

Depressioni, malattia maniaco-depressiva

Quelli con l'arcobaleno

mepha



Depressioni, malattia maniaco-depressiva

La mia anima si dissolve in me
E la disperazione mi ha in pugno
Grido silenziosamente verso di te
Dal mio abisso interiore

Ogni gioia se n'è andata
La vita fa così male
Mi sfugge il balsamo del sonno
Sono già stanca prima di alzarmi

Lo non sono io, sono soltanto dolore
Mi sento così colpevole e vuota
Ho paura e mi si spezza il cuore
È così difficile continuare a vivere

Sono soltanto tristezza, voglio solo la morte
Sono di peso a tutti
Dio, ti prego rispondimi
Perché m'hai abbandonato

Autrice: Barbara Hochstrasser

Depressione: quando si alza pesante la nebbia

9

- Depressione sì o no? 10
- I segni di una depressione:
la malattia delle «mancanze» 12
- Soffro di depressione? 16
- Il medico come effettua la diagnosi? 18
- Le depressioni sono frequenti? 19
- Perché diventiamo depressi? 20
- Il decorso di una depressione 22

Cosa fare quando la tristezza penetra nell'anima?

25

- Come mi comporto con una persona depressa? 26
- Cosa posso fare personalmente? 28
- Depressione e famiglia 30
- In che modo la depressione influisce
sul mio rapporto di coppia? 33
- Cosa significa la depressione
per la cerchia degli amici? 34
- Come reagisce il mio datore di lavoro? 35
- Il trattamento della depressione 36
- Il trattamento non medicamentoso 37
- Il trattamento medicamentoso 39
- Svolgimento del trattamento della depressione 40
- Il pericolo del suicidio 43
- Miti e fatti sul suicidio 45
- Cosa posso fare se sono assalito
da acuti pensieri suicidi? 46

Euforia e disperazione (malattia maniaco-depressiva) 49

- Sintomi della mania 50
- Gli interessati 51
- Chi si ammala e quante volte? 52
- Possibili cause 53
- Il decorso 55
- L'ambiente sociale 56

Appendice 59

- Attività che vi possono aiutare ad affrontare la vita quotidiana 60

Indicazioni 63

- Letteratura sul tema 64
- Gruppi di auto-aiuto e di famigliari 67
- Links sul tema 70



Depressione: quando si alza pesante la nebbia

Spesso i sintomi di una depressione si manifestano subdolamente, dapprima quasi impercettibili, come l'oscurità che cala lentamente nei giorni d'autunno. La giornata si trascina senza voglia di vivere, senza slancio e senza gioia. L'ansia e i sensi di colpa si insinuano nell'animo, peggiorando la qualità della vita. È molto importante riconoscere per tempo questi segnali, interpretarli correttamente e offrire un aiuto individuale. Vi mostriamo come.

Depressione sì o no?

Le depressioni pregiudicano il pensiero, il sentimento e il comportamento, la vitalità interiore e il benessere fisico della persona. Dal punto di vista biologico si tratta di una carenza di neurotrasmettitori nel cervello.

Un episodio depressivo può svilupparsi lentamente, inosservato oppure scoppiare all'improvviso. A volte è preceduto da un forte stress a livello personale, a volte non esiste alcun motivo evidente. I gradi della depressione vanno da leggeri a gravi, la durata da poche settimane fino a diversi mesi.

Si deve distinguere la depressione dalla tristezza. Dopo aver subito una delusione, un insuccesso o una perdita siamo tristi – un sentimento del tutto normale. La tristezza è però limitata nel tempo e noi la possiamo elaborare. Lo svolgimento delle nostre azioni quotidiane non è impedito, o lo è solo in lieve misura. La persona depressa invece non riesce ad affrontare la vita quotidiana, è incapace di provare gioia e non sa più decidere. Non riesce a distogliersi dai suoi pensieri e dal suo stato d'animo.

La depressione non è un'incapacità o una debolezza personale, ma una malattia che colpisce tutta la persona.



I segni di una depressione: la malattia delle «mancanze»

- **Stato d'animo:** un senso costante di mancanza di gioia, profonda tristezza, stato d'ansia e mancanza di speranza, non si prova più alcun sentimento (dover piangere sempre o non riuscire più a piangere), vuoto interiore, incapacità di decidere.

L'umore depresso è spesso più accentuato di mattina (depressione mattutina) ed è vissuto come una tortura: solo chi ha avuto una depressione può sapere come ci si sente.

- **Vitalità:** mancanza di vitalità. Non si riesce ad affrontare la vita quotidiana se non con grande sforzo, perdita dell'impulso interiore, energia ridotta, limitata capacità di lavoro.
- **Interesse:** perdita del piacere e dell'interesse per quasi tutte le cose.
- **Autoconsapevolezza/autostima:** la persona depressa si sente priva di valore, è convinta che altri pazienti avrebbero più bisogno di aiuto e che i suoi lamenti annoiano certamente chi le sta attorno.
- **Disturbi della concentrazione, della percezione e della memoria:** la percezione delle persone depresse si limita ai contenuti negativi oppure esse tendono a valutare tutto in modo negativo. I disturbi della percezione e della memoria emergono perché manca completamente la voglia di occuparsi di contenuti di qualunque tipo («Non ce la faccio più a fare tutto quanto, non riesco nemmeno a fare le cose più semplici»).

- **Sensi di paura e di colpa** sono frequenti. Spesso è difficile distinguere tra depressione e disturbi d'ansia. In un contesto in cui si combinano paura, disperazione e tristezza possono anche insorgere idee esasperate (idee folli): la persona depressa pensa, ad esempio, di essere un fallito, di essere colpevole di tutto oppure che perderà tutti i suoi averi. Spesso chi è depresso si sente colpevole del proprio stato. Altri vedono la causa della loro depressione in determinati eventi nella loro vita, di solito avvenimenti con cui si giudicano o si condannano da sé. Questo comportamento porta a un ulteriore peggioramento dei sintomi depressivi.
- **Pensiero:** si manifestano ripetutamente e insistentemente (ruminazione mentale) pensieri negativi («Sono un peso per la mia famiglia, non ho più futuro» ecc.). La propria percezione parziale delle cose diventa realtà, si vedono molte cose dal lato oscuro – ben più scuro di quanto sia in realtà. Emergono pensieri e intenzioni di suicidio.
- **Sintomi psicomotori:** il movimento e il portamento sono faticosi e rallentati, la mimica è assente, i gesti appaiono svogliati, quasi dolorosi. Altre persone depresse invece soffrono di un impulso interno martoriante con una spinta a muoversi e ad affaccendarsi senza posa.
- **Sensazione fisica:** un'accentuata auto-osservazione porta spesso a paure esagerate di essere malati. Ciò può contribuire a un ulteriore isolamento degli interessati. Se i sintomi fisici sono in primo piano, si parla di una depressione mascherata o larvata (quando l'anima tace, il corpo grida). Tra i sintomi vi sono disturbi del sonno, mancanza d'appetito, mancanza di desiderio sessuale, disturbi digestivi, senso di oppressione al torace, mal di testa, giramenti di testa, ecc.
- **Cambiamenti nei rapporti con il partner, con gli amici e i familiari:** le persone depresse si chiudono in se stesse, non hanno voglia di mantenere i contatti con gli altri. Il rapporto con il partner peggiora a causa di uno stato continuo di malumore, paura, colpa, disinteresse e calo del desiderio sessuale.

Nei bambini e negli adolescenti una depressione si può manifestare come disturbo del comportamento e dell'apprendimento, nelle persone più anziane possono evidenziarsi problemi di memoria che non di rado vengono scambiati con una forma di demenza.

La depressione nella terza età ha alcune particolarità: spesso è difficile riconoscere una depressione negli anziani, poiché i sintomi sono erroneamente considerati una conseguenza naturale del processo d'invecchiamento. Inoltre vi sono forti oscillazioni nel quadro della malattia. Poiché diversi sintomi depressivi possono insorgere anche nelle malattie cerebrali tipiche dell'età avanzata come l'Alzheimer, il Parkinson o la sclerosi dei vasi cerebrali, è ancor più difficile diagnosticare la depressione nelle persone anziane.

I pazienti in tarda età soffrono spesso contemporaneamente di diverse malattie e devono quindi assumere molti medicinali. Queste due circostanze possono favorire l'insorgere di una depressione. Inoltre gli anziani devono spesso affrontare situazioni più difficili e dolorose che i pazienti più giovani, per esempio il decesso di persone care oppure malattie fisiche. Anche queste perdite possono essere causa di episodi depressivi. I fattori di rischio oggi noti che possono innescare una depressione nelle persone anziane sono le depressioni ripetute già in precedenza, una struttura depressiva della personalità, l'isolamento sociale e la solitudine, **la mancanza di appoggio sociale e i conflitti con gli amici e i familiari.**



Soffro di depressione?

Con l'aiuto del **breve questionario per riconoscere velocemente uno stato d'animo depressivo** sviluppato dal Prof. Dr. J. Margraf alla Clinica Psichiatrica Universitaria di Basilea, potete verificare in modo semplice, veloce e affidabile se lo stato di malessere che sentite potrebbe assumere una gravità patologica.

Istruzioni per compilare il questionario

Leggete accuratamente le domande. Si tratta di una lista di problemi e di disturbi che ognuno di noi conosce. Decidete in che misura questi disturbi vi hanno dato fastidio o vi hanno oppresso negli ultimi sette giorni. Non pensate a quali risposte darebbero l'impressione migliore, scegliete le risposte che rispecchiano la vostra persona. Dopo ogni domanda ponete una crocetta (X) nella casella che meglio descrive la vostra situazione. Rispondete a tutte le domande!

Istruzioni per la valutazione

Contate il numero di crocette per ogni colonna e moltiplicate per il fattore di ponderazione indicato nella relativa colonna. Sommate poi tutti i punti e confrontate il vostro totale con la **tabella di valutazione** sottostante:

- 0–3 punti:** potete ritenere che **non soffrite di depressione.**
- 4–6 punti:** è possibile che soffriate di una **leggera depressione.**
- oltre 7 punti:** sarebbe utile **consultare il vostro medico** per un esame più accurato. Il vostro medico di famiglia vi può informare sulla necessità di un eventuale trattamento.

	Per nulla	Poco Non mi disturba molto	Mediamente Mi ha disturbato molto, ma sono riuscito/a a resistere	Forte Non sono quasi riuscito/a a resistere
Ponderazione	0	1	2	3
1. Mancanza di energia o rallentamento dei movimenti o nel pensiero				
2. Malinconia				
3. Sentire di non essere interessato/a a nulla				
4. Sensazione di mancanza di speranza per il futuro				
5. Sensazione che ogni cosa è molto faticosa				
6. Sentire di non avere alcun valore				
Si prega di non compilare qui!	0	Σ _____	+Σ _____	+Σ _____
			= Σ totale	_____

Il medico come effettua la diagnosi?

La diagnosi si basa sui seguenti chiarimenti:

- disturbi descritti spontaneamente, andamento precedente,
- anamnesi con domande precise,
- test,
- considerazione di fattori scatenanti (cause, conflitti, ulteriori malattie, frequenza familiare).

Le depressioni sono frequenti?

Le depressioni sono tra le malattie più frequenti. In media dal tre al cinque per cento della popolazione mondiale soffre di depressioni (complessivamente circa 120–200 milioni di persone). La probabilità di essere colpiti da una depressione nel corso della vita è tra il 20 e il 30%.



Perché diventiamo depressi?

Spesso vi sono **diversi motivi** che conducono a una depressione. Possono essere a livello psicologico, fisico e sociale.

In alcune persone sussiste una vulnerabilità congenita o personale che ne favorisce lo sviluppo. Questa **predisposizione personale** può essere ereditaria oppure risultare da fattori negativi che influiscono da lungo tempo nell'ambito della famiglia e dell'educazione.

Inoltre vi possono essere delle **cause del tutto particolari** che hanno un ruolo determinante nell'insorgere di una depressione, per esempio avvenimenti o situazioni troppo stressanti. Tra questi si contano:

- perdite (decesso di una persona cara, separazione o divorzio),
- insuccessi (carriera professionale, esame),
- colpi del destino,
- stress continuo (per es. malattie come infarto miocardio, ictus cerebrale ecc., gravi e profondi problemi di rapporto, difficoltà sul lavoro),
- crisi di senso.

Diverse malattie fisiche possono provocare una depressione. Si possono indicare come cause di depressioni anche le alterazioni dell'equilibrio ormonale (disturbi nella funzione della tiroide, puerperio, vecchiaia, ecc.) oppure i medicinali o le tossicodipendenze.

In molti casi la depressione è preceduta da una perdita oppure da un altro evento. In questo caso si definisce **depressione reattiva**. Se non si riesce a definire chiaramente una causa, si parla di **depressione endogena**.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua i punti seguenti come responsabili della **frequenza delle depressioni**:

- la disgregazione delle strutture familiari,
- la solitudine nella massa,
- il raggiungimento di un'età più avanzata,
- i metodi di diagnosi più approfonditi,
- l'abuso di medicinali,
- la tossicodipendenza,
- la perdita di norme ideologiche e religiose.

Importante: **la depressione non è l'espressione di una debolezza personale o di errori personali**. I sintomi che la persona depressa prova sono l'espressione di una malattia e non dicono nulla sulla sua personalità di fondo.



Il decorso di una depressione

Una depressione può **evolversi gradualmente** oppure **scoppiare all'improvviso**. La perturbazione depressiva può capitare **una volta sola**, ma spesso si svolge in **diverse fasi** dopo intervalli asintomatici più o meno lunghi. Sono rare le depressioni croniche, in cui a lungo andare non si verifici alcun miglioramento. È possibile anche un'alternanza tra fasi depressive e fasi maniache, la cosiddetta malattia maniaco-depressiva (descritta dettagliatamente più avanti). Raramente una depressione può sparire da sola dopo alcune settimane. Spesso perdura per mesi e anni; senza trattamento dura in media da quattro a sei mesi. Le malattie fisiche possono influenzare il decorso delle depressioni. Proprio nella vecchiaia la funzione decrescente del cervello, per esempio a causa di un insufficiente apporto d'ossigeno, è un fattore aggravante.

Un buon trattamento è in grado di alleviare sensibilmente i disturbi di un episodio depressivo e di ridurne fortemente la durata.





Cosa fare quando la tristezza penetra nell'anima?

In ogni caso le depressioni sono malattie serie. Le attenzioni, l'appoggio e la pazienza sono importanti come il rispetto dei propri limiti fisici e psichici. La sensibilità e la capacità di immedesimazione sono d'aiuto e rappresentano la base nel rapporto con il partner, nel contatto con la famiglia, gli amici e il datore di lavoro. Le depressioni si possono curare bene. Una terapia tempestiva e accurata si risolve in un benessere ritrovato.

Come mi comporto con una persona depressa?

Spesso i soggetti depressi hanno l'impressione di essere completamente soli e isolati. Durante il trattamento è utile poter coinvolgere le persone che vivono a contatto con i pazienti, ovvero il partner, la famiglia, gli amici più stretti, poiché di solito i famigliari desiderano aiutare ma non sanno come. Il procedimento deve essere discusso apertamente e in modo comprensibile con l'interessato. Si deve fare attenzione ad evitare possibili richieste eccessive.

■ **La depressione è una malattia seria e non è una questione di volontà**

Le depressioni si possono trattare e sono guaribili. Sono del tutto controproducenti i tentativi di pressione e gli appelli alla volontà come: «Fai uno sforzo! Non lasciarti andare! Fallo per me! Pensa in positivo!» oppure perfino i rimproveri. È giusto dare la colpa alla malattia, non alla persona che ne è colpita – come per un abbassamento della pressione sanguigna, non è una questione di volontà. I buoni consigli, le «prediche morali» e i tentativi d'incoraggiamento spingono la persona depressa ancora più profondamente nella sua voragine senza vie d'uscita.

■ **Attenzione, sostegno, pazienza**

Mostrate la vostra disponibilità ad aiutare, abbiate pazienza e prendetevi il tempo per ascoltare, siate attenti e comprensivi. Evitate però la compassione e di assecondare troppo i lamenti. Se è possibile, evitate di dare consigli, in particolare quelli che promettono soluzioni veloci. I tentativi di sdrammatizzare possono peggiorare la situazione, la persona depressa non si sente presa sul serio ed è delusa.

■ **Evitare o prendere delle decisioni**

Per le persone depresse è difficile prendere delle decisioni, a volte non sono assolutamente in grado di decidere. Poiché vedono tante cose in modo distorto, spesso non sono capaci di prendere decisioni oggettive. Per questa ragione dovrebbero evitare di prendere delle decisioni che potrebbero avere gravi conseguenze, per esempio la disdetta del posto di lavoro, la separazione dal partner, la vendita della casa, ecc.

In prima linea si devono prendere decisioni e metterle in pratica con coerenza solo per le funzioni indispensabili della vita quotidiana: per es. l'alimentazione, le visite mediche, l'assunzione delle medicine, il movimento o la cura del corpo.

■ **Prendere sul serio i pensieri di suicidio**

Spesso i pensieri legati al suicidio fanno parte della depressione. Parlarne apertamente non porta al suicidio effettivo, ma procura un po' di sollievo all'interessato. Quanto più concretamente si evidenziano le idee e/o i preparativi, e quanto più forti sono la chiusura in se stessi, l'isolamento e i segnali di crescente disperazione e di vuoto senza vie d'uscita, tanto maggiore è il rischio di suicidio. Se emergono pensieri suicidi, è necessario ricorrere all'aiuto di uno specialista.

■ **Una vacanza o un ambiente estraneo non sono un rimedio**

I tentativi di creare diversivi, come andare in vacanza o in un ambiente estraneo, rappresentano uno stress piuttosto che una soluzione. L'obiettivo è che i soggetti riescano di nuovo ad affrontare la vita quotidiana. Il miglioramento delle loro condizioni è il presupposto per aprire nuove prospettive (cure/vacanze). Altrimenti ci si sente sempre più isolati, si «rimane prigionieri dei propri pensieri» e forse si pensa anche al suicidio.

■ **Considerare i propri limiti fisici e psichici**

Non è necessario un impegno troppo zelante, ma una buona distribuzione delle energie – un lungo respiro. Il presupposto è una gestione prudente delle proprie risorse: mantenere i contatti sociali, dedicare il tempo necessario a ricaricare le batterie, riconoscere che cosa ci provoca stress e accettare l'aiuto degli altri (gruppi di auto-aiuto, medico di famiglia, psicoterapeuta).

Cosa posso fare personalmente?

Nonostante la disperazione e la mancanza di volontà, anche le persone depresse devono imporsi determinate linee guida per affrontare la malattia.

È importante **suddividere lo svolgimento della giornata**, il che non significa altro che pianificare la giornata e definire chiaramente un orario. Si tratta di mantenere in modo consapevole le attività quotidiane abituali (alzarsi la mattina, l'igiene del corpo, la passeggiata, la spesa, la lettura del giornale, le faccende domestiche) e di fissarle in un ordine cronologico. Gli obiettivi collegati con lo svolgimento giornaliero che è stato stabilito devono essere evidenti, concreti, piacevoli e fattibili. Anche i più piccoli progressi nello svolgimento delle attività giornaliere aiutano a provare dei momenti di successo persino durante la fase depressiva. Diminuisce il senso di abbandono e di totale incapacità. Nella fase depressiva non si dovrebbero prendere decisioni importanti, per es. che riguardano il rapporto di coppia.

L'efficienza è limitata durante una depressione. Ciò conduce a ricadute in diversi campi: sono normali e non dipendono da un fallimento personale, ma dalla malattia. L'uscita dalla depressione avviene passo per passo.

L'attività fisica e un'alimentazione sana sono importanti. Anche le minime attività fisiche, che da sani eseguiamo giornalmente senza accorgercene, sono importanti per il benessere delle persone affette da depressione, poiché aiutano a scacciare i pensieri tristi. È utile adattare le attività allo stato attuale e pianificarle in modo chiaro: le passeggiate non dovrebbero durare troppo a lungo e le uscite in bicicletta dovrebbero essere commisurate alle forze. Persino la doccia giornaliera può essere una sfida e non dovrebbe essere considerata una cosa ovvia.

Anche se vi manca l'appetito, vi sembra che nulla abbia sapore e non avete nessuna voglia di mangiare, dovrete badare ad un'alimentazione regolare, sana ed equilibrata. Cercate di motivarvi a prendere piccoli pasti, distribuiti durante la giornata. Dovreste evitare di bere alcol. Da un lato a causa degli effetti combinati con i medicinali, che influiscono sullo stato psichico, dall'altro perché l'umore depresso, dopo un iniziale miglioramento, si abbassa ancora di più. Non si possono affogare le preoccupazioni nell'alcol. Il bere annebbia la vista e impedisce di vedere gli aiuti efficaci che provengono per esempio dall'ambiente personale.

Cercate di **informare** le persone importanti per voi (familiari/amici/vicini, ecc.) **della vostra malattia**. Includete nel vostro piano giornaliero le persone più vicine a cui fate riferimento. Per mezzo del vostro ambiente create un clima che v'impedisca di chiudervi in voi stessi. Gli amici e i vicini vi aiuteranno volentieri, ma generalmente hanno bisogno che siate voi a fare il primo passo.

Prendete **regolarmente i vostri medicinali**. Parlate il più presto possibile con il vostro medico se avete dei dubbi sulla loro necessità. Costruitevi delle sicurezze, in modo da non dimenticare i vostri appuntamenti con il medico e le altre terapie.

Depressione e famiglia

In una depressione possono emergere diversi problemi riguardanti la «famiglia»: di cosa soffre maggiormente la famiglia? Quali possibilità ha intrapreso la famiglia per risolvere il problema? Quali (differenti) modelli di spiegazione per la depressione esistono nella famiglia? Come sono cambiati i rapporti all'interno della famiglia a causa della malattia (problemi di comprensione): i famigliari considerano ancora le loro esigenze oppure le reprimono perché hanno paura di aggravare ancor più lo stato del famigliare depresso? I colloqui, anche insieme a una persona incaricata delle cure mediche, possono essere d'aiuto a chiarire la situazione. Richiedete attivamente questi colloqui!

La famiglia come convive con la paura che il depresso potrebbe togliersi la vita? Le discussioni in famiglia su questo difficile argomento possono migliorare la situazione. I rapporti con gli altri rendono meno probabile il suicidio, sebbene non si possa escludere del tutto.

Parlare del suicidio non porta a un tentativo di suicidio. Condividere la responsabilità può facilitare la situazione e aiuta a sopportare questo grave peso. Con l'aiuto del medico di fiducia, all'interno della famiglia di dovrebbe discutere anche la questione di un eventuale soggiorno in clinica. Il ricovero può essere indicato se allo stato attuale non è più possibile sopportare da soli la responsabilità oppure se per un certo periodo, per esempio a causa delle intenzioni suicide, si rende necessaria la protezione di una clinica. Sebbene un soggiorno in clinica non risolva il problema, i famigliari hanno tuttavia un «momento per riprendere fiato». In seguito potranno essere integrati nel programma di trattamento in clinica dal personale curante.



In che modo la depressione influisce sul mio rapporto di coppia?

Spesso i problemi di rapporto sono causa di depressioni, nel contempo l'ambiente della persona depressa (partner, familiari e colleghi di lavoro) è fortemente oppresso dalla sua affezione e quindi dal comportamento legato alla malattia. In molti casi questa difficoltà dell'ambiente non è considerata a sufficienza. Si devono quindi «proteggere» sia il paziente sia il suo o la sua partner.

Spesso la comunicazione tra la persona depressa e il partner si svolge in modo molto tipico: da parte del depresso si manifestano lamentele, svilimento della propria persona, osservazioni negative e attesa che il problema venga risolto da altri. In questa situazione il partner si comporta in modo critico, spesso con osservazioni negative e rimproveri, nonché con un'assistenza negativa e conflittuale. La situazione si può alleggerire se si riesce ad esprimere e a discutere con chiarezza sulle necessità e sulle aspettative reciproche.

La compassione e la comprensione mostrata da principio per il partner depresso, con l'andare del tempo porta i familiari all'esaurimento e ad un allontanamento sempre maggiore. In questo modo il depresso viene isolato ancor di più, il che aggrava ulteriormente la sua malattia. Di regola un rapporto di coppia soddisfacente influisce positivamente sull'intensità e sul decorso della depressione: per questi pazienti la depressione non è così incisiva e nel complesso ha un decorso meno sfavorevole, con una guarigione più veloce e un minore rischio di ricaduta. Non è un fatto strano, poiché come prima cosa il depresso cerca dal partner l'attenzione e il sostegno di cui ha urgentemente bisogno. La depressione del partner è una situazione difficile e pesante. L'intensità con cui si riesce a stare al fianco di un soggetto depresso, dipende fortemente dalla qualità del rapporto.



Cosa significa la depressione per la cerchia degli amici?

Un buon sostegno da parte di amici, conoscenti e parenti può attenuare i sintomi della depressione e influire favorevolmente sul decorso della malattia. Il presupposto è che queste persone si impegnino su orizzonti di tempo piuttosto lunghi e che riescano anche tracciare delle linee di demarcazione. È necessario considerare sia le esigenze del depresso sia quelle degli amici e dei conoscenti. In questo compito i gruppi di auto-aiuto oppure un'assistenza professionale possono avere un ruolo molto importante.

Come reagisce il mio datore di lavoro?

Poiché vi è la probabilità che per un certo periodo si possa essere inabili al lavoro, è grande la paura che l'interessato possa perdere il proprio posto di lavoro durante o dopo una depressione. Le reazioni dei datori di lavoro possono essere molto diverse: tutto è possibile, da un comportamento molto flessibile che crea buone condizioni di reinserimento, con un onere di lavoro ridotto e meno stressante, fino al licenziamento. È quindi difficile dare un consiglio generale, poiché per trovare una buona soluzione si devono soppesare le relazioni individuali con la ditta, con il superiore e con l'ambiente di lavoro.

Il terapeuta dovrà decidere il corso da seguire mediante colloqui con il datore di lavoro. Forse sarà necessaria una consulenza sugli aspetti legali dell'assicurazione sociale o si dovrà richiedere l'assistenza di un legale.

Il trattamento della depressione

Le depressioni sono malattie che si possono curare bene. Si è dimostrata molto valida la combinazione di colloqui di sostegno (psicoterapia) con provvedimenti nell'ambiente sociale, come per es. sul posto di lavoro (socioterapia) e una terapia medicamentosa (farmacoterapia).

Nelle depressioni di grado leggero per il trattamento possono essere sufficienti dei colloqui di sostegno con l'interessato, eventualmente con i suoi famigliari, la fissazione di una struttura giornaliera e per es. l'adattamento della capacità di lavoro – a ciò può aggiungersi la terapia medicamentosa.

In caso di depressioni medie, oltre agli antidepressivi, vengono impiegati altri medicinali, per es. contro i disturbi del sonno o contro gli stati d'ansia tormentosi.

Infine, per le depressioni gravi si combinano spesso diversi antidepressivi; in questi casi è consigliato richiedere l'assistenza di uno specialista in psichiatria e psicoterapia. Inoltre potrebbe essere necessario un ricovero in ospedale.

Il trattamento non medicamentoso

La base di ogni trattamento di una depressione è il **rapporto solido e di fiducia** tra il paziente e il terapeuta. Nell'ambito di un sostegno psicoterapeutico il paziente riceve comprensione e sicurezza. Nei momenti più difficili della depressione le persone addette alla cura possono essere intese come partner della persona colpita, che lavorano insieme per raggiungere un obiettivo.

Spesso per le persone depresse possono essere d'aiuto anche terapie basate sulla musica, la danza, il canto, ma anche la pittura, il lavoro manuale ecc. (**ergoterapia, cinesioterapia, terapia artistica**). Inoltre per ovviare ai frequenti disturbi fisici sono utili anche gli **esercizi di rilassamento, i massaggi e la ginnastica**.



Poiché è molto importante uno svolgimento regolato della giornata, si chiarisce con il paziente come egli possa realizzarlo. Si discute anche la questione della capacità di lavoro e della necessità di avere una rete di relazioni in un ambiente che possa offrire appoggio. Di regola nel trattamento e nell'assistenza vengono coinvolti i familiari, gli amici ed eventualmente anche il datore di lavoro. La lunghezza e la frequenza dei colloqui dipende dalle possibilità del paziente e dalla gravità della sua malattia.

In un primo momento i pazienti depressi sono curati dal medico di famiglia, eventualmente in collaborazione con uno specialista. Se il trattamento ambulatoriale, integrato dai gruppi di auto-aiuto e dall'assistenza psico-sociale, non porta ai risultati sperati, e se vi sono forti indizi di tendenza suicida oppure se la malattia è molto grave, può essere necessaria un'assistenza stazionaria in una clinica psichiatrica.

Il trattamento medicamentoso

I medicinali in grado di sollevare l'umore, i cosiddetti antidepressivi, permettono di trattare con successo le depressioni, in particolare gli episodi di media o grave entità. Gli antidepressivi intervengono nel processo biologico di trasmissione delle informazioni tra le cellule nervose e il cervello, agendo sui neurotrasmettitori presenti naturalmente nel corpo (mediatori chimici nel cervello). Mediante il trattamento con antidepressivi si ricostruisce l'equilibrio tra questi mediatori chimici, ottenendo così un miglioramento degli sintomi depressivi.

Oggi sono a disposizione più di 20 differenti antidepressivi, tutti ugualmente efficaci, ma che si distinguono per i loro possibili effetti collaterali. Il medico sceglie un determinato antidepressivo a seconda dei sintomi principali e della gravità del caso. Gli antidepressivi hanno effetto solo se presi regolarmente. Non sono né sedativi né sonniferi e non provocano assuefazione o dipendenza. In media sono necessarie da una a due settimane prima che si noti un miglioramento dei disturbi depressivi. L'equilibrio alterato dei mediatori chimici si può quindi ricostruire solo gradualmente. In questo senso gli antidepressivi sono paragonabili ai medicinali contro l'ipertensione.

Da principio non è certo quale antidepressivo sia il più efficace per un dato paziente. L'importante è che gli antidepressivi siano presi in dosi sufficientemente elevate e per un lasso di tempo sufficientemente lungo, altrimenti saranno inefficaci. Se il paziente, nonostante tutto, non nota un miglioramento sufficiente dopo quattro – sei settimane, il medico gli prescriverà un altro antidepressivo. Secondo l'opinione attuale, la terapia con antidepressivi dovrebbe proseguire per almeno sei mesi, alla dose con cui si è ottenuto un effetto ottimale.

Svolgimento del trattamento della depressione

Il trattamento della depressione si può suddividere tipicamente in tre fasi:

- la **terapia acuta** (4–6 settimane)
- la **terapia di prosecuzione** (4–6 mesi)
(prevenire una ricaduta)
- la **terapia profilattica** (per diversi anni)
(evitare di riammalarsi).

Le settimane di **terapia acuta** sono spesso difficili, perché l'efficacia del medicamento è graduale, mentre gli effetti collaterali indesiderati possono insorgere subito dopo aver preso la prima dose. Durante questa fase è decisiva una collaborazione intensa con il medico, basata sulla fiducia. Normalmente gli spiacevoli effetti collaterali, come ad esempio la sonnolenza durante il giorno o una fastidiosa secchezza in bocca o l'inerzia intestinale, spariscono entro la prima settimana. Con il dosaggio e la scelta del medicamento, il medico è in grado di adattare la terapia a ciascun paziente.

Ci vuole quindi pazienza fino a che i medicinali abbiano effetto. In ogni caso si devono comunicare al medico gli effetti collaterali in modo che egli possa valutare la situazione. Non si dovrebbero cambiare o sospendere i medicinali senza averne discusso con il medico.

Tenere un diario sul tono dell'umore durante questo periodo può aiutare a registrare meglio i primi pur minimi progressi. Grazie alle annotazioni si può anche constatare quali attività si ripercuotono positivamente sul proprio umore.

Durante la **fase della terapia di prosecuzione**, dalla terza o quarta settimana, il medicamento dispiega il suo pieno effetto. I processi di comando dei trasmettitori chimici si stabilizzano. Spesso migliora anche il sonno e il paziente ha più energia. Aumentano sempre più i giorni in cui ci si sente meglio. Ora si riesce lentamente ad affrontare di nuovo attività che prima sembravano impossibili. Aumenta lentamente la fiducia nelle proprie forze. Perché l'effetto del trattamento medicamentoso possa perdurare, ora è particolarmente importante l'assunzione precisa dei medicinali. In questo momento è utile creare un piano su come si possano reintegrare sempre più nella vita quotidiana delle piccole attività, soprattutto realizzabili. In una lista in appendice proponiamo diverse attività tra cui potete selezionare quelle più adatte alla vostra situazione personale.



Dopo circa tre mesi di terapia la maggior parte delle depressioni sono superate. Lo stato corrisponde al livello precedente allo scoppio della malattia. In base alle conoscenze attuali, si dovrebbe continuare a prendere i medicinali ancora per sei mesi alla medesima dose con cui si è ottenuto il miglioramento. Si creano così dei buoni presupposti per impedire una possibile ricaduta. Gli specialisti definiscono questa fase di trattamento **terapia profilattica**. Insieme al medico si discutono dettagliatamente i segnali di una possibile ricaduta o i «sintomi di preallarme» – sono tipici per ciascun paziente e quindi diversi da persona a persona. Durante questo periodo di trattamento vengono analizzate attentamente anche le cause che hanno condotto alla depressione e trattate a livello psicoterapeutico. È infatti estremamente importante realizzare dei cambiamenti nella vita quotidiana del paziente, senza affidarsi esclusivamente all'effetto protettivo dei medicinali. Ripensare il ritmo giornaliero, pianificare le attività quotidiane, affrontare i conflitti e cercare delle soluzioni sono fattori decisivi per evitare le ricadute.

Il pericolo del suicidio

«La cosa migliore per la mia famiglia è che io non ci sia più», «Sono soltanto un peso e la situazione non migliorerà», «Così mio marito potrà trovarsi una nuova moglie e provvedere ai figli». – **Le persone depresse sono assalite spesso da pensieri di suicidio.** Generalmente la tendenza al suicidio fa parte della depressione. Le tipiche perturbazioni dei sentimenti e dei pensieri dovute alla depressione portano a pensieri distruttivi che possono essere legati al pericolo di suicidio. L'80% delle persone gravemente depresse è tormentato dal pensiero della morte e il 4% tenta effettivamente di togliersi la vita. Convivere con persone a rischio di suicidio richiede molta energia. In ogni caso si deve ricorrere all'aiuto di uno specialista.

Le discussioni sulle tendenze suicide tra l'interessato, i familiari e il medico facilitano e aiutano a sopportare insieme questa pesante responsabilità. Si può discutere anche della necessità di un ricovero in clinica. Spesso è la paura degli interessati di perdere il controllo su se stessi che li spinge a cercare protezione in una clinica. Ma può anche succedere che un medico si veda costretto al ricovero forzato per proteggere il paziente depresso. Dopo il miglioramento dei sintomi depressivi in clinica, anche le persone che sono state ricoverate contro la propria volontà si mostrano generalmente sollevate e comprendono la ragione del provvedimento forzato.

Miti e fatti sul suicidio

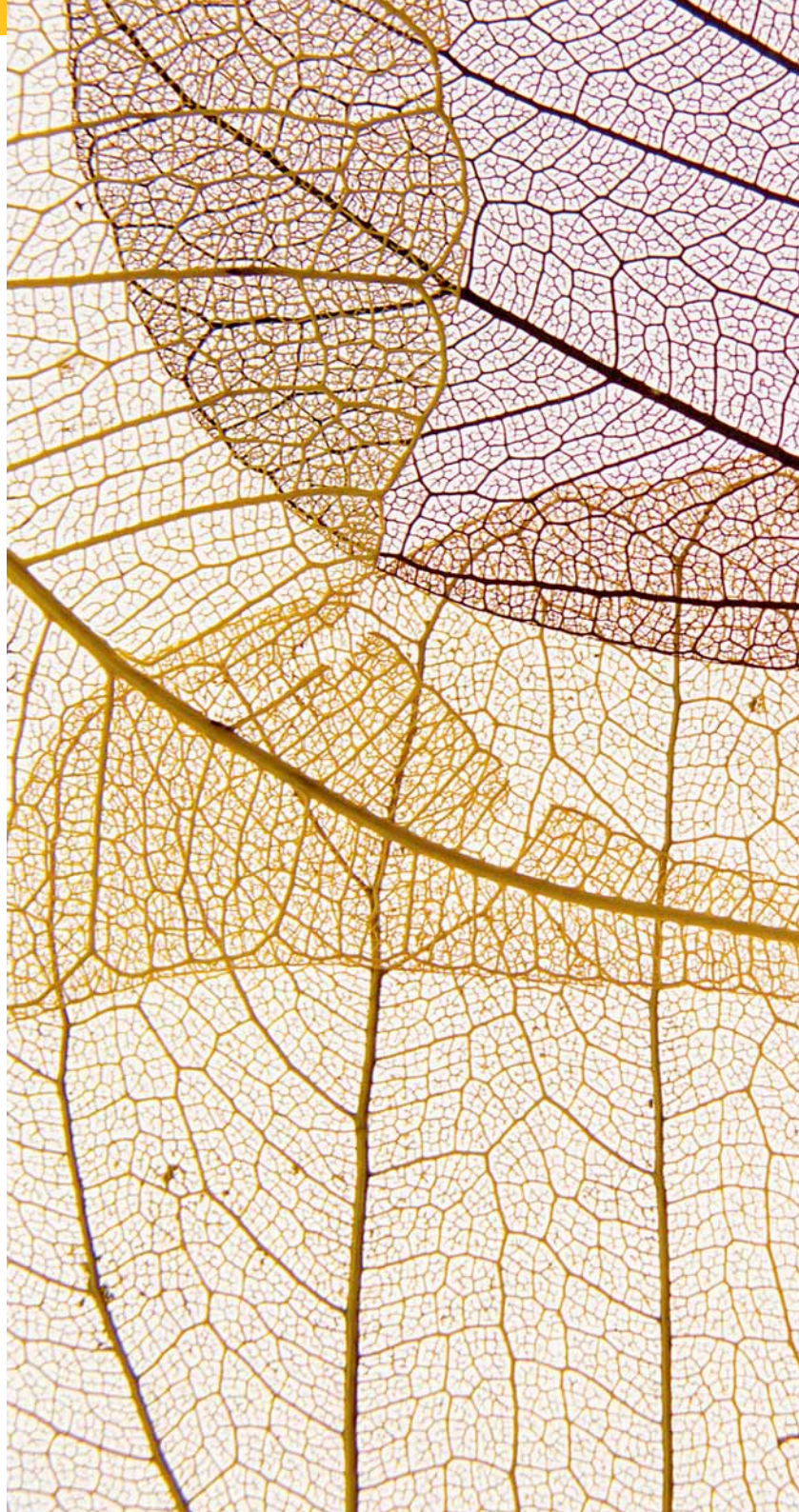
Vi sono grandi inibizioni a parlare direttamente dei pensieri di suicidio. Questa però è l'unica possibilità per avere un quadro chiaro dell'attuale stato emozionale del paziente. Sul tema del suicidio esistono tante «saggezze popolari», spesso però i fatti si presentano in modo del tutto diverso:

- **«Le persone che parlano di suicidio non si tolgono la vita».** In ogni caso le osservazioni sul suicidio sono da intendere come espressione di una situazione di crisi psicologica e da considerare seriamente. Su dieci suicidi, otto avevano espresso chiaramente le loro intenzioni prima di morire.
- **«Le persone che vogliono suicidarsi, primo o poi lo fanno comunque».** Le indagini successive dimostrano che tra i pazienti che hanno tentato di suicidarsi, nel corso della loro vita soltanto pochi commettono poi effettivamente un suicidio.
- **«Ogni persona ha il diritto di mettere fine alla propria vita».** La stragrande maggioranza delle persone che commettono tentativi di suicidio si trovano in condizioni psichiche che non permettono loro di decidere sulla loro vita senza avere una visione distorta a causa della malattia e quindi di valutare in modo sufficientemente oggettivo il loro futuro.
- **«Parlare delle intenzioni suicide potrebbe portare effettivamente al suicidio».** Nessun paziente si toglie la vita perché ha parlato dei suoi pensieri di suicidio. Un colloquio aperto porta sollievo e nuova speranza. Questo è il presupposto per un rapporto sostenibile con i familiari, i terapeuti ecc.



Cosa posso fare se sono assalito da acuti pensieri suicidi?

È importante prendere sul serio i pensieri di suicidio e organizzare un aiuto. Le persone che vivono nell'ambiente dell'interessato dovrebbero concentrarsi ad ascoltarlo attentamente e a fare domande con delicatezza e serietà. I consigli dati con buone intenzioni e i tentativi di risollevare l'umore spingono la persona a rischio ancor più profondamente nella sua disperazione senza via d'uscita. È giusto esprimere i propri sentimenti, parlare apertamente e sinceramente dei tentativi falliti di suicidio e non classificarli come incidenti oppure sbagli. Per la propria igiene psicologica si dovrebbe parlare del tentativo di togliersi la vita con persone con cui si ha confidenza. Non si deve in alcun caso considerarlo una «vergogna» e nasconderselo.



Euforia e disperazione (malattia maniaco-depressiva)

Una forma particolare di disturbi depressivi è la depressione maniaca, caratterizzata da forti oscillazioni dell'umore, che sconvolgono profondamente il ritmo di vita personale. È grande il rischio di danni fisici e di difficoltà nella vita familiare e professionale.

L'ambiente sociale diventa l'aspetto predominante, affiancato da una terapia sistematica. I familiari possono offrire un aiuto prezioso se, insieme alla persona colpita, diventano gli esperti della sua malattia.



Sintomi della mania

I tipici sintomi di una mania sono:

- un umore esaltato, euforico, irritato/aggressivo;
- una fortissima spinta a intraprendere delle attività
- un accresciuto senso di autostima (fantasie di onnipotenza, sopravvalutazione di se stessi, mania di grandezza);
- loquacità, impulso irrefrenabile fino a «non poter più smettere di parlare»;
- facilità a distrarsi con disturbi della concentrazione (troppi pensieri alla volta nella mente);
- il comportamento è sfrenato (per es. in campo sessuale), senza distanze, sconsiderato con azioni imprudenti, come per es. sperpero di denaro;
- la percezione è intensificata in tutti i sensi: udito, vista, tatto e odorato;
- il bisogno di sonno è notevolmente ridotto;
- la percezione della malattia è pregiudicata. L'interessato si sente sano e per questa ragione spesso rifiuta il trattamento.

Gli interessati

Per gli interessati la diagnosi di una psicosi maniaco-depressiva rappresenta una profonda ferita nella loro vita. Di solito la malattia non viene riconosciuta come tale per lungo tempo. Se in media dopo dieci anni di decorso della malattia si consulta per la prima volta un medico per problemi legati all'umore, si è generalmente in presenza di una problematica depressiva.

Le fasi precedenti, in cui i sintomi si evidenziano in modo ridotto (le cosiddette fasi ipomaniacali), sono meno evidenti. Durante questo periodo l'interessato crede di essere in piena salute e in piena efficienza, è creativo e pieno di fiducia in se stesso. Si pensa a un segnale di un presunto sviluppo positivo dell'interessato («È riuscito a sciogliere un nodo», «Ha trovato il giusto atteggiamento di fronte alla vita» ecc.). Certamente in questa prima fase manca la consapevolezza della malattia, l'ammalato si sente e si considera completamente sano. Però per un trattamento e un'assistenza tempestiva ed efficace è particolarmente importante che il paziente si renda conto del suo stato.

Nel decorso successivo della malattia maniaco-depressiva l'andamento della vita del paziente si deteriora fortemente. Gli interessati partecipano sempre meno alla vita familiare e sociale. Le frequenti malattie concomitanti, dipendenza e stati d'ansia, fanno sì che ci si ritiri sempre più dalla vita sociale. Le possibilità professionali sono compromesse in modo diverso dal numero e dal decorso delle fasi della malattia. Spesso però l'efficienza si riduce notevolmente, tanto che solo un terzo degli interessati è in grado di svolgere ancora un lavoro regolare. Per stabilizzare la situazione e il tono d'umore sono importanti un ritmo giornaliero ben definito, con un'alternanza stabilita in modo fisso tra attività e riposo, e un lavoro ben strutturato.

Chi si ammala e quante volte?

Circa una persona su cento nel corso della vita è colpita da una malattia maniaco-depressiva. Gli uomini e le donne si ammalano più o meno con la stessa frequenza, il 75% degli interessati registrano il primo episodio prima dei 25 anni. Oltre alla frequenza in ambito familiare si evidenzia il parallelismo tra l'insorgere delle malattie maniacali e fobiche, la sindrome da deficit di attenzione, l'emigrania, ecc. I problemi collaterali, che spesso stanno in primo piano, in molti casi impediscono una diagnosi e quindi anche una cura appropriata.

Le fasi maniacali possono insorgere sia in relazione ad avvenimenti personali stressanti sia anche senza un motivo apparente. La durata delle fasi va da alcune settimane fino a diversi mesi, nei quali è possibile che le fasi maniacali si alternino a quelle depressive. In caso di una malattia maniaco-depressiva è assolutamente necessario un trattamento eseguito da un medico specialista e una terapia medicamentosa a lungo termine.

Possibili cause

Diversi fattori hanno un ruolo nell'insorgere di una malattia maniaco-depressiva. Una frequenza a livello familiare e un episodio in età precoce fanno dedurre una disposizione ereditaria. Questa predisposizione rende più probabile che un avvenimento stressante possa scatenare una malattia maniaco-depressiva.

Oltre all'ereditarietà, tra le cause vi è anche un'alterazione dell'interazione dei mediatori chimici nel cervello (i neurotrasmettitori). Importanti sono anche i fattori psicologici – spesso la prima fase della malattia è preceduta da un evento molto stressante.

Il decorso

È tipica l'alternanza delle fasi maniaco-depressive e gli intervalli di tempo senza disturbi. Nella maggior parte dei pazienti, dopo la prima fase, nel corso della loro vita seguono altri episodi, da otto a dieci. Con l'avanzare dell'età, le fasi di malattia diventano sempre più frequenti e più gravi.

La malattia inizia in giovane età e molti interessati sono costretti a vivere con massicce limitazioni (salute fisica, restrizioni nella vita familiare e professionale, aspettativa di vita). Una diagnosi precoce e l'impiego di medicinali che riducono la frequenza delle fasi di malattia, sono d'importanza fondamentale per una buona cura e un buon trattamento e per l'ulteriore decorso della malattia.



L'ambiente sociale

«È importante che i familiari, insieme all'interessato, diventino specialisti della sua malattia!»

Il comportamento aggressivo, la violenza fisica, il danno finanziario e sociale che i pazienti possono causare con il loro comportamento dovuto alla malattia, pongono seri problemi all'ambiente sociale, in particolare alla famiglia dei malati. Anche le malattie collaterali come l'abuso di alcol e di droghe, nonché le eventuali fobie provocano spesso grandi difficoltà. Poiché i pazienti maniaco-depressivi, soprattutto durante la fase maniacale, non si rendono conto di essere malati, in molti casi una soluzione si può ottenere solo con provvedimenti forzati.

Proprio all'inizio di una nuova fase maniacale i pazienti sono ancora pronti ad ascoltare i consigli. Se gli amici o i familiari si accorgono che sta iniziando una nuova fase di malattia, è importante avviare già in questo primo momento i provvedimenti per un'assistenza terapeutica.

Già durante l'intervallo senza malattia è utile accordarsi su quali passi dovranno essere intrapresi, quando dovesse iniziare una nuova fase maniacale o depressiva. Uno strumento adatto allo scopo è il cosiddetto **accordo sul trattamento** che viene elaborato insieme dall'interessato, dalle persone incaricate della cura all'interno e all'esterno della clinica e da una persona di fiducia da lui designata. L'accordo ha lo scopo di fissare delle precise istruzioni da seguire qualora lo stato dovesse peggiorare. Nell'accordo viene definita anche la questione estremamente importante dell'assunzione dei medicinali.

I suddetti problemi causati in ambito sociale fanno sì che i soggetti maniaco-depressivi siano spesso single oppure divorziati. In tre casi su quattro essi indicano un membro della famiglia come persona di riferimento. La responsabilità che ne deriva è un impegno gravoso per la famiglia.

Molto importante nel comportamento con i malati maniaco-depressivi è la capacità di parlare dei loro frequenti pensieri di suicidio. Un dialogo aperto su queste idee o impulsi può essere d'aiuto. Insieme alla già menzionata reazione tempestiva, non appena si intravede una nuova fase depressiva o maniacale, un provvedimento adatto è cercare di evitare il pericolo di un imminente suicidio.

Appendice



Attività che vi possono aiutare ad affrontare la vita quotidiana

1. A casa

Igiene del corpo

- fare la doccia
- pediluvio
- bagni profumati
- manicure
- pedicure
- maschere

Lavori di casa

- fare ordine
- lavare le tende
- pulire le finestre
- riordinare le camere
- spostare i mobili, restaurarli

Attività in ufficio

- effettuare i pagamenti
- ordinare i documenti fiscali
- allestire un'agenda con gli indirizzi

Lavori in giardino

- strappare le erbacce
- rinvasare le piante

Cucinare

- provare nuove ricette
- fare delle torte

Altre attività

- svuotare la buca delle lettere
- scartare gli abiti vecchi

2. Tempo libero

- guardare il programma preferito alla televisione
- giochi di società
- giochi al computer
- fare album di fotografie
- ascoltare musica
- telefonare agli amici

3. Fuori

- fare gli acquisti giornalieri
- andare al bar
- andare al ristorante
- andare a trovare i vicini
- cinema
- concerto
- museo
- partita di calcio/hockey sul ghiaccio
- parrucchiere
- andare in chiesa
- andare dal medico

4. Attività fisica

- brevi passeggiate
- gite
- nordic walking
- passeggiata con il cane
- andare in bicicletta
- nuotare



Indicazioni

Letteratura sul tema

Lorenzini Roberto, Sassaroli Sandra: Quando la paura diventa malattia. Come riconoscere e curare le fobie; Cinisello Balsamo 1991: Ed. Paoline
Libretto piuttosto ben fatto sull'angoscia e sulle fobie.

Carbonetti Giangiacomo e Daniela: Vivere con un figlio down. Per costruire, giorno per giorno, un rapporto d'amore e un progetto di vita; Milano 1996 (Franco Angeli: Self-help). 160 p.
Libro che aiuta genitori di figli down a capire sia il loro problema, che quello del figlio, e che apre vie, senza nascondere la difficoltà. Molto vicino al sentimento umano, ma anche molto preciso, a volte notevolmente scientifico.

Cazzullo C.L., Clerici M., Bertrando P.: La schizofrenia 100 domande e 100 risposte per capire il malato e i suoi problemi; Milano, Franco Angeli 1994
Per familiari di schizofrenici. Si trattano le 100 domande più frequenti. Anche per sfatare alcune leggende sulla malattia e sulle sue origini.

Dowling Colette: Come vincere la depressione, l'ansia e le dipendenze; Milano 1994, Bompiani
Un libro magari un po' troppo ambizioso, che affronta temi importanti: depressione, ansia e fobie, bulimia e altri comportamenti coattivi.

Fossum Lynn: Dominare l'ansia. Corso di autocontrollo; Milano 1993, Franco Angeli
Ottimo libro, con buoni esempi e un sistema facilmente gestibile per affrontarla: entrano anche elementi di diagnosi e di sintomatologia.

Fragile. Associazione svizzera per i traumatizzati cranio-cerebrali; 28 p., Zurigo 1997
Numero speciale di «Fragile»: dedicata ad un sorvolo sui problemi dei traumatizzati cranici, su come si vivono, su come si vivono anche i loro familiari, di fronte ai cambiamenti «incomprensibili» di carattere. Con testimonianze di traumatizzati, e con una presentazione riassuntiva anche dei problemi dei bambini.

Geiser Max: Schizofrenia. Diagnosi. Superamento della malattia. Informazione per i famigliari degli ammalati di schizofrenia; Berna ca. 1985, VASK (cp 140, 3084 Wabern)
Libretto schematico (magari troppo) sulla schizofrenia, preparato dal VASK, l'Associazione dei familiari di schizofrenici.

Grob Peter: Disturbi da panico e agorafobia; Opfikon-Glattbrugg, 1999, Lundbeck, p. 68.
Introduzione pratica sulla natura, sulla diagnosi e sulla terapia dei disturbi da panico, e dell'agorafobia. Con esercizi, e schemi di auto-valutazione. La bibliografia e le indicazioni dove rivolgersi sono carenti (solo in tedesco, e manca Internet).

Osterwalder Ruedi: I depressi e i loro famigliari. Come affrontare il «male oscuro»; Locarno 1995, Società di utilità pubblica della Svizzera italiana (c/o Avv. F. Bacchetta-Cattori, Via Trevani 1A, Lugano)
Breve testo illustrativo sulla depressione, per depressi, per i loro familiari, su diagnosi, prognosi, terapia.

Pancheri Paolo: Depressione. Cento domande. Cento Risposte; Roma 1997
Per pazienti e per familiari: quali sono le domande, quali sono le risposte alle più frequenti domande dei malati e dei loro familiari.

**Pöldinger W.: Depressioni. Riconoscere, guarire. Un'informazione per i pazienti e per chi li circonda; Opfikon AG, 1998, Lundbeck (Cherstrasse 4).
www.lundbeck.ch**

Zoli Serena: E liberaci dal male oscuro. Che cos'è la depressione e come se ne esce. Serena Zoli a colloquio con Giovanni Cassano; Milano 1996, Longanesi
 Depressione e cervello. Il ruolo del farmaco e della psicoterapia. Con molte testimonianze anche «importanti».

Carbonato Paolo, Placidi Gianfranco, Turchi Filippo: Trattamento della depressione

Barlera Cristina, Inghilleri Diego: Combattere la depressione. Una malattia curabile e comune.
 La depressione. Clinica, analisi antropologica, prospettive pastorali.

Gruppi di auto-aiuto e di familiari

L'aiuto e l'assistenza di persone che hanno vissuto l'esperienza di una depressione sono tra le risorse principali per superarla. Nel 1994 un gruppo di esperti in depressioni ha fondato a Zugo l'«Associazione Equilibrium per il superamento della depressione». Lo scopo dell'associazione è di organizzare manifestazioni sul tema, istituire in tutta la Svizzera dei gruppi di auto-aiuto e con un lavoro di pubbliche relazioni combattere i tabù legati alle malattie maniaco-depressive per liberare i pazienti dal loro stigma.

Si possono richiedere informazioni a:

Associazione Equilibrium

lbelweg 20
 6300 Zugo
 Telefono 041 761 05 88
www.depressionen.ch

Cercate qualcuno con cui poter parlare dei vostri problemi?
help@depressionen.ch

La fondazione Pro Mente Sana offre un servizio gratuito di consulenza e assistenza:

Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261
 Casella postale
 8031 Zurigo
 Telefono 044 563 86 00
 Telefax 044 563 86 17
www.promentesana.ch (in tedesco)

Per i familiari di malati psichici esistono i seguenti gruppi di auto-aiuto:

VASK

Associazione dei familiari e amici delle persone
con disagio psichico
Associazione nazionale svizzera
Ufficio
Casella postale 474
6015 Reussbühl
Telefono 0800 50 50 82
Telefax 041 250 50 83
www.vaskticino.ch

VASK-AFS Ticino

Contatto/consulenza telefonica
Indirizzo postale
Vask Ticino
Via Ginevra 5
6900 Lugano

Incontri:

Via Vella 4
Lugano Cassavate
Sala dell'Associazione Anziani Ospedale Italiano

Contatti telefonici:

Per qualsiasi informazione
D. Zucchetti, presidente, ufficio 091 921 30 29
G. Deldon, vicepresidente, privato 091 825 13 12

Per consigli dal lunedì al venerdì dalle
9.30 alle 11.30 telefonare allo 076 453 75 70
info@vaskticino.ch



Links sul tema

Ulteriori informazioni scelte sul tema «depressione»

www.depression.ch

(in tedesco, francese e italiano)

Informazioni interessanti e (attuali) sul tema «depressione»

www.depressionen.ch

anche in italiano (è il link di Equilibrium)

www.e-depressione.it

Interessante motore di ricerca delle novità in medicina e sulla depressione.

www.esaurimento.it

Portale specialistico medico con interessanti articoli sul tema della depressione.

www.ecomind.it

Articoli sul tema della salute mentale, auto-aiuto e sviluppo personale, con novità, libri e documenti nonché pubblicazioni on-line.

www.forumpsihiatrico.it

Il portale che elenca importanti link della medicina.

www.oasiblu.com

Punto d'incontro per chi soffre di ansia, depressione, attacchi di panico, ecc.

www.psichiatria24x7.it

(mica male)

www.salumentaledonna.it

Servizio di psicologia clinica e psicoterapia per la donna e l'adolescente.

www.solaris.it/forum

Forum su questioni riguardanti salute, medicina naturale, psicologia, medicina olistica, benessere e qualità di vita.

Altri siti riguardanti il tema della depressione:

Psichiatria Malattie Psichiatriche Ansia **www.ansia.net**

Ansia Online **www.ansiaonline.it**

Ansia Online **www.ansiaonline.net**

Depressione **www.depressione.net**

Depressione Online **www.depressioneonline.it**

Depressione Online **www.depressioneonline.net**

Educazione Continua in Psichiatria, ECM Psichiatria , CME Psichiatria , Forum Psichiatrico

www.forumpsihiatrico.it

Forum psichiatrico **www.forumpsihiatrico.net**

Lo Psichiatra **www.lopsihiatra.net**

Psichiatria **www.psichiatria.org**

Psichiatria Online **www.psichiatriaonline.it**

Psichiatria Online **www.psichiatriaonline.net**

PsicoFarmacologia **www.psicofarmacologia.net**

Psicosi Online **www.psicosionline.it**

Psicosi Online **www.psicosionline.net**

Il Motore di Ricerca in Psichiatria Psyche Explorer

PsychExplorer **www.psychexplorer.it**

www.psychexplorer.net

Schizofrenia **www.schizofrenia.it**

Schizofrenia Online **www.schizofreniaonline.it**

Schizofrenia Online **www.schizofreniaonline.net**

Psichiatria News

www.psychiatrie.ch (in tedesco e francese)

Sito della Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia, tra l'altro contenente una lista di gruppi di auto-aiuto.

www.kompendium.ch (in tedesco e francese)

Compendio dei medicinali della Svizzera

www.kompetenznetz-depression.de (in tedesco)

Informazioni molto dettagliate, forum di discussione, ecc.

www.depression.unizh.ch (in tedesco)

Sito web dell'Università di Zurigo sul tema della depressione, che si rivolge sia ai profani sia agli specialisti.

Dettagliate indicazioni specialistiche.

www.patienten.ch (in tedesco)

Piattaforma per le organizzazioni svizzere di pazienti

www.schwarze-rose.de (in tedesco)

Sito di persone colpite dalla depressione

www.kasi-mone.de/depression (in tedesco)

Diario di una depressione

Ringraziamenti

Questa guida per i pazienti è stata creata in stretta collaborazione tra la Mepha Pharma SA e il Dr.med. Daniel Bielinski, Primario della Clinica Psichiatrica e Direttore dei Servizi Psichiatrici del Cantone di Soletta. Ringraziamo cordialmente il Dr.med. Daniel Bielinski per il suo impegno e le sue preziose spiegazioni che hanno reso questa pubblicazione una guida facilmente leggibile per i pazienti e per le persone a loro vicine.



Impressum

«**Depressioni, malattia maniaco-depressiva**» – Guida per i pazienti

Tiratura

29'000 es. (tedesco, francese, italiano)

Text

Dr.med. M.H.A. Daniel Bielinski,
Primario Servizi Psichiatrici del Cantone
di Soletta

Dr. Hans Balmer,
Dr. Hans Balmer SA, 4601 Olten

Questionario Depressione:
Prof.Dr. J. Margraf, Clinica Psichiatrica
Universitaria, Basilea

Redazione

Béatrice Greutert, Dr. Richard Hummel,
Simone Theiler, Dr. Thomas Weikert

Traduzione

Patricia Lambelet, Agence Iff,
1673 Promasens

Roberto Stürchler, lic. oec. HSG
und Partner GmbH, 6374 Buochs

Composizione, produzione

Peter Salzmann, Anita Walter,
Créative-Atelier Salzmann GmbH,
4656 Starrkirch-Wil

Tipografia

Brogli Druck SA, 5073 Gipf-Oberfrick

Indirizzo per informazioni

Mepha Pharma SA
Dornacherstrasse 114
Casella postale 445, 4147 Aesch BL
Telefono 061 705 43 43
Telefax 061 705 43 85
www.mepha.ch

18471-5005

www.mepha.ch

Quelli con l'arcobaleno

mepha

