neonato sono minimi.

Alcuni comunque sostengono che sia preferibile l'allattamento artificiale, oltre che per la presenza di farmaci nel latte materno, anche per non sottoporre la madre a ulteriori sforzi

fisici e psichici quali, ad esempio, i frequenti risvegli notturni dei primi periodi dell'allattamento.

Antidepressivi assunti dopo l'inizio della gravidanza

Finora abbiamo esaminato il caso di donne rimaste incinte durante il periodo di assunzione della terapia con antidepressivi. Valutando il caso di donne che, invece, iniziano a presentare sintomi della serie depressiva e/o ansiosa durante la gravidanza, la decisione di assumere farmaci è subordinata alla gravità del disturbo e a quanto i sintomi possano interferire con la possibilità di portare a termine la gravidanza.

Nel caso di sintomi non gravi, vanno presi in considerazione terapie psicologiche o utilizzo di tecniche di controllo dell'ansia, quale ad esempio il training autogeno.

Conclusioni

La letteratura mondiale è concorde nel non attribuire pericolosità teratogenica agli antidepressivi in gravidanza: la loro assunzione quindi non determina aumento del rischio di malformazioni fetali.

Viene comunque riconosciuta la possibilità che possano manifestarsi nel bambino, anche se non frequentemente, alcuni sintomi quali tremori, brividi, ipoglicemia, ittero. Molto più raramente è stata anche segnalata la presenza di difficoltà respiratorie. Da sottolineare il fatto che tutti i sintomi hanno carattere transitorio e regrediscono spontaneamente.

Possiamo concludere affermando che l'assunzione di antidepressivi e/o ansiolitici durante la gravidanza pone problemi complessi e che la corretta valutazione rischi/benefici rende necessario che la donna si avvalga della consulenza del Medico di Medicina Generale, dello Psichiatra e del Ginecologo.

Depressione post-partum

Fattori di rischio

La nascita di un figlio costituisce un evento significativo per la coppia in quanto entrambi i partners devono adattarsi alla presenza del bambino e modificare i loro rapporti in funzione del figlio. La particolare attenzione che la madre rivolge al neonato nelle settimane successive al parto corrisponde ad uno stato mentale regressivo finalizzato ad adattarsi ai bisogni del bambino: possono, comunque, insorgere difficoltà nel rapporto di coppia quando il neo papà si sente affettivamente escluso dalla relazione madre-figlio. Inoltre alcuni sintomi quali irritabilità, stanchezza, perdita d'interessi e riduzione dei rapporti sociali, possono contribuire ad aumentare l'insoddisfazione coniugale e a facilitare la comparsa di vissuti di solitudine, di mancanza d'intimità, di sostegno pratico e affettivo da parte del coniuge.

Altro importante fattore di rischio è l'eventuale perdita di persone care durante la gravidanza: la reazione di lutto viene di solito inconsapevolmente rinviata dopo il parto per la difficoltà a vivere emotivamente la sovrapposizione di nascita e morte.

Altro gruppo di fattori di rischio è costituito dal rapporto conflittuale con la propria madre e dalla presenza di stress psicologici e sociali, quali ad esempio la mancanza di supporto nell'accudimento del bambino.

La presenza di tali problematiche può dare origine alla cosiddetta "depressione minore", disturbo non invalidante che permette alla donna, sia pure con difficoltà, di svolgere la funzione materna, a differenza di quanto avviene nella psicosi puerperale.

Dopo la gravidanza possono anche svilupparsi le cosiddette "depressioni da svezzamento", conseguenti alla difficoltà di tollerare la separazione quando la relazione duale col bambino deve fisiologicamente interrompersi.

E' stato inoltre provato che il numero dei parti, l'età della donna, la mancata programmazione della gravidanza e la presenza di complicazioni ostetriche durante la gravidanza o al momento del parto non determinano l'aumento di rischio di ammalarsi di depressione puerperale.

Invece la morte del bambino e la presenza di eventi traumatici nel corso dell'ultimo anno provocano l'aumento del rischio, a conferma del rapporto tra depressione ed eventi di perdita.

Per quanto riguarda il ruolo dei fattori biologici, sono due le ipotesi prevalenti: secondo la prima, la depressione puerperale è in tutto simile alla depressione degli altri periodi della vita; la seconda, invece, sostiene che la depressione puerperale sia conseguente alle variazioni

degli ormoni (estrogeni, progesterone e prolattina) che si verificano nelle prime due settimane dopo il parto.

Quadri clinici

Dal punto di vista clinico la depressione post-partum comprende tre quadri diversi: il maternity blues, la depressione minore (nevrotica, lieve, atipica) e la depressione maggiore. La loro frequenza è la seguente: 50-70% per il maternity blues, 10-15% per la depressione minore, 3-6% per la depressione maggiore.

Maternity Blues

Si tratta di 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 e difficoltà nel pensiero concettuale fino ad un leggero stato confusionale. La sua 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 3°- 4° giorno dopo il parto ed ha durata di circa una settimana, entro la quale si risolve completamente.

In alcuni casi, però, può evolvere verso una sintomatologia più marcata e duratura oppure verso un quadro depressivo vero e proprio oppure ancora verso una rapida trasformazione nella psicosi puerperale.

Tenendo conto della sua grande frequenza, la sindrome del "maternity blues" può essere considerata una reazione fisiologica, anche se la modesta gravità del quadro non deve portare a sottovalutarla. Infatti la sua importanza risiede nel fatto che costituisce una sorta di ponte tra normalità e psicopatologia puerperale dal momento che comprende, sia pure in forma minore, molti dei sintomi e delle problematiche caratteristiche della patologia puerperale maggiore.

L'ipotesi prevalente per spiegare l'origine di tale sindrome è legata alle variazioni ormonali presenti nell'organismo femminile in tale periodo.

Nel determinare il maternity blues è anche importante l'atteggiamento psicologico della donna nei confronti della maternità. Nei giorni immediatamente successivi al parto, infatti, le angosce di separazione e di perdita sono vissute intensamente, il tono dell'umore della donna è mutevole ed è presente l'incertezza relativa alle proprie capacità materne non ancora sperimentate.

Perciò tale periodo può essere considerato una sorta di “tempo di latenza” affettivo per realizzare la rottura del legame fusionale col feto ed iniziare la relazione col bambino reale e i suoi bisogni.

Depressione Minore

La sintomatologia di questa forma comprende 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. Tale quadro è praticamente sovrapponibile al Disturbo Distimico del DSM-IV. Spesso sono presenti anche altri disturbi: l'ansia nella forma acuta del panico e in quella somatizzata, la manifestazione fobica (spesso agorafobica) e le manifestazioni ossessivo-compulsive, in forma di comportamenti compulsivi tendenti alla ricerca del perfezionismo nell'accudimento del bambino o di sintomi ossessivi veri e propri.

L'aspetto più tipico è l'insicurezza relativa al ruolo materno, vissuto in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi in un'eccessiva preoccupazione per il bambino o in un'ostilità nei suoi confronti più o meno manifesta.

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. Essi, infatti, non hanno difficoltà a giustificare l'irritabilità e la stanchezza di una donna che ha appena partorito e che sta allattando. 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.

Questa forma, infatti, è poco conosciuta dagli specialisti proprio perché non è invalidante e non richiede trattamento specifico, se non in casi di particolare gravità. La sua evoluzione prevede varie possibilità:

- può risolversi in media entro sei mesi;
- può presentare recidive successive;
- può cronicizzarsi trasformandosi in uno stile di vita nevrotico, spesso con aspetti fobici e ossessivi.

La depressione puerperale ha la massima frequenza da tre a sei mesi dopo il parto, con segnalazione di casi anche fino ai nove. Probabilmente i casi osservati tardivamente

corrispondono a forme depressive cosiddette da svezzamento che segnano il primo significativo distacco nella relazione madre-bambino.

Può essere difficile distinguere la depressione insorta durante la gravidanza e che si protrae anche nel puerperio, da quella che si manifesta nel corso del puerperio. In realtà non c'è concordanza di opinioni, dal momento che alcuni Autori le considerano forme diverse, mentre altri ritengono che la presenza di ansia e depressione in gravidanza costituisca un fattore predisponente alla depressione post-partum.

Depressione Maggiore

La sintomatologia della Depressione Maggiore appare più grave e persistente rispetto a quella minore, può avere un esordio acuto e presenta i sintomi dell'episodio depressivo maggiore descritti nel DSM-IV, con la caratteristica che la maternità e l'accudimento del bambino costituiscono il contenuto della maggior parte dei vissuti e dei deliri depressivi. Le pazienti, infatti, possono manifestare sentimenti eccessivi e perfino deliranti d'inutilità e autoaccusa, accompagnati da agitazione o rallentamento motorio. Spesso temono di danneggiare i propri figli, di essere causa di malattia per il loro inefficace accudimento o possono convincersi che i loro bambini non siano sani, nonostante le smentite del pediatra o del medico curante.

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

L'insorgenza della depressione maggiore è più precoce rispetto alla forma minore, di solito nel corso del primo mese successivo al parto, con una maggiore frequenza nella prima settimana.

Psicosi puerperali

Il rischio di psicosi puerperale è più alto nelle primipare, anche se può manifestarsi in gravidanze successive, e la presenza di disturbi psichici nella storia personale della donna è un importante fattore di rischio.

La presenza di una precedente psicosi puerperale aumenta il rischio di recidiva, tanto da giustificare un attento monitoraggio delle condizioni psichiche durante la gravidanza e dopo il parto.

Secondo alcuni autori stress psicosociali come la condizione non coniugale, il parto cesareo o la morte del feto costituiscono un fattore di rischio, mentre la presenza di eventi traumatici nel corso dell'anno precedente il parto, lo scarso supporto ambientale, la situazione conflittuale

con il partner, il sesso del bambino o l'età della madre non sembrano aumentare la possibilità d'insorgenza della psicosi.

Per quanto riguarda i fattori biologici implicati nella patogenesi delle psicosi puerperali, le conoscenze sono ancora relativamente scarse e controverse. Sembra però plausibile sostenere che tale patologia sia almeno in parte biologicamente mediata e che un possibile meccanismo sia la ipersensibilità alla dopamina, causata dalla rapida caduta degli estrogeni.

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 e riguardano la vita e la salute del bambino, che la madre ritiene compromesse spesso per causa sua. Possono anche essere riferiti all'appartenenza del neonato: in questo caso che la donna ha il convincimento che sia stato scambiato con un altro bambino non suo.

A volte sono presenti anche deliri di negazione dell'esistenza del figlio e della maternità.

La durata della malattia varia da un paio di mesi fino ad un massimo di sette-otto.

La prognosi è generalmente buona: le psicosi puerperali sono ben curabili e hanno esito migliore rispetto alle altre forme di psicosi.

Terapia

Nel maternity blues abitualmente non si rende necessaria alcuna terapia specifica, ma è sufficiente un sostegno psicologico da parte delle figure presenti nella fase immediatamente successiva al parto, quali il ginecologo e/o l'ostetrica.

Se la componente ansiosa è molto accentuata, si possono utilizzare benzodiazepine in modo intermittente. L'uso continuativo è, invece, controindicato durante l'allattamento per gli effetti indesiderati nel neonato quali sonnolenza, letargia e perdita di peso.

Nella depressione minore può essere importante un sostegno psicologico, spesso fornito dal medico curante dal momento che lo psichiatra non viene a contatto con la maggior parte di questi casi.

In una prospettiva di prevenzione è importante realizzare, all'interno dei corsi di preparazione al parto, un intervento informativo e di chiarificazione rivolto a tutte le donne che li frequentano, indipendentemente dalla valutazione dei fattori di vulnerabilità individuale.

La gestione delle psicosi puerperali richiede interventi medici, psicologici e di assistenza articolati secondo il quadro clinico e la gravità dei sintomi. Nelle forme più gravi si rende necessario il ricovero in ambiente psichiatrico, finalizzato ad ottenere la sedazione dello stato di agitazione psicomotoria e garantire nutrizione e idratazione adeguate. Il trattamento neurolettico riduce inizialmente l'angoscia ed entro pochi giorni agisce anche sui deliri e sulle allucinazioni.

La necessità del trattamento farmacologico pone il problema dell'allattamento al seno. Se la paziente è seguita ambulatoriamente, la tendenza attuale è di mantenerlo. In tal caso la scelta dei farmaci da usare è particolarmente importante. Gli antidepressivi IMAO sono incompatibili. Gli antidepressivi triciclici, gli SSRI e i neurolettici, invece, consentono l'allattamento se utilizzati a dosaggio basso.

Naturalmente il bambino deve essere seguito: se appare sonnolento, se non piange o non succhia energicamente l'allattamento va interrotto.

La necessità di ospedalizzare la donna comporta l'interruzione anche prolungata del rapporto col bambino. Tale evenienza può avere conseguenze negative per la madre, alla quale viene a mancare l'elemento di realtà rappresentato dalla presenza del neonato, e anche per il bambino, deprivato della relazione con la madre. Il problema è stato affrontato operativamente a partire dagli anni '60 con la realizzazione delle cosiddette *Comunità madre-bambino*. Si tratta di strutture residenziali in cui sono ricoverati la madre e il bambino per tutto il tempo richiesto dalla gravità della patologia materna, in modo da consentire alla madre, assistita da personale specializzato, di occuparsi direttamente del figlio.

Tale condotta terapeutica favorisce il superamento della crisi puerperale, consente di intervenire terapeuticamente sulla relazione madre-bambino e di formulare progetti d'intervento a lunga scadenza. Le strutture residenziali sono utilizzate nei casi di maggiore gravità, mentre per le forme più lievi è previsto un intervento a livello ambulatoriale fondato sugli stessi presupposti.

Privilegiare la relazione madre bambino durante un ricovero ospedaliero può essere già considerato un intervento di tipo psicoterapeutico, anche se non strutturato.

L'indicazione di una psicoterapia strutturata si rende necessaria nei casi di depressione conseguenti a conflitti intrapsichici. Anche nelle psicosi puerperali, oltre alle terapie biologiche, può essere utile il trattamento psicoterapeutico, allo scopo di elaborare gli elementi che hanno sostenuto e caratterizzato la crisi.

Gli interventi psicologici utilizzati per la patologia puerperale comprendono il counseling, i self-help groups per le donne e per i loro familiari, le terapie di gruppo, le terapie familiari o di coppia, la psicoterapia individuale ad indirizzo analitico o cognitivo-comportamentale.

Depressione e menopausa

Climaterio e menopausa

Il climaterio è il periodo che va dall'ultimo ciclo regolare fino alla definitiva cessazione delle mestruazioni.

La menopausa si riferisce invece alla cessazione dei flussi mestruali ed attualmente si verifica intorno all'età media di 51 anni.

Durante il climaterio spesso compaiono sintomi di vario genere come irregolarità mestruali, tensione premestruale, irritabilità, ansia, tristezza, vampate di calore, disturbi del sonno. Tali sintomi, nel loro insieme, costituiscono la "Sindrome climaterica" che varia da donna a donna ed è caratterizzata dalla riduzione dell'attività delle ovaie, dalle alterazioni della produzione di ormoni e della risposta degli organi bersaglio (apparato genitale, scheletrico, cardiovascolare, cutaneo, urinario). La sindrome è influenzata da fattori socio-culturali relativi alle condizioni ambientali in cui vive la donna e da fattori psicologici relativi alle caratteristiche della personalità individuale.

Fattori biologici

In una menopausa naturale la produzione ormonale delle ovaie declina progressivamente già nei cinque anni che la precedono.

Può anche essere indotta da somministrazione di farmaci antitumorali o da radiazioni ionizzanti, anche se la causa di gran lunga più frequente è l'asportazione chirurgica delle ovaie.

La brusca riduzione degli estrogeni può causare un rapido e precoce depauperamento osseo, responsabile della osteoporosi.

Fattori socioculturali

Il significato sociale della menopausa differisce nelle diverse culture.

In alcune tribù dell'Africa, nelle donne della classe Rajput dell'India e in alcune popolazioni arabe la menopausa, liberando la donna dall'"impurità" dei flussi mestruali, le conferisce maggiore prestigio sociale. Può quindi socializzare liberamente anche con gli uomini, partecipare o essere protagonista di riti propiziatori, è esentata dai lavori pesanti e, in virtù dell'esperienza di vita acquisita, esercita ampi poteri sulla famiglia e sulla comunità.

A Formosa e in Giappone ancora oggi l'ingresso della donna nell'ultimo gruppo anagrafico, all'età di 61 anni, è celebrato con un festeggiamento e da quel momento le sue opinioni sono tenute in grande considerazione.

Nelle culture occidentali, negli ultimi decenni, la donna acquisisce la propria identità femminile, oltre che attraverso gli aspetti tradizionali della seduttività e della funzione materna, anche attraverso l'uso delle proprie capacità intellettive e ciò ha provocato uno sfasamento tra il ciclo biologico e quello sociale della vita. Le conseguenze più evidenti sono state il progressivo ritardo della prima maternità e lo spostamento della terza età di almeno vent'anni rispetto alla menopausa.

Fattori psicologici

Climaterio e menopausa s'inseriscono nel processo di modificazioni del ciclo vitale della donna e il vissuto prevalente è la perdita della fertilità e dell'avvenenza fisica.

Si può sostenere che non esiste un preciso rapporto tra determinati tratti di personalità e sindrome climaterica, ma piuttosto una complessiva "vulnerabilità psicologica" che predispone ad una risposta negativa alle variazioni ormonali.

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 e di lutto che possono determinare la riduzione della fiducia di base.

Dalle trasformazioni ormonali e fisiche possono derivare fantasie svalutative conseguenti alla perdita della fertilità e a problematiche legate alla sessualità.

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 il climaterio 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.

Quadro clinico e problemi diagnostici

La menopausa si manifesta con modalità diverse in quanto ogni donna ha una reazione modulata dalle caratteristiche della propria personalità.

Il quadro clinico della sindrome menopausale è caratterizzato dallo squilibrio del sistema nervoso autonomo, da instabilità emotiva e dalle conseguenze delle modificazioni metaboliche. Durante la menopausa s'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. Lo studio del sintomo "depressione", nel contesto della sindrome menopausale, 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 fobia dei luoghi chiusi o aperti, 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.

Terapia

Nel climaterio e nella postmenopausa la terapia costituisce un problema ancora controverso, anche se la tendenza è interventista sia nei confronti dei disordini mestruali sia dei disturbi

metabolici e psichici, allo scopo di migliorare la qualità di vita degli anni che la donna deve trascorrere in carenza d'estrogeni.

Gli orientamenti attuali consistono nella terapia ormonale sostitutiva e nell'utilizzo di farmaci ad azione sintomatica, anche se sussistono dubbi sui rischi relativi all'uso prolungato di estrogeni ad alte dosi.

Gli specialisti del settore sottolineano che la terapia sostitutiva ha azione di prevenzione nei confronti delle complicanze ossee e cardiovascolari.

I disturbi della serie ansiosa e depressiva, quando raggiungono gravità tale da interferire nella vita di relazione, affettiva e sociale, traggono giovamento dal trattamento con ansiolitici e antidepressivi, in particolare del gruppo SSRI. Tali trattamenti vanno messi in atto solo per qualche mese, il tempo necessario alla scomparsa dei sintomi.

La psicoterapia è utile quando il malessere si fonda sulla crisi dell'identità femminile per i vissuti di perdita o sull'attivazione di problematiche personali antiche che necessitano di un'elaborazione psicologica.

Depressione: domande e risposte

Le domande più frequenti dei pazienti

La depressione è una malattia ereditaria?

L'ereditarietà gioca un ruolo determinante solo in una percentuale molto limitata, nel 2-3% dei casi, come ad esempio nelle forme depressive presenti nel disturbo bipolare del tono dell'umore. All'origine dei disturbi depressivi vi può essere una predisposizione biologica che favorisce lo sviluppo della malattia. Va però precisato che la predisposizione non equivale alla malattia, nel senso che, per lo sviluppo del disturbo depressivo, è necessaria la presenza di componenti negative "esogene", legate cioè all'ambiente esterno.

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

"Esaurimento nervoso" è un'espressione molto usata nel linguaggio comune, ma non ha alcuna base scientifica. Con tale termine si fa erroneamente riferimento ad una sorta di esaurimento, da parte delle cellule nervose, della loro carica energetica a causa di eccessive richieste esterne. Inoltre nel linguaggio comune, il termine "esaurimento nervoso" è usato in modo improprio per fare riferimento a qualunque tipo di disturbo psichiatrico di qualsiasi genere. Da qualche anno a questa parte è stato sostituito, sempre nel linguaggio comune, con il termine "depressione", anche in questo caso indicando qualunque disturbo psichiatrico. La depressione è invece una malattia che ha una sua connotazione specifica e consistente nell'alterazione del Tono dell'Umore, che è una precisa funzione psichica.

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

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

Quali fasce di età sono più colpite dalla depressione?

Vi sono dei particolari periodi della vita in cui è più probabile che si possa sviluppare un disturbo depressivo: sono quelle in cui si verificano profondi cambiamenti che comportano la necessità di un riadattamento della persona a diversi livelli: affettivo, sociale o lavorativo.

L'adolescenza, ad esempio, costituisce una delicata fase di transizione da una condizione di dipendenza ad una in cui è richiesto un maggior grado di autonomia e responsabilità.

La depressione che colpisce le fasce d'età più giovani è caratterizzata da componenti d'irritabilità, aggressività, labilità emotiva e da una tendenza ad oscillazioni dell'umore.

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

Perché le donne sono più colpite degli uomini?

Tutti gli studi epidemiologici attestano che la depressione colpisce le donne in misura doppia rispetto agli uomini ed i motivi possono essere così riassunti:

- motivi di ordine culturale, in quanto la donna ha una maggiore facilità a denunciare il proprio malessere;
- motivi di ordine sociale, legati alle frustrazioni e alle ancora elevate difficoltà che molte donne incontrano nella loro realizzazione in ambito lavorativo;
- motivi di ordine biologico, legati alle tempeste ormonali cui l'organismo femminile viene sottoposto (cicli mestruali, gravidanze, menopausa) e che possono favorire lo sviluppo di crisi depressive.

La depressione può essere combattuta con la "forza di volontà"?

Assolutamente no! Non è possibile superare una crisi depressiva con la volontà. Durante una crisi depressiva, proprio a causa della malattia, il soggetto ha a disposizione una scarsissima quantità di energia psichica, a volte appena sufficiente per "andare avanti". Dobbiamo tenere presente che, per definizione, la volontà è la quantità di energia psichica di cui un soggetto dispone: risulta quindi evidente che un depresso, già con poca energia psichica, non possa far leva su di essa per superare lo stato depressivo.

Che differenza c'è tra tristezza e depressione?

La tristezza consiste in un abbassamento del tono dell'umore che si ha quando ci troviamo a dovere far fronte a situazioni spiacevoli della vita. Si tratta di una "normale" reazione che non ha nulla di patologico: quando l'abbassamento del tono dell'umore ha una spiegazione "logica", dura per un tempo limitato e non porta ad una limitazione sensibile della propria quotidianità, va considerato come normale.

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

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

Lo stato di benessere personale può essere compromesso da ritmi di lavoro particolarmente intensi e tali da occupare la maggior parte del tempo, anche se è difficile che questi fattori possano dar luogo allo sviluppo di una vera e propria depressione. E' invece importante la qualità dell'attività svolta, vale a dire il modo in cui si lavora o si studia e soprattutto le condizioni in cui tali attività sono svolte. I principali fattori di rischio sono: la mancanza di gratificazione personale, un ambiente lavorativo caratterizzato da situazioni di conflitto in cui il soggetto non riesce a trovare vie d'uscita o possibili soluzioni, un'errata organizzazione dei ritmi di lavoro che porta il soggetto a ridurre progressivamente, fino ad annullarli, i propri spazi di libertà.

Le "cure dimagranti" possono essere causa di depressione?

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

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

come ad esempio gli antidepressivi. Va sottolineato che spesso le diete dimagranti sono seguite in modo irrazionale, senza un programmato controllo medico, inducendo così considerevoli perdite di peso in breve tempo e privando l'organismo di componenti alimentari indispensabili. In conclusione, una dieta malamente gestita può sicuramente favorire la comparsa di uno disturbo depressivo.

Ansia e depressione possono essere contemporaneamente presenti?

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

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

Si sono svolti vari studi per chiarire se esistano dei rapporti di causalità tra sintomi ansiosi e depressivi. In alcuni casi si suppone che i sintomi depressivi siano successivi alla presenza di quelli ansiosi (ad esempio Disturbo da Attacchi di Panico, seguito da Depressione Reattiva).

In altri casi si considerano i due disturbi indipendenti e coesistenti (ad es. Depressione Maggiore e Disturbo da Attacchi di Panico). Può anche verificarsi che i sintomi ansiosi regrediscono in breve tempo e lascino posto a quelli depressivi. In altri casi ancora un Episodio Depressivo Maggiore, nella fase finale, può residuare dei sintomi della serie ansiosa.

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

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

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

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

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

Nella Depressione Maggiore è usuale che il paziente si senta particolarmente angosciato il mattino. Questo stato d'animo migliora con il trascorrere delle ore, nel pomeriggio o verso sera, con aumento dell'iniziativa e dell'energia. Quando la depressione è particolarmente grave, il paziente sta male indifferentemente per tutta la giornata. Con la terapia i primi segni di miglioramento si verificano nelle ore serali. Anche dopo la guarigione alcuni disturbi possono rimanere nelle prime ore della mattina. Nella "Distimia" e nelle "Depressioni reattive" si verifica la situazione contraria.

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

Il paziente con depressione può avere una riduzione della memoria?

Spesso capita che il paziente riferisca di non riuscire a ricordare eventi del giorno precedente o di avere fatto qualcosa, insomma di avere disturbi di memoria che gli recano difficoltà nel lavoro e nello studio. Inoltre riferisce, talvolta, di avere difficoltà nella concentrazione o nel tenere il "filo del discorso". Ciò è dovuto alla mancanza di motivazione, al disinteresse e alla difficoltà di mantenere l'attenzione per un tempo sufficiente su ciò che si sta facendo. Spesso il paziente è molto preoccupato per queste alterazioni delle capacità intellettive, poiché teme che siano segni di un danno cerebrale definitivo. L'alterazione delle normali funzioni intellettive è del tutto transitoria e reversibile e il recupero si verifica con il miglioramento delle condizioni depressive.

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

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

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

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

- se l'episodio è guarito completamente, l'assunzione dei farmaci verrà protratta per qualche mese e sarà gradualmente sospesa secondo schemi precisi;

- se gli episodi depressivi si ripetono a breve distanza l'uno dall'altro, i farmaci verranno assunti a lungo.

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

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

Quanto tempo bisogna aspettare perché una terapia antidepressiva faccia effetto?

Solitamente bisogna attendere almeno due/quattro settimane prima di avvertire i primi miglioramenti. Ciò è dovuto al fatto che gli antidepressivi agiscono determinando l'aumento di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali a livello delle cellule nervose, il cui numero è di circa 100 miliardi. E' quindi ovvio che non è possibile attendersi miglioramenti nel giro di pochi giorni.

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

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

Per quanto tempo vanno presi i farmaci antidepressivi?

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

Dal momento in cui il paziente comincia ad assumere farmaci antidepressivi, occorre un tempo variabile da due a quattro settimane perché i sintomi si riducano.

E' importante poi che la terapia sia protratta per almeno 4-6 mesi dopo la scomparsa dei sintomi.

Trascorso un adeguato periodo di completo benessere è possibile ridurre gradualmente i dosaggi, fino a sospenderli del tutto. La durata media di una terapia farmacologica antidepressiva è quindi di 6/8 mesi.

Si può diventare dipendenti dagli antidepressivi?

In generale le cure antidepressive non provocano alcun tipo di dipendenza fisica. E' però possibile che si venga ad instaurare una dipendenza di tipo psicologico, legata al timore che alla sospensione della terapia antidepressiva corrisponda una riattivazione dei sintomi. Questo tipo di timore determina a volte la prosecuzione della cura in un regime di autogestione, cosa che bisogna evitare. Va del resto evitata anche la sospensione improvvisa degli antidepressivi in quanto ciò può determinare un'improvvisa e violenta ricomparsa dei sintomi depressivi (effetto rebound), spesso confusa con manifestazioni da carenza nei confronti dei farmaci.

Gli antidepressivi possono "cambiare la personalità"?

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

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

Gli antidepressivi possono "togliere la lucidità"?

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

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

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

Servono gli ansiolitici e i "sonniferi" nella cura della depressione?

L'uso degli ansiolitici è consigliabile solo all'inizio di una cura antidepressiva, specialmente quando i sintomi della serie ansiosa sono spiccati. Va in ogni modo limitato ad un breve periodo di tempo in quanto, contrariamente agli antidepressivi, gli ansiolitici assunti per molti mesi e a dosi elevate danno luogo ad una dipendenza fisica.

Va anche limitato l'uso dei "sonniferi" (ipnoinducenti) in quanto l'insonnia da risveglio, tipica della depressione, è un sintomo che, come gli altri, scompare con l'utilizzo degli antidepressivi e con il progressivo innalzamento del tono dell'umore.

Serve la psicoterapia nella cura della depressione?

Una cura della depressione che si limiti al solo impiego di farmaci è parziale. Gli antidepressivi agiscono infatti solo sui sintomi del disturbo depressivo e non svolgono invece alcuna azione sulle cause che lo hanno determinato. Una metafora che chiarisce il precedente concetto è quella del mal di denti: gli antidolorifici curano solo il dolore, ma non la carie che lo determina. L'utilizzo dello strumento psicoterapeutico è quindi utile per ricercare le cause che hanno indotto la depressione e per rimuoverle, avendo quindi un'azione efficace nella prevenzione di successive crisi.

Servono i "ricostituenti" nella depressione?

Nella depressione non servono sostanze con effetto tonico, energizzante e rinforzante a livello fisico. Accade spesso che siano prescritti dal medico di base per fornire un aiuto al paziente che lamenta uno statoastenico, cioè un senso di estrema stanchezza, non legato a particolari fatiche fisiche. I risultati sono però modesti perché all'origine della spossatezza del depresso non vi sono motivazioni di tipo fisico. Lo statoastenico è, infatti, l'espressione fisica della scarsa quantità d'energia psichica che caratterizza la depressione. Sarà compito della terapia antidepressiva, mediante la sua azione sul tono dell'umore, a determinare il miglioramento dell'astenia.

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

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

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

Inoltre è usata una terminologia tecnica, di difficile comprensione per chi non ha una preparazione specifica. Il tutto rischia di portare ad un ingiustificato timore nei confronti della pericolosità del farmaco, in realtà utile e necessario. La lettura dei foglietti informativi può inoltre risultare controproducente in persone particolarmente suggestionabili in quanto può determinare l'insorgenza di "effetti collaterali" su base autosuggestiva.

Si può curare una persona depressa anche se molto anziana?

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

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

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

Le domande più frequenti dei familiari

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

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

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

Cosa dire

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

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

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

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

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

Cosa non dire

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

“Devi sforzarti, devi mettercela tutta... con un 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 né di medici né di medicine... è solo un problema di buona volontà”

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

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

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

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

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

Riportiamo le più frequenti e le relative risposte.

Che cosa faccio se dorme troppo o troppo poco?

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

L’altra faccia della medaglia è l’insonnia, disturbo che si riscontra spesso nella depressione. Tipicamente il paziente depresso si addormenta abbastanza facilmente, ma si sveglia dopo poche ore senza riuscire a riaddormentarsi. E’ importante ricordare che l’insonnia non è una

malattia, ma un sintomo della depressione che si deduce dal confronto con la durata abituale del sonno del paziente prima della comparsa del disturbo depressivo.

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

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

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

Il problema si pone quando la depressione non è grave, oppure è in fase di miglioramento. Ci si può chiedere, infatti, se svolgere un'attività abituale, anche se con impegno ridotto, possa essere utile al depresso oppure, al contrario, possa far peggiorare la sua condizione. L'attività lavorativa è un'intensa fonte di stimolazione anche quando sembra essere condotta in modo ripetitivo, sulla base di una routine quotidiana. Nel paziente depresso, che tende a ridurre sempre più gli stimoli esterni, il proseguimento (o la ripresa) della sua attività abituale può contribuire a rendere più sopportabile la condizione depressiva.

Può guidare l'auto mentre assume la terapia?

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

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

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

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

Può fumare, prendere caffè o bere alcolici?

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

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

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

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

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

Tutti i depressi riducono il loro livello di attività abituale. Capita che alcuni, soprattutto se anziani, passino la loro giornata completamente inattivi, in parte sdraiati sul letto, in parte seduti su una sedia o su una poltrona senza fare nulla o dormendo. Ciò è una conseguenza del profondo senso di stanchezza, sia fisica sia mentale: il depresso, inoltre, ha perso ogni forma d’interesse per qualunque attività. L’insistenza dei familiari a “fare uno sforzo di volontà” può

a volte peggiorare la situazione, aumentando l'irritabilità del paziente e peggiorando la sua condizione d'isolamento.

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

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

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

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

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

Può essere pericoloso per gli altri?

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

E' bene chiarire subito che un paziente depresso non può essere considerato una fonte di pericolo per le persone che gli stanno accanto se non in condizioni eccezionalmente rare e in genere prevedibili. Le notizie dei media prima accennate sono in realtà la conseguenza del

fatto che, nel linguaggio comune, il termine “depressione” è usato per fare riferimento ad ogni tipo di disturbo psichico di qualunque genere, compresi gravi disturbi di personalità e disturbi psicotici.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Di solito, soprattutto se la depressione è abbastanza grave, il paziente non prende iniziative spontaneamente e, se sollecitato, mostra fastidio o indifferenza. Questo comportamento può generare frustrazione e talvolta irritazione nei familiari, che non riescono a comprendere che la trascuratezza fisica è una manifestazione del suo disinteresse per tutto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certamente agli inizi di un disturbo depressivo. In una persona che prima aveva uno stato di normale benessere, sia pure con gli alti e bassi della vita quotidiana, i primi segni di una depressione possono essere rappresentati dall'insonnia, da un'inspiegabile riduzione del

desiderio sessuale, da un insolito e facile affaticamento, da una riduzione o da un aumento dell'appetito, da una diminuzione dell'interesse e del piacere per una serie di attività abituali. Spesso tuttavia accade che il paziente non richieda tempestivamente l'aiuto del medico e tenda a sottovalutare i sintomi, a ritenerli temporanei e passeggeri, a pensare di poterli gestire e controllare da solo.

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

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

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

E' da sottolineare che rivolgersi al neurologo è certamente meno "pauroso" che consultare lo psichiatra poiché quest'ultimo, nell'immaginario collettivo, è "il medico dei matti" e rivolgersi a lui vuol dire o "essere matto" o essere considerato tale.

I Giovani e i Disturbi Depressivi e Ansiosi

Una ricerca clinica svolta dall'Associazione

La ricerca di cui riportiamo i risultati si è sviluppata negli anni scolastici 2008/2009 – 2009/2010, all'interno del progetto “Il disagio giovanile e i disturbi d'ansia” proposto dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione agli Istituti Superiori della città di Torino. Tale progetto è consistito nello svolgimento di un incontro con gli allievi delle classi quinte dei quattordici Istituti che hanno aderito alla nostra iniziativa, durante il quale abbiamo parlato del Disagio Giovanile e di una delle sue possibili manifestazioni, cioè il Disturbo da Attacchi di Panico. Durante l'incontro con i ragazzi, prima dei nostri interventi, abbiamo somministrato ai partecipanti un questionario dal titolo “I Disturbi Depressivi e i Disturbi d'Ansia” al fine di sondare il livello di conoscenza degli studenti sui temi della depressione e dell'ansia. I questionari sono quindi stati compilati in nostra presenza durante gli incontri e il campione è risultato di 1308 allievi, con età media di 18,3 anni, suddivisi in 500 (38%) maschi e 752 (58%) femmine (56 non hanno segnalato il sesso).

La decisione di parlare di depressione e ansia nasce dall'ampia diffusione sociale di questi fenomeni, tipicamente durante i periodi di vita in cui si verificano profondi cambiamenti e riadattamenti a diversi livelli: affettivo, sociale, scolastico o lavorativo. L'età giovanile, che appunto costituisce una delicata fase di transizione da condizioni di maggior dipendenza ad altre di autonomia e responsabilità, può accompagnarsi a irritabilità, tensioni, pessimismo, senso d'incapacità, labilità emotiva, tendenza ad oscillazioni del tono dell'umore. Spesso questi aspetti si risolvono spontaneamente, altre volte invece assumono i caratteri di veri e propri disturbi clinicamente diagnosticabili.

I giovani da noi incontrati, studenti dell'ultimo anno di Istituti di Scuola Superiore, sono prossimi ad affrontare scelte di tipo formativo e lavorativo importanti per il loro futuro. Scelte che si accompagneranno a una progressiva ridefinizione dei rapporti con la famiglia d'origine e a nuove aperture sul piano sociale e affettivo. Il tutto in una congiuntura epocale non più contraddistinta, come quattro-cinque decenni addietro, da norme rigide e largamente condivise, ma caratterizzata da fluidità, instabilità e cambiamenti repentini che, per quanto generino il moltiplicarsi delle opportunità, possono al contempo creare difficoltà di progettazione e insicurezza.

Nonostante questa complessità, potremmo anzi dire proprio per il sussistere della suddetta complessità, è importante non cedere a facili generalizzazioni nel descrivere i giovani, indistintamente, come disinteressati, noncuranti, senza valori e senza progetti. Conclusioni di

tal genere, spesso indotte da episodi singoli e circostanziati, rischierebbero di sottostimare la forza vitale e i principi che i giovani possono esprimere.

Terminate le premesse, passiamo ora a una descrizione più dettagliata delle risposte ottenute alle dodici domande del questionario.

Alla prima domanda, “*Come definiresti la depressione?*”, hanno risposto così:

588 (45%) un disturbo dell'umore

490 (37%) una malattia psichica

76 (6%) una malattia neurologica

72 (6%) una mancanza di volontà

56 (4%) non lo so

24 (2%) altro

2 dati non rilevati

Il 45% dei giovani costituenti il campione ha risposto “*un disturbo dell'umore*”, con ciò mostrando d'inquadrare correttamente la depressione come patologia inerente una precisa funzione psichica, l'umore appunto, fondamentale nell'adattamento al nostro mondo interno e a quello esterno.

Di fronte al compito di definire la depressione è quindi emerso un buon livello di conoscenza: la parte numericamente più significativa dei rispondenti ha optato per l'alternativa corretta, una percentuale di poco inferiore (37%) si è assestata sull'opzione più generica di “*malattia psichica*”, mentre solo un'esigua porzione ha mostrato di privilegiare le soluzioni meno appropriate.

Alla seconda domanda, “*Come definiresti l'ansia?*”, hanno risposto così:

944 (72%) uno stato di tensione emotiva

252 (19%) uno stato di preoccupazione

52 (4%) una malattia psichica

28 (2%) non lo so

24 (2%) una malattia neurologica

8 (1%) altro

Ancor più che nel caso della depressione, i giovani chiamati a definire l'ansia hanno risposto per la maggior parte (72%) in modo competente, indicando l'opzione: “*uno stato di tensione emotiva*”.

Un commento può essere fatto a proposito dell'alternativa, scelta dal 19% dei rispondenti, che descrive l'ansia come *“uno stato di preoccupazione”*.

Entrando nel merito di ciò che i singoli termini significano, per preoccupazione s'intende una risposta emotiva comune, legata alla percezione di una minaccia, di un momento critico, di un'emergenza e soggettivamente viene descritta ricorrendo a formule quali: apprensione, inquietudine e timore preventivo. La preoccupazione o ansia fisiologica, quindi, rappresenta uno stato d'animo, un'espressione emozionale che possiamo definire “normale” in quanto riconducibile a circostanze reali e concrete, dotate dei caratteri di pericolo e di rischio.

Diversamente dalla semplice preoccupazione, l'ansia patologica è un vero e proprio disturbo che si caratterizza per essere una risposta inappropriata a situazioni esistenziali o relative all'ambiente e tale da determinare notevoli alterazioni delle normali capacità individuali.

Alla terza domanda, *“Attraverso quali canali hai acquisito informazioni su depressione e ansia?”*, hanno risposto così:

286 (22%) non ho informazioni su tali temi

150 (12%) attraverso internet (ricerche specifiche, blog, chat, social network ecc.)

250 (19%) attraverso lettura di articoli su giornali e/o libri

370 (28%) da conoscenti che ne soffrono

250 (19%) altre modalità

(2 dati non rilevati)

Solo il 22% dei partecipanti alla ricerca dichiara di *“non avere informazioni”* sui disturbi depressivi e ansiosi. Tutti gli altri, attraverso canali diversi, affermano di averne sentito parlare e di disporre di nozioni in merito.

Tra questi ultimi, la percentuale maggiore (28%) possiede informazioni ottenute direttamente *“da conoscenti che ne soffrono”* e il dato stesso, oltre a testimoniare la diffusione dei fenomeni depressivi e ansiosi, indica l'importanza delle relazioni e del “passaparola” come veicolo comunicativo. È tuttavia possibile constatare, come peraltro conferma l'esperienza clinica quotidiana, che si tratta spesso di notizie e interpretazioni che rischiano di essere fuorvianti. Vivere una crisi di carattere emotivo consente infatti di raccontare l'esperienza dal proprio punto di vista, che sarà però condizionato da elementi soggettivi e quindi parziale rispetto alla multiforme complessità degli eventi depressivi e ansiosi.

Il 19% dei rispondenti ha poi riferito di essere provvisto di informazioni acquisite *“attraverso la lettura di articoli su giornali e/o libri”* e il 12% *“attraverso internet (ricerche specifiche,*

blog, chat, social network ecc.)”. Appare significativo che circa un terzo dei giovani costituenti il campione abbia approfondito le proprie conoscenze attraverso la consultazione attiva di materiali specifici.

Alla quarta domanda, **“Se nella cerchia delle tue conoscenze vi sono state persone che hanno sofferto di depressione e/o ansia, la situazione è stata affrontata:”**, hanno risposto così:

544 (42%) non lo so

198 (15%) con l’uso di psicofarmaci

234 (18%) con una psicoterapia

294 (22%) con la combinazione di terapia farmacologica e terapia psicologica

(38 dati non rilevati)

Il dato che più colpisce è che il 42% dei giovani costituenti il campione, quindi poco meno della metà dei rispondenti, dichiara di non avere informazioni su come siano state affrontate, dal punto di vista terapeutico, eventuali situazioni di carattere depressivo e/o ansioso nella cerchia delle proprie conoscenze.

Tra coloro che hanno optato per un’altra delle alternative proposte, il 15% ha segnalato l’opzione *“psicofarmaci”*, il 18% ha richiamato in modo univoco la *“psicoterapia”* e solo una porzione lievemente superiore, pari al 22% dei giovani partecipanti alla ricerca, ha indicato il ricorso a una *“combinazione di terapia farmacologica e terapia psicologica”*.

Alla quinta domanda, **“Secondo te quanto può incidere la forza di volontà nel superamento della depressione e dell’ansia?”**, hanno risposto così:

16 (1%) niente

84 (7%) poco

348 (27%) abbastanza

856 (65%) molto

(4 dati non rilevati)

Il 65% del campione, quindi una porzione molto elevata di rispondenti, ha indicato che la forza di volontà incide *“molto”* nel superamento dei disturbi depressivi e ansiosi. Proprio questa percentuale di risposta descrive la diffusione di uno dei pregiudizi più radicati che

riguardano la sofferenza emotiva, cioè che potrebbero essere superati con un semplice sforzo di volontà.

Alla sesta domanda, **“Ti risulta che nella cerchia delle tue conoscenze, per far fronte a depressione e/o ansia, siano state anche utilizzate modalità quali:”**, hanno risposto così:

282 (21%) abuso di sostanze alcoliche

76 (6%) psicofarmaci non prescritti dal medico di famiglia o dallo specialista

128 (10%) uso di “droghe leggere” (ad es. marijuana, hashish)

34 (3%) cocktail delle suddette sostanze

60 (4%) uso di “droghe pesanti” (ad es. eroina, cocaina)

678 (52%) non lo so

(50 dati non rilevati)

Questa domanda è stata formulata per indagare il tema delle modalità improprie con cui spesso vengono fronteggiati i malesseri depressivi e ansiosi.

Il primo dato che colpisce è che più della metà del campione (52%) ha dichiarato di non avere informazioni in merito. Ciò è, perlomeno in parte, riconducibile al fatto che non tutti possiedono informazioni provenienti dalla cerchia delle proprie conoscenze. Chi anche fosse in condizione di ricevere queste notizie non è peraltro detto che le ottenga, almeno per tre ordini di motivazioni.

La prima è la frequente presenza di vissuti di vergogna nelle persone che vivono un malessere di tipo ansioso o depressivo, fino a decidere di non parlarne per il timore di essere etichettati come “matti”.

La seconda è che l’abuso di sostanze legali (alcol) e l’uso di sostanze illegali (droghe “leggere e pesanti”) sono condotte di cui tendenzialmente si parla solo con le persone che le condividono e/o praticano, con conseguente blocco comunicativo rispetto all’esterno.

La terza suggerisce che chi ricorre a modalità improprie per contrastare depressione e ansia spesso non è consapevole di farlo per gestire, illusoriamente, un disagio di carattere emotivo.

Il 21% dei partecipanti alla ricerca in possesso di informazioni sufficienti per rispondere ha indicato l’opzione *“abuso di sostanze alcoliche”*, il 10% *“uso di droghe leggere (ad es. marijuana, hashish)”*, il 6% *“psicofarmaci non prescritti dal medico di famiglia o dallo specialista”* e il 4% *“uso di droghe pesanti (ad es. eroina, cocaina)”*.

Rispetto ad alcol e droghe sarebbe sicuramente utile un approfondimento, volto a discutere le specificità di ogni sostanza in termini di effetti e conseguenze dannose. Usciremmo tuttavia dai confini e dagli obiettivi pensati per questo resoconto di ricerca. Ci limitiamo quindi a dire che, pur con modalità e intensità diverse, le sostanze di cui sopra sono in genere assunte perché procurano riduzione dell'angoscia, rilassatezza, senso di benessere, euforia e disinibizione comportamentale.

A questi esiti però si accompagnano costi molto elevati in termini di salute sia sul piano fisico sia su quello psichico e di certo non è pensabile che si ottengano benefici terapeutici per quanto riguarda ansia e depressione.

Per ciò che concerne l'inopportunità che gli psicofarmaci siano utilizzati senza prescrizione del medico di famiglia o dello specialista, ci limitiamo a ribadire che i farmaci sono utili a condizione che vengano indicati e monitorati da chi ha le competenze professionali per farlo, dopo la formulazione di una diagnosi accurata e corretta. Ogni forma di automedicazione è pertanto sconsigliata.

Alla settima domanda, *“Secondo te a chi dovrebbe rivolgersi una persona che soffre di depressione e/o ansia?”*, hanno risposto così:

98 (7%) a nessuno: deve contare solo sulle proprie forze

666 (51%) ad uno psicologo

224 (17%) ad un amico/a

40 (3%) ad un neurologo

90 (7%) al medico di base

178 (14%) ad uno psichiatra

(12 dati non rilevati)

Pur essendo forte il pregiudizio secondo cui uno sforzo di volontà sarebbe sufficiente per superare i disturbi depressivi e ansiosi (come già discusso commentando le percentuali di risposta alla domanda n. 5), di fronte al quesito: *“Secondo te a chi dovrebbe rivolgersi una persona che soffre di depressione e/o ansia?”*, solo il 7% dei rispondenti ha scelto l'opzione: *“a nessuno: deve contare solo sulle proprie forze”*.

Rispetto alla scelta dell'interlocutore a cui rivolgersi è possibile formulare alcune riflessioni. Il 17% dei partecipanti ha mostrato di privilegiare l'alternativa dell'“amico/a”, optando per la ricerca di solidarietà e compartecipazione nel proprio ambito sociale più prossimo. Si tratta

tuttavia di una percentuale piuttosto esigua, alla cui base è ipotizzabile ci siano vissuti di vergogna, assieme alla convinzione che i disturbi depressivi e ansiosi, già misteriosi per chi li vive, non possano essere compresi dagli altri.

Il 51% dei giovani, dunque più della metà del campione, ha invece sostenuto l'opportunità di orientarsi verso un riferimento professionalmente qualificato, lo "psicologo", con ciò rivelando peraltro di riconoscere la natura emotiva delle problematiche depressive e ansiose. Il lavoro dello psicologo si concentra infatti soprattutto sulle emozioni, ovvero su quella parte della vita psichica che sfugge al controllo della ragione, promuovendo la risoluzione dei conflitti interni mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

È significativo, infine, che solo il 14% dei rispondenti abbia indicato l'alternativa dello "psichiatra", che è lo specialista cui prioritariamente compete la cura delle patologie depressive e ansiose.

All'ottava domanda, "**Di cosa si occupa lo psichiatra?**", hanno risposto così:

360 (28%) cura solo chi soffre di disturbi della sfera emotiva

64 (13%) non lo so

594 (45%) cura solo chi soffre di una grave malattia mentale

174 (13%) cura solo chi soffre di una malattia nervosa

(16 dati non rilevati)

Il 28% dei giovani coinvolti ha risposto correttamente, indicando che lo psichiatra "*cura chi soffre di disturbi della sfera emotiva*". La psichiatria è infatti quella specializzazione per conseguire la quale necessitano cinque anni di studi successivi alla laurea in medicina e che si occupa della terapia dei disturbi psichici, nella più vasta accezione del termine. Il 45% del campione ha invece risposto che lo psichiatra "*cura solo chi soffre di una grave malattia mentale*", confermando l'esistenza del pregiudizio secondo cui lo psichiatra è tendenzialmente pensato come il medico dei matti. Rispetto a questa interpretazione restrittiva e preconcepita potremmo persino considerare più favorevole la risposta "*non lo so*" scelta dal 13% dei partecipanti alla ricerca. I pregiudizi, infatti, oltre ad essere diffusi, sono estremamente resistenti al cambiamento, per cui, sul piano dell'acquisizione di corrette informazioni, è preferibile partire da una dichiarata assenza di conoscenze.

Alla nona domanda, “*Secondo te è vero che lo psicologo cura solo attraverso la parola e la relazione e non prescrive farmaci?*”, hanno risposto così:

712 (54%) vero

302 (23%) falso

270 (21%) non lo so

(24 dati non rilevati)

Il 54% dei giovani coinvolti nella ricerca ha risposto correttamente, considerando “*vera*” l’affermazione secondo cui lo psicologo cura solo attraverso la parola e la relazione e non prescrive farmaci. La restante parte del campione, poco meno della metà dei partecipanti, si è invece distribuita equamente tra l’alternativa “*non so*” (21%), indicata da coloro che non conoscono la specificità professionale dello psicologo, e l’opzione “*falso*” (23%), ritenuta appropriata da quanti probabilmente confondono gli interventi che competono allo psicologo e al medico psichiatra.

Alla decima domanda, “*Nella cura della depressione e dell’ansia la psicoterapia serve per:*”, hanno risposto così:

520 (40%) ricercare le motivazioni del proprio malessere

358 (27%) avere uno spazio dove “sfogarsi”

146 (11%) avere indicazioni su come comportarsi

138 (11%) acquisire informazioni psicologiche sul proprio disturbo

136 (10%) non lo so

(10 dati non rilevati)

Come ha risposto il 40% dei partecipanti alla ricerca, nella cura della depressione e dell’ansia la psicoterapia serve per “*ricercare le motivazioni del proprio malessere*”. Può anche rappresentare, soprattutto in alcuni momenti, un’opportunità per scaricare tensioni e dispiaceri. È tuttavia limitativo e improprio considerarla unicamente uno “*spazio dove sfogarsi*” poiché ciò significa non riconoscerne la specificità e assimilarla ad altre tipologie di relazioni. Anche con parenti, amici e conoscenti è talvolta possibile dare sfogo a contenuti emotivi dolorosi, pur non trattandosi di rapporti con obiettivi terapeutici. Allo stesso modo, è inopportuno ricondurre l’utilità della psicoterapia al fatto di ottenere “*indicazioni su come comportarsi*”. Lo psicoterapeuta infatti non dà

consigli ma aiuta la persona a entrare in contatto con la propria emotività, a sviluppare nuove consapevolezze e fare chiarezza dentro di sé. Ogni forma di pressione o coercizione deve rimanere estranea al rapporto terapeutico. Rispetto alla possibilità di “*acquisire informazioni psicologiche sul proprio disturbo*”, è infine necessario sottolineare che il compito dello psicoterapeuta non è quello di istruire il paziente con nozioni di tipo tecnico, saturando gli incontri con commenti teorici astratti, ma di accompagnarlo nella scoperta del suo particolare malessere per come emerge e si manifesta.

All'undicesima domanda, “*Secondo te gli antidepressivi e gli ansiolitici:*”, hanno risposto così:

512 (39%) creano dipendenza psico-fisica

252 (19%) sono dannosi per il fisico

246 (19%) servono solo per curare i sintomi della fase acuta

210 (16%) non ho opinioni in merito

80 (6%) causano la riduzione del livello di coscienza

(8 dati non rilevati)

Nei confronti dei farmaci è possibile sottolineare l'esistenza di atteggiamenti di divinizzazione o, al contrario, di demonizzazione. In base ai primi bisogna affidarsi ciecamente ai farmaci perché, grazie ad essi, è possibile risolvere, sempre e comunque, qualunque tipo di problema. In base invece ai secondi, i farmaci sono prodotti chimici, non naturali, per cui è maggiore il danno che procurano, in termini di fenomeni collaterali, rispetto ai vantaggi. Estremizzando, i due tipi opposti di atteggiamento danno origine a due diversi approcci pregiudiziali che possiamo così sintetizzare: l'atteggiamento divinizzante porta al “farmaci sempre”, quello di demonizzazione conduce al “farmaci mai”.

Gli psicofarmaci sono quindi considerati da alcuni come la soluzione definitiva di qualunque problema riguardante la sfera psichica, mentre da altri assimilati alle sostanze stupefacenti, per cui se ne teme la “*dipendenza psico-fisica*”, come sostenuto dal 39% del campione di rispondenti, e la “*riduzione del livello di coscienza*”, come dichiarato dal 6% dei partecipanti alla ricerca.

I due tipi di atteggiamento sopra esposti interferiscono con una visione realistica, in base alla quale sono strumenti da utilizzare “*solo per curare i sintomi della fase acuta*” di un disturbo, come correttamente indicato da una percentuale minoritaria del campione, corrispondente al

19% dei giovani coinvolti. Il loro scopo è di ridurre i sintomi: sono cioè “sintomatici” e vanno sospesi quando la fase acuta regredisce. In linea con quanto già discusso, non hanno invece alcuna azione sulle cause del malessere psichico, per la cui cura è necessario intraprendere la via psicologica. Rispetto alle terapie farmacologiche antidepressive, si può dire che in generale non provocano alcun

tipo di dipendenza fisica. È però possibile che si venga ad instaurare una dipendenza di tipo psicologico, legata alla convinzione che la sospensione della cura determini la riattivazione dei sintomi. Questo tipo di timore determina, a volte, la prosecuzione dell’assunzione in regime di autogestione, cosa da evitare.

Altro timore diffuso è che gli antidepressivi possano “togliere la lucidità”. Si trascura tuttavia il fatto che sono proprio i disturbi depressivi a produrre la riduzione della concentrazione, dell’attenzione, della memoria e, di conseguenza, un netto calo delle prestazioni in ambito scolastico e lavorativo. Contrariamente a quanto si pensa, quindi, un trattamento antidepressivo ben condotto non solo non provoca perdita di lucidità ma ne determina un progressivo aumento, fino al recupero totale.

In ultimo, il pensiero che gli antidepressivi possano “cambiare la personalità” è infondato. Di fatto i farmaci non agiscono modificando le strutture o le funzioni cerebrali di base che determinano le caratteristiche di personalità, ma operano favorendo un miglioramento dei sintomi e un riequilibrio graduale della personalità.

All'ultima domanda, ***“Quale dei seguenti consigli daresti ad una persona che soffre di depressione e/o di ansia?”***, hanno risposto così:

442 (34%) “Devi chiedere aiuto a uno psicologo”

276 (21%) “Cerca di tirarti su ... bisogna rimboccarsi le maniche”

234 (18%) “Sono malattie curabili, ma devi rivolgerti al tuo medico”

240 (18%) “Non c’è bisogno né di medici né di medicine, è solo un problema di buona volontà”

92 (7%) “Fai solo le cose che ti piacciono e vedrai che ti passa”

(24 dati non rilevati)

Sono da ritenersi appropriate le risposte di coloro che direbbero: *“Sono malattie curabili, ma devi rivolgerti al tuo medico”* (18%), e di quanti direbbero: *“Devi chiedere aiuto a uno psicologo”* (34%). Si tratta di suggerimenti corretti poiché consentono di uscire dalla

dimensione parascientifica in cui questi disturbi tendono ad essere inseriti e di ricondurre il problema in ambito medico – psicologico.

In questa logica risultano meno adeguate le risposte del restante 46% del campione, ovvero di chi esprimerebbe i seguenti consigli: *“Cerca di tirarti su ... bisogna rimboccarsi le maniche”* (21%); *“Non c'è bisogno né di medici né di medicine, è solo un problema di buona volontà”* (18%); *“Fai solo le cose che ti piacciono e vedrai che ti passa”* (7%).

Siamo di fronte a suggerimenti che, pur se dettati da buone intenzioni, rischiano di essere dannosi in quanto si fondano sul pregiudizio della volontà. A tale proposito ribadiamo con forza quanto affermato in precedenza: i disturbi depressivi comportano la riduzione dell'energia vitale di cui il soggetto può disporre e a ciò consegue che è irrealistica la possibilità di utilizzare lo strumento della volontà per uscire dalla crisi.

In conclusione, vogliamo ringraziare tutti i giovani che hanno collaborato alla ricerca rispondendo al questionario. La loro attenzione è stata un segnale chiaro del valore riconosciuto alla vita psichica, anche quando si esprime attraverso il linguaggio della sofferenza, sia essa di carattere ansioso o depressivo.

Alcune conoscenze sono emerse più sedimentate e diffuse: facciamo riferimento in particolare a quelle relative alle definizioni dei Disturbi Depressivi e Ansiosi.

Altre invece sono apparse ancora incerte: quelle riferite, ad esempio, ai temi della volontà, della figura professionale dello psichiatra e della dipendenza dagli antidepressivi.

Del resto i pregiudizi che gravitano attorno al tema della salute emotiva, assieme ai conseguenti comportamenti ed atteggiamenti non corretti, sono ancora molto diffusi e radicati nella società in cui viviamo. La conoscenza è l'unico strumento in grado di contrastarli ed è per tale motivo che riteniamo sia importante dedicare a tali temi opportuni spazi d'informazione, approfondimento e sensibilizzazione.

Testimonianze

Quelle che seguono sono alcune esperienze raccontate direttamente da persone che le hanno vissute. Sono tratte dalla sezione “Racconta la tua esperienza” del sito dell’Associazione per la Ricerca sulla Depressione, cui sono state inviate dai “protagonisti” autorizzandone la pubblicazione.

Alle testimonianze inviate sono state apportate solo modifiche di punteggiatura o di struttura delle frasi, allo scopo di rendere più scorrevole la lettura.

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 spendere 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 nè 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 incoscio 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, malessere 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 depresse in famiglia che però non si curano, perchè 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 prodigio: 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 perchè "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 sfigata... 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 trancio le relazioni 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 un'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 senza 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, pianti 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 attirava 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 dà 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 Elopam 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 vedevo 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'agiatazza 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 guadagnarli 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 rompiballe, 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 spossata 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 trascorrevi 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 a 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 Eflexor da 150. Dal 2008 faccio psicoterapia e da un anno sono passato a Wellbutrin150 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 mie 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 terapisti/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.

Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta un'iniziativa consistente nella pubblicazione di una **Collana di Psichiatria Divulgativa**.

Dopo il primo libro, "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia" (2011), il secondo, "Il paziente depresso e i suoi familiari" (2012), e il terzo "Riconoscere e curare l'ansia e il panico" (2013), pubblichiamo il quarto "Depressione e ansia nelle diverse fasi della vita" in cui vengono descritte le diverse forme in cui il Disturbo Depressivo si manifesta nelle diverse età della vita e nel mondo femminile.

Come per i primi tre libri della Collana, anche la versione pdf di questo quarto verrà inviato, a titolo totalmente gratuito, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione

assodep@tiscali.it

Sottolineiamo che l'obiettivo della Collana è di dare un contributo al superamento delle barriere pregiudiziali che s'interpongono tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura. Tale obiettivo viene perseguito mediante un'informazione divulgativa che, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti".

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

Note biografiche dell'autore

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

ISBN 978-88-8239-191-1



9 788882 391911