

“

Da qualche tempo mi sento triste.

O meglio, è qualcosa di più della tristezza che tutti conoscono.

Ho l'impressione che mi prenda tutto, che mi privi del mio desiderio di vivere.

Anche i colori non sono vividi come prima. Ho l'impressione di essere all'origine dei mali del mondo. Se scomparissi, farei un favore persino ai miei cari.

Mi sento in colpa per il mio stesso esistere.

Nello stesso tempo, sono facile a commuovermi, se penso agli anni passati, a chi ho voluto bene, e specialmente quando penso alla morte.

Ho l'impressione, però, di avere sbagliato tutto: le cose che ho fatto non hanno più valore, il mio presente mi appare vuoto, se non minaccioso.

Ed il futuro non c'è. E di tutto questo mi sento in colpa.

Mi sento stanco, senza energia, anche se non faccio niente di speciale.

Non riesco a concentrarmi, mi pare di essere diventato lento, e a volte temo di avere una demenza al suo esordio. Sul lavoro non ce la faccio, ed anche sessualmente mi sono ridotto ad un fantasma.

Non ho più appetito: mangio poco, e per forza. Sono anche calato di peso.

Non dormo più bene: il mio sonno si interrompe spesso, e mi sveglio prestissimo la mattina, con una grande ansia, e una caterva di pensieri tristi, negativi, a volte disperati, che poi si quietano un poco verso mezzogiorno.

Spesso, la sera sto meglio.

”

DISTURBI DEPRESSIVI

Che cosa è

La depressione è una sindrome complessa e multi-forme. Ci sono differenze di grado nella depressione. Fra la forma più severa e la forma lieve, abbiamo differenti sottotipi. Ci sono differenze di durata della fase depressiva. La depressione può essere reattiva ad un evento (licenziamento, rottura di una relazione, malattia acuta e improvvisa, ecc.), ove la durata solitamente non supera i 6 mesi, alla depressione endogena, ove l'episodio può durare molto di più. La depressione può essere caratterizzata da variazioni lievi dell'umore allora parliamo di Distimia e può durare anche tutta la vita. Ci sono differenze nella manifestazione. Alcune depressioni rappresentano un unicum nella vita di una persona. In altri soggetti, invece, la depressione è ricorrente, ossia si può ripresentare. Spesso con frequenza annuale (in primavera o in autunno: Depressione "stagionale"), a volte meno spesso. Ci sono differenze dovute alla presenza di episodi con stati psichici alterati che seguono l'episodio depressivo. Alcuni soggetti alternano fasi di depressione con fasi di agitazione ed euforia (Disturbo bipolare I). Altri alternano fasi di depressione relativamente brevi, spesso apparentemente meno profonde, con stati di particolare benessere ed energia (Disturbo bipolare II).

I segni

La depressione, pur essendo spesso ben riconoscibile, non è un fenomeno unitario, forse perché è una reazione a molteplici situazioni: alcune dovute ad una vulnerabilità di base, altre dovute a situazioni di stress gravi, di difficile gestione, o a esperienze di abbandono o di perdita. A volte, poi, le cause allegate possono sembrare, apparentemente, di scarsa rilevanza (trasloco, perdita di un cane, conflitti coi vicini, insoddisfazioni lavorative o familiari, ecc).

Segni psicologici

La depressione assomiglia alla tristezza, ma ha un carattere invasivo e paralizzante, al punto da incidere seriamente sulla vita quotidiana della persona che ne soffre. Ecco i principali segni che notiamo, o che la persona ci riferisce.

- Perdita della capacità di avere piacere nelle cose che prima davano gioia. Tutto appare scuro, immutabile, difficile e penoso.
- Idee di colpa, di insufficienza, di incapacità, senso di inutilità, di scoraggiamento, di inutilità. Lo slancio è scomparso. Spesso queste idee confluiscono nel pensiero della morte come di una "soluzione" al dolore morale in cui il singolo si trova immerso.
- Irritabilità, ansia, paure immotivate.
- Dimagrimento, mancanza di appetito con dimagrimento, o "fami nere", insonnia, o ipersonnia, stanchezza difficile da giustificare, impressione di debolezza muscolare, aumento della sensibilità al dolore.
- Difficoltà di concentrazione, di prendere decisioni, perdita della capacità di mantenere l'igiene, isolamento sociale, impressione di insufficienza della memoria.

Come inizia, si amplia e si rafforza

Gli stati depressivi sono caratterizzati da uno squilibrio funzionale dei neurotrasmettitori cerebrali serotonina e noradrenalina. Questo squilibrio può provenire da farmaci o da sostanze che disturbano questo equilibrio. Spesso però proviene da una lunga e dolorosa catena di eventi e di circostanza di vita, che si riflettono in situazioni psicologiche, che, infine, incidono negativamente su questo equilibrio (burn out, stress negativo), specialmente se l'individuo ha una vulnerabilità alla depressione, ossia può sviluppare questo disequilibrio più facilmente di altre persone.

DISTURBI DEPRESSIVI

In alcune persone, la vulnerabilità è abbastanza presente da provocare essa stessa un disequilibrio che si manifesterà sotto forma di depressione.

Può iniziare lentamente, insinuandosi in modo poco avvertibile nella vita del singolo. A volte, invece, si presenta in modo massiccio e in pochi giorni. Poniamo la diagnosi di depressione se dura di più due settimane. Può avere variazioni quotidiane, anche rilevanti.

Gli episodi depressivi possono essere unici ed isolati, ma perlopiù si ripetono durante il corso della vita.

A volte, queste recidive sono relativamente rare, e spesso collegate con momenti difficili della vita della persona in questione. Durante il processo di guarigione, e prima che questo sia concluso, la sintomatologia depressiva si può aggravare. Si parla allora di una ricaduta.

A volte una persona con qualche discreto segno di depressione (è "subdepresso") subisce un aggravamento del suo stato, che si chiama *Depressione nella depressione*. Nella misura in cui la depressione non viene curata, e quindi si prolunga, "mette le radici", ossia porta a mutamenti cerebrali che ne facilitano l'istallazione su lunghi periodi, in particolare ne facilitano l'organizzazione cronica.

La frequenza

Prevalenza: Il rischio nel corso della vita per il Disturbo depressivo maggiore varia dal 10-25% nelle donne, e 5-12% negli uomini. In un campione rappresentativo di una popolazione, troveremo ad un determinato momento il 5-9% di donne e il 2-3% di uomini che soffrono di un Disturbo depressivo maggiore.

(Dati desunti dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - DSM-IV. Quarta edizione, 1995).

Le complicazioni

La depressione spesso è accompagnata da altri disturbi. Non è detto che ne siano la causa, o magari l'effetto. Ne va tenuto conto.

- Lo stress può determinare uno stato depressivo, ma anche, viceversa, la depressione rappresenta uno stress. Spesso la cura della depressione richiede una mediazione riguardo alle situazioni stressanti "insolubili".
- A volte le persone depresse si scelgono delle "terapie" autogestite, tra le quali troviamo eccessi alcolici, la canapa, il gioco d'azzardo. Spesso queste pseudo-cure deludono il singolo, che alla fine si sentirà ancora più depresso.
- Alcune gravi malattie possono provocare degli stati depressivi importanti: il cancro, le malattie di cuore, l'ictus, ecc., specialmente se il soggetto si è reso conto che non sarà possibile recuperare lo stato di salute preesistente.
- Infine, uno stato fisiologico "normale" può dare origine ad uno stato depressivo grave. Dopo la nascita di un figlio, la madre ha dei momenti di smarrimento e di preoccupazione (baby blue). Questo stato, perfettamente naturale, scompare in pochi giorni, senza lasciare traccia. Ma, in qualche caso, si può trasformare in una depressione molto grave, che richiede cure attente ed appropriate.

La depressione colpisce le emozioni (emozione depressiva e triste), il pensiero (pensiero di malattia, di catastrofi, di negativismo e pessimismo), i meccanismi fisiologici (sonno, ansia, appetito, sessualità), e le azioni.

La persona che soffre di una depressione tende a comportarsi in funzione di questo insieme di meccanismi. Nella misura in cui si rende poi conto che questo comportamento provoca solo disastri, lo prenderà per una conferma della bontà dei suoi pensieri pessimistici.

DISTURBI DEPRESSIVI

Insomma: impara a valutare male la situazione in cui si trova. Ecco alcune di queste complicanze:

- Abbandono delle cure (non solo delle cure psichiatriche, ma in genere, di tutte le cure). Il depresso si sente indegno delle cure, o ritiene di non averne un diritto morale. Oppure ritiene che comunque non avranno nessun effetto utile.
- Nichilismo su tutto: il passato è stato rovinoso, il presente è senza speranze, il futuro sarà solo nero, perché il soggetto si vede o colpevole o senza alcun valore.
- Il suicidio sembra allora una buona soluzione: il soggetto scompare in pace, e dei guai in questione si occuperanno poi gli altri, quelli che rimangono.
- Siccome cala l'energia del singolo, si riduce anche la sua abilità lavorativa, per cui a volte il medico suggerirà un arresto lavorativo, e, se ci sono situazioni ambientali o di sicurezza particolarmente difficili, anche un'ospedalizzazione.
- Ci sono sostanze che leniscono il sintomo primario della depressione, il cosiddetto "dolore morale". Ma possono provocare dipendenze, o guai derivati dalle dipendenze in questione: alcol, canapa, eroina. Una difficoltà in più nella cura.

La cura

Di per sé, la depressione è una malattia potenzialmente grave, ma curabile. Se il depresso accetta la cura, è possibile fare molto per lui. Purtroppo sappiamo che uno dei sintomi centrali è il negativismo che facilita decisioni nichilistiche, ossia il rifiuto delle cure. Il medico può disporre di un'ospedalizzazione coattiva nei casi estremi, quando la vita del paziente è in pericolo. Perlopiù, la cura della depressione richiede l'utilizzo di farmaci, anche se non in tutti i casi, ma prevede anche una

presa in carico di tipo psicoterapeutico. Anche i gruppi di auto-aiuto hanno un'importanza non secondaria, nella cura.

In molti casi, e vista la sua frequenza, è il medico di famiglia che provvede le cure di base: farmaci e ascolto. Qualora i risultati non fossero soddisfacenti, sarà utile discutere con lui di una presa in carico specialistica.

La psicoterapia

La persona va ascoltata, incoraggiata, e indirizzata per quanto possibile a rimanere attivo, a badare a sé.

Le persone che la circondano o che vivono con lei devono opporsi alla sua visione negativa: devono rimanere i testimoni di un mondo che non è così. Il terapeuta deve ascoltare, e verificare con la persona sia il risultato della terapia, sia le sue capacità di intervento sulla sua realtà. Spesso la persona nega di averne, ma poi dimostra che ci riesce. È importante parlare dei pensieri che riguardano la morte, eventualmente il suicidio. È una delle realtà della persona.

Quando la depressione comincia a regredire, all'ascolto, alla rassicurazione e al confronto con la realtà si aggiungono altri interventi, volti a sviluppare risorse specifiche della persona, come la capacità di affrontare i lutti e le situazioni difficili o conflittuali, come affrontare e risolvere i problemi, come affrontare il rischio delle ricadute.

In questo percorso, la persona va sostenuta, ma vanno sostenute anche le persone che vivono con lei.

Anche loro devono poter sviluppare e mettere a frutto queste strategie.

DISTURBI DEPRESSIVI

I farmaci

La cura farmacologica consiste nella presa regolare di farmaci che regolano l'equilibrio di serotonina e noradrenalina cerebrali. Alcuni agiscono maggiormente sulla prima, altri agiscono maggiormente sulla seconda, ma il risultato è lo stesso. I farmaci in questione sono chiamati "antidepressivi", perché migliorano in poche settimane lo stato d'animo, riducendo la depressione. Un'insufficienza nel risultato di un farmaco può essere migliorata aumentandone il dosaggio, oppure sostituendolo con un farmaco la cui azione biologica si articola in un meccanismo diverso rispetto al farmaco precedente. È anche possibile combinare i farmaci. La depressione che fa parte di un disturbo bipolare di tipo II dovrebbe essere curata con litio, o con farmaci regolatori dell'umore (timo-regolatori). Un obiettivo importante della cura è raggiungere un buon effetto antidepressivo: c'è una correlazione tra un risultato insoddisfacente e future ricadute. Né bisogna avere premura nello smettere i farmaci: è meglio prevedere un periodo relativamente lungo con un farmaco preso in dosi minori,

rispetto a quelle utilizzate nel momento acuto. Infine, sappiamo che la depressione può essere una malattia mortale, e portare al suicidio. In questi casi, è a volte indicata una cura in un ambiente protetto, attento alla sicurezza del paziente.

I gruppi di auto-mutuo aiuto

I gruppi di auto-aiuto per pazienti depressi in forma acuta non sono molto utilizzati. I gruppi che esistono si rivolgono a pazienti che hanno affrontato e superato una depressione, almeno in parte. Diverso è il discorso per i familiari e le persone vicine a persone depresse. Nei gruppi di auto-aiuto specifici imparano ad esprimersi, a sentire la solidarietà altrui, a capire quali sono i mezzi per affrontare un momento della loro vita a volte molto difficile. Le esperienze altrui sono spesso molto utili, perché aprono nuove porte, e chiariscono intuizioni già avute, che potranno permettere una gestione migliore di situazioni spesso difficili. Particolare importanza è data ai gruppi di familiari di pazienti che soffrono di una forma depressiva cronica.