

Atti del Convegno: “Depressione e ansia nelle diverse fasi della vita”

Il Convegno, organizzato dalla Associazione per la Ricerca sulla Depressione, si è svolto presso il Circolo dei Lettori di Torino il 15 Novembre 2014 sul tema del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia nell'adolescenza, nella giovinezza e nella terza età ed è stato anche trattato il tema delle caratteristiche del Disturbo Depressivo nelle donne. Elenchiamo di seguito il titolo degli argomenti e il nome dei relatori.

Adolescenza e malessere depressivo relatrice *Dott.ssa Francesca Scordia*

Disagio Giovanile e Disturbo da Attacchi di Panico relatrice *Dott.ssa Monica Giuliacci*

La depressione al femminile relatrice *Dott.ssa Laura Mariotto*

Il disturbo depressivo nella terza età relatore *Dott. Fabrizio Boccardo*

La Psicoterapia nelle diverse fasi della vita relatrice *Dott.ssa Eleonora Gasparini*

I vissuti soggettivi della depressione e dell'ansia relatore *Salvatore Di Salvo*

Adolescenza e malessere depressivo

Dott.ssa Francesca Scordia

L'adolescenza è l'età intermedia tra l'infanzia e l'età adulta; rappresenta un passaggio nel quale il soggetto non è più un bambino, ma non è ancora un adulto.

In funzione di questo delicato passaggio evolutivo, l'adolescente deve essere in grado di accettare molti cambiamenti, che implicano separazioni e perdite, sia in rapporto al corpo e al sé infantile, sia relativamente ai precedenti legami affettivi (in particolar modo con i genitori).

Pensiamo ai *cambiamenti corporei*: l'adolescente vede le ossa allungarsi fino a raggiungere l'altezza definitiva, vede i tratti somatici modificarsi, i genitali maturare. Tutti questi mutamenti lo pongono in relazione con il mondo in modo differente: il suo corpo attira l'attenzione propria e altrui in modo nuovo, alcune cose che prima erano concesse adesso diventano proibite. Con la maturità sessuale nascono nuovi desideri, oltre al bisogno di scoprire la propria fisicità appena acquisita.

Anche il *rapporto con i genitori* durante l'adolescenza va incontro a profondi cambiamenti. I ragazzi spesso manifestano atteggiamenti ribelli e si ritengono incompresi. I genitori, da parte loro, da un giorno all'altro possono avere la sensazione di non riconoscere più il loro bambino, spesso non sanno come interpretare e leggere le emozioni del figlio, si trovano disorientati di fronte a questi cambiamenti.

L'atmosfera familiare può andare incontro a momenti di grande tensione: a questa età i ragazzi spesso contestano le scelte e i valori dei genitori, che vengono sostituiti da *nuovi e ferventi ideali*. I genitori, messi di fronte a tali cambiamenti, possono avvertire una sorta di rifiuto. In realtà è bene tenere presente che questi atteggiamenti provocatori sono motivati da un sottostante bisogno di differenziazione, sano e fisiologico, che diventa problematico solo se, nella relazione tra genitori e figli, gli aspetti di chiusura sono così rigidi da impedire uno scambio comunicativo efficace e autentico.

Diversamente dal disinvestimento che l'adolescente opera nei confronti delle relazioni con i genitori, *il gruppo dei coetanei* può costituire per lui un'importante fonte di rispecchiamento, di conferma e di costruzione della propria identità. Il gruppo dei coetanei però, così come può risultare una grande risorsa, allo stesso tempo può trasformarsi in un'esperienza traumatica quando il contesto delle amicizie è ostile e aggressivo.

Anche *i modelli sociali* acquistano un valore vastissimo per l'adolescente, che trova rassicurante ed entusiasmante appartenere ad un "gruppo sociale" nel quale riconoscersi e identificarsi: questa adesione lo fa sentire meno diverso, meno sbagliato, ha una funzione di orientamento e permette di assumere quello status (attraverso il look, gli accessori, gli hobby...) che crea aggregazione.

È proprio attraverso questo tumultuoso divenire, appena descritto, che si avvia una fase decisiva per la costruzione dell'identità adulta e per la stabilizzazione della personalità.

La depressione in adolescenza

Il dolore mentale depressivo è un'emozione sana ed adeguata che la persona sperimenta a seguito della perdita di qualche cosa di buono, di amato.

La depressione si struttura nel momento in cui la persona non è in grado di vivere questo dolore: lo evita, lo sposta, lo tiene lontano, rimanendovi però in questo modo dolorosamente invischiata, senza la possibilità di elaborarlo e, conseguentemente, di superarlo.

I motivi per cui una persona non è in grado di vivere il dolore mentale depressivo si possono ricondurre ad un complesso intreccio di variabili:

- *biologiche* (genetiche, neurobiologiche, ecc.)
- *psicologiche* (affettive, cognitive, ecc.)
- *sociali* (cultura di appartenenza, ambiente familiare, ecc.)

Molteplici sono le modalità con cui questo disturbo si può manifestare durante l'adolescenza. Frequentemente accade che i sintomi tipici della patologia depressiva siano poco evidenti e lascino invece il posto ad "equivalenti depressivi" come disobbedienza, noia, faticabilità, dolori addominali, ipocondria, esibizionismo, inclinazione ad agire. Questo 'mascheramento' della sofferenza depressiva può rendere difficile per le altre persone cogliere il malessere che sta attraversando il ragazzo.

In base ai risultati degli studi effettuati in questo ambito, è stato possibile individuare un insieme di sintomi che con più chiarezza identificano la depressione in adolescenza:

- *rallentamento psicomotorio* (rallentamento della motricità, dell'ideazione, dell'espressione verbale e della percezione del tempo, che sembra trascorre con estrema lentezza)
- *disturbi fisici* (in particolar modo anoressia nervosa ed ipersonnia)
- *stati emotivi di tristezza, melanconia, pessimismo, disperazione*

- *sentimento di noia e mancanza di interesse* (anedonia)
- *stanchezza fisica e senso di fatica* (astenia) senso di impotenza e di inefficacia
- *passaggio all'atto auto ed etero-aggressivo* (alcol, droghe comportamenti violenti, tentativi di suicidio)

Secondo il manuale diagnostico DSM IV sono due gli aspetti che caratterizzano la depressione nell'infanzia e nell'adolescenza:

- *l'irritabilità*, come tratto più evidente di un'alterazione dell'umore di tipo disforico (stato patologico di ansietà, tristezza e paura)
- la durata dell'*alterazione per almeno un anno*, mentre per gli adulti si considerano due anni.

Prevalenza

Per quanto riguarda la prevalenza, ovvero la frequenza, con cui si manifestano i disturbi depressivi nell'età evolutiva, viene riscontrato un incremento della patologia con l'aumentare dell'età: la prevalenza dei disturbi depressivi in età prepuberale è compresa tra l'1% ed il 2%, mentre in età adolescenziale arriva tra il 3% e l'8%.

Rispetto alla prevalenza tra i sessi, dagli studi presenti in letteratura, emerge che, mentre durante l'infanzia la distribuzione è pressochè uniforme, in adolescenza invece vi è una netta superiorità del disturbo nel sesso femminile. Questa prevalenza si mantiene costante anche successivamente nell'età adulta.

Evoluzione e prognosi

Le ricerche sull'evoluzione e sulla prognosi del disturbo depressivo in adolescenza, sebbene ancora limitate, sembrerebbero evidenziare che i due terzi degli adolescenti depressi abbiano sofferto, durante l'infanzia, di disturbi ansiosi. L'ansia dunque sembrerebbe poter predisporre alla sofferenza depressiva.

Per quanto riguarda la prognosi dei disturbi depressivi, la presenza di pregressi tratti psicopatologici (episodi depressivi precedenti, pregressi tentativi di suicidio, abuso di sostanze...), e le relazioni interpersonali precoci sembrano giocare un ruolo importante come fattori di rischio, o di prevenzione nell'evoluzione di questa patologia.

Più specificatamente, buone relazioni interpersonali precoci (soprattutto all'interno della famiglia) caratterizzate da un senso di sicurezza, di accettazione e di protezione, sembrerebbero ostacolare l'evoluzione verso una vera e propria patologia depressiva. Un effetto prognostico negativo invece hanno relazioni primarie caratterizzate da

abbandono, incoerenza, mancanza di sintonizzazione affettiva e da scarsa capacità di attenzione. Questi tipi di relazione, possono rendere più vulnerabile il bambino, esponendolo a sentimenti di abbandono, autocritica severa, eccessiva dipendenza dagli altri.

Eziologia

Prendendo in considerazione il modello psicodinamico, le cause del disturbo depressivo, possono essere ricondotte a tre fattori:

- la perdita dell'oggetto amato e le vicissitudini del narcisismo (ovvero l'amore per la propria immagine);
- l'ambivalenza e l'aggressività;
- uno stato depressivo di base che trova modo di manifestarsi.

Questi tre fattori sono però anche aspetti caratteristici dell'età adolescenziale: la linea che divide normalità e patologia in adolescenza è estremamente sottile, volubile, e in alcuni casi, difficile da cogliere. È molto importante prestare attenzione ai segnali che il ragazzo lascia trapelare, per poter capire se egli si trova in un momento evolutivo, di crescita e di trasformazione, oppure si ritrova bloccato, sopraffatto da un dolore che non riesce a vivere, a gestire, e che per questo necessita di essere aiutato, sostenuto. Occorre perciò non minimizzare in alcun modo il malessere esistenziale di un ragazzo, riconducendolo unicamente ad un passaggio di vita complicato.

Passiamo ora a descrivere più nel dettaglio questi tre fattori che caratterizzano l'adolescenza, ma che nello stesso tempo potrebbero innescare una patologia depressiva. Delle *perdite oggettuali* cui va incontro un adolescente abbiamo già avuto modo di parlare in precedenza: l'adolescente dovrà affrontare la rottura dei legami precedenti, il distacco dai propri oggetti d'amore infantili, la separazione sia fisica che psichica dall'ambiente familiare, dagli amici, dalla scuola. Ognuna di queste perdite genererà un dolore depressivo, ma nello stesso tempo permetterà all'adolescente di crescere, di evolversi. Il divenire della vita, infatti, di per se stesso comporta esperienze di perdita: non si può esplorare il nuovo, cogliere le cose buone, le cose nuove del mondo aperto, e, contemporaneamente, permanere nella tana.

Per quanto riguarda gli *aspetti narcisistici*, in adolescenza sono molto frequenti vissuti di vergogna, di inadeguatezza, di inferiorità e di mancanza di autostima. Lo scarto tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere è percepito come troppo vasto: spesso, ad

esempio, si ha la sensazione di non avere un corpo adeguato e si sente la necessità di passare molto tempo allo specchio a “riconoscersi”, a trovare il miglior modo per presentare agli altri un fisico in evoluzione, non ancora adulto, ma non più bambino, un corpo di cui spesso si vergogna e che viene percepito con grande disagio.

Tutto questo può portare a sentimenti negativi di vergogna, di disprezzo e di rabbia che l'adolescente può rivolgere contro di sé (malattie psicosomatiche, atteggiamenti autolesionistici, come le diete drastiche, spinte autodistruttive, droghe, alcol, condotte anticonservative), o verso gli altri (perché i miei genitori *“hanno generato un corpo con tanti difetti o non hanno fatto niente per migliorarlo”*).

Certe volte la percezione di essere inadeguati può essere talmente intensa che l'adolescente preferisce rimanere appartato, evitare i contatti sociali e ritirarsi in contesti che possono apparire temporaneamente più gratificanti come i social network e le comunità virtuali, con il rischio di cadere in forme di dipendenza dalla rete. La prigionia domestica dietro uno schermo può infatti conferire l'illusione di essere altro da sé.

A conclusione di questo punto, è doveroso soffermarsi su un tema estremamente delicato, quello delle condotte suicidarie. Secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O mS) 'Health for the world's adolescents', il suicidio rappresenta la terza causa di morte tra gli adolescenti di età compresa tra i 10 e i 19 anni a livello globale. Incidenti stradali, Hiv/Aids e suicidi, sono le tre principali cause di decesso tra i giovani, mentre la depressione è la prima causa di disabilità e di malattia tra i ragazzi nel mondo.

Il principale fattore di rischio delle condotte suicidarie è la vulnerabilità al dolore della vergogna e dell'umiliazione. Scomparire e vendicarsi sono purtroppo le modalità più scontate per attenuare la sofferenza profonda che arreca la vergogna e per mettersi in salvo dalla minaccia di un'imminente mortificazione scolastica o familiare.

Non è vero che parlare di fantasie suicidali sia rischioso: l'unico antidoto alla violenza dell'azione è la parola, attraverso la parola infatti si possono costruire vincoli e legami. Quando un ragazzo accenna a questo tipo di fantasie, seppur in modo velato, è dunque molto importante accoglierle, e trattarle con la dovuta attenzione. Accedere all'aiuto di uno specialista può permettere ad un adolescente con intenti suicidari di trovare uno spazio per dare voce alle proprie fantasie segrete, rendendole pensabili e quindi potendo innescare un lavoro di esplorazione ed elaborazione delle stesse.

Un'altra caratteristica propria dell'adolescenza sono le *manifestazioni affettive disforiche*: la quotidianità dell'adolescente spesso è caratterizzata da lunghe ore d'inattività che possono improvvisamente lasciare il posto a violente passioni non appena uno stimolo lo consenta, pur mantenendo sempre una sorta di noia o di disinteresse di fondo difficile da smuovere. La noia è un segno di sofferenza, di malessere; ha a che fare con il desiderio, o meglio con l'inceppamento del desiderio. Il desiderio c'è, ma non trova uno spazio-tempo per concretizzarsi, per manifestarsi nella relazione col mondo. Dunque l'umore disforico in adolescenza è caratterizzato dall'imprevedibilità: frequentemente si alternano vissuti d'inutilità e di pessimismo, sentimenti di colpa o vergogna, d'isolamento, a momenti di grandiosità, di onnipotenza oppure di agitazione o collera vera e propria.

Terapia

Nell'adolescenza la terapia dei disturbi dell'umore tiene conto di un'ottica multifattoriale, nella quale rientra anche la famiglia che va sostenuta con interventi psicoeducativi volti a fornire ai genitori un aiuto nell'affrontare il disagio del figlio. Tutto questo deve essere fatto salvaguardando lo spazio individuale di fiducia che il ragazzo ha con il curante perché, se venisse meno, sarebbe compromesso l'esito della cura.

Quando viene diagnosticato un disturbo dell'umore grave è importante stabilire una buona alleanza con la famiglia circa l'assunzione di farmaci. La terapia farmacologica è necessaria quando i sintomi raggiungono una gravità tale da interferire nella vita sociale, scolastica ed affettiva dell'adolescente o quando esiste un reale pericolo di messa in atto di tentativi di suicidio. Bisogna comunque tenere presente che la terapia farmacologica cura solo i sintomi e non le cause del malessere e va quindi utilizzata per un periodo di qualche mese, il tempo cioè necessario per la scomparsa dei sintomi della fase acuta.

Se viene invece diagnosticato un disturbo dell'umore più lieve, in cui i sintomi non determinano interferenze con il processo di crescita o pericoli di comportamenti suicidari, la psicoterapia costituisce la principale indicazione.

Disagio Giovanile e Disturbo da Attacchi di Panico

Dott.ssa Monica Giuliacci

Il Disagio Giovanile non ha le caratteristiche di una specifica patologia perché non ha una causa univoca, ma è il risultato di una serie di concause e può essere ricondotto ad una serie di fattori, spesso in relazione tra loro. L'adolescente, infatti, è parte integrante di un sistema relazionale di cui fanno parte le principali agenzie di socializzazione (famiglia, scuola, comunità sociale e gruppo dei pari) che diventano fattori decisivi del benessere o del malessere del ragazzo.

Tali fattori possono essere:

- fattori socio-ambientali: problematiche legate a variabili economiche, culturali, sociali.
- fattori psicologici e relazionali: l'adolescenza è l'età del cambiamento. Adolescenza deriva proprio dal verbo latino "adolescere" che significa crescere. L'adolescente è, nello stesso tempo, un bambino e un adulto, ma non è più un bambino e non è ancora adulto. Il rifiuto della propria infanzia da una parte e la ricerca della stabilità da adulto dall'altra costituisce l'essenza stessa della "crisi", del processo che ogni adolescente attraversa. Succede, a volte, che questo percorso diventi particolarmente difficile, soprattutto quando i ragazzi non trovano riferimenti sicuri nei vari ambiti della loro vita.
- fattori educativo-affettivi: la riorganizzazione delle relazioni con i genitori costituisce uno degli avvenimenti che contrassegnano l'adolescenza. E' normale e naturale che in questa fase della vita sia presente un'elevata conflittualità tra l'adolescente e i suoi genitori. A livello familiare il giovane si trova ad affrontare un'alternativa paradossale: da un lato deve rompere con i propri genitori per affermare la sua identificazione di adulto, ma dall'altro non può ritrovare le basi della propria identità se non all'interno della sua storia familiare... A volte la contrapposizione fra i genitori e il figlio diviene pesante, totale, continua e può trasformarsi in un'opposizione generalizzata contro tutti gli adulti e, in generale, contro la società e le sue regole.

Le interazioni rischiano di irrigidirsi determinando comportamenti patologici.

I giovani possono, di conseguenza, esprimere sentimenti di inquietudine, sentirsi intrappolati, in balia di eventi non governabili e non prevedibili, percepiscono solo un peggioramento di tutte le condizioni della esistenza.

Sono proprio questi i sentimenti che costituiscono il nucleo emotivo e soggettivo del Disagio Giovanile che può esprimersi attraverso varie modalità: abuso di sostanze

alcoliche, uso di sostanze stupefacenti, disturbi alimentari, manifestazioni di bullismo, gesti autolesivi o disturbi della condotta alimentare.

Ne diamo, di seguito, un breve cenno.

L'abuso di bevande alcoliche ha spesso lo scopo di “coprire” il disagio tramite gli effetti dell'alcool che vanno dalla distensione all'ebbrezza, di nascondere a se stessi e agli altri, con la sensazione illusoria di star meglio. La cornice nella quale s'iscrive la condotta alcolista in questa fascia di età è il gruppo, la banda. Meno frequente è l'assunzione solitaria.

Per quanto riguarda *le sostanze stupefacenti* le motivazioni coscienti verbalizzate e il tipo di effetti attesi all'origine dell'assunzione di droghe, in base ad alcune ricerche su ragazzi dai 15 ai 25 anni, sono curiosità ed evasione.

Altra espressione di disagio è *il bullismo*, definito come una prevaricazione, psicologica o fisica, ripetuta e continuata nel tempo, esercitata da una persona o da un gruppo di persone nei confronti di un'altra persona, percepita come debole, che viene vittimizzata e ripetutamente esposta ad azioni offensive.

La presenza del disagio può esprimersi anche con altre modalità, quale, ad esempio, la messa in atto di comportamenti autolesionisti: tagli, bruciature, fratture provocate volontariamente.

Un'altra espressione di disagio, soprattutto presente nelle ragazze, è costituita dai disturbi legati all'alimentazione. Nel manuale diagnostico dei disturbi mentali (DSM 5) tali disturbi sono così classificati: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi della nutrizione o dell'alimentazione non altrimenti specificati. Si tratta di disturbi del comportamento alimentare che rappresentano un agito sul proprio corpo che costituisce, soprattutto in adolescenza, un veicolo preferenziale per comunicare e mostrare un disagio psicologico.

Vorrei ora soffermarmi più diffusamente su un'altra delle possibili modalità di espressione del Disagio Giovanile: il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP).

L'attacco di panico, l'espressione più devastante dell'ansia, si manifesta in forma di crisi di breve durata, ma molto violenta, legata ad una chiara e nitida sensazione di morte imminente. La parola panico prende origine dalla mitologia greca, tra le cui divinità c'era anche Pan, dio della vita campestre e patrono della siesta. Secondo il mito, il divertimento preferito del dio era quello di comparire all'improvviso provocando, in

coloro che trovava addormentati nel riposo pomeridiano, sensazioni inspiegabili di terrore. La vittima era preda di una tale angoscia da avere paura di essere sul punto di morire: nell'attacco di panico si sperimenta proprio questa sensazione.

Può capitare a tutti, in alcuni momenti della propria vita, specie se si sta vivendo un disagio (anche evolutivo, come quello giovanile di cui abbiamo parlato), di avvertire improvvisamente una vaga inquietudine, di sentirsi tesi come se dovesse succedere qualcosa di negativo, senza capire bene cosa. Si tratta di episodi spesso trascurabili, che possono anche venire dimenticati, ma che costituiscono già dei piccoli attacchi di panico. Altre persone, invece, sono vittime di attacchi violentissimi, tali da sentirsi completamente sopraffatte e annientate.

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato da un ben preciso gruppo di sintomi, presenti in numero e intensità variabili e che nel loro insieme ci permettono di fare diagnosi di DAP. Questi sono:

- Paura di morire o di impazzire
- Paura di perdere il controllo della situazione
- Sensazione di disastro imminente
- Depersonalizzazione e/o derealizzazione
- Palpitazione , pulsazioni rapide e bene avvertibili
- Dolore o peso al petto
- Vertigini o senso di sbandamento
- Sudorazione profusa
- Difficoltà di respiro accompagnata ad affanno o senso di soffocamento o di asfissia
- Tremori a grandi scosse o, meno spesso, fini
- Nausea o disturbi addominali
- Brividi o vampate di calore
- Sensazioni anomale come formicolio o lieve solletticamento
- Spossatezza nel periodo post critico

L'attacco di panico, pur durando pochi minuti, lascia un profondo senso di malessere e di disagio e, soprattutto, lascia il timore/terrore che possa ripetersi. Tale timore assume la forma di "ansia anticipatoria" e determina atteggiamenti di evitamento: il soggetto tende cioè, ad evitare luoghi o situazioni in cui teme che l'attacco possa ripetersi, tende a stare in luoghi o situazioni in cui si sente sicuro, cerca la compagnia di una persona di

fiducia, tende a stare a casa e, se decide di uscire, lo fa con paura e tende a seguire percorsi prefissati e conosciuti.

Ansia anticipatoria e meccanismi di evitamento comportano, quindi, limitazioni nella vita giornaliera di chi ne soffre e, se tali limitazioni sono molto rilevanti, danno luogo a quella condizione nota come agorafobia.

L'ansia anticipatoria, quindi, può incidere gravemente sulla qualità della vita di chi ne soffre e può portare all'isolamento sociale. Si pensi quanto questo possa essere gravoso nella vita di un ragazzo adolescente.

Capita spesso che i ragazzi che soffrono di DAP si vergognino di parlarne e siano convinti che con la volontà sarebbe possibile superare il problema. Accanto a questo vissuto ci sono i pregiudizi sulla figura del medico psichiatra (“ ci vanno i matti, mica io”) e sugli psicofarmaci. Questo comporta che solo il 25% di chi soffre di DAP giunga all'osservazione e alla cura specialistica. Spesso si chiede un aiuto quando i sintomi sono ormai diventati di tale gravità da interferire pesantemente nella vita sociale, lavorativa ed affettiva della persona.

Per quanto riguarda i giovani, è importante che i genitori sappiano leggere i segnali del malessere che i propri figli stanno vivendo e aiutarli affiancandoli nel percorso di cura.

Si può guarire dal Disturbo da Attacchi di Panico?

Il Disturbo è sicuramente curabile, ma la sola volontà non basta. L'intervento deve avvenire su due fronti: la terapia con i farmaci, mirata alla cura dei sintomi, e la psicoterapia, finalizzata ad individuare le cause spesso inconsce del disturbo. E' fondamentale decodificare il significato del disturbo, coglierne l'origine, attivando un lavoro di ricerca psicologica che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

La depressione al femminile

dott.ssa Laura Mariotto

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

Ciò può essere determinato da:

- *motivi socio-economici*: spesso le donne ricevono condizionamenti sociali e culturali che forniscono loro scarsi strumenti di autostima e di fiducia personale. Possono, inoltre, essere soggette a pregiudizi sul loro valore e sulle loro capacità e, in alcuni casi, incontrare difficoltà legate alla discriminazione nell'ambiente lavorativo. Dal punto di vista sociale ed economico vivono, quindi, una condizione che può predisporre all'insorgenza di manifestazioni depressive.

- *maggiore disponibilità a denunciare la presenza del disturbo depressivo*: la donna è meno condizionata dal "modello eroico" cui l'uomo tende ad aderire ed è, quindi, più disponibile a denunciare la presenza di disturbi della sfera emotiva.

- *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.

Esistono delle fasi nel ciclo di vita della donna in cui il disturbo depressivo può manifestarsi, proprio per le ragioni sopraindicate. Tale disturbo può manifestarsi in un arco di tempo che segue il ciclo di vita, dall'età della fertilità alla menopausa.

La sindrome pre-mestruale, la gravidanza, il "post-partum", la menopausa sono le dimensioni in cui può essere presente il disturbo depressivo. Bisogna sottolineare, però, che una variazione dell'umore in queste fasi è fisiologica, in quanto segue il naturale andamento ormonale proprio di questi momenti. E' l'intensità e la durata della manifestazione dello stato depressivo che lo rendono un vero e proprio "disturbo".

Sindrome premestruale

"La sindrome pre-mestruale è una fase del ciclo mestruale che le donne, tra i 25 e i 40 anni, sperimentano con intensità diversa, nei 6-7 giorni precedenti alle mestruazioni e coinvolge aspetti somatici, emotivi, relazionali e sociali.

E' importante fare una breve premessa per comprendere le motivazioni che in certi casi possono trasformare una naturale espressione della dimensione femminile in un disturbo. Ancora oggi l'approccio scientifico al fenomeno mestruale deve fare i conti con la tradizione culturale che ha fatto delle mestruazioni oggetto di credenze mitiche, superstiziose e religiose e le ha a lungo considerate causa di impurità e di pericolo.

E' solo negli anni Sessanta che compare la descrizione della "Sindrome premestruale" (SPM) in riferimento all'insieme dei sintomi fisici e psichici correlati a questa fase del ciclo.

Come si manifesta la Sindrome Pre Mestruale.

La "Sindrome Pre Mestruale" (SPM), si manifesta con una serie di sintomi di carattere somatico e affettivo-comportamentale. Tra i sintomi somatici si possono riscontrare: tensione mammaria e addominale, ritenzione idrica, modificazione dell'appetito, cefalea e, con minor frequenza, eruzioni cutanee acneiformi, nausea e vomito. Le manifestazioni affettive e comportamentali più frequenti sono: depressione, facilità al pianto, ansia, irritabilità.

E' importante ribadire l'intensità di tali sintomi a trasformare una normale manifestazione, dovuta a una variazione ormonale e al vissuto che di essa ha la donna, in un disturbo. Da ricerche effettuate risulta che il 60-70% della popolazione femminile in età feconda è interessata dalla forma meno grave.

In una percentuale tra il 5 e il 10 %, invece, l'intensità della SPM è così elevata da compromettere gravemente la vita di relazione e causare una rilevante interferenza nei confronti del lavoro, delle attività sociali e dei rapporti interpersonali. In queste donne i sintomi psichici interferiscono pesantemente nella quotidianità, con peggioramenti in primavera e autunno, si può ipotizzare l'esistenza di una sottostante forma depressiva. E' interessante notare che molte madri delle donne che lamentano una SPM ne hanno a loro volta sofferto. Le donne che soffrono di SPM hanno spesso un atteggiamento reattivo nei confronti delle mestruazioni e le considerano una malattia. Alcune ricerche affermano che il 65% delle donne sofferenti di Depressione Maggiore riferisce una SPM e nell'80 % delle donne che soffrono di SPM è presente nella storia clinica almeno un episodio depressivo maggiore.

Gravidanza

La gravidanza è per la donna un periodo di grandi cambiamenti che richiedono un notevole sforzo di adattamento. In tale periodo, infatti, deve provvedere alla propria salute e a quella del bambino, sviluppare progressivamente un legame con il nascituro, tollerare il cambiamento del proprio aspetto fisico. Tanti sono i cambiamenti conseguenti alla gravidanza: sul lavoro, nelle relazioni sociali, negli spazi di vita, nel rapporto con la famiglia d'origine, rispetto alla propria immagine corporea. La gravidanza, inoltre, 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, più recettiva nei confronti degli stimoli affettivi.

Stanchezza, labilità emotiva, ansia, insonnia, umore depresso, sintomi fisici come nausea o vomito, si manifestano prevalentemente il primo trimestre nel 40% delle donne. Disturbi d'ansia, depressivi o disturbi psichici già esistenti prima della gravidanza possono riattivarsi e amplificarsi in questo delicato periodo.

Il puerperio

Dopo la nascita inizia un periodo, chiamato puerperio, particolarmente delicato per la donna, che può oscillare dalle 6 alle 8 settimane. La neo mamma è chiamata ad adattarsi ad una realtà completamente nuova in cui deve "imparare" a conoscere il neonato e se stessa nel ruolo di madre. L'attenzione che essa rivolge al neonato nelle prime settimane dopo il parto corrisponde a uno stato mentale regressivo, finalizzato a cogliere i bisogni del bambino. Si verifica quindi una rivoluzione nell'equilibrio dell'assetto familiare, del rapporto di coppia, dell'organizzazione della vita quotidiana, del lavoro e delle relazioni sociali. E' un periodo di grandi cambiamenti. Irritabilità, stanchezza, vissuti di inadeguatezza e di solitudine sono manifestazioni abbastanza frequenti che si risolvono spontaneamente nel giro di poche settimane.

La depressione post-partum

La depressione post-partum può manifestarsi attraverso uno stato chiamato Maternity Blues, la Depressione Minore o la Depressione Maggiore.

Qui di seguito verranno descritte le tre manifestazioni.

Maternity Blues

Si tratta di una sindrome caratterizzata da frequenti crisi di pianto, stanchezza, 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 una durata di circa una settimana, entro la quale si risolve completamente.

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. Spesso sono presenti anche altri disturbi: l'ansia nella forma acuta del panico e in quella somatizzata, con tensione muscolare, tachicardia. Possono essere presenti sintomi fobici (spesso agorafobici) 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. Secondo studi statistici il 10-15% delle donne che hanno partorito soffre di questa sintomatologia che mediamente si risolve in circa 6 mesi.

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 descritto 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 di 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 compare di solito nel corso del primo mese successivo al parto, con una maggiore frequenza nella prima settimana. Secondo studi statistici si manifesta nel 3-6% delle donne che hanno partorito.

Terapia della depressione in gravidanza e post-partum.

Nel momento in cui si manifesta uno stato depressivo in gravidanza o nel post-partum può essere utile l'intervento psicologico nella forma di sostegno individuale o di coppia, oppure una psicoterapia strutturata. In una prospettiva di prevenzione è importante realizzare, nello svolgimento dei corsi pre-parto, un intervento informativo rivolto a tutte le donne, rispetto ai cambiamenti fisici, psicologici emotivi e comportamentali propri del periodo della gravidanza e del post-partum.

Nei casi più gravi è di competenza dello psichiatra la terapia farmacologica.

La menopausa

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 un significato evolutivo e creativo, la crisi relativa alla menopausa è, invece, caratterizzata prevalentemente da elementi di perdita e di lutto del ciclo riproduttivo, che possono determinare la riduzione della fiducia di base nel proprio "essere donna".

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

Essa si inserisce nel processo di modificazioni del ciclo vitale della donna. Elemento significativo di crisi è la difficoltà della donna ad elaborare la ferita narcisistica conseguente alla perdita della capacità procreativa e della seduttività.

Ansia, irritabilità, fluttuazioni del tono dell'umore, ipocondria, insonnia, sono stati che si riscontrano nella donna in questa fase della sua vita. Il cambiamento dell'equilibrio ormonale, fattori psicologici, sociali, ambientali possono contribuire al manifestarsi di tali sintomi.

Conclusioni

La dimensione femminile, come si è visto, è molto complessa. Aspetti ormonali, psicologici, sociali, culturali, influenzano il ciclo di vita della donna, esponendola più

facilmente a sperimentare l'oscillazione dell'umore sul versante depressivo. A tal proposito è fondamentale sottolineare che è l'"intensità" della manifestazione sul versante depressivo, a farne un disturbo. Tenendo in considerazione quanto detto, l'informazione rimane il canale principale attraverso il quale la donna può essere preparata ad affrontare le varie fasi che sono proprie del suo ciclo di vita. L'informazione è il canale che abbatte il pregiudizio rispetto a tali problematiche e aiuta chi ne soffre ad avvicinarsi alla cura.

Il disturbo depressivo nella terza età

Dott. Fabrizio Boccardo

Descrizione e sintomi

I sintomi più comuni del disturbo depressivo nell'anziano sono simili a quelli tipici della malattia depressiva nelle altre fasce d'età. Peraltro nella persona anziana depressa è frequente la presenza di solo due o tre sintomi, capaci comunque di provocare una profonda sofferenza e di interferire con la vita quotidiana.

I sintomi principali sono una tristezza persistente presente da due o più settimane e la perdita o diminuzione di interesse e di piacere: come per tutti i pazienti depressi le attività quotidiane risultano compromesse a seconda della gravità del quadro clinico.

Altrettanto comuni possono essere sintomi di tipo fisico, quali alterazioni dell'appetito e del peso corporeo, disturbi del sonno, stanchezza e astenia.

Correlato frequente della depressione è la presenza di ansia che può divenire inquietudine, agitazione, irritabilità e, in alcuni casi, ostilità e sospettosità fino alla paranoia.

I pensieri sono spesso polarizzati in senso negativo, pessimistici, improntati alla perdita della speranza. Frequenti sono i vissuti di inadeguatezza e di colpa non giustificati, così come le eccessive lamentele per dolori fisici, spesso di tipo ipocondriaco, legate alla percezione di perdita di memoria e/o di capacità funzionali.

La depressione senile ha un decorso ed una prognosi peggiori rispetto a quella degli adulti giovani, gli episodi sono mediamente più lunghi e le ricadute più frequenti con il rischio di cronicizzazione.

Alcune riflessioni sull'invecchiamento

Occorre evidenziare un concetto importante: l'invecchiamento non è necessariamente sinonimo di depressione ovvero non tutte le persone anziane sono depresse.

Con il termine invecchiamento si intende la lunga fase della vita che va dalla maturità alla morte in cui lentamente subentrano fenomeni di riduzione e di regressione delle funzioni e delle strutture organiche.

Possiamo evidenziare complessivamente due componenti: quella organica e più specificatamente cognitiva, e quella emotiva e psicologica.

A livello organico vi è una fisiologica riduzione del numero dei neuroni cerebrali e un progredire di deficit sensoriali con compromissione di udito, vista e capacità motorie.

Con l'invecchiamento subentra un quadro generale di rallentamento cognitivo con com-

promissione delle funzioni, derivante dal decadimento del sistema nervoso centrale che ha ripercussioni soprattutto a livello della memoria e delle prestazioni cognitive.

Cause del deficit della memoria nel paziente depresso:

Riduzione delle motivazioni

Pensieri negativi

Incertezza

Rallentamento del pensiero

Ansia

Riduzione dell'attenzione

Le compromissioni a livello organico hanno ovviamente delle specificità individuali, ma sono tutto sommato generalizzabili e direttamente proporzionali all'avanzare dell'età.

La componente emotiva invece, ha più spiccate variabili soggettive poiché dipende anche dalle caratteristiche della personalità presente.

Nella senescenza ci troviamo di fronte ad una fase importante della vita che, come tutte le precedenti, porta insita in sé gli aspetti tipici di una crisi, che può evolvere in modo adattivo o disadattivo.

I temi psicosociali della vecchiaia rischiano di essere polarizzati in senso negativo e generare uno squilibrio di tipo depressivo. L'anziano affronta inevitabili eventi di vita potenzialmente depressogeni che hanno a che fare con il concetto di "perdita". La vecchiaia è, infatti, il periodo dell'esistenza in cui più frequentemente ci si ritrova a far fronte a continue e spesso simultanee perdite rispetto alla salute, all'affrontare probabili lutti, alla fine della vita lavorativa con l'avvento della pensione, alla completa autonomia dei figli, alla riduzione dei guadagni.

Le esperienze di perdita specifica dell'età anziana:

Del ruolo lavorativo e sociale

Degli affetti

Della memoria

Della salute

Dell'autonomia

Dell'energia

Della stima di sé

Del senso degli altri

Tuttavia, perché una condizione di infelicità, di sentimenti di tristezza e di fluttuazioni dell'umore si strutturino in un vero e proprio disturbo clinico occorre che i sintomi siano patologici, persistenti e invalidanti.

In questo senso entrano in gioco, nel determinare la comparsa o meno di un disturbo depressivo di rilevanza clinica, fattori più specificamente correlati alla personalità del soggetto, alle sue capacità di adattamento e alla possibilità di contare su validi supporti psicosociali.

Depressiva non è di per sé la vecchiaia, ma può esserlo il modo di affrontare la sfida che l'invecchiamento porta con sé.

In questo senso dobbiamo parlare della necessità di una educazione all'invecchiamento.

Aspetti soggettivi psicologici

Le caratteristiche della personalità presenile hanno una grossa influenza sul carattere dell'anziano che solitamente tende ad un irrigidimento dei tratti di personalità, ad un più elevato egocentrismo e all'insicurezza.

D'altro canto la lunga vita vissuta offre elementi positivi quali saggezza, pacatezza e pazienza.

Una delle sfide della vecchiaia è la tendenza alla rilettura della propria storia personale che può portare a possibili rimpianti, rimorsi e polarizzazioni dicotomiche fra: passato e futuro, gioventù e vecchiaia, felicità e tristezza, disperazione e progettualità possibile.

Il principale concetto che riteniamo importante trasmettere è che la terza età, come ogni altra fase della vita, va pensata e programmata in modo da essere vissuta nel modo più pieno possibile.

In questo senso è necessario riflettere su chi realmente siano gli anziani oggi e cosa significhi essere anziano nel nostro tempo.

La maggior parte dei sociologi ritiene che la longevità sia la più bella eredità che ci ha lasciato il secolo scorso. All'inizio del Novecento la speranza media di vita alla nascita era di circa 50 anni, sia per gli uomini che per le donne.

L'attesa di vita è cresciuta di 12 anni dal 1950 al 2008. Oggi è di circa 80 anni per i maschi e di 85 per le femmine. L'inizio della vecchiaia coincide con i 70 anni per gli uomini e i 76 per le donne e potrebbe spostarsi a 80 anni nel 2040.

Ogni tre-quattro anni la popolazione guadagna, in media, un anno di vita.

Il dato sostanziale è che l'inizio della vecchiaia si è spostato in avanti di 20 anni rispetto al passato e così oggi molti anziani vivono in buone condizioni sia fisiche che cognitive. Questo significa che la maggiore longevità acquisita aggiunge alla vita, come siamo stati abituati a pensarla, un'ulteriore terza importante fase nella quale le condizioni fisiche e psichiche sono ancora mediamente elevate tanto da permettere una vita comunque soddisfacente.

Serve una ridefinizione del concetto di vecchiaia: occorre abbandonare gli stereotipi che tendono a vedere nell'anziano un problema e che considerano la vecchiaia di per sé una malattia.

Per questi motivi è attualmente più adeguato *sostituire il concetto statico di età anziana con il concetto più dinamico di invecchiamento*, tenendo conto non degli anni già vissuti ma di quelli che restano ancora potenzialmente da vivere.

Il normale declino delle capacità fisiche è tranquillamente coperto dalle tecnologie che ci consentono di spostarci e di comunicare senza fatica.

Sul fronte delle capacità cognitive, a 65 anni la grande maggioranza delle persone continua tranquillamente a condurre la vita che conduceva a 55 anni e spesso lo stesso vale per i settantenni.

Solo a 80 anni vediamo un degrado significativo nello svolgere attività complesse: maneggiare soldi, orientarsi, usare bene un telefonino ecc. seppure la maggioranza delle persone mantenga le capacità di base (vestirsi, mangiare, lavarsi).

Gli anni che restano da vivere oltre la soglia dei 65 possono superare i venti, quindi serve una ridefinizione psicologica e culturale capace di dare un valore nuovo all'età anziana promuovendo le risorse ancora attive nell'individuo, prevenendone la compromissione.

Vi è un elevato numero di persone con un'età avanzata che sono una grande risorsa attiva perché in buona forma fisica, economicamente autonomi e spesso di sostegno alle famiglie dei figli dove svolgono l'importante ruolo di nonni.

L'aumento della durata e della qualità della terza età si deve fondamentalmente a miglioramenti ambientali come le condizioni igieniche, le condizioni di lavoro sempre meno pericolose, faticose e usuranti e alle grandi conquiste della medicina e della prevenzione.

Lo scenario più probabile per un sessantenne è quello di avere davanti a sé oltre 20 anni di vita in buona salute, un periodo di tempo almeno uguale a quello che ha dedicato alla sua formazione, alla costruzione di una carriera e di una famiglia.

Si deve allora pensare alla vita suddivisa in tre fasi temporalmente equivalenti: quella della formazione di base fino alla soglia dei trent'anni, quella della vita attiva e quella della terza età, che potrebbe protrarsi anch'essa per tre decenni e, sempre più frequentemente, in buone condizioni fisiche.

La Psicoterapia nelle diverse fasi della vita

Dott.ssa Eleonora Gasparini

Il mio intervento di oggi ha lo scopo di illustrarvi i contenuti, le dinamiche e i processi che si attivano nel corso di un lavoro di psicoterapia nella varie fasi della vita.

Allo scopo di esemplificare le motivazioni e gli obiettivi di una psicoterapia nel periodo adolescenziale, nell'età matura e nella terza età ho pensato di raccontare tre storie di persone che ho incontrato nel corso del mio lavoro: Luca, un ragazzo adolescente, Paolo, un uomo di 42 anni e Anna, una donna di 67 anni,

Inizio a presentarvi la storia di Luca...

Luca

Incontro Luca nell'estate del 2011 su richiesta di una collega che conosce la famiglia. Siamo alle soglie delle ferie, ma la collega che mi contatta mi dice che la situazione sembra essere piuttosto grave e, nonostante l'imminenza delle vacanze, mi sollecita ad incontrare il ragazzo e la famiglia per iniziare ad impostare un lavoro. Al telefono, il padre di Luca mi illustra velocemente e confusamente la situazione lasciando trasparire grande preoccupazione ed urgenza. Decido, quindi, d'incontrare Luca e il padre nel giro di pochi giorni: faccio un colloquio con il padre e successivamente, alla presenza del genitore, vedo anche il ragazzo.

La mamma e il papà di Luca sono divorziati da quando Luca era piccolissimo, entrambi hanno una nuova famiglia e la mamma si trova attualmente in vacanza, ma ha delegato in forma scritta il papà all'incontro con me. Mi illustra la situazione: Luca, da qualche settimana, ha iniziato ad avere difficoltà a prendere sonno, a vagare per casa irrequieto e nervoso. A tratti appare spaventato, ma non sa spiegare perché, fa grandi sospiri e controlla sempre la frequenza cardiaca. Qualche giorno prima del nostro colloquio il padre aveva ricevuto una telefonata in cui Luca, angosciato e piangente, gli chiedeva aiuto perché temeva di stare per morire: aveva la tachicardia, non riusciva a respirare, aveva le vertigini e sentiva gli arti inferiori completamente rigidi e bloccati. Gli aveva chiesto, inoltre, di accompagnarlo al Pronto Soccorso dove gli esami ematici e la visita internistica avevano escluso la presenza di una malattia di tipo organico. I medici del Pronto Soccorso avevano richiesto la consulenza di uno psichiatra che ha fatto diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico.

Il papà lo descrive come un ragazzo “sulle nuvole”, poco interessato alle mode, con un buon rendimento scolastico ed una discreta cerchia di amici, ma senza interessi particolari. Poco attento, ha difficoltà a cavarsela nelle attività pratiche: *“dimentica le cose, sbaglia strada, è sempre in ritardo, bisogna dirgli le cose 300 volte...”*.

Luca è un ragazzo minuto, con una grossa massa di capelli ricci e grandi occhi curiosi, ma un po' intimoriti, lo sguardo presente ed estremamente concentrato sia sulle mie espressioni e parole sia su quelle del padre. Parla solo se sollecitato e con un tono di voce molto basso, impiega un tempo piuttosto lungo nel rispondere alle domande come se dovesse recuperare energie per poterle dare. Rassicura me e il padre sul fatto di avere l'intenzione di intraprendere un percorso di psicoterapia e chiede, allarmato, se quello che gli è successo qualche giorno prima potrebbe ripetersi.

Rivedo Luca la settimana successiva e a fatica riesco a farmi raccontare che cosa gli è successo, sottolineo a fatica perché sembra spaventato dalla sola idea di rievocare i sintomi dell'attacco di panico. Afferma di vergognarsi molto davanti ai genitori e a me per aver *“combinato un casino”* per essersi spaventato così tanto ed essere finito al Pronto Soccorso. Ho subito la percezione di un ragazzo intelligente, certo un po' svagato e sopra le nuvole, come racconta il padre, ma con un'intelligenza viva e con una buona capacità introspettiva. Arrivati alla metà di agosto ci diamo un nuovo appuntamento per settembre e da lì cominciamo ad avere incontri regolari a frequenza settimanale.

Luca racconta di aver molto patito la separazione dei genitori che non ha praticamente mai visto insieme perché si sono separati quando lui aveva circa un anno, anche se afferma che sia giusto così perché *“mai due persone potrebbero essere più dissimili”*. Racconta che da bambino sognava di vivere in un castello con due ali: da una parte quella della mamma e dall'altra quella del papà, cosa che gli avrebbe consentito di spostarsi da uno all'altro dei genitori senza ogni volta dover cambiare casa, abitudini, ritmi e soprattutto potendo scegliere con chi stare a seconda dei suoi desideri e non delle regole stabilite da altri.

All'età di 17 anni non è più stato in grado di tollerare una vita fatta di compiti e di doveri : *“dover essere”* un figlio accettato, non disturbante, il grande di casa (ha fratelli e sorelle da entrambi i genitori), quello che non dà problemi, quello autonomo, quello silenzioso. Ha sentito di non poter più ricoprire la parte di quel bambino, ma non ha saputo ridefinirsi in qualcosa di nuovo, un giovane capace di ripartire dai propri punti di

riferimento per costruire una nuova identità e, come lui stesso afferma, “*sono andato in crisi*”... Per tutta la vita la madre gli aveva sempre detto quanto fosse importante avere buoni risultati, essere sempre coerenti con se stessi e con le proprie scelte, cercare di non tradire mai le proprie ed altrui aspettative ed ora tutto sembrava rompersi e non funzionare più. Quali risultati avrebbe dovuto raggiungere Luca visto che non sentiva nessuna motivazione a fare qualsiasi cosa? Con quale immagine avrebbe dovuto essere coerente per non deludere se stesso e gli altri, considerato che quando pensava a se stesso non vedeva nessuna immagine chiara, ma un “*marasma confuso e senza confini*”? Avere uno spazio psicoterapeutico, una relazione fiduciosa, un punto di riferimento non giudicante, un accompagnamento verso la scoperta di una nuova immagine gli ha consentito lentamente di riformulare un progetto di sé e di trovare le energie per investire su se stesso. Luca si è brillantemente diplomato con il massimo dei voti, attualmente sta frequentando il Politecnico di Torino con successo e soddisfazione, è autonomo, riesce ad organizzare studio, amicizie e famiglia in modo adeguato e soprattutto mostra una serenità ed un livello di consapevolezza e di introspezione molto buono. Da un anno a questa parte le nostre sedute si sono ridotte ad una frequenza quindicinale, sono diventate un momento di riflessione e di messa a punto della nuova vita e dei nuovi stimoli che gli si presentano. Ancora oggi permangono momenti critici e di messa in discussione, interrogativi complessi dentro i quali Luca sembra perdersi ed “*incastrarsi*”, in tali casi l'ansia, a volte, si ripresenta, seppur in modo meno drammatico e distruttivo. La maggior fiducia in se stesso, l'aver fatto esperienza della possibilità di pensare e, di conseguenza, di affrontare le emozioni e le difficoltà gli fornisce un terreno fertile su cui ricostruire una nuova dimensione ed un'immagine di sé non più in rottura con il suo passato, ma in continuità con esso.

Paolo

Incontro Paolo nel novembre del 2007: mi viene inviato da un collega psichiatra che lo sta seguendo con una terapia farmacologica in seguito ad un disturbo ansioso-depressivo. Paolo, un signore di 42 anni, appare più anziano della sua età, è al limite dell'obesità, ha i capelli tinti ed una mimica cupa e depressa. Mi descrive i sintomi che lo affliggono: li collega alla morte del padre, avvenuta qualche mese prima, e all'insoddisfazione che prova in campo professionale e affettivo.

Ricopre un ruolo piuttosto importante in una grande azienda, ma ultimamente, a causa di scelte dirigenziali, non ha più avuto opportunità di progressione nella sua carriera. Il lavoro si trascina in una routine quotidiana tesa a mostrare ai suoi capi l'importanza del suo ruolo, con la chiara percezione che, all'interno della gerarchia dirigenziale, avanzano sempre altri colleghi. In realtà il ruolo di Paolo sembra avere una certa rilevanza, tanto da determinare l'inserimento in un gruppo composto da pochi professionisti in grado, a livello nazionale, di ricoprire quella posizione con la necessaria competenza, e da essere contattato direttamente dal Ministero per consulenze.

È fidanzato da molti anni con Barbara, donna molto impegnata professionalmente, capace e pronta a cogliere ogni opportunità per ottenere posizioni e scatti di carriera. Viene descritta come molto legata alla madre, con la quale passa ore ed ore al telefono, sottraendo spazio e tempo alla loro vita di coppia. Non sembrano avere interessi comuni, trascorrono il loro tempo libero con la famiglia di lei, raramente con qualche amico e la loro vita sessuale è limitata e poco soddisfacente.

Nei racconti relativi alla sua infanzia Paolo ricorda che la madre, di fronte ad ogni suo tentativo di costruire e coltivare una nuova passione o ambizione, gli ha sempre risposto con un gelido *“Dove credi di andare”*, mentre il padre ha avuto un atteggiamento passivo e gli ha sempre consigliato di *“accontentarsi di ciò che aveva”*.

Il lavoro con Paolo è lungo e complesso perché sembra *“imbozzolato”* in una dimensione di chiusura senza via d'uscita, una dimensione mortifera e piatta da cui esce solo attraverso grandi abbuffate e frequentazioni sessuali promiscue.

Lentamente si fa strada la possibilità di piccoli e lenti cambiamenti: ritornare allo stadio con i vecchi amici, scrivere un curriculum aggiornato e dare un'occhiata ad altre possibilità di lavoro, cambiare abbigliamento a favore di qualcosa più casual e giovanile, andare in palestra e tentare di dimagrire... Se fino ad un certo punto queste cose erano sembrate semplici miraggi, una sorta di ideale, un *“prima o poi farò”*, da un certo punto in avanti cominciano, prima lentamente, poi via via sempre più velocemente, a concretizzarsi.

Il cambiamento più importante è la chiusura del rapporto con la fidanzata che, seppur sorpresa dal fatto che Paolo possa aver preso una decisione in autonomia, accetta la conclusione della storia con l'atteggiamento di chi si trova dinanzi alla conclusione di una pratica di lavoro non andata a buon fine.

Dopo poco tempo, a casa degli amici che ha ricominciato a frequentare, conosce Francesca ed inizia con lei una nuova relazione che da subito appare arricchente e finalmente vitale. Dopo qualche mese iniziano una convivenza e Paolo, nel corso di una seduta, mi dice che per la prima volta nella sua vita sente di fare esperienza di che cosa significhi vivere insieme: affetto gratuito, complicità, sostegno morale, cura reciproca.

Spinto e rinvigorito dal nuovo rapporto affettivo, trova il coraggio di inviare un curriculum vitae ad una nuova società, viene immediatamente assunto in una multinazionale dove ricopre un ruolo che gli dà la possibilità di iniziare a girare il mondo e di avere remunerazioni economiche e morali molto alte.

In questo nuovo cammino di valorizzazione e di affermazione di sé, in seduta comincia a trovare spazio anche il tema dell'importanza di un'alimentazione più corretta ed adeguata e della sua salute. Si fa prescrivere alcuni esami medici di routine, rimandati da anni i cui esiti, però, non danno l'esito sperato: Paolo ha un raro tumore, trattabile e curabile, ma che necessita comunque di un intervento e di una terapia.

Il nostro spazio settimanale, mai abbondato e garantito con piccoli accorgimenti di giorni ed orari, diventa il luogo in cui elaborare il lutto per una vita passata ad arrancare e a fare ciò che gli altri si aspettavano da lui (famiglia, fidanzata, capi) e aprirsi a nuove possibilità con l'idea di avere un'ultima possibilità resa tangibile dalla malattia, letta come un monito "*adesso o mai più*".

Paolo e Francesca acquistano una casa in montagna che diventa il loro rifugio nei fine settimana,.

Paolo accetta la mobilità che l'azienda gli propone e Francesca un part time e si concentrano maggiormente sugli aspetti che entrambi ritengono importanti per la loro qualità della loro vita: il loro amore (hanno deciso di sposarsi), il tempo da dedicare a loro stessi, l'attenzione e l'ascolto nei confronti dei loro bisogni e delle loro emozioni. Dopo sette anni di terapia, alle soglie dei 50 anni, Paolo è un simpatico grande uomo brizzolato, sempre sorridente nonostante la preoccupazione per la malattia che deve costantemente tenere sotto controllo, mangia in modo sano ed ha anche ricominciato a leggere, attività abbandonata negli anni precedenti perché considerata solo tempo sottratto alla produttività lavorativa.

Anna

Anna è una donna di 67 anni arrivata in terapia in seguito ad un episodio depressivo trattato anche farmacologicamente. E' una signora bionda, piuttosto appariscente, vestita e truccata in modo sempre curato. E' in pensione da qualche anno dopo aver ricoperto il ruolo di dirigente presso una importante azienda. Divorziata, da circa 15 anni è sposata con un uomo che si occupa di antiquariato e di arte; non ha figli, vive lontano dalla città e si prende cura dell'anziana madre che da sempre le ha richiesto sostegno per "tollerare" il difficile rapporto con il padre.

E' una personalità apparentemente molto forte e rigida, ma già fin dai primi colloqui presenta elementi di fragilità e di difficoltà nell'elaborazione emotiva di alcuni aspetti della sua vita.

Molto stimata nella vita professionale, non sembra ricevere una sufficiente gratificazione da quella personale ed affettiva che la vede relegata al ruolo di moglie poco valorizzata e di figlia quasi maltrattata. Il padre, che desiderava fortemente un figlio maschio, l'ha sempre denigrata ed ora la madre la condiziona e la costringe ad una vita scarsa di stimoli.

In Anna sono contemporaneamente presenti sia il bisogno di sentirsi ancora viva, attiva, presa in considerazione come quando lavorava e *"tenevo testa ad un team di lavoro formato da soli uomini"* sia la necessità di venir amata, accolta e riconosciuta come donna portatrice di bisogni affettivi e di emozioni.

La terapia con Anna è stata breve e si è focalizzata sul bisogno di accedere proprio a questa parte più emotiva, troppo a lungo repressa per potere competere in un mondo "maschile" (per questo racconta di aver anche rinunciato consapevolmente alla maternità), aderendo, così, al desiderio paterno di avere un figlio maschio. *"Non ho potuto esaudire il sogno di mio padre e allora sono diventata dura e spietata come e più di un uomo! Anche con lui non mi sono mai comportata come una figlia comprensiva ed accogliente... voleva un maschio? Mi sono trasformata anche con lui!"*.

Anna ha cominciato a rilassarsi, a non cadere più nel gioco della competizione e del concetto del *"vince chi è più forte"* ed ha consentito prima a me, nella figura della sua terapeuta, e successivamente a se stessa, di prendersi cura e di sviluppare le sue attitudini femminili senza dover necessariamente ricevere un'approvazione o una valorizzazione esterna... senza, alla fine, dover portare a casa necessariamente un risultato concreto, tangibile ed evidente.

Come possiamo vedere dalle slide che illustrano la sintesi delle tre storie, in tutte l'inizio della terapia è avvenuto a seguito dello sviluppo di sintomi depressivi e/o ansiosi che mostrano a noi terapeuti, ma immediatamente anche ai pazienti stessi che un equilibrio, prima considerato stabile e duraturo, si è rotto. L'immagine che si è sempre avuta di se stessi e con la quale ci si è presentati al mondo si è incrinata e non è più funzionale... non ci si riconosce più, qualcosa stride ed è come se i “vestiti” psicologici che si sono sempre indossati con una certa disinvoltura, ad un tratto, non vanno più bene.

E' proprio così, infatti, che ad un certo punto della vita, in seguito ad eventi scatenanti o anche senza un'apparente motivazione, emerge il bisogno urgente di ridefinirsi e riorganizzare un nuovo equilibrio. In questo senso i momenti critici devono essere accolti come potenzialità, come occasioni che si presentano per approfondire la conoscenza ed accrescere la consapevolezza di sé e del proprio funzionamento.

In fase adolescenziale è piuttosto immediato rendersi conto di come i ragazzi, che si affacciano all'età adulta, abbiano bisogno di trovare nuovi punti di riferimento, debbano mettersi alla prova per scoprire nuove parti di sé e spesso abbiano bisogno di un luogo neutro in cui essere accolti, ascoltati e rassicurati. Per questo lo spazio della psicoterapia si configura come una dimensione all'interno della quale i ragazzi possano prendere contatto con queste nuove ed emergenti parti di sé, lontane da un possibile, seppur involontario, condizionamento da parte della famiglia o degli amici e degli insegnanti. In questa fase della vita il confine e il limite appaiono dimensioni ancora indefinite perché l'adolescente è immerso in una esperienza, soprattutto emotiva, di totale ridefinizione di sé i cui contorni appaiono inevitabilmente sfumati ed indefiniti.

Nel periodo dell'età adulta la struttura della personalità, costruita in seguito all'attraversamento del periodo adolescenziale, dovrebbe essere stabile e consolidata, ma può anche succedere che il terreno su cui si è costruita non sia solido per la presenza di proiezioni, condizionamenti e vincoli soprattutto familiari e relazionali. Come abbiamo visto nel caso di Paolo, ad un certo punto un evento più o meno drammatico (nel suo caso la morte del padre) può riaccendere il bisogno di rimettersi in discussione, esplorare nuovi significati, tagliare definitivamente quel simbolico “cordone ombelicale” che condiziona la ricchezza e la completezza del significato della propria

esistenza. L'età adulta, ma direi tutte le fasi della vita, come ci hanno mostrato le storie che abbiamo raccontato, racchiudono in sé una ricchezza ed una potenzialità di scoperta perché in ogni momento è possibile riorganizzare il proprio equilibrio interno sulla base delle nuove scoperte e dei nuovi bisogni che la psicoterapia può aiutare a far emergere ed aiutare a legittimare.

La terza età, infine, è un periodo molto complesso, paragonabile forse al periodo dell'adolescenza per la portata dei cambiamenti che un individuo deve affrontare. Anche in questo periodo è necessario riformulare un progetto di vita, riconoscere nuovi limiti ed elaborare le emozioni che queste nuove consapevolezza comportano. Elaborazioni che non possono prescindere dall'analisi della portata emotiva che i lutti reali o simbolici portano con sé. La perdita delle persone care e la perdita di precedenti capacità, competenze, ruoli hanno bisogno di uno spazio e di un tempo per essere comprese, metabolizzate ed assorbite. Solo in seguito al lavoro psicologico risulta infatti possibile scoprire, anche, nuove possibilità e legittimarsi a vivere un periodo della vita in cui l'autenticità può essere vissuta ed esplorata completamente a pieno.

I vissuti soggettivi della depressione e dell'ansia

Salvatore Di Salvo

Vissuto soggettivo della depressione

Il DSM

Il DSM, “*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*”, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è uno degli strumenti più utilizzati dagli psichiatri di tutto il mondo. In esso sono classificati circa 400 disturbi per ciascuno dei quali sono descritti i criteri diagnostici, cioè l’elenco dei sintomi la cui presenza è necessaria per fare diagnosi di ogni disturbo descritto.

Il Manuale è frequentemente aggiornato ed è di recente pubblicazione (Maggio 2014) la versione italiana del DSM5, in cui i criteri diagnostici del Disturbo Depressivo sono quelli presentati nella diapositiva 2 dal titolo: “Il Disturbo Depressivo nel DSM”.

I criteri diagnostici descritti nel DSM presentano i sintomi del Disturbo Depressivo dal punto di vista dell'osservatore.

Quella che segue è, invece, la descrizione degli stati d'animo e dei vissuti soggettivi dal punto di vista di chi ne soffre.

Vissuto soggettivo del Disturbo Depressivo

Prima di procedere alla descrizione dei vissuti soggettivi delle diverse fasi del Disturbo Depressivo, facciamo una breve descrizione della “tristezza” e dello “stress”, spesso citati come causa della depressione.

La tristezza

La tristezza è un’emozione che può essere provata in condizioni ordinarie della vita quotidiana oppure anche in seguito ad un evento particolarmente drammatico, come una perdita o un lutto.

E' presente nell'esistenza di tutti gli uomini come stato emozionale legittimo e comprensibile e consiste nell'abbassamento del tono dell'umore che si verifica quando l'individuo si trova a fronteggiare situazioni spiacevoli della vita.

Si tratta di una reazione “normale” che non ha nulla di patologico: quando il calo del tono dell'umore ha una spiegazione comprensibile e dura un tempo limitato senza una compromissione sensibile della propria quotidianità va considerato come fisiologico.

L'abbassamento del tono dell'umore assume, invece, carattere patologico quando raggiunge un'entità tale da interferire negativamente nella vita personale, affettiva,

lavorativa e sociale della persona ed è in tal caso che si può parlare di vero e proprio Disturbo Depressivo.

Lo stress

Per stress s'intende il processo di adattamento alle sollecitazioni del mondo esterno (stimolo o stressor) durante il quale si verifica la reazione biologica di adattamento che determina l'attivazione dell'asse ipofisi-corticosurrene, la conseguente liberazione nell'organismo di ormoni (cortisolo, adrenalina, noradrenalina) ed uno stato di allerta fisico ed emozionale che permette di affrontare lo stressor.

La "sindrome generale di adattamento" consiste nella somma di tutte le reazioni dell'organismo conseguenti ad una prolungata esposizione a condizioni di stress ed è organizzata in tre fasi successive.

Una prima, di allarme, con una reazione di stress acuto in cui vengono mobilitate le difese dell'organismo (iperattivazione ipofisi-corticosurrene).

Una seconda fase, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare lo stressor, la reazione di stress è sempre attiva e continua l'iperproduzione ormonale.

Una terza fase, di esaurimento, che subentra quando l'esposizione allo stressor si protrae in modo abnorme e l'organismo non può mantenere oltre lo stato di resistenza.

E' in questa fase che si producono patologie psichiche e fisiche anche di grave intensità: il soggetto, quando è chiamato a subire per tempi molto lunghi condizioni di stress eccessivi, esaurisce le energie a sua disposizione per far fronte allo stress, fallisce il processo di adattamento e sviluppa patologie fisiche e psichiche, tra cui è frequente il Disturbo Depressivo.

Reazioni soggettive nella fase iniziale

Nelle fasi iniziali lo stato depressivo viene vissuto come incapacità a provare un'adeguata risonanza affettiva alle situazioni, come un'accentuata labilità emotiva, accompagnate da stanchezza, svogliatezza e tristezza. Vi è la tendenza ad attribuire tali sintomi ad un eccesso di affaticamento, a stress o a cause fisiche e ciò determina la richiesta di esami di laboratorio e di altri tipi di accertamento strumentali.

Va precisato che è legittimo ed anche opportuno eseguire una batteria di esami al fine di individuare o di escludere la presenza di una eventuale causa organica. Va, però, anche precisato che, nel momento in cui gli esiti di tali esami risultassero negativi, sarebbe

necessario evitare di perdere ulteriore tempo con più approfonditi accertamenti e orientarsi sulla origine psichica del disturbo.

Reazioni soggettive nella fase acuta del disturbo

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

Senso di distacco e di inadeguatezza

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

Perdita di interesse

Provocano fastidio e insofferenza le cose che prima procuravano piacere, come uscire con gli amici, andare al cinema o a teatro, anche interagire con le persone.

L'interpretazione degli avvenimenti è orientata in senso *pessimistico* con una particolare attenzione per gli aspetti negativi.

Perdita dell'affettività

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

Molto spesso sono presenti *sensi di colpa* per il fatto di stare male e di non riuscire a modificare la situazione. Tali sensi di colpa, che fanno parte del disturbo depressivo, sono accentuati dall'eventuale presenza di esortazioni rivolte al paziente a superare il disturbo con un atto di volontà e di accuse di non superare la crisi solo perché non "vuole" farlo. Come spesso affermato in passato, ribadiamo che le suddette esortazioni o accuse sono fondate su una scarsa conoscenza del disturbo depressivo ed hanno una origine esclusivamente pregiudiziale

La mancanza di autostima, assieme alle sensazioni d'inadeguatezza e d'insicurezza

Sono spesso talmente accentuate da determinare un atteggiamento di evitamento del rapporto con gli altri ed una spiccata tendenza alla chiusura in se stessi.

Reazioni soggettive dopo molti mesi/anni di depressione

Molto frequenti sono gli atteggiamenti di *autocommiserazione*, con l'ossessiva domanda che il paziente rivolge a se stesso e agli altri: “Come ho fatto a ridurmi così?”

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

Molto frequente è anche il timore di non uscire più da quella situazione, di non riuscire più a guarire e tornare ad essere la persona che era prima della malattia.

Se il timore si trasforma in fermo convincimento, il paziente può giungere a desiderare la propria morte come unica possibile soluzione e, nei casi più gravi, anche a porre in atto comportamenti anticonservativi.

Vissuto soggettivo dell'ansia

Per quanto riguarda i Disturbi d'Ansia, faremo riferimento principalmente al Disturbo da Attacchi di Panico che interessa un terzo della popolazione giovanile di età compresa tra i 18 e i 25 anni. Anche per tale disturbo sono presenti, nel DSM, i criteri diagnostici che abbiamo presentato nella diapositiva 13.

Prima di descrivere i vissuti soggettivi dal punto di vista di chi ne soffre, facciamo una breve descrizione dello stato emotivo della preoccupazione, differenziandola dall'ansia patologica.

Preoccupazione e ansia patologica

Per *preoccupazione* s'intende una risposta emotiva legata alla percezione di una minaccia, di una situazione critica, di un'emergenza; soggettivamente, viene descritta ricorrendo a termini quali apprensione, inquietudine e timore preventivo. La sua entità dipende sia dal significato soggettivo che lo stimolo minacciante assume per l'individuo, sia dall'entità oggettiva dello stimolo stesso, cioè dai dati di realtà.

La preoccupazione rappresenta, quindi, uno stato d'animo, un'espressione emozionale, che possiamo definire “fisiologica” in quanto riconducibile ad una situazione reale e concreta, che presenta i caratteri di pericolo e di rischio.

L'*ansia patologica* si caratterizza, invece, come una risposta eccessiva e inappropriata in assenza di gravi e realistiche motivazioni e la cui conseguenza principale è costituita dall'alterazione delle normali capacità individuali.

I vissuti soggettivi del DAP

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti.

Vissuto di radicale cambiamento

Il soggetto è spesso in grado di citare luogo, giorno e ora del *primo attacco*, ricordato con precisione e raccontato in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto ad esso associato è descritto come il passaggio ad un'altra dimensione e le frasi che sottolineano tale situazione sono del tipo: "Da quel momento la mia vita è cambiata", "Dopo quella crisi non sono più stato lo stesso". Il vissuto è quindi di un radicale cambiamento della propria esistenza che ora presenta limiti imposti dalle condotte d'evitamento, peraltro intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi.

Associazione tra primo attacco e situazione in cui si è manifestato

E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se, ad esempio, si è verificato in un locale pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequentazione; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce loro il ripetersi delle crisi anche dopo la loro completa sospensione.

Vissuto d'incomprensibilità

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale spesso l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile per cui le crisi appaiono inspiegabili. Molto frequente è l'ipotesi che all'origine dei sintomi vi sia una patologia organica e la maggior parte dei soggetti ha alle spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo. Gli specialisti più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un presunto disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici.

Vissuto di vergogna

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla incomprendibilità dei sintomi e alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) e/o delle proprie azioni (di compiere cioè gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri). Da ciò deriva il timore di essere considerati "matti".

Vissuto di rabbia e/o rassegnazione

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che appare inafferrabile, in altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento ad uno stile di vita

condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive.

Nella maggior parte dei casi rimane attivo un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a trovare un modo per curarlo.

L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti

L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e compartecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e il susseguirsi degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconforto e di sfiducia. In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante.

Solo raramente i pazienti ne parlano con amici, compagni di università o di lavoro: di solito è nell'ambito familiare che avviene primariamente la ricerca di supporto. Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui soffrono, già misterioso per loro stessi, non possa essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe di alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".