

Mario R. Storchi

Stress, Ansia, Depressione

(collana l'InformaGiovani)

Copyright © 2021 Mario R. Storchi

Tutti i diritti sono riservati.
Codice ISBN: 9798706102838

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere tradotta, riprodotta, copiata o trasmessa, in qualunque forma o con qualsiasi mezzo, senza il precedente assenso scritto dell'Autore.

Nell'eventualità che citazioni, illustrazioni o passi antologici di competenza altrui siano riprodotti in questo volume, l'Autore è a disposizione degli aventi diritto non potuti reperire. Sono altresì gradite segnalazioni di eventuali e non voluti errori od omissioni nei relativi riferimenti.

L'Autore non è responsabile di qualunque tipo di danno, diretto o indiretto, che potrebbe derivare dall'uso, specie se improprio, del presente prodotto. In particolare si ricorda che questo testo fornisce alcune informazioni di carattere medico-scientifico, ma che in nessun caso tali informazioni possono sostituire i consigli del vostro medico.

I marchi citati sono generalmente depositati o registrati dai rispettivi produttori.

Rispetto all'edizione cartacea del 2005 (pubblicata nel volume *L'InformaGiovani*), questa versione digitale del testo presenta numerosi aggiornamenti.

Contenuti

Introduzione alla collana <i>l'InformaGiovani</i>	6
Stress, Ansia, Depressione	10
Cosa è lo stress?	12
Quali sono i principali sintomi dello stress?	15
Qualche piccolo consiglio per combattere lo stress	17
Cosa è l'ansia?	20
Quali sono i sintomi dell'ansia?	21
Come si può curare l'ansia?	24
Cosa è la <i>depressione</i> ?	25
Quali sono i sintomi della depressione?	27
Come si può curare la depressione?	30
Cosa sono gli attacchi di panico?	32
Come si curano gli attacchi di panico?	33
Debbo parlare col mio medico?	35
I «tranquillanti» (ansiolitici, antidepressivi, neurolettici)	36
Cosa è la psicoanalisi?	40
Cosa fa lo psicoanalista?	44
Le domande più frequenti su stress, ansia, depressione e attacchi di panico	46
Cosa è la nevrosi?	49
Qualche ultimo consiglio	50

Introduzione alla collana *l'InformaGiovani*

Il libro che state iniziando a leggere è nato da due interrogativi che mi sono spesso posto in quasi quarant'anni di insegnamento.

Il primo interrogativo: sappiamo tutti che in Italia si legge poco; dalle più recenti statistiche risulta addirittura che un terzo degli studenti e un quarto dei laureati italiani non leggono neppure un libro l'anno, a parte quelli scolastici. Sono dati statistici ben tristi; ma non è il caso di chiedersi se **la scuola italiana educa davvero e sempre alla lettura?**

Ho infatti l'impressione che spesso nelle nostre scuole si insegna a leggere da un punto di vista meccanicistico: vengono cioè spiegate le lettere dell'alfabeto, le parole, le frasi, le regole grammaticali. Ma in genere non si insegna a *saper leggere*, che è cosa ben diversa.

La seconda domanda che mi sono posto è invece: quanti testi scolastici attualmente in uso sono davvero facilmente e pienamente comprensibili dai ragazzi?

Numerosi studi e ricerche pedagogiche (cito per tutti quelle di Dewey, Freinet e don Milani) hanno ampiamente dimostrato che alcuni insuccessi scolastici sono provocati da una incompatibilità tra lo stile dell'insegnamento e le capacità dell'apprendimento. Molti studenti si convincono cioè di *non essere portati* per una o più materie, solo perché il modo in cui la materia gli viene insegnata gliela rende complessa o addirittura incomprensibile.

Di ciò vengono spesso accusati gli insegnanti, che diventano in questo modo i capri espiatori di una situazione ben più complessa. Ad esempio: quante volte questo effetto viene provocato o quantomeno aggravato da testi scolastici complessi, se non a tratti incomprensibili? Quante volte allievi dotati di capacità di base perfettamente integre ed efficaci vanno

incontro all'insuccesso scolastico perché non sono adeguatamente sostenuti dal testo in adozione?

Ecco, dunque, come è nata l'idea di scrivere la collana *l'InformaGiovani*. Essa è una specie di dizionario essenziale su alcuni argomenti che non solo i giovani, ma tutti (a cominciare dai loro genitori e dagli insegnanti) dovrebbero conoscere; argomenti che appartengono a diversi ambiti: dai sentimenti alla medicina, dallo studio al lavoro, dall'educazione civica alle ultime acquisizioni tecnologiche, ma che finiscono tutti per convergere in quel delicato processo che è la formazione personale e sociale dell'adolescente che vive in questi primi anni del terzo millennio.

Evidentemente non si potevano affrontare tutti gli argomenti, oppure si sarebbe corso il rischio di produrre un *matton*e di mille pagine. Ho perciò fatto delle scelte, forse criticabili ma comunque giustificate dal desiderio di **scrivere un qualcosa di realmente vicino al mondo dei giovani e alla loro concreta portata.**

Questo è stato infatti il primo obiettivo che mi sono posto nello scrivere *l'InformaGiovani*, che non a caso è stato preceduto da un sondaggio svolto anche tramite la collaborazione via Internet di molti Colleghi che insegnano in diverse scuole di tutt'Italia, al fine di individuare quali argomenti sono più vicini alla sensibilità dei giovani d'oggi, ossia su quali temi i ragazzi desiderano maggiori informazioni.

Questo è anche il motivo per cui il titolo di diversi punti della collana è costituito da una domanda (ad esempio: Che cosa è l'amicizia? Cosa è l'anoressia? Perché ci si droga? Come si compila un curriculum? Quali sono i sintomi della depressione? ecc. ecc.), che è poi, volta per volta, uno dei tanti interrogativi posti con maggiore frequenza dai giovani ascoltati nel sondaggio svolto in tante scuole.

Il secondo obiettivo è stato quello della *facilità*. A volte, noi stessi insegnanti dimentichiamo che – quando avevamo l'età dei nostri alunni – alcuni testi che oggi ci sembrano semplici, allora ci sarebbero al contrario apparsi difficili o, in alcuni casi, illeggibili. D'altra parte, alcune recentissime statistiche ci hanno ricordato come il *saper leggere* sia un bene sempre più raro, non solo tra le persone in età scolare. Secondo i dati della seconda ricerca internazionale sulle competenze alfabetiche degli adulti, diffusi in Italia dal Centro Europeo dell'Educazione (CEDE), un italiano su tre ha difficoltà a leggere correttamente: per la precisione risulta che il 34,6% degli italiani ha una competenza ai limiti dell'analfabetismo, mentre un altro 30,9% della popolazione possiede un patrimonio lessicale molto limitato, vale a dire che conosce il significato solo dei vocaboli più comunemente utilizzati nel linguaggio parlato. Non è il caso qui di intrattenersi sui motivi di questa situazione così drammatica (è colpa della società contemporanea che è attenta soprattutto all'immagine o della scuola nella quale *si fanno sempre più cose* e di conseguenza si ha sempre meno tempo per insegnare la padronanza della lingua italiana?).

Quello che secondo me è fondamentale è *cominciare a essere chiari*: ecco perché mi sono sforzato di essere sempre comprensibile e sintetico (ma comunque mai approssimativo), anche se ciò poteva andare a discapito della completa precisione scientifica. Non si tratta, infatti, solo di scrivere frasi brevi e semplici, ma anche di cercare di adoperare il più possibile lo stesso linguaggio dei ragazzi. A quell'età (e basterebbe a tutti quelli che hanno già vissuto l'adolescenza, ritornarci indietro con la memoria e in maniera assolutamente sincera) gli insegnamenti morali non servono più di tanto, se non si parla la stessa lingua dei giovani.

Un'ultima considerazione; qualcuno tra chi, gentilmente, ha letto le bozze di questa collana, mi ha chiesto: **ma è un libro destinato alla**

scuola media inferiore, a quella superiore, o a un pubblico adulto?

Credo che, almeno da un certo punto di vista, questo sia un falso problema: io penso che i libri vengano scritti per chi può capirli. Potrà così succedere, come è già avvenuto con le bozze, che ragazzi o ragazze di dodici anni lo leggano e lo comprendano, oppure che un adolescente di sedici anni consideri qualche argomento per lui non interessante e quindi *lo salti* nella lettura.

L'importante è che ricordi che ha su uno scaffale della libreria, sul suo comodino o nel suo lettore di e-book un volume che gli sarà utile quando le informazioni su quegli argomenti diverranno per lui interessanti o indispensabili: presto o tardi arriverà quel momento. A quel punto, questo libro lo aiuterà a conoscere quelle tematiche e, in alcuni casi, gli eviterà di doversi fare un'opinione su quegli argomenti chiedendo ai suoi disinformati amici o ascoltando di nascosto discorsi confusi, più dannosi che benefici.

Buona lettura.

Mario R. Storchi

Stress, Ansia, Depressione

Il cuore batte all'impazzata, le gambe sembrano diventate di marmo, le mani sono fredde e sudate, la testa *va nel pallone* e la persona non riesce a capire cosa sta succedendo né, tanto meno, cosa può fare per reagire a questa situazione. Oppure la mattina, appena svegli, si ha quasi paura di affrontare la giornata, si preferirebbe non alzarsi neppure dal proprio letto; una volta in piedi una forte malinconia è sempre pronta a catturarci, a inumidirci gli occhi di lacrime. Alla sera, a volte è difficile prendere sonno e la mente è affollata da brutti pensieri, rimorsi e rimpianti.

Cosa sta accadendo? Un tempo si utilizzava il termine generico di *esaurimento nervoso*, termine che in realtà non ha nessun significato medico, ma che comunque identificava una serie di sintomi (tensione nervosa, difficoltà nel concentrarsi e nel lavorare, malinconia, stanchezza, malumore) che sono quelli che oggi si riconducono invece a stress, ansia o depressione.

Nelle società economicamente più ricche sono proprio queste tre malattie quelle che accompagnano più di frequente l'uomo: esse affliggono ormai buona parte della popolazione.

Molti adulti ritengono che gli adolescenti siano immuni da queste malattie. La realtà, invece, è l'esatto contrario: la tensione emotiva nella fase dell'adolescenza è fortissima. Ci si trova, infatti, a fare i conti con un fisico che cambia rapidamente, in modo vistoso e quasi sempre non come si vorrebbe e come suggeriscono i *modelli perfetti* proposti dai mass-media.

Ad aggravare questa tensione nell'età dell'adolescenza contribuiscono anche i primi innamoramenti e le prime pulsioni sessuali, come abbiamo spiegato nella sezione de *L'InformaGiovani* dedicata ad *Amicizia, innamoramento, amore, educazione sessuale*.

È difficile dire se lo stress, l'ansia, la depressione, siano un problema psicologico (siano cioè causati da fattori ambientali, relazionali, da una reazione a eventi stressanti, dal tipo di educazione ricevuta) o se piuttosto siano provocate da una disfunzione dei neuroni (cellule nervose che sono diverse da individuo a individuo per fattori costituzionali o per predisposizione genetica).

È probabile che spesso ci sia una compartecipazione di entrambe queste cause, per cui nei casi più gravi si trae beneficio dai farmaci associati alla psicoterapia. Ma l'obiettivo deve essere quello di potersi liberare degli uni e dell'altra: di riuscire di nuovo a camminare con le proprie gambe, senza più aver timore di *sentirsi male*, di *star male*.

Cosa è lo stress?

Una delle frasi che spesso sentiamo pronunciare, o che noi stessi pronunciamo, è: *come sono stressato*, oppure *mi sento stressato, che stress!*

Occorre, innanzitutto, dire che lo stress è, nello stesso tempo, una delle funzioni vitali dell'organismo e anche una malattia.

Lo stress è, infatti, una reazione di adattamento del corpo a un qualsiasi cambiamento fisico o psichico di una certa rilevanza. **Lo stress acuto** è dunque **positivo**, perché mette in moto dei meccanismi naturali che cercano di porre la persona in grado di affrontare una situazione insolita o pericolosa.

In questi casi il cervello dà il segnale d'allarme e nel corpo vengono liberate una serie di *sostanze neurotrasmettitoriche e neuromodulatrici* (la più famosa delle quali è l'*adrenalina*) che aumentano la capacità di concentrazione, mettono i muscoli in condizione di reagire più rapidamente; danno *più energia*.

Questa catena di eventi biochimici è probabilmente un *ricordo* che l'evoluzione ci ha lasciato: riflettiamo che solo da pochi secoli la razza umana ha smesso di scappare di fronte ad animali feroci, grazie alla potenza delle armi da fuoco. Il nostro corpo però non lo sa, e allora, di fronte a un pericolo (o presunto tale), ci fornisce tutti gli *ingredienti* utili a una poco nobile ma...più sicura fuga!

In effetti, i metaboliti presenti nel sangue in una situazione di stress sono praticamente gli stessi che l'organismo utilizza per una lunga corsa: le pupille si dilatano per consentirci di vedere meglio, il respiro accelera per aumentare l'apporto di ossigeno, il cuore aumenta la frequenza del suo battito per portare più sangue a muscoli e cervello, si liberano le riserve di zuccheri presenti nel nostro organismo in modo da fornire tutta l'energia

possibile, persino i vasi sanguigni della pelle si contraggono per ridurre il rischio di emorragia in caso di ferita (questo è, tra l'altro, il motivo per cui abbiamo l'impressione che si alzino i peli sulle braccia e sulle gambe: la cosiddetta *pelle d'oca*).

Lo *stress acuto* è, dunque, una condizione normale della persona, perché *entra in funzione* solo quando ce n'è bisogno.

In altri casi lo stress si prolunga più a lungo, in reazione a un evento particolarmente grave: ad esempio una delusione amorosa, la morte di una persona particolarmente cara, l'assunzione di responsabilità eccessive, situazioni di tensione che si verificano in famiglia, a scuola o sul posto di lavoro. Anche in questi casi lo stress è una reazione normale del nostro organismo.

In alcune persone, invece, questo segnale di allarme compare anche in assenza di situazioni di pericolo, oppure continua dopo che oramai il pericolo è scomparso. Se queste situazioni di stress si prolungano, le persone risentono di malesseri fisici perché esistono strette relazioni tra il corpo e la mente e lo stress provoca un sovraccarico fisico.

Questo è **lo stress cronico** ed è **pericoloso**, perché le funzioni che devono essere messe in azione solo in caso di pericolo restano costantemente attive e possono provocare danni alla salute: ad esempio rendendo più rigide le arterie che conducono il sangue e aumentando dunque la possibilità di gravi patologie cardiovascolari, come l'ictus e l'infarto. Inoltre, la persona stressata accumula aggressività che poi può improvvisamente esplodere in episodi di violenza.

Dunque, **non confondete lo stress acuto con quello cronico**. È perfettamente normale sentirsi tesi prima di un'interrogazione, di un esame, di un'occasione che si considera importante. Si può parlare di stress cronico solo quando la tensione diventa talmente forte da condurre la persona a evitare queste occasioni, instaurando un circolo vizioso, perché

ci si convince sempre più di non essere in grado di affrontare queste situazioni. Anche in questo caso entra dunque in gioco *il meccanismo dell'autostima*, del quale abbiamo parlato nella sezione de *l'InformaGiovani* dedicata alle *Tecniche per studiare meglio*.

Le situazioni stressanti non si creano solo nei luoghi di lavoro (il cosiddetto *mobbing*, causato da comportamenti ostili di colleghi di lavoro e superiori nei confronti di una persona) ma anche a scuola, in casa, a volte anche all'interno della propria cerchia di amici, dove possono nascere una serie di discussioni e di malumori che, proseguendo per lungo tempo e associandosi ad altri eventi negativi, possono provocare forme di stress.

Quali sono i principali sintomi dello stress?

I sintomi dello stress (come quelli di molte altre malattie) sono molto diversi da persona a persona e, ovviamente, possono essere provocati anche da altre cause, oppure essere sintomi del tutto innocui e passeggeri. Perciò ricordate sempre che **l'unica persona in grado di fare una sicura diagnosi di stress è un bravo medico.**

In genere, la persona stressata si sente spesso stanca: già quando si sveglia, al mattino, non si sente riposata. È poi annoiata di tutto. Ha difficoltà a concentrarsi (talora, mentre parla, ha difficoltà a ricordare una parola che ben conosce), si scoraggia al minimo ostacolo, può piangere anche per motivi banali.

Si accorge di cambiamenti nel proprio modo di dormire: ha difficoltà a prendere sonno oppure si sveglia più volte nel corso della notte, in alcuni casi si sveglia all'alba e non riesce più a riprendere sonno. In altri casi, al contrario, compare l'ipersonnia (l'eccesso di sonno): la persona dorme molto a lungo e, nonostante ciò, la mattina ha difficoltà nello svegliarsi e si sente stanca; a volte compare anche una forte sonnolenza durante la giornata.

Il ritmo cardiaco è spesso accelerato e caratterizzato da extrasistoli (o extrasistolie), vale a dire da battiti cardiaci irregolari, per cui la persona ha l'impressione che il proprio cuore cessi di battere per un secondo (che sembra però un'eternità), oppure prova una strana sensazione in petto, come il battito d'ali di una farfalla o un vero e proprio sobbalzo al cuore.

Lo stress può portare anche a un bisogno più frequente di urinare, a un aumento o a una diminuzione della fame. Anche per effetto del poco o del troppo cibo mangiato compaiono disturbi digestivi: crampi intestinali, stitichezza, oppure diarrea.

Possono inoltre comparire violenti attacchi di mal di testa, oppure cefalea non intensa ma continua, dolori muscolari localizzati soprattutto nella parte alta del corpo (schiena e braccia), tremiti e sudorazione non provocati né da eccessivo freddo né da troppo caldo, perdita di capelli (generalizzata o localizzata a chiazze sul capo), ulcere (vale a dire delle lesioni) in bocca, irritazioni della pelle e a volte prurito, contrazioni muscolari, tic nervosi, maggiore predisposizione alle malattie da raffreddamento, disfunzioni sessuali con impotenza o sterilità.

Lo stress può poi favorire la comparsa di vere e proprie forme depressive.

Qualche piccolo consiglio per combattere lo stress

- Fate una cosa alla volta stabilendo una lista di priorità e cercando di evitare il sovrapporsi di diversi impegni attraverso la selezione di ciò che è DAVVERO necessario e possibile.

- Ragionate sul fatto che la fretta è una vera e propria *malattia* dei nostri tempi: tante persone dichiarano che *il tempo non basta mai*, che *le giornate passano a correre*, ma questo tipo di vita provoca un malessere diffuso e peggiora i risultati delle nostre azioni.

- Ricordatevi che nessuno è indispensabile e che non c'è bisogno di cercare di essere perfetti in ogni situazione.

- Imparate ad accontentarvi, a non essere troppo ambiziosi e competitivi: la competitività eccessiva può forse aumentare la nostra produttività, ma ci crea anche il vuoto intorno.

- Quando vi accorgete che state facendo qualcosa di fretta, fermatevi e chiedete a voi stessi: *è indispensabile tutta questa urgenza?* Vi sono, infatti, momenti nei quali è necessario essere veloci, ma anche tanti altri nei quali non solo non è indispensabile *vivere di corsa*, ma la fretta diminuisce anzi l'efficienza e i risultati del lavoro che si sta svolgendo. È indispensabile, quindi, riacquisire – anche poco per volta – un senso di equilibrio nella gestione del proprio tempo, imparando che rallentare vuol dire anche godere le gioie della vita.

- Non abbiate il terrore di sbagliare: si impara molto di più dagli errori che dai successi, basta avere il coraggio e la forza di cambiare.

- Imparate a dire di NO, quando quello che vi si propone vi appare al di fuori delle vostre possibilità o dei vostri interessi.

- Separate il tempo del lavoro o dello studio da quello dedicato alla vostra vita privata.

- Quando il lavoro o lo studio diventano troppo opprimenti prendetevi se possibile una piccola pausa: alzatevi, guardate fuori dalla finestra, fate due passi.

- Praticate un hobby, senza pensare che sia *tempo perso*, ma considerando al contrario che le ore che si dedicano a fare qualcosa di piacevole rilassano e permettono poi di lavorare con migliori risultati. Le attività manuali, infatti, obbligano la mente a concentrarsi su un determinato oggetto (ciò che state facendo) e implicano un'attenzione univoca nei confronti dell'azione che si sta eseguendo. Ciò *sottrae* energia a quei percorsi ansiosi o depressivi ai quali la nostra mente si è, poco a poco, abituata: è un primo passo per limitare i danni che i pensieri negativi ci possono provocare.



- Fate esercizi fisici, anche della durata di pochi minuti, ma ogni giorno. Non è indispensabile iscriversi a una palestra (specie se si pensa di non avere troppo tempo o soldi da spendere): basta anche qualche semplice esercizio di respirazione o una buona passeggiata giornaliera di qualche decina di minuti in una strada che non sia satura dei gas di scarico delle automobili. Camminare – attenzione: senza fretta! – per circa 30 minuti contribuisce non solo a ridurre lo stress, ma apporta benefici fisici molto

importanti: si tengono in allenamento l'apparato cardiocircolatorio e quello respiratorio, i muscoli e le articolazioni, si riduce anche il rischio di obesità e diabete. Gli stessi benefici sono assicurati anche da una passeggiata in bicicletta, sempre a un ritmo non eccessivo.

- Quando vi irritate, non reprimete troppo la vostra rabbia: anzi, manifestatela nei limiti del possibile.

- Evitate assolutamente l'uso di ansiolitici o antidepressivi se non vi sono stati prescritti da un medico di cui avete fiducia; NON usate mai questo tipo di farmaci perché vi sono stati consigliati da qualcuno che lamentava i vostri stessi sintomi.

- Imparate ad avere cura del vostro corpo: mangiate cibi sani e leggeri, cercate di pranzare a orari regolari, evitate pasti affrettati, condimenti eccessivi, alcol. Non mangiate MAI mentre continuate a lavorare o a studiare.

Cosa è l'ansia?

Mentre lo stress acuto – come abbiamo visto – è una risposta del nostro organismo a una serie di stimoli esterni che lo pongono in allarme, **l'ansia è una condizione patologica d'attesa, che dà luogo a una serie di disturbi che in molti casi assomigliano a quelli provocati dallo stress, ma sono più numerosi e tendono facilmente a cronicizzarsi**, cioè a presentarsi in maniera pressoché continua.

La crisi d'ansia compare all'improvviso, spesso preceduta da pensieri del tipo: *cosa mi sta succedendo?* oppure *mi sento strano*, o *mi sta per succedere qualcosa*.

A volte la persona che soffre di ansia prova dei sintomi che collega immediatamente a gravi malattie: ha dei capogiri e pensa di avere un tumore al cervello, ha battiti cardiaci accelerati o dolori al torace e crede che si tratti di un infarto, ha la *sensazione di testa vuota* e ritiene che sia il sintomo di un ictus. Altre volte la persona si sveglia nel cuore della notte o durante un riposino pomeridiano già in preda a un attacco d'ansia.

L'ansia è dunque ben diversa dalla paura. La paura è infatti una reazione normale di fronte a un pericolo reale e immediato; l'individuo ansioso reagisce invece a pericoli non determinabili.

Spesso non si individua subito nell'ansia la vera causa di questi disturbi, ma solo dopo aver svolto una serie di esami clinici (ad esempio esami del sangue, elettrocardiogramma, visita neurologica) che escludono altre malattie e quindi inducono a ritenere che si tratti di un disturbo d'ansia.

Quali sono i sintomi dell'ansia?

Come nel caso dello stress (dal quale, oltre tutto, non è sempre facile distinguerla, in quanto esistono molte situazioni di sofferenza psichica che si trovano al limite tra ansia e stress) **anche l'ansia è accompagnata da manifestazioni somatiche** (che riguardano cioè direttamente il corpo) **e da sintomi psicologici**, che interagiscono tra loro e variano da persona a persona: non basta perciò avere solo qualcuno dei sintomi che elenchiamo di seguito per ritenere di essere affetti da ansia. Piuttosto, chi si riconosce afflitto da un po' di tempo da diversi di questi sintomi può rivolgersi a un medico di sua fiducia, l'unico che potrà confermare o meno la presenza di disturbi da ansia.

Ecco, dunque, i più comuni tra questi sintomi: vertigini (perlopiù senso di sbandamento e capogiri, più che la sensazione di *veder girare* le cose intorno), senso di oppressione al torace, dolori al torace o nella zona cardiaca, crampi allo stomaco, extrasistoli (battiti cardiaci irregolari) e tachicardia (battiti cardiaci accelerati), difficoltà a concentrarsi, stanchezza (spesso continua) e senso di abbattimento, nausea, senso di svenimento, vampate di calore o al contrario sensazione improvvisa di freddo, senso di irrequietezza fisica specie alle gambe, sudorazione (a volte localizzata al viso o alle mani), bocca asciutta, estremità fredde, tremori specie alle mani, formicolii e addormentamenti di parti del corpo, senso di costrizione alla gola, disturbi della digestione (bruciori allo stomaco, formazione di aria nello stomaco), debolezza alle braccia, aumentata frequenza del respiro, insonnia. Ovviamente, non basta uno solo di questi sintomi per stabilire se si soffre d'ansia: normalmente più sintomi si sommano in un quadro di sofferenza generale.

Vi sono poi i segnali psicologici, che fundamentalmente consistono in sensazioni immotivate di pericolo o di minaccia che hanno l'effetto di far nascere preoccupazioni (altrettanto immotivate) per la propria salute, il proprio lavoro, le persone care e così via.

Anche in questo caso i sintomi sono numerosissimi: ci limitiamo comunque ad accennare ai più diffusi. Vi è ad esempio l'*ipocondria*, vale a dire la paura delle malattie e la sensazione di poter avere *qualcosa di grave*, per cui si è attenti e preoccupati di ogni sintomo, anche piccolo, che è vissuto come il segnale di una malattia grave.

Altri sintomi che si presentano con una certa frequenza nelle persone ansiose sono la *claustrofobia* e il suo opposto, l'*agorafobia*. La claustrofobia consiste nella paura di rimanere bloccati in luoghi chiusi o stretti, come ascensori, sgabuzzini o piccoli locali in genere, oppure bloccati in un ingorgo stradale; a volte il sintomo si presenta anche in luoghi affollati: discoteche, cinema, supermercati, ristoranti e così via. L'agorafobia è invece la paura dei luoghi aperti, specie se ci si trova da soli.

Vi sono poi le cosiddette *fobie sociali*: il timore di arrossire in pubblico (definita scientificamente *creutofobia*); la paura di parlare con alcune persone, specie quelle sconosciute, con conseguenti rossori e senso di confusione; sensazioni di imbarazzo, umiliazione o inadeguatezza quando ci si trova a tu per tu con gli altri.

Vi sono poi numerose altre paure o *fobie*: come quella di viaggiare da soli (anche se si tratta di semplici spostamenti), di guidare l'automobile, di poter in qualche modo causare del male a qualcuno.

A questo si possono aggiungere altre sensazioni fastidiose: come quella di *avere la testa vuota*, di *sentirsi spaesati*, di avere una gran confusione mentale, una sensazione di torpore, la tendenza a isolarsi dagli altri. Inoltre, la persona ansiosa tende a vivere i ricordi e il passato con un senso di dolore e di rimpianto, ha difficoltà a fare progetti per il futuro, a volte

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE

prova una sgradevole sensazione di essere in un corpo diverso dal proprio, oppure di vivere come se si trovasse al di fuori dello spazio e del tempo.

Una recente ricerca condotta dalla Società Italiana di psicopatologia, stima che almeno un italiano su tre soffre di un eccesso d'ansia.

Come si può curare l'ansia?

Insieme all'insonnia, l'ansia è la principale malattia che porta diversi milioni di italiani a consumare psicofarmaci. In realtà, spesso non ci sarebbe bisogno di ricorrere a medicinali. **L'ansia, infatti, può essere una reazione inconscia a un modo di vita insopportabile.** In questi casi essa è dunque una reazione che ci avvisa che stiamo reprimendo il nostro modo di vivere più autentico.

Bisognerebbe allora sforzarsi di essere più spontanei, più disponibili verso il prossimo; in questo modo, volendo più bene agli altri riusciremo a voler più bene anche a noi stessi.

Allo stesso modo bisognerebbe sforzarsi di non vivere nel passato o nel futuro, ma nel presente: avere inutili rimorsi per cose accadute o irrazionali timori per ciò che accadrà è il modo migliore per rovinare sicuramente il proprio presente.

Cambiare, anche di poco, giorno per giorno, il proprio modo di vita è spesso la migliore medicina. Prendere coscienza dell'ansia serve in questi casi a conoscere meglio se stessi.

Non aspettatevi risultati immediati e clamorosi; spesso i sintomi tendono a regredire lentamente: se però avvertite di essere almeno un poco più sereni e meno ansiosi, proseguite con costanza nelle nuove abitudini che sembrano soddisfarvi maggiormente.

È solo quando l'ansia diventa talmente seria da rendere invivibile la vita di ogni giorno che essa va affrontata con una cura medica e/o psicoterapica. Deve essere però sempre un buon medico a indicarvi la cura più indicata per il vostro problema, anche perché a volte si tende, semplicisticamente, a ricondurre all'ansia dei disturbi che invece derivano da altre malattie o dall'assunzione di alcuni farmaci.

Cosa è la *depressione*?

La depressione è una delle malattie più comuni: in Italia, ad esempio, si stima che una donna su quattro e un uomo su otto soffrano di almeno un episodio di depressione una volta nella loro vita. La spesa mondiale annuale per l'acquisto di farmaci antidepressivi supera i 700 miliardi di euro e aumenta costantemente.

Non si tratta, ovviamente, di un problema che riguarda solo il nostro paese: si calcola che nel mondo circa 330 milioni di persone soffrono di depressione e che il 90% di esse non riceve cure adeguate. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione costituirà, nei prossimi anni, la principale causa di disagi e sofferenze e già oggi l'OMS calcola in circa 800.000 le persone che nel mondo, ogni anno, si suicidano a causa di questa malattia.

La depressione non è una malattia nuova, specifica dei nostri tempi. È certo più diffusa rispetto al passato, ma è anche vero che un tempo le persone che ne soffrivano non ne parlavano apertamente come accade spesso oggi, sia perché – in passato – c'era una maggiore tolleranza al dolore sia fisico sia psichico, sia perché esisteva spesso una specie di *vergogna* nel dichiararsi depressi, quasi come se si trattasse di una colpa e non di una malattia!

Sino a qualche decennio fa si riteneva che la depressione fosse causata da problemi ambientali (famiglia, lavoro, amore, ecc.). Oggi si tende sempre di più a considerarla una malattia derivante da cause biologiche: principalmente scarsità di serotonina, noradrenalina e dopamina, che sono dei neurotrasmettitori, vale a dire sostanze che permettono al cervello di svolgere una serie di funzioni e di tenere in equilibrio l'umore. La serotonina, in particolare, serve a regolare una lunga serie di funzioni: ad

esempio il sonno, il dolore, le emozioni, l'alimentazione, persino il comportamento sessuale. Anche la noradrenalina è una sostanza che interviene in funzioni importanti: ad esempio la memoria, l'attenzione, l'apprendimento. Questa teoria spiegherebbe anche perché le persone colpite dalla depressione hanno spesso tra i loro parenti più stretti altre persone che hanno sofferto o soffrono di questa malattia.

Non vi è però alcuna certezza scientifica sulle vere cause della depressione. È probabile che la verità sia nel mezzo e che le depressioni gravi abbiano una base genetica mentre in quelle leggere prevalgano i fattori ambientali.

Spesso, la depressione compare dopo un evento triste: un cattivo risultato scolastico, la separazione da un amico o da un partner, la morte di una persona cara, un licenziamento, un divorzio, una malattia. In questi casi si tratta, ovviamente, di un sentimento naturale (i medici la chiamano perciò *depressione reattiva*, per indicare che in questi casi costituisce una reazione del tutto naturale).

Alcune persone reagiscono più o meno velocemente dopo un evento negativo di questo tipo, altre, invece, cadono nella vera e propria depressione. Altre persone ancora *cadono in depressione* senza che sia possibile individuare chiaramente una causa.

Quali sono i sintomi della depressione?

Secondo l'MDS (il Manuale Diagnostico e Statistico per le malattie che è stato creato negli Stati Uniti) esistono almeno 39 diversi tipi di depressione. **Non è perciò facile descrivere i sintomi comuni di questa malattia.** Semplificando, si può però parlare di tre livelli fondamentali di depressione: leggera, moderata e grave.

Innanzitutto, bisogna dire che in genere si può ipotizzare una possibile depressione solo quando la persona lamenta da almeno quindici giorni consecutivi tristezza, cattivo umore, tendenza a isolarsi dagli altri, disturbi del sonno, senso di affaticamento, difficoltà di concentrazione, scarsa stima di se stesso, forte incertezza, sensi di colpa, pensieri suicidi.

Questi ultimi (che costituiscono spesso la paura maggiore per i parenti e gli amici di persone depresse) sono molto comuni negli ammalati di depressione, ma in realtà il suicidio viene tentato solo da una percentuale abbastanza bassa (all'incirca il 15%) di coloro che soffrono di forme molto gravi di depressione.

Il depresso si sente spesso inutile, non all'altezza della situazione, completamente demotivato.

Uno dei primi sintomi a comparire è spesso l'insonnia. Altri sintomi frequenti sono la tristezza, il senso di abbattimento, la perdita di interesse per tutte le attività (comprese quelle sessuali), la difficoltà nel concentrarsi (per distrazione o problemi di memoria), l'incapacità nel prendere qualsiasi decisione, la tendenza a piangere.

La persona si distacca man mano dal suo ambiente di lavoro, dai familiari, dagli amici; diviene sempre più indifferente verso tutto ciò che la circonda: alcune persone che hanno sofferto di depressione hanno riferito che *tutto diventa grigio, senza più colori*. La persona colpita da

depressione comincia a parlare, a muoversi, anche a ragionare, in maniera più lenta rispetto al passato; persino la sua voce si affievolisce.

Spesso rimane di giorno a letto o sul divano per ore e ore senza parlare o svolgere qualsiasi attività. Non cura più il proprio aspetto fisico, a volte neppure l'igiene personale, perché anche attività semplici, come il vestirsi o il lavarsi, gli richiedono uno sforzo notevole che non si sente in grado di affrontare. L'*enorme stanchezza* che affligge alcuni depressi è anche una specie di inconscio meccanismo di autodifesa: dal momento che qualsiasi cosa sembra difficile o impossibile da raggiungere, il rimanere sdraiati su un divano oppure a letto è una forma per sfuggire a qualsiasi responsabilità.

Il depresso soffre perché si accorge di non riuscire a provare altri sentimenti che non siano quelli malinconici che gli affollano continuamente il cervello, impedendogli di pensare ad altro. Si sente non solo inutile, incapace di affrontare quello che altre persone fanno, ma anche in colpa perché non può contribuire a nulla in famiglia e con le persone care: è solo *un peso*.

Come si vede, si tratta in alcuni casi di sintomi abbastanza comuni (tristezza, malinconia, sentirsi demoralizzati, indecisione, mancanza di interesse per tutto), soprattutto nelle persone che hanno già un carattere che tende al pessimismo e all'introversione. Inoltre, questi sono i sintomi più comuni, ma la depressione può anche presentarsi in modi diversi, con sintomi come agitazione, irrequietezza continua, irritabilità, aggressività, rabbia, allucinazioni, persino veri e propri stati di delirio.

Questo significa – se ci fosse il bisogno di sottolinearlo ancora una volta – che **la sola persona che può effettuare una diagnosi di depressione è un buon medico**. Per diagnosticare la depressione il medico ascolta il paziente per sapere innanzi tutto:

- se i sintomi di cui il malato si lamenta si presentano senza una causa scatenante;
- se durano da diversi giorni o settimane senza interruzione;

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE

- se sono gravi al punto da influenzare in modo grave e negativo la vita quotidiana di quella persona.

Come si può curare la depressione?

In passato, non esistendo efficaci terapie farmacologiche o psicologiche, le persone colpite da questa malattia erano costrette a prolungare il tempo della loro sofferenza per diversi mesi o anni, in attesa di una risoluzione spontanea del male.

Oggi – come abbiamo già detto – le più moderne ricerche hanno rivelato che **nelle persone affette da depressione vi è una scarsa presenza di alcune sostanze** (i cosiddetti neurotrasmettitori) **che sono indispensabili al cervello** per alcune funzioni.

I farmaci antidepressivi vengono utilizzati proprio per ristabilire l'equilibrio di questi neurotrasmettitori e hanno efficacia in più dell'80% dei malati. Questi farmaci debbono però essere SEMPRE prescritti da un medico, che saprà scegliere il medicinale più adatto in base al tipo di depressione, alle caratteristiche del paziente, agli effetti collaterali del farmaco.

Bisogna perciò assolutamente evitare di *provare* un antidepressivo che *ha funzionato* con una persona che si conosce e che ha sofferto anch'essa di depressione. Gli antidepressivi, infatti, così come gli altri farmaci, hanno effetti collaterali e controindicazioni, per cui in alcune persone il loro uso è sconsigliato. Non solo: un buon medico è anche l'unica persona in grado di giudicare se è davvero necessario prescrivere un antidepressivo, oppure se le sensazioni di tristezza e abbattimento sono solo un episodio occasionale che non richiede un trattamento medico.

I farmaci antidepressivi attualmente utilizzati sono fondamentalmente di tre tipi:

- gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (detti SSRI) basati su sei principali molecole: la fluoxetina (contenuta, ad esempio, nel

Prozac), la paroxetina (*Daparox; Sereupin; Seroxat*), la sertralina (*Zoloff*), il citalopram (*Elopram*), l'escitalopram (*Cipralex*), la fluvoxamina (*Maveral*);

- i triciclici;

- gli inibitori della monoamminoossidasi (detti anti-Mao o I-Mao)

Ripareremo più ampiamente di questi farmaci antidepressivi tra qualche pagina.

Efficace è anche la psicoterapia, che tuttavia agisce più lentamente e in maniera a volte non risolutiva.

Il dilemma che si pone spesso l'ammalato di depressione che decide di curarsi (specie colui che consulta diversi medici, che quasi sempre propongono cure diverse l'uno dall'altro) è proprio questo: *per risolvere il mio problema sono più efficaci i farmaci oppure la psicoterapia?*

Anche in questo caso la verità probabilmente sta nel mezzo e, dunque, la migliore cura per la depressione comprende sia farmaci sia psicoterapia: i primi sono in particolare indispensabili per le depressioni più gravi, anche perché agiscono abbastanza in fretta (in genere nell'arco di 2-3 settimane dall'inizio della cura) e hanno una percentuale di successo che supera l'80% dei casi; la psicoterapia può invece bastare da sola per risolvere le depressioni leggere.

Nelle forme più gravi e croniche della depressione, specie quando la terapia farmacologica non ha dato risultati, si può anche ricorrere alla terapia elettroconvulsivante, più nota come elettroshock: questa parola evoca spesso timori in parte infondati, perché oggi l'elettroshock comporta rischi ed effetti collaterali limitati.

Cosa sono gli attacchi di panico?

Vengono più precisamente definiti DAP (dalle iniziali di Disturbi da Attacco di Panico). I sintomi consistono prevalentemente in tachicardia (accelerazione dei battiti del cuore) ed extrasistolie (battiti anomali), respiro irregolare e accelerato, senso di *testa vuota*, sensazioni fuori del comune e difficilmente definibili dallo stesso ammalato (come, ad esempio, quella di *sentirsi in un'altra dimensione*), angoscia, paura di perdere i sensi, presentimento che sta per accadere qualcosa di tremendo, tremori, sensazione di debolezza nelle gambe (come se non riuscissero a sostenere il peso del corpo), paura di morire, di impazzire o di compiere gesti sconsiderati, paura degli spazi aperti (agorafobia) o chiusi o troppo affollati (claustrofobia).

La persona colta all'improvviso dall'attacco di panico non riesce a pensare ad altro che al fatto che si sente male e alle precedenti volte nelle quali si è sentito così male, alle pillole che ha eventualmente preso e a quelle che potrebbe prendere, a quadri drammatici di crisi e svenimenti improvvisi alla presenza di altre persone, anche estranee.

I sintomi dunque sono simili a quelli dell'ansia, la differenza sostanziale consiste nel fatto che **questi sintomi si presentano in maniera improvvisa ed eccezionalmente preoccupante per chi li prova.**

L'attacco di panico dura pochi minuti, ma provoca spesso nella persona che ne ha sofferto una costante paura che il disturbo possa ripresentarsi. Quindi chi ne soffre sta male anche quando non ha attacchi, perché teme continuamente che possano avvenire nel momento e nel luogo meno indicati.

Si stima che dall'1,5% al 3,5% della popolazione italiana soffra di attacchi di panico e che essi si manifestino per la prima volta soprattutto tra i 15 e i 20 anni.

Come si curano gli attacchi di panico?

Anche nella cura dei Disturbi da Attacchi di Panico la farmacologia ha ultimamente compiuto notevoli progressi. Oggi esistono ad esempio ansiolitici che possono essere presi senza bisogno di acqua, perché si sciolgono in pochi secondi sotto la lingua. In questo modo, essendo assorbiti dalla mucosa sublinguale, questi farmaci hanno un effetto quasi immediato. Può essere utile, se il medico lo prescrive, portare con sé una di queste compresse, che riesce a dare un senso di sicurezza, perché la persona che soffre di attacchi di panico sa di avere un'arma efficace e rapidissima contro il suo fastidioso disturbo. In alcuni casi, addirittura, all'ammalato basta solo, all'insorgenza dell'attacco di panico, prendere in mano la compressa per riuscire a fronteggiare l'attacco.

È utile anche controllare il proprio respiro nel momento in cui si è colti dall'attacco di panico, respirando in maniera lenta, profonda e facendo una piccola pausa tra l'inspirazione e l'espirazione.

Un altro accorgimento che può dare buoni risultati è la distrazione. Si può ad esempio cercare – nel momento in cui sentiamo insorgere l'attacco di panico – di distrarsi cominciando a contare all'incontrario, da 100 a 0: in questo modo la mente è maggiormente impegnata. Oppure si può entrare in un luogo chiuso, e parlare con una persona anche estranea, sempre per cercare di distogliere la mente dai sintomi che si provano.

Come nel caso dell'ansia e della depressione, anche le tecniche di rilassamento costituiscono un ottimo mezzo per allentare le tensioni psichiche. Molte tecniche di provenienza orientale, quali lo yoga e le pratiche meditative, sono di grande aiuto in questi frangenti, a patto che il maestro sia veramente qualificato nell'arte che vi insegna.

Molto spesso, assistiamo invece a occidentali che, dopo un soggiorno di alcuni mesi in Oriente, si presentano come *esperti* in questo o quell'altro

campo dell'infinita galassia che compone il sapere orientale: non dimentichiamo che queste tradizioni sono spesso valide ma antichissime, e per questa ragione ci vuole un notevole periodo di tempo per divenire esperti e poter quindi aiutare gli altri.

Se il disturbo influenza seriamente la qualità della propria vita è ovviamente opportuno rivolgersi a uno specialista, che potrà trattare il disturbo con farmaci antidepressivi associati spesso a diversi tipi di psicoterapie (in particolare quelle definite cognitivo-comportamentale e psico-dinamica; ne riparleremo negli ultimi paragrafi di questo capitolo, dedicati alla psicoanalisi).

Debbo parlare col mio medico?

Molte persone che sono o pensano di essere affette da stress, ansia, depressione o attacchi di panico, evitano di rivolgersi al medico, un po' per vergogna, un po' perché pensano che il dottore ha poco tempo per ascoltarli e che si limiterà a rassicurarli o a prescrivergli un generico ansiolitico.

Riguardo il primo punto non vi è assolutamente alcuna vergogna: l'Istat (L'Istituto centrale di statistica) calcola che in Italia oltre due milioni di persone soffrono di un disturbo psichico (depressione, ansia, anoressia, bulimia o altro).

In quanto al secondo punto – anche se è vero che alcuni medici purtroppo tendono a sottovalutare i casi di stress, ansia, depressione e attacchi di panico e a liquidarli frettolosamente con i farmaci ansiolitici – è sempre necessario **parlare chiaramente e sinceramente col medico di cui avete fiducia**. Illustrategli con precisione ed estrema franchezza i vostri disturbi e seguite scrupolosamente i consigli e la cura che eventualmente vi prescriverà.

I «tranquillanti» (ansiolitici, antidepressivi, neurolettici)

Il termine *tranquillante*, che spesso si usa per definire i farmaci prescritti contro l'ansia, la depressione e gli attacchi di panico è inesatto. **Infatti, occorre distinguere almeno tre categorie di farmaci: gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici.**

Ogni medicinale di questo tipo deve essere SEMPRE prescritto dal medico, anche perché solo un buon medico è in grado di effettuare una diagnosi precisa e stabilire la cura adatta.

Gli ansiolitici

Come lascia capire il nome, **sono medicinali nati per cercare di sopprimere l'ansia.** Un tempo si usavano i barbiturici, che però presentavano molti effetti collaterali e rischi anche gravi. Oggi quelli più diffusi appartengono al gruppo delle *benzodiazepine* che sono tra i farmaci più venduti in Italia e i cui nomi commerciali sono spesso conosciuti da molte persone (compresi, ciò che stupisce maggiormente, i giovani): *En, Lexotan, Prazene, Tavor, Xanax, Valium*, ecc. ecc.

I farmaci ansiolitici hanno un effetto molto rapido, riuscendo ad agire già dopo pochi minuti dalla loro assunzione. Gli effetti collaterali sono molto ridotti, ma questi farmaci **provocano facilmente dipendenza** (bisogno della compressa) **e tolleranza** (riduzione col tempo dell'efficacia delle dosi e quindi necessità di aumentarle), per cui si consiglia di non assumerli mai per più di venti-trenta giorni consecutivi. Anche in questo caso è comunque il medico che vi indicherà la posologia più adatta al vostro caso e la durata della cura.

Gli antidepressivi

Sono prescritti alle persone che si sentono stanche della vita, scoraggiate. **Lo scopo di questi medicinali è, infatti, quello di stimolare l'umore in senso positivo.**

Non mancano ovviamente gli effetti secondari che possono essere provocati da questi farmaci: senso di nausea e vomito, secchezza della bocca, stitichezza, vertigini, sudorazione, sonnolenza, senso di debolezza; più raramente possono comparire insonnia, cefalea, tremiti, aumento della pressione arteriosa, alterazioni della libido (il desiderio sessuale) e della potenza sessuale. Per fortuna, molti di questi effetti sono passeggeri e si presentano solo all'inizio del trattamento.

Rispetto alle benzodiazepine sono quasi nulli i rischi di *tolleranza* e di *dipendenza*. È però fondamentale, nel momento in cui il medicinale non occorre più (di solito il trattamento va sospeso tre mesi dopo la scomparsa dei sintomi depressivi), ridurre gradualmente le dosi per evitare l'*effetto rimbalzo*, vale a dire il ripresentarsi improvviso dei sintomi che si erano combattuti, a volte in forma anche più intensa.

Un tempo si usavano come antidepressivi i farmaci detti Anti-Mao o I-Mao (dalle iniziali di Inibitori delle MonoAmminoOssidasi) che andavano assunti sotto stretto controllo medico, perché potevano causare effetti secondari particolarmente gravi.

Oggi quelli più diffusi appartengono al gruppo degli *antidepressivi triciclici* (che si basano su sostanze come amitriptilina, imipramina, clomipramina, desipramina, dotiepina, nortriptilina, ecc.) e ancor più al gruppo degli *S.S.R.I.* (Serotonin Selective Reuptake Inibitor = Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina). Quest'ultimo tipo di farmaci (al quale appartengono sostanze come paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, sertralina, ecc.) non causa in genere gli effetti secondari (nausea, vomito, vertigini, senso di bocca secca, stitichezza) dei vecchi antidepressivi detti triciclici.

Da qualche anno si stanno diffondendo anche dei nuovi antidepressivi, detti S.N.R.I. (Serotonin Noradrenalin Reuptake Inibitors (Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina e Noradrenalina, come venlafaxina, milnacipran, ecc.).

In genere, i farmaci antidepressivi cominciano a manifestare i primi risultati positivi circa 2-3 settimane dopo che si è presa la prima dose dell'antidepressivo; anche per questa ragione vengono a volte inizialmente associati nella cura a farmaci ansiolitici – che hanno invece un effetto immediato – se il tipo di depressione di cui si soffre lo permette e lo consiglia.

I neurolettici

Si tratta di farmaci che, se assunti in piccole dosi, hanno un effetto ansiolitico. A dosi più elevate sono invece in grado di controllare o ridurre gli stati di agitazione, i deliri e la schizofrenia. Quest'ultima è una grave malattia mentale caratterizzata da dissociazione della personalità e delle altre attività psichiche fondamentali, per cui chi ne è affetto si comporta in modo irrazionale, oppure è indifferente a tutto quello che accade.

I farmaci neurolettici causano spesso un abbassamento della pressione arteriosa e quindi capogiri, vertigini, svenimenti. Inoltre, per la loro funzione calmante, possono abbattere fortemente la persona.

Concludendo, **tutti questi medicinali hanno indicazioni precise, che solo un buon medico può valutare.** Perciò vi ripetiamo ancora una volta: evitate assolutamente di *provare* un medicinale perché è stato prescritto a un conoscente che presentava i vostri stessi sintomi.

Se vi accorgete che un farmaco vi causa gravi effetti collaterali, informate tempestivamente il medico che ve lo ha prescritto. Spiegate accuratamente tutti gli effetti indesiderati, e solo dopo aver ricevuto ampie

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE

rassicurazioni riprendete il trattamento, a meno che il medico stesso non decida altrimenti.

Cosa è la psicoanalisi?

Per molti specialisti il miglior metodo per curare ansia, depressione, attacchi di panico è associare ai medicinali la psicoanalisi, che è la più diffusa forma di psicoterapia. I medicinali servono a ridurre velocemente i sintomi e quindi sono tanto più indispensabili quanto più intensi sono questi sintomi, la psicoanalisi, invece, è utile per estirpare definitivamente la malattia.

In realtà si potrebbe dire che gli psicoterapeuti non guariscono nessuno, perché essi aiutano, guidano il malato a guarire da sé. Per far questo essi spingono il paziente a ragionare su se stesso (per individuare i fattori che motivano il suo comportamento presente e hanno motivato quello passato), sulla sua salute (facendogli capire che alcuni sintomi che lui lamenta non derivano da mali fisici), sul suo ambiente sociale (il comportamento verso gli altri), la filosofia di vita.

Esistono diversi modi di fare psicoterapia, che possiamo raggruppare in tre approcci fondamentali:

- psicoanalisi e psicoterapia di tipo psicoanalitico, che puntano a far emergere le cause profonde del malessere;
- cognitivismo, che esamina i pensieri e la visione della realtà;
- psicoterapie umanistiche – dette anche *terza forza* – che evidenziano le abitudini, i comportamenti e anche i pensieri che favoriscono la comparsa dei sintomi depressivi.

L'approccio più diffuso resta ancora la psicoanalisi e la psicoterapia di tipo psicoanalitico, anche se negli ultimi tempi il cognitivismo ha mostrato di ottenere buoni risultati soprattutto nella cura della depressione. Anche le psicoterapie umanistiche stanno guadagnando spazio, grazie alla loro capacità di ottenere spesso risultati in tempi relativamente più brevi e

grazie al fatto che stanno affrontando anche i casi apparentemente più difficili.

Daremo qui qualche cenno sulla psicoanalisi, perché questa metodica – messa a punto da Sigmund Freud – nel bene o nel male rappresenta il fondamento teorico da cui è nata ogni forma di psicoterapia.



Secondo la teoria psicoanalitica ogni persona possiede un *inconscio*, nel quale sopravvivono dei ricordi e delle emozioni che noi riteniamo cancellati: l'*inconscio* è il punto in cui hanno origine i nostri desideri o *pulsioni*. Quando ci capita di sentir dire (o di dire *tra noi e noi*): *non so perché l'ho fatto, è stato più forte di me* è probabile che sia stato un bisogno *inconscio*, a farci fare ciò che consapevolmente non avremmo mai fatto.

L'*inconscio* non può essere giudicato né morale né immorale: ad esempio un bambino che si tocca le parti genitali del proprio corpo obbedisce al suo *inconscio*, non si può certo dire che così facendo si comporta *bene* o *male*, perché egli obbedisce solo ai suoi desideri, alle sue *pulsioni*. Quando comincerà a divenire più grande, i genitori con l'educazione gli insegneranno che certi atteggiamenti sono poco indicati

quando ci si trova insieme ad altre persone. Anche attraverso il rapporto con gli estranei il bambino si renderà a poco a poco conto di quali manifestazioni gli sono concesse e quali invece gli sono proibite.

Con questo continuo alternarsi di permessi e divieti, di desideri e rifiuti, assensi e dissensi, si formerà così il cosiddetto *super-io*, che costituisce quella parte della personalità di ogni individuo che giudica i desideri e valuta se cercare di realizzarli o respingerli, a seconda delle circostanze, senza che questo provochi angoscia.

Se l'educazione del bambino è stata equilibrata, quel bimbo diventerà un adulto che saprà scegliere la sua strada migliore, riconoscendo sia l'importanza dei suoi desideri sia le esigenze del vivere civile.

Se, al contrario, l'educazione impartita a quel bambino è stata troppo repressiva, da grande tenderà a soffocare i suoi sentimenti (qualunque essi siano: rabbia, aggressività, amore, tenerezza, paura) e questo a lungo andare potrà essere la causa di tutta una serie di malesseri, psichici e fisici, che potranno manifestarsi in quella persona.

In particolare, se la persona è stata abituata a reprimere la sua aggressività, la sua rabbia, a sorridere anche malvolentieri, a mostrarsi comunque accondiscendente, la rabbia che non riesce a esprimere gli si potrà rivolgere contro sotto forma di *malattie psicosomatiche*, come vengono definite quelle malattie che hanno origine prevalentemente psicologica e non fisica.

Ad esempio, è stato accertato che lo stress stimola la produzione di succhi gastrici ed è proprio questa iperacidità che porta alla comparsa di varie forme di gastrite; nello stesso tempo lo stress porta a una eccessiva motilità dell'intestino e quindi alle coliti. Ovviamente, le malattie psicosomatiche non riguardano solo l'apparato digerente, ma colpiscono numerosi altri organi: ad esempio la testa con episodi di cefalea, l'apparato muscolo-scheletrico con dolori prevalentemente localizzati alle braccia e alle spalle, l'apparato circolatorio con rossori, sudorazione, tachicardia ed

STRESS, ANSIA, DEPRESSIONE

extrasistoli (rispettivamente accelerazione dei battiti cardiaci e irregolarità nel ritmo cardiaco), oltre a numerose altre manifestazioni: irregolarità del ciclo mestruale, alcune forme di malattie della pelle, ecc.

Cosa fa lo psicoanalista?

Partendo dai concetti base della psicoanalisi che abbiamo appena descritto, lo psicoanalista (o *analista*) fa rilassare l'ammalato su una poltrona comoda o su un lettino e **cerca di aiutare il paziente a capire quale è la causa della malattia e cosa può fare per combatterla.**

In questa ricerca hanno una importanza fondamentale i sogni – specie quelli frequenti o periodici – perché essi esprimono spesso (anche se in maniera simbolica) i desideri repressi che hanno provocato problemi fisici o psichici nel paziente. In questo modo l'analista conduce il paziente verso il passato, per capire quale sia stato l'avvenimento o gli avvenimenti (dei quali spesso ha volutamente rimosso il ricordo, anche se essi restano nel suo inconscio, pronti a riemergere quando si verifica qualcosa che in qualche modo li richiama alla mente) che possono aver dato luogo al disturbo comportamentale.

L'analisi richiede molto tempo, a volte si prolunga per anni e non è risolutiva: fornisce al paziente un sollievo nelle sedute perché egli si sente sostenuto confidando i suoi segreti e le sue paure all'analista, ma non rimuove definitivamente il problema.

Il punto centrale è che lo psicoanalista di per sé non guarisce. Come abbiamo già detto, il suo compito è piuttosto quello di guidare il paziente a scoprire le cause profonde che sono alla base dei suoi comportamenti, cause profonde che di solito il paziente ignora perché le ha rimosse dalla sua memoria.

Altre volte non si scopre nulla di nuovo su sé stessi, ma si riesce ad avere una visione d'insieme della propria personalità che non si aveva prima: si sapeva, ad esempio, di essere ansiosi, eccessivamente pignoli, insicuri, ma non si era mai riusciti a vedere questi e altri fattori della propria personalità nel loro complesso.

Quando affrontate una terapia psicoanalitica, ricordate perciò che nessuno interverrà, magicamente, a guarirvi. Non esiste nessuna *pillola psicoanalitica* che consente una rapida e miracolosa guarigione. I risultati di una terapia, singola o di gruppo, possono però essere sorprendenti e portare a una vera e propria *rivoluzione*, in senso positivo, del modo di pensare e di comportarsi dell'individuo.

Una regola da seguire, per una buona riuscita della terapia, è sapere sin dall'inizio che, a ogni seduta, non ci verrà consegnato alcun *pesce* per placare la nostra fame, bensì apprenderemo a pescare. Con le dovute cautele, pensiamo a un tipo un po' particolare di scuola, dove impariamo a entrare in contatto con le nostre pulsioni, paure ed emozioni, impariamo a riconoscerle, a non reprimerle né a lasciare loro campo libero, bensì a trattare, dialogare, capire cosa sono, comprendere da dove vengono e cosa possono darci. Non sempre esse ci vogliono rovinare la vita: spesso siamo noi stessi a rovinarcela proprio perché non sappiamo ascoltare questi evanescenti consiglieri che ci sussurrano qualcosa. Il guaio, è che se non li ascoltiamo si mettono a urlare.

Quanto sin qui è stato detto ha ovviamente un carattere molto generale: esistono diverse scuole psicoanalitiche, che comportano dunque diversi tipi di approccio. In ogni caso resta sempre fondamentale il rapporto tra paziente e terapeuta o, per meglio dire, la fiducia che il primo ha nel secondo.

Le domande più frequenti su stress, ansia, depressione e attacchi di panico

Ansia e depressione si possono manifestare insieme?

È molto frequente che ansia e depressione si presentino insieme, in quelli che i medici definiscono in genere *disturbi ansiosi-depressivi* o *depressione ansiosa*. In questi casi, ovviamente, si presentano insieme i sintomi dell'una e dell'altra malattia: la persona è triste, pessimista, ma allo stesso tempo anche ansiosa e preoccupata.

Si guarisce definitivamente dall'ansia, dalla depressione o dagli attacchi di panico?

Dagli studi scientifici sinora effettuati e dalle esperienze cliniche, sembra che questi disturbi sono spesso delle difese contro i cambiamenti che si rendono necessari nel corso della vita.

Non sono dunque di per sé malattie inguaribili. Quando sono presenti da molto tempo senza essere curate tendono ad assumere un andamento ciclico (con periodi di benessere e periodi di malattia). Ma anche in questo caso sono patologie che possono essere affrontate. Ci vuole più tempo per curarle (mesi o anni), ma intanto se ne possono ridurre gli effetti spiacevoli e anche trovare modi per tenerle a bada e dunque per conviverci senza angoscia.

Una volta guariti non bisogna avere paura delle ricadute: non è assolutamente detto che queste avvengano e, comunque, a quel punto voi sapete che potrete affrontarle e risolverle con maggiore rapidità conoscendone già la soluzione e la terapia.

Sono malattie ereditarie?

L'ansia, la depressione e gli attacchi di panico non sono malattie ereditarie. Esiste però una certa predisposizione a questi disturbi: in parte si tratta probabilmente di una predisposizione genetica, di certo grande influsso hanno i *modelli familiari* ai quali la persona fa riferimento. In parole povere ciò significa ad esempio che una madre ansiosa può più facilmente comunicare – rispetto ad altre madri – degli atteggiamenti ansiosi ai propri figlioli.

Perché determinati avvenimenti o situazioni provocano malessere e disagio solo a me e non ad altre persone?

La risposta agli stimoli stressanti è diversa da persona a persona, in base al carattere, alle esperienze di vita, alla personalità. Per questo motivo, uno stesso avvenimento può risultare devastante per un individuo, mentre un altro lo affronta senza eccessivi problemi. L'importante è ricordare che dobbiamo *fare tesoro* delle nostre esperienze in modo da essere ogni volta un po' più preparati ad affrontare le avversità rispetto alle volte precedenti.

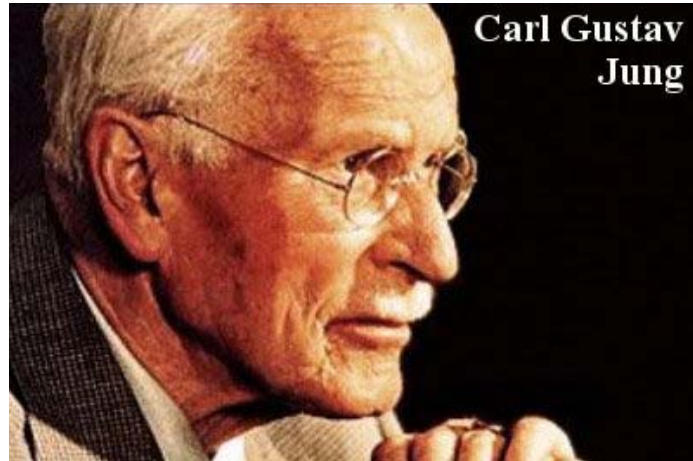
È anormale pensare spesso alla morte?

Non poche persone provano uno strano senso, quasi una specie di attrazione, di fronte a una finestra spalancata, o quando sono affacciati al balcone di uno degli ultimi piani di un edificio particolarmente alto, oppure vedendo un precipizio in una zona montuosa. Spesso si tende a considerare questa sensazione quasi come il sintomo di una malattia, di un *essere strani, diversi dagli altri, non normali*.

In realtà in ogni persona, accanto all'istinto di vita e di conservazione, è presente un istinto della morte, perché la nascita e la morte – comunque la si pensi – sono i due momenti più importanti della nostra esistenza. Pensare alla morte non è dunque assurdo, ma semplicemente umano.

D'altra parte – come ha scritto Carl Gustav Jung, uno dei più importanti psicoanalisti - non c'è alcun motivo per temere la morte: infatti, nel momento in cui la vita è finita, il problema cessa di esistere.

Più in generale, occorre sempre ricordare che ognuno di noi ha pensieri negativi: non per questo bisogna lasciarsi allarmare o spaventare da questi pensieri, che rappresentano un fatto del tutto normale.



Cosa è la nevrosi?

La nevrosi è una situazione di malessere psicologico, collegata a una causa ben individuabile e perciò ben diversa dalla *psicosi*, che è invece una vera e propria malattia mentale. Nonostante si tratti di una situazione molto comune, la parola fa in certo senso ancora paura, per cui siamo portati a utilizzarla spesso quando parliamo di altre persone (*è nevrotico, è una vera nevrotica*), ma quando il malessere ci riguarda personalmente preferiamo evitare l'uso del termine *nevrosi*, preferendone altri: esaurimento nervoso, stress, ecc.

Si distinguono fondamentalmente tre tipi di nevrosi, che però spesso si intrecciano l'una all'altra:

- nevrosi da ansia: caratterizzate dai classici sintomi dell'ansia, della quale abbiamo già parlato.

- nevrosi depressive: contraddistinte da una condizione personale di profonda insicurezza, infelicità e paura.

- nevrosi fobico-ossessive: la persona è ossessionata da uno o più pensieri costanti, che vanno da gesti quotidiani (come chi controlla più volte, al momento di andare a letto, se il rubinetto del gas o la porta d'ingresso sono ben chiusi) a idee ricorrenti (quella della morte, che toglie il senso a tutto quello che si fa quotidianamente, oppure quella della gente, che porta a pensare che le altre persone complottino contro).

Qualche ultimo consiglio

- **Non abbiate fretta a definirvi ansiosi**, e non ritenete che l'ansia sia necessariamente un male. Come abbiamo visto, essa è una condizione del tutto naturale e – entro certi limiti – è anche positiva.

- Allo stesso modo, **non occorre subito parlare di depressione** appena si presentano malinconia, demoralizzazione, tristezza, perché questi sono sentimenti che tutti noi proviamo anche spesso nella vita, e sono del tutto naturali, specie dopo un evento che ci ha colpito negativamente. anche alcuni popoli che riteniamo siano stati “felici” (come gli indiani americani) soffrivano di queste malattie: il tasso di suicidi era abbastanza alto fra le donne Sioux. All'opposto, la nostra società tende a negare completamente questi fenomeni, a relegarli nel dimenticatoio, mentre ci vengono propinate tonnellate di pubblicità televisive dove tutti sono felici e sereni. Basta poco, quindi, per non sentirsi più coerenti ai modelli proposti, ma non dimentichiamo che si tratta di modelli fasulli, vere proprie mistificazioni della realtà. A volte, dunque, si definisce con facilità depressione anche ciò che non è depressione, ma solo uno sbalzo d'umore o una reazione a un avvenimento triste.

- Nei casi in cui è opportuno consultare un dottore, **non sempre è necessario andare dal grande primario** da 150 euro a seduta. Non esistono, infatti, medici di serie A o di serie B, a seconda che svolgano la loro attività in cliniche di lusso o in strutture pubbliche: esistono invece *medici*, ognuno con le sue diverse capacità. Cominciate perciò col rivolgervi al vostro medico di fiducia, oppure al reparto Salute Mentale della vostra ASL. Scoprirete, oltre tutto, che il vostro problema è comune a tante persone.

- Se state assumendo un qualsiasi farmaco di tipo psichiatrico, **NON** decidete autonomamente di interromperlo (perché vi *sentite meglio* o, al

contrario, perché ritenete che il medicinale non stia avendo l'effetto desiderato) senza prima consultare il medico che ve lo ha prescritto e soprattutto **NON interrompete mai di colpo il trattamento con uno di questi farmaci**. In caso contrario potreste andare incontro a quello che tecnicamente si definisce *effetto rimbalzo*: il sintomo o i sintomi contro i quali quel medicinale vi era stato prescritto si potrebbero ripresentare, anche in forma più grave.

- Se vi accorgete che il vostro tipo di vita vi obbliga ad andare troppo in fretta, trovate qualche minuto per fermarvi e riflettere se davvero è indispensabile tutta quella fretta. Recentemente, un sociologo norvegese (Thomas Hylland Eriksen, nel suo volume *Tempo tiranno, velocità e lentezza nell'era informatica*, edito da Elèuthera nel 2003) ha sostenuto che il male del XXI secolo è l'iper velocità. «Viviamo in un'epoca» ha scritto Eriksen «in cui la sigaretta ha sostituito la pipa, la posta elettronica prevale su quella cartacea e il notiziario flash è il prodotto che va meglio nel campo dei media. Gli articoli sui giornali si accorciano sempre di più, i cambi d'immagine nei film diventano sempre più frequenti».

In effetti, rispetto al passato, laddove impiegavamo prima dieci minuti per fare qualcosa, adesso ne impieghiamo cinque e in quei cinque facciamo tre cose insieme. Ma, allora, come mai quasi tutti abbiamo l'impressione di avere molto meno tempo a disposizione di prima e siamo diventati schiavi del *tempo tiranno* che ha divorato le attività *a tempo lento*, come ad esempio dedicarsi alla famiglia, alla propria vita privata, alle letture? Per Eriksen la spiegazione va ricercata nel fatto che le nuove tecnologie hanno prodotto un *tempo isterico* che passa a inseguire le sempre nuove versioni di un software, a leggere e rispondere a decine di e-mail inutili, a rispondere alle telefonate che ci giungono al cellulare, ad attendere impazienti e nervosi nelle code del traffico.

Credo sia il caso – per tutti noi, nessuno escluso – di riflettere su queste considerazioni, cominciando a distinguere le cose *davvero* importanti da quelle che *sembrano* solo importanti!