

Ti senti triste e malinconico?

Sei depresso? Ti senti triste e malinconico per la maggior parte della giornata? Sei giù di corda, come se niente andasse per il verso giusto, come se non ti importasse più nulla delle tue cose?



Ti senti sovente di umore nero o ti pare di essere sprofondato in una voragine? Tutto ti sembra grigio e desolato? Non riesci più a divertirti? Hai la sensazione che non ti importi più nulla delle cose che prima facevi abitualmente, dei tuoi interessi o di uscire con gli amici? Desideri soltanto rimanere a letto? Pensi di non provare più emozioni forti e di avere smesso di amare le persone a cui prima volevi bene? Hai voglia di restare solo con te stesso, di non vedere nessuno e di non fare niente? Ti senti di peso sul lavoro e resti lì senza riuscire a combinare nulla di buono? Ti capita spesso di piangere, anche senza una ragione apparente? Il tuo sonno è disturbato, o trascorri intere giornate dormendo? Il tuo appetito si è modificato negli ultimi tempi? O magari ti capita di mangiare in continuazione, senza riuscire a smettere? Ti senti privo di energie? Sei nervoso e agitato, spesso irrequieto e in stato di allarme? Oppure sei così stanco e lento che ogni movimento ti costa una fatica enorme? Hai l'impressione di non essere utile a nessuno o addirittura di essere di peso alle persone che ti stanno intorno, tanto da credere che starebbero molto meglio se non ci fossi più? Sei incapace di concentrarti, anche su attività semplici come guardare la televisione, leggere il giornale, intrattenere una banale conversazione? Ti senti paralizzato all'idea di dover prendere una decisione, anche la più semplice? Ti capita di pensare di voler fare a te o ad altri del male?

Queste domande non si riferiscono a uno stato d'animo passeggero, ma a un sentimento depressivo che dura nel tempo e che interferisce con le normali attività della tua vita; può accadere di stare male per giorni e giorni, settimane, addirittura mesi o anni.

Tutti abbiamo momenti di tristezza o di disagio che possono compromettere più o meno la nostra vita quotidiana e il nostro rendimento. Ma una risposta affermativa a queste domande indica che se i momenti di depressione sono gravi e lunghi, causano un'infelicità profonda, pesano sul tuo rendimento e sono causa di sforzi e difficoltà eccessive.

Essere tristi è normale?

Quando accadono eventi spiacevoli (ed è inevitabile che sia così) è normale sentirsi depressi: l'umore nero è solo una delle tante emozioni della vita. Bisogna saper distinguere quando la depressione, semplice tristezza e reazione a un lutto, varca la **soglia della normalità** per diventare di interesse clinico. Sei sempre giù di tono, ogni giorno, da molto tempo? I cambiamenti di umore sono accompagnati da sintomi fisici, come perdita dell'appetito, difficoltà a dormire, stanchezza e agitazione? La tua mente è ottenebrata e i pensieri sono strani? **La depressione clinica** inoltre, per essere diagnosticata come tale, deve avere un **impatto negativo sulla vita**: non riesci a portare a termine il lavoro perché trovi difficoltà a concentrarti, resti in casa inattivo perché non hai più interessi, ti allontani dagli amici e dalla famiglia perché non hai più fiducia in te stesso; dopo un'intera notte trascorsa a rigirarti nel letto sei nervoso e irritabile al punto di

litigare con tutti; non hai più desiderio di proseguire gli studi e di frequentare le lezioni. Anche se riesci a nascondere questi sintomi agli altri stai malissimo, e non poter condividere la sofferenza ti fa sentire ancora più solo. Molte persone riescono a sopportare in silenzio giorni difficili o settimane intere di forte stress, di momenti in cui tutto sembra andare nel peggiore dei modi, ma si tratta per lo più di situazioni transitorie che con il passare del tempo scompaiono e non devono essere confuse con un **disturbo dell'umore** vero e proprio.

Merita particolare attenzione l'approfondimento della **relazione esistente tra lutto e depressione clinica**. E' normale sentirsi abbattuti per effetto di eventi spiacevoli: più la perdita è dolorosa, più grave è la risposta negativa. In seguito alla morte di una persona cara la reazione di lutto può essere lunga e profonda e presentare tutti i sintomi tipici della depressione: tristezza, incapacità di provare piacere, difficoltà all'addormentamento, perdita dell'appetito, scarsa concentrazione e stanchezza. Siamo comunque nell'ambito di una "normale" reazione di lutto, che bisogna saper distinguere dalla depressione di rilievo clinico per scegliere il trattamento adeguato, diverso nei due casi. Il lutto non complicato è un sentimento naturale e inevitabile nella condizione umana, destinato ad attenuarsi con il passare del tempo (anche se può non sparire mai del tutto). Quando invece si trasforma in una depressione clinica è consigliabile un trattamento, psicoterapeutico o farmacologico, o una combinazione di entrambi.

Per distinguere tra queste condizioni vi sono due indizi. Uno è l'individuazione di sintomi abbastanza rari in seguito al lutto "normale" da far pensare a un esordio di depressione maggiore; campanelli d'allarme da non sottovalutare, in questo senso, sono l'ideazione o il comportamento suicidario, sentimenti pervasivi di inadeguatezza, la sensazione di essere "giù" e rallentati, il distacco dalla realtà, lo scarso rendimento improvviso. L'altro indizio della degenerazione del lutto in depressione clinica è la durata dei sintomi gravi: quando persistono intensi per due mesi dopo l'evento scatenante, probabilmente rimarranno tali per un anno, a meno che il paziente non chieda aiuto. Un'azione incisiva e tempestiva può evitare mesi o anni di inutili sofferenze e di conseguenze dannose per la salute. L'elaborazione del lutto è un processo necessario, la depressione non lo è. Il dolore di una perdita è già di per se difficile da sopportare: un trattamento tempestivo limiterà sofferenza e disagio.

Il **disturbo distimico** è per definizione meno grave del **disturbo depressivo maggiore**, ma in questo caso è ancora più difficile stabilire il confine tra patologia e "normale" tristezza o personalità pessimista. La differenza consiste nell'intensità e nella durata dei sintomi. Senza una terapia adeguata il disturbo distimico può ossessionare per tutta la vita. E' necessario quindi riconoscere la cronicità della condizione depressiva.

Quando la depressione risponde (ai farmaci, alla psicoterapia o al trattamento combinato) è come se tornasse a splendere il sole dopo la tempesta: «Non avrei mai immaginato che la vita potesse tornare così» commentano spesso i pazienti. Nei casi dubbi ha senso tentare una terapia farmacologica: non è molto impegnativa né dannosa e può dare ottimi risultati.

Cosa si può fare?

Il primo passo per controllare la depressione è **sapere**: te e i tuoi familiari dovete conoscere bene cause, sintomi, complicità, possibilità di trattamento e indirizzi cui rivolgervi per chiedere aiuto. Non si tratta solo di informazioni generali, bisogna valutare il singolo caso cercando di capire quali stimoli ambientali hanno scatenato l'episodio depressivo, se esiste un reale rischio di suicidio e come può essere ridotto, quale trattamento è più indicato per il caso specifico, quali sono i sintomi d'esordio e se è possibile identificarli con chiarezza. Quando provi quel tipico senso di inutilità, pensa «Sono di nuovo depresso»

oppure «Non ha più senso vivere questa vita»? Più cose sai della tua condizione, per averle sperimentate e non solo lette sui libri, più facile sarà gestire la malattia e non esserne sopraffatti.

I mezzi a nostra disposizione per trattare la depressione possono essere divisi in due categorie: somatici e psicologici. Le terapie somatiche utilizzano farmaci antidepressivi, elettroshock e fototerapia. Le terapie psicologiche comprendono quella cognitiva, comportamentale, psico-corporea, interpersonale e psicodinamica, volta all'acquisizione di insight.

La psicoterapia cognitiva della depressione è di gran lunga la più studiata. Gli obiettivi che si propone sono di riconoscere le distorsioni del pensiero e della percezione alla base dell'umore depresso e di individuare i comportamenti che lo rinforzano.

Gran parte della giornata di un depresso è occupata da pensieri tristi relativi alla propria condizione, a se stesso e al futuro che lo attende; è letteralmente inondato dai cosiddetti "pensieri automatici negativi", si sente inutile, in colpa, deprecabile, noioso, condannato a un destino infelice. Tutto questo è indotto proprio dallo stato depressivo, che influenza e distorce pensieri e percezioni per cui ogni fatto, commento, sensazione, è vissuto come una conferma tangibile della propria inadeguatezza. Il depresso per esempio si attribuisce la colpa di qualsiasi evento negativo e lo considera un segno di incapacità, la prova che nulla più andrà bene come prima. Al contrario, qualsiasi evento positivo è interpretato come fortuito e casuale, qualcosa di contingente destinato a non ripetersi più.

L'obiettivo della terapia cognitiva è compiere un grande passo indietro con la mente per acquisire una prospettiva più ampia, un diverso punto di vista sul problema, e considerare i "pensieri automatici negativi" per quello che sono: **distorsioni cognitive della realtà prodotte dalla depressione**. Il passaggio successivo è quello di mettere a confronto questi pensieri con alternative più razionali. Se per esempio sei tormentato dal pensiero di non essere un buon marito né un buon padre poiché non riesci ad alzarti dal letto, è compito del terapeuta incoraggiarti a rivedere questa opinione così dura e irragionevole, di aiutarti a leggerla come "sintomo" della depressione e a sostituirla con una più realistica (vale a dire: «La mia incapacità di alzarmi dal letto non è altro che la conseguenza, solo temporanea, della malattia depressiva e non mette in discussione il mio valore come persona»).

Il trattamento comportamentale della depressione mira a interrompere il circolo vizioso di inattività e perdita di piacere nelle cose, cui seguono inevitabilmente isolamento sociale, sfiducia in se stessi, peggioramento dello stato depressivo, riluttanza a uscire dal proprio guscio e così via. La terapia comportamentale cerca di spezzare questa sequenza di disperazione, coinvolgendo il paziente in attività piacevoli a dispetto della sua convinzione che «non ne verrà fuori nulla di buono». All'inizio può destare stupore il fatto di provare ancora piacere, anche se temporaneamente e solo in determinate circostanze. E' saggio non avere aspettative eccessive; l'inizio di un grande miglioramento è sempre un **piccolo passo**: mangiare un gelato, guardare il programma televisivo preferito, fare un bagno caldo, stendersi al sole, svolgere un'attività con gioia, dedicando sempre più tempo a ciò che piace. Ritrovare la voglia di fare, essere di nuovo attivi, riprendere il controllo sulla realtà aumenta la speranza di guarigione e migliora il tono dell'umore.

L'assunto su cui si basa **la psicoterapia psicodinamica** (volta all'acquisizione di insight) è che un conflitto psicologico inconscio sia la causa della depressione. Portare alla coscienza tematiche, pensieri e modalità di comportamento profonde può contribuire al miglioramento del tono dell'umore, sia nell'immediato che a lungo termine. Le ipotesi psicodinamiche sulla genesi della depressione sono tre. La prima considera come momento eziologico la fine di una relazione importante: la psicoterapia non può annullare il dolore della

perdita, però può incoraggiare l'elaborazione del lutto e promuovere una comprensione più profonda del significato psicologico della separazione. La seconda è la perdita dell'autostima, che può derivare da un mancato riconoscimento da parte degli altri o da un fallimento nel raggiungere un obiettivo: la psicoterapia in questo caso aiuta a rincuorarsi, garantisce un ambiente accogliente in cui affrontare delusioni e amarezze e insegna a limitare le aspettative e a porsi obiettivi realizzabili. Infine, la depressione può essere dovuta a un Super-Io eccessivamente rigido e punitivo; si tratta in altri termini della tua coscienza, che ha tre modi di farsi sentire: dirige la rabbia verso l'interno, e ne scaturiscono sensi di colpa; la dirige verso l'esterno, e ti rende ipercritico; la proietta sugli altri, dandoti la sensazione che siano loro a essere ipercritici nei tuoi confronti. La psicoterapia a orientamento dinamico porta in superficie i conflitti inconsci e li restituisce al controllo della coscienza.

La terapia psico-corporea per la depressione mira a riacquistare la vitalità necessaria per il cambiamento. Ciò è possibile con il lavoro sul movimento, le emozioni e la respirazione. La disamina della storia personale in termini psicodinamici permette di chiarire i nessi tra la perdita dell'amore primario e la situazione attuale. La terapia corporea aiuta il paziente a superare l'effetto della perdita restituendo al corpo il suo naturale stato di grazia. La possibilità di reagire al dolore dà la capacità di trovare il coraggio necessario a vivere una vita piena e piacevole, riscoprendo le risorse per muoversi in linea con i propri bisogni autentici. Con la Psicoterapia corporea puoi scoprire la bellezza del "qui ed ora" a partire da una maggiore consapevolezza del tuo corpo e della tua grazia, per vivere in maniera piena, felice e piacevole.

La psicoterapia interpersonale si basa sul presupposto che la depressione sia scatenata da difficoltà familiari, da incomprensioni con gli amici o con il gruppo dei coetanei, da problemi con i soci o i colleghi di lavoro. Chi segue questo orientamento ricerca una relazione tra depressione e problemi interpersonali e focalizza l'attenzione su questo aspetto, con l'obiettivo di rendere meno stressanti e più piacevoli i rapporti. In genere si affrontano lutti non risolti, relazioni conflittuali con il partner o con altri membri della famiglia, difficoltà nel cambiamento del ruolo sociale (per esempio la "sindrome del nido vuoto"), mancanza di competenze sociali e relazioni cronicamente negative.

Per **scegliere un terapeuta** bisogna essere informati riguardo il suo indirizzo teorico e culturale e la sua esperienza con pazienti depressi. Molti psicoterapeuti (psichiatri oppure psicologi) hanno la tendenza a specializzarsi: chiedi al tuo futuro terapeuta quale sia il suo orientamento e valuta la sua flessibilità e la capacità di muoversi anche in differenti aree. Assicurati che sia abilitato alla professione e che sia iscritto all'Albo degli psicoterapeuti. Segui anche l'intuito: molti studi hanno confermato che la particolare "alchimia" del legame tra psicologo e paziente è uno dei fattori più importanti per il buon esito della terapia. Se il primo impatto è negativo, è meglio consultare un altro terapeuta.

I trattamenti efficaci contro la depressione sono dunque tantissimi ed è facile avere le idee confuse. Come fare a decidere qual è il più adatto nei singoli casi?

Un criterio generalmente seguito è quello della gravità: più la depressione è grave, maggiore è l'opportunità di un trattamento somatico (farmacologico) perché la psicoterapia da sola difficilmente avrà esito positivo.

Le forme più lievi di depressione si risolvono sia con i farmaci che con la psicoterapia. La terapia farmacologica ha il vantaggio di una risposta più rapida; la psicoterapia, scevra di effetti collaterali, garantisce benefici di più lunga durata grazie all'acquisizione di nuove abilità cognitive e di strategie di comportamento funzionali.

Un anno di psicoterapia è il minimo richiesto per contrastare atteggiamenti negativi radicati, false credenze e relazioni interpersonali problematiche presenti da lungo tempo.

Lorenzo Manfredini

Per approfondire

DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano

BECK, Aaron, *La depressione*, Bollati Boringhieri, Torino

BLOOMFIELD, Harold H., NORDFORS, Mikael H. e MCWILLIAMS, Peters, *L'iperico e la depressione*, Longanesi, Milano

BURNS, David D., *Feeling Good: The New Mood Therapy*, Avon

FIGES, Kate, *Generazione mamme*, Pratiche, Milano

GOLANT, Mitch, GOLANT, Susan K., *Che cosa fare se le persone a voi care sono depresse*, Longanesi, Milano

LEONARDI, Paola, *Come trasformare la depressione in risorsa. Decalogo per migliorare la vita e la stima di sé*, Franco Angeli, Milano

LOWEN, Alexander, *La depressione e il corpo*, Astrolabio Ubaldini, Milano

LOWEN, Alexander, *Paura di vivere*, Astrolabio Ubaldini, Milano

ROMITO, Patrizia, *La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri*, il Mulino, Bologna

SALVO, Anna, *Depressione e sentimenti. L'incapacità di essere felici*, Mondadori, Milano

SHUCHTER, Stephen, DOWNS, Nancy, *La depressione. Conoscenze biologiche e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano

STYRON, William, *Un'oscurità trasparente*, Mondadori, Milano

ZOLI, Serena, CASSANO, Giovanni B., *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano