

*Conoscere per farsi prossimo*

Salute mentale e depressioni  
riconoscere, curare, con-vivere



Caritas Diocesana Ravenna-Cervia



## Introduzione

... *“E chi è il mio prossimo?” Gesù riprese: “Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti”.*

La parabola del “buon Samaritano”, icona teologica perenne di ogni relazione terapeutica, viene sottolineata dallo stesso Gesù anche attraverso una insolita contestualizzazione di tipo topografico.

Nell'introduzione agli atti di questo Convegno credo che valga la pena fermarsi, come sulla porta di una grande basilica, sulla nota introduttiva della parabola, il frontale della parabola stessa.

Ognuno di noi è un uomo, terapeuta o “terapizzato” che sia, e si può trovare a scendere dalle certezze della propria Gerusalemme interiore, che è a 800 metri sopra il livello medio del mare culturale, fino alla “depressione” di Gerico vicino al mar Morto, 400 metri sotto il livello del mare.

Non essendo il Vangelo un libro di geografia è evidente che bisogna ricercare i significati della Parola di Dio, anche nei piccoli tratti.

Mistero dell'incarnazione: l'infinito si è contratto nel finito perché il finito - noi - diventassimo infinito.

Il compito che la Vita ha affidato ai terapeuti comporta che nessuno di loro trascuri i particolari:

*siamo chiamati, ad una lettura infinitamente profonda di ogni particolare.*

La nostra Gerusalemme presunta, le nostre certezze, che ci siamo costruiti talvolta credendole “obiettive”, il tempio della scienza, di cui oggi è rimasto certamente qualcosa in più del “muro del pianto” non vanno comunque adulate;

*il credente credibile, che ben conosce la terza piaga del nostro Egitto interiore, non venererà l'opera delle sue mani.*

La ‘depressione’ di Gerico costituita dal dubbio, dall'incertezza, dalla precarietà

della nostra condizione umana, va sempre considerata anche in tutta la sua fecondità, pur dovendo essere trattata da mani e intelligenze competenti (dalla liturgia pasquale: *“o felix culpa, qui meruisti tantum redemptorem”*). La competenza è il volto moderno della carità, affermava Papa Giovanni XXIII.

Chi, uomo, donna o terapeuta, tocca oppure è toccato dalla fragilità, non stenta a riconoscersi come un abitante della depressione di Gerico, o almeno ne vede la strada in discesa.

Se ha la coincidenza di essere attento, considera se stesso un viandante, che può in ogni momento incappare nei briganti inattesi del dolore e della malattia.

La visuale antropologica che ci offre la sacra Scrittura pare particolarmente coerente con la condizione umana, in cui la perfezione, e quindi, nel contesto di “SALUTE MENTALE E DEPRESSIONI” la PERFETTA SALUTE anche solo mentale è uno stato teorico verso cui tendere, non una realtà raggiunta: *la salute perfetta almeno mentale è da considerare perduta quando affermiamo di possederla.*

A proposito di perfezione, e quindi di verità, Agostino contempla: *“cara veritas, vera charitas”*; Cristo è la *veritas*; in un linguaggio estensivo e moderno, *“Caro Gesù vero Amore”*.

Vedo i livelli salute come progressivamente decrescenti verso la malattia conclamata con la seguente gradualità: partendo dalla “inquietitudine” (di Agostino), il terapeuta vede l’irrequietezza, il malessere indefinito, il malessere definibile, il disturbo funzionale, la lesione di funzionamento, il disturbo organico, la lesione strutturale e infine la malattia conclamata, vera e propria: *una scala progressiva di grigi, che dal “bianco pallido” della salute presunta, arriva al nero.*

Il “pallore” della condizione umana “inquietata” o almeno adombrata è la condizione di partenza di ogni creatura. Per Platone l’ombra è il corpo, per l’uomo biblico l’ombra è l’“invidia” originale, da cui sorge l’inimicizia tra l’uomo e il suo Creatore.

Sebbene sia stato un grande risultato della medicina l'identificazione nosologica delle malattie del corpo e della mente, nonché il loro trattamento con protocolli di cura condivisi, tuttavia questo è un approccio insufficiente. L'esperienza di ogni medico clinico afferma che esiste una continuità ininterrotta dai malesseri generici progressivamente ingravescenti verso la malattia vera e propria, mentale o biologica.

Se in ambito meramente speculativo l'approccio riduzionista presenta tutta la sua fragilità, nell'allestimento delle diagnosi e delle cure viene quotidianamente smentito.

Nei fatti -per fortuna- ha la prevalenza una considerazione globale dell'essere umano attraverso la viva considerazione della complessità sostanziale, della sua identità personale e della sua unicità.

L'alto grado di incertezza di una persona sofferente, l'alto grado di complessità del suo essere corpo-mente-spirito obbligano i terapeuti a confrontarsi con la ricchezza di una visione sistemica e con la profondità delle metodologie mediche che presuppongono tale paradigma.

Nei casi estremi, con lo stato di salute ormai perso, può essere necessario operare sul paziente un "trattamento" invasivo, farmacologico pesante, chirurgico o 'sanitario obbligatorio';

*un trattamento coercitivo che va oltre la libertà della persona interessata.*

Sono trattamenti che tamponano una falla, ma non guariscono il sistema di quella persona umana.

Per ottenere la guarigione, o, per lo meno, una remissione completa, è necessaria una relazione terapeutica, in cui il gioco delle parti, nei rispettivi ruoli diventi la "maglia portante" di un rapporto di fiducia prima, e di affidamento poi.

Quando il livello di salute è sufficiente, sia da parte del paziente, che del medico, stabilizzata la situazione clinica, la relazione terapeutica opera sul più alto livello della prevenzione primaria e secondaria delle malattie e dei danni strutturali e irreversibili.

Qualora il livello di consapevolezza del terapeuta e del paziente siano sufficienti, la relazione terapeutica può portare il paziente ad allargare il proprio campo di

coscienza, fino ad identificare quegli elementi che lo hanno fatto dubitare, e che possono aver contribuito alla manifestazione di una lesione geneticamente predeterminata, ma fino ad allora ‘coperta’ e quindi non manifestata.

Tale livello di serenità crea le migliori condizioni della creatura per riconciliarsi con il proprio Creatore.

Vedo la relazione terapeutica come rappresentabile attraverso l’immagine di un cono rovesciato, con la punta verso il basso e la base illimitata, rivolta verso l’infinito.

Non c’è confine al bene.

In questa immagine:

- l’Apice: altezza zero, livello malattia zero, terapia zero
- l’Altezza: il livello della capacità terapeutica
- le Basi /o sezioni: campi, arene dell’azione terapeutica  
(dal trattamento di un organo o di una lesione, verso la cura di un paziente (che ha lesioni), al prendersi cura di un uomo con le sue sofferenze, fino al curarsi di una persona con le sue piaghe).

L’Angolo dell’apice può rappresentare l’apertura mentale e la capacità culturale del terapeuta.

Questo “cono” immagine della relazione terapeutica è l’espressione fisiologica della cura, non banale ma quotidiana.

Altre azioni terapeutiche, miracolose, straordinarie sono prodotte ogni giorno dallo Spirito, inducendo noi tutti, Suoi “pazienti”, a poterci riconciliare con Lui, anche attraverso la malattia stessa: ma questo è un prodigio.

Così Gesù, alle sorelle di Betania per la morte del fratello Lazzaro: *“questa malattia non è per la morte ma per la gloria di Dio”*.

Mistero grande quello della sofferenza: a noi terapeuti è richiesta la quotidiana e competente prossimità a chi è incappato nei briganti del dolore e della malattia.

*Dott. Mario Ravaglia*

# Salute mentale e depressioni

## *Riconoscere, curare, con-vivere*

Atti del convegno  
*Ravenna, 5 maggio 2006*

### *Presentazione*

**Direttore della Caritas di Ravenna-Cervia**  
**Don Alberto Brunelli**

Nel lavoro quotidiano della Caritas, quindi attraverso il Centro d'Ascolto e attraverso i contatti che abbiamo, si è notato un notevolissimo aumento in questi ultimi anni di persone che soffrono di depressione e disturbi depressivi. Abbiamo capito che spesso quando ci si trova improvvisamente ad avere a che fare con questo tipo di problema si può credere che il proprio dolore sia insormontabile o che sia una cosa talmente straordinaria che le famiglie non sanno come affrontare. Invece dovremmo dire, purtroppo, che è una cosa normale; normale perché riguarda un numero molto alto di persone. Allora, come Caritas, abbiamo pensato di porre all'attenzione questo tema secondo un preciso schema: prima riflettere sulla salute mentale in generale, quindi mettere i problemi della depressione all'interno di un percorso più generale di salute mentale e nello specifico l'atteggiamento cristiano verso la salute mentale e i problemi mentali.

Da sempre la Chiesa è vicina ai malati mentali anche quelli più gravi; per tanti anni quante suore, quanti religiosi hanno operato nelle strutture.

Poi le strutture non ci sono state più.

Quello che importa è l'amore della Chiesa verso le persone che sono nella

sofferenza e in ogni momento della storia, in questi duemila anni di Cristianesimo, la Chiesa è stata vicina a queste persone e a chi soffre nella mente. Anche noi, che siamo la Chiesa di oggi, che siamo una comunità cristiana del 2006, vogliamo andare incontro a queste persone che soffrono.

Caritas Italiana, esprimerà quello che è il frutto di anni di lavoro e della prospettiva cristiana in questo ambito.

Ci sarà poi un approfondimento tecnico di un medico professionista che illustrerà espressamente alcune delle forme depressive; ci spiegherà cosa vuol dire salute mentale e quali sono i problemi ad essa connessi.

Ci sarà quindi l'intervento di chi vive questi problemi: i gruppi di auto aiuto attraverso l'associazione ravennate "Armonia Duemila" con la d.ssa Liliana Materia che spiegherà come ci si sostiene in questa condizione.



## Un dolore disabilitato

*Sofferenza mentale e comunità cristiana*

*D.ssa Cinzia Neglia*

(Caritas Italiana)

È molto importante per me parlare di salute mentale in giro per l'Italia perché rappresenta anche l'occasione per conoscere realtà nuove e diverse; rappresenta l'occasione per poter esportare quelle che i tecnici chiamano "buone prassi".

Quanto di buono e di bello si riesce a fare in una comunità in genere poi io riesco ad utilizzarlo come esempio quando incontro un'altra comunità.

*"Da sempre la Chiesa è vicina a chi soffre di una malattia mentale"*; l'affermazione è giusta, però occorre precisare il ruolo dei religiosi che rappresentano una parte di Chiesa che da sempre è stata vicina a queste persone in maniera particolare quando esistevano ancora i manicomi dove le religiose, i religiosi e i cappellani presenti, svolgevano un servizio per alleviare le sofferenze che poi in quelle strutture le persone vivevano.

Le cose cambiano, se pensiamo alla Chiesa come comunità cristiana, come comunità parrocchiale e come comunità territoriale.

Un po' di anni fa Caritas Italiana si è interrogata su quanto la comunità, intesa come comunità di cristiani su un territorio, riuscisse a vedere e a riconoscere queste persone riconoscendole nella loro identità e dignità e come persone a cui ci si poteva affiancare per essere di sostegno, per essere fratelli, per fare un pezzo di strada di vita insieme.

L'opuscolo *"Un dolore disabilitato"*, frutto di alcuni anni di lavoro, non nasce solo dalla Caritas. Caritas italiana ha guardato nella Chiesa e ha visto che più vicini a questa tematica potevano essere gli uffici della Pastorale Sanitaria. Si sono quindi messi insieme operatori di Pastorale Sanitaria e di Caritas Italiana per riflettere su questo tema. Fondamentalmente ci si chiedeva che cosa stesse succedendo visto che i manicomi erano stati chiusi, visto che la realtà dei servizi si sia trasformata... cosa stesse succedendo nella comunità cristiana e che tipo di attenzione si avesse verso queste persone.

All'inizio abbiamo avuto un po' di scoraggiamento e questo lo dico perché oggi la realtà è molto cambiata anche se gli anni sono pochi. Ci siamo accorti che le comunità non riconoscevano queste persone anche nel momento in cui le incontrava, e, ovviamente, le incontrava sotto la veste che loro riuscivano a esplicitare.

Nei Centri di Ascolto parrocchiali o diocesani spesso, oggi come allora, si presentano persone o più frequentemente famiglie che all'interno vivono un problema di sofferenza mentale. Difficilmente si presentano facendo una richiesta esplicita in tal senso e difficilmente vengono a dire *"io ho un figlio in casa malato di mente che cosa posso fare?"*

Nelle migliori delle ipotesi dicono che hanno un figlio un po' chiuso, che avrebbe bisogno di amici, ma questo avviene quando hanno elaborato già abbastanza la loro difficoltà e riescono a esternare la richiesta.

Ci siamo quindi resi conto che gli operatori e le comunità cristiane non riuscivano a vedere oltre la richiesta che veniva fatta.

Abbiamo deciso come prima cosa di richiamare l'attenzione di questi operatori e della comunità cristiana tutta, non solo a vedere, ma a riconoscere come persone che hanno bisogno di aiuto e alle quali ci si può affiancare, anche i malati di mente.

L'atteggiamento di alcune diocesi e di alcune comunità parrocchiali era *"è un tema su cui non possiamo fare nulla, servono i tecnici"* oppure *"noi non ne abbiamo di malati di mente nel nostro territorio"*... tutte risposte che in qualche modo esplicitavano da una parte un'impreparazione e dall'altra quello che poi un po' tutti ci portiamo appresso e cioè un po' di pregiudizio, un po' di paura, un po' di preoccupazione che, nella migliore delle ipotesi, è quella di non voler peggiorare la situazione.

È nato quindi un opuscolo che aveva proprio questo intento: uno strumento operativo molto snello, in cui, ripartendo da quella che era l'identità di una comunità, da quelli che erano dei valori nei quali ci riconosciamo da cristiani, si davano alcuni suggerimenti alle comunità per essere attenti a queste persone. Siamo partiti dalle origini, che per noi cristiani sono Gesù Cristo, e quindi il primo *input* è tratto dal Vangelo e dal brano dell'indemoniato di Gerasa dove un indemoniato è stato isolato dalla popolazione, dove la comunità ha solo attenzione a tenerlo lontano da sé per non contaminarsi in qualche modo (*Mc 5, 1-20*).

Gesù Cristo recupera la persona, le va incontro la guarda, la tocca, la chiama per nome quindi le riconosce la sua specifica identità.

Però questo non basta, perché Cristo vuole sempre qualcosa in più.

I demoni che scaccia dalla persona in qualche modo vanno a toccare quella che è la comunità stessa. Lui fa andare questi demoni in un branco di porci che rappresentano la ricchezza della comunità e che subito dopo, appunto perché presi dai demoni, si suicidano.

Ha un costo il recuperare una persona.

Ha un costo per la comunità e questo nell'ottica dell'impegno che Gesù Cristo chiede alla comunità. Abbiamo voluto dare questo primo *input*: se andare vicino a Cristo in maniera così forte non fosse bastato per far capire alle comunità l'importanza di stare a fianco di queste persone abbiamo anche ripreso l'impegno, quasi l'obbligo, da parte del Papa di essere a fianco a queste persone.

Nessuno ha suggerito a Benedetto XVII nel suo primo discorso per la giornata del malato 2005 di ricordare il malato di mente e non ce n'era bisogno in quanto, già da cardinale, era attento a questo tema. Aveva infatti già richiamato l'importanza di occuparsi dei malati di mente insieme a Giovanni Paolo II in un convegno del 1996 dove Giovanni Paolo II aveva molto fortemente esortato la comunità cristiana a riconoscere che la persona umana è sempre identica all'immagine di Dio: *"Ogni essere umano è immagine di Dio, a maggior ragione un malato di mente che ne incarna la sofferenza"*.

E Ratzinger dal canto suo ... *"dire che Dio ci ha creati a sua immagine significa che egli ha voluto che ciascuno di noi manifesti un aspetto del suo splendore infinito"* evidenziando come una comunità che non si occupasse dei suoi malati di mente produceva una barbarie perché eliminava parte della ricchezza che la comunità ha dal suo interno; in qualche modo si privava di una sua ricchezza.

La comunità quindi è chiamata a riconoscere la persona, a riconoscerla come bisognosa di aiuto e nel far questo non deve far altro che riappropriarsi della propria identità. Una comunità cristiana è chiamata ad essere accogliente, quindi non solo deve riuscire a vedere l'altro degno di attenzione e simile al Cristo, ma deve in qualche modo anche avvicinarsi e accoglierlo. L'acquisire la consapevolezza di questo impegno dato dalla propria identità, porta poi ad una serie di azioni possibili: ad una accoglienza che non deve essere quella

delle grandi occasioni, ma un'accoglienza che significhi farsi più vicini alle persone in ogni momento esprimendo ogni tipo di attenzioni verso l'altro nella quotidianità.

Se ogni membro della comunità riesce a capire questo e riesce ad avere questo atteggiamento di accoglienza e di vicinanza con il malato di mente, che è difficile da fare quando si soffre in questo modo, sarà una comunità cristiana capace di vivere questo atteggiamento con tutti e ciò porterà ad un ulteriore passaggio, ancora poco sperimentato, che è quello della prevenzione. Se noi riusciamo ad applicare questo atteggiamento di attenzione verso l'altro e verso i suoi bisogni per poi essergli al fianco, riusciremo sempre più ad essere attenti e capaci da intuire i suoi bisogni quando non sono ancora molto gravi.

L'accorgersi in maniera prematura di un possibile bisogno e fare in modo che questa sofferenza non diventi cronica, rende molto più facile quello che possiamo chiamare guarigione. Una comunità che non solo deve accorgersi dei bisogni ma che diventa anche attenta e preparata a sapere e capire quali sono i diritti di ogni persona.

Molto spesso la presenza di associazionismo in una comunità è indice di questa conoscenza sui diritti del malato e sulle strutture a cui riferirsi; non sempre ciò è vero e noto a tutti.

Ci sono molte famiglie, ci sono molti malati che non sanno dove essere curati, che non sanno dove andare che non sanno quali sono i loro diritti, che non conoscono il piano sanitario regionale che, come in Emilia Romagna, presta attenzione alla salute mentale.

Essere formati e preparati per difendere quelli che sono i loro diritti è un modo per restituire dignità a queste persone, per accompagnarle a far sì che questi diritti siano esigibili; questo è un modo di internare l'essere cristiano...ma lo si deve saper fare e ci si deve preparare.

Da qui l'importanza che ogni volontario, anche ogni membro della comunità che decide di mettersi a disposizione degli altri lo sappia anche fare e acquisisca strumenti.

Nell'opuscolo "*Un dolore disabilitato*" abbiamo affermato di essere non solo una comunità che all'interno della sua comunità accoglie le persone, ma una comunità che si fa garante e che diventa in qualche modo soggetto sociale, che diventa cittadino, che partecipa e tutela.

Acquisisce una *advocacy* nei confronti di queste persone.

Una comunità che testimonia e che dimostra con i fatti quotidianamente che è possibile essere accoglienti, che è possibile accompagnare queste persone verso i servizi, che è possibile, all'interno della propria comunità, inserire persone che soffrono, che è possibile aprire spazi di accoglienza e condivisione.

Una comunità, e lo dimostrano i fatti, che diviene anche creativa, aprendo spazi e luoghi di condivisione del quotidiano che diventano ricchezza anche per la comunità stessa.

Faccio degli esempi.

In una parrocchia c'era un ragazzo che non usciva più da molti anni da casa e nel momento in cui gli operatori del Centro d'ascolto si resero conto che la richiesta della madre *"mio figlio è solo"* portava dietro una grande sofferenza. Sono riusciti ad attivare i servizi del centro di salute mentale che i parenti non avevano mai contattato e si è cominciato un percorso di cura: nell'essere a fianco, nell'entrare in una relazione profonda con questo ragazzo, si sono resi conto che aveva una dote innata e stupenda che era quella della voce. Ma non aveva mai potuto scoprirla nessuno perché nessuno parlava con lui.

È stato un dono per il coro della parrocchia. Sono riusciti entrando in relazione con lui, andandolo a trovare a casa, accompagnando la famiglia al centro di salute mentale, cominciando un percorso di cura con questo ragazzo, diventandone amici. Sono riusciti a non inventarsi niente di nuovo, dovevano solo fare da legame e credo che questo sia quello richiesto ad ogni essere umano ma ad ogni cristiano in maniera particolare.

Un altro esempio.

L'occasione di far incontrare alcuni giovani di parrocchia che non sapevano cosa fare, con dei malati di mente che non uscivano più di casa è stata l'occasione per entrambi di aprire dei laboratori utilizzando le strutture parrocchiali e li hanno avviati al lavoro. Non ci sono state differenze: entrambi avevano l'esigenza del lavoro e mettendo assieme le due forze si è potuto rispondere sia agli uni che agli altri.

Esempi di questa testimonianza ce ne sono tanti.

La preziosità di questi esempi è raccolta nell'opuscolo proprio per dire come sia possibile, in ogni territorio fare qualcosa per essere al fianco di chi vive questa sofferenza e questo indica non solo un servire ma un arricchirsi.

Se qualcuno ha dei dubbi sulla necessità di interessarsi alla salute mentale credo che il discorso del Papa sia molto esaustivo.

Dopo un'analisi molto attenta e profonda di quella che è la situazione oggi della salute mentale, in questo momento non abbiamo tutte le risposte che vorremmo avere; tutti abbiamo la data del 1978 come momento di chiusura del manicomio che poi si è chiuso nel 1998. Ancora non in tutti i territori ci sono i servizi che servono realmente, non in tutti i territori c'è quella attenzione perché la gamma dei servizi sia completa. Mi sono letta il piano sanitario regionale della vostra regione e dice le stesse cose del progetto obiettivo nazionale: ci dovrebbero essere servizi territoriali, si deve lavorare sulla promozione della dignità umana, si deve lavorare sulla prevenzione, ci vuole una presa in carico e una cura efficace e rapida...

Tutte le cose che sono scritte in questo piano non sempre le trovate nella realtà.

Spererei di sì, ma difficilmente quello che c'è scritto sulla carta lo si ritrova nei servizi: non sempre c'è l'attenzione per l'inserimento nel mondo del lavoro, non sempre ci sono i servizi diurni e questa è un'analisi fatta in maniera molto precisa anche nel documento del Papa che non si è voluto scollare dalla realtà.

Il documento del papa richiama la necessità, nel mondo, di una realtà che deve rendere accessibile a tutti le cure, richiama gli operatori ad abbinare tecnica, competenze professionali con molto cuore e molta attenzione alla persona; soprattutto motiva il messaggio con delle parole molto forti e molto precise per noi comunità cristiana: *“Il messaggio è scritto con l'intento di sollecitare l'impegno della comunità ecclesiale a testimoniare a questi malati la tenera misericordia del signore”*.

Se fate un'analisi di ogni parola del Papa, ogni parola richiede un impegno ed è un messaggio molto più ampio e molto più profondo.

Innanzitutto richiama la testimonianza e non il testimoniare noi stessi o un tecnicismo; testimoniare la misericordia del Signore ricordandoci che questa è una tenera misericordia. Quindi, in qualche modo, ci dà anche l'atteggiamento con cui dobbiamo avvicinarci a queste persone. Un atteggiamento di attenzione di accoglienza, di dolcezza e di dedizione totale.

Il papa nel suo messaggio non dimentica nessuno. Ricorda i malati che stanno soffrendo le stesse sofferenze del Cristo, ricorda le famiglie che spesso sono lasciate sole, ricorda gli operatori che devono essere umanamente vicine a queste persone, richiama l'attenzione dei volontari a prendersi cura di quanti

soffrono per una sofferenza mentale richiama tutta la comunità a rendere testimonianza.

Fa anche un accenno a quelli che sono gli stili di vita che oggi si vivono e forse su questo dovremmo anche interrogarci a volte di quando, pur dicendoci cristiani, siamo poi presi dalla frenesia del fare le cose e non ci accorgiamo di quanti lasciamo per strada, di quanti ci dimentichiamo perché non sanno reggere il passo.

Richiama anche gli operatori e i volontari a non abbandonare le famiglie: molto facilmente vengono più che aiutate e accolte, colpevolizzate e lasciate sole. Quindi ci invita ad essere vicine a queste persone e a manifestare l'amore di Dio indicandoci però anche il "dove" prendere l'energia e la carica.

A un certo punto del messaggio dice *"Riconoscete e in qualche modo utilizzate la Chiesa come fonte a cui attingere per rinvigorire e dare seguito all'opera di condivisione. Non vi dimenticate che nelle vostre origini, nei vostri valori, nella comunità ecclesiale stessa, trovate poi la forza per testimoniare l'amore di Dio a queste persone"*.

E dell'amore di Dio, che ci spinge e che ci impegna ad andare vicino ad ogni uomo, ce ne parla anche nell'enciclica *"Deus Caritas Est"* perché nell'enciclica il Papa ci ricorda che l'amore è cura per l'altro e dell'altro.

E di cosa parliamo quando parliamo di malati di mente?

Qual è il loro bisogno maggiore?

Che qualcuno si prenda cura di loro, che qualcuno condivida le loro sofferenze profonde. Che sappia ascoltarli, che sappia capirli. Quindi questo dirci comunità cristiana non possiamo esprimerlo se non testimoniamo in maniera concreta l'amore anche verso questi nostri fratelli.

La possibilità di essere vicino a queste persone è per tutti e quindi non bisogna essere dei tecnici; bisogna essere attenti, ma non dei tecnici. Trovo sempre rischioso che i volontari diventino dei tecnici perché non lo saranno mai abbastanza e perché manca un nodo della rete relazionale se anche i volontari si mettono a fare i tecnici. Aldilà delle associazioni di volontariato che organizzano gruppi di auto aiuto, queste persone non avranno più gli amici, i vicini di casa o i fratelli che condividano con loro.

Per contestualizzare il momento ecclesiale che stiamo vivendo e il percorso che stiamo percorrendo al convegno di Verona, dove tra le altre cose veniamo richiamati alla testimonianza e all'attenzione alla fragilità, è necessario un

riferimento alla testimonianza nella Festa. Il documento preparatorio del convegno ecclesiale di Verona ci richiama alla Festa e io credo che la Festa sia il momento in cui la comunità cristiana si ritrova non solo in quanto Domenica ma anche in quanto atteggiamento gioioso. Altro non dobbiamo fare se non includere ogni persona del nostro territorio e trovare la maniera per cui, chi non si include da solo, come possono essere i malati di mente e le loro famiglie, possa in qualche modo essere accompagnato da noi a vivere insieme la Festa.

Un ultima cosa per dire con il Papa *“duc in altum”*: prendiamo il largo senza dimenticare che Giovanni Paolo II ci aveva ricordato che la carità deve essere creativa. C'è una fantasia della carità che tutti noi dovremmo far propria per trovare il modo di essergli vicino nel modo più confacente ad ognuno di loro.



## Esperienza nei gruppi di auto mutuo aiuto

*D.ssa Liliana Matera*

(Associazione Armonia 2000 - Ravenna)

Sono un operatore volontario dell'associazione Armonia 2000. L'associazione è stata fondata nel 2000 da persone che soffrivano di depressione e che volevano uno spazio, un momento e l'occasione di poter condividere, con altre persone che avevano la stessa sofferenza, le proprie difficoltà nell'affrontare quel tipo di problematica.

Prima di parlare del gruppo di auto aiuto che io conduco ogni settimana, e quindi dire qual è lo scopo che si prefigge il nostro gruppo e quali sono le modalità che abbiamo adottato per raggiungere questi obiettivi, voglio un po' chiarire che cos'è un gruppo di auto aiuto.

Un gruppo di auto aiuto è un gruppo spontaneo, formato da persone che condividono una stessa problematica; queste persone non fanno riferimento ad operatori, a professionisti, ma si rimettono unicamente all'aiuto di persone che vivono la stessa situazione, quindi lo scopo principale di un gruppo di auto aiuto è quello di sostenere emotivamente la persona nell'affrontare una situazione problematica.

Un primo obiettivo che si pone è quello di sostenere emotivamente la persona per aiutarla a superare il senso di impotenza che deriva dal vivere una situazione problematica.

Queste situazioni problematiche sono varie, possono essere legate a problemi di tossicodipendenza, possono essere legate a problemi di malattia propria o di un parente, possono essere appunto disagi quali quello mentale e quindi depressivi.

Queste persone che condividono la stessa situazione si riuniscono per sostenersi l'un l'altro; la forza dei gruppi di auto aiuto è proprio questa è la relazione che si instaura tra persone che hanno pari ruolo e pari funzione.

Vi sono vari gruppi di auto aiuto, ma solitamente sono composti da persone che vivono la stessa problematica; ogni persona si pone in relazione reciproca

con l'altra ed ha una sorta di duplice funzione: è da una parte colei che sostiene l'altro, è, da un'altra parte, colei che riceve sostegno.

Essendo formato da un gruppo di persone che condividono la stessa problematica fa sì che chi sostiene la persona non sia un individuo singolo ma sia il gruppo nella sua totalità. Il gruppo comincia a prendere vita, si sviluppa dalle prime riunioni man mano nel tempo ed è appunto il gruppo e la solidarietà che si crea tra le persone che partecipano a sostenere la persona.

Nei gruppi di auto aiuto non si fa altro che condividere la propria esperienza avendo la possibilità di sentirsi compreso; infatti, le persone a cui si fa riferimento per raccontare la propria esperienza sono persone che vivono la stessa situazione.

Si aiuta quindi la persona facendogli acquisire un ruolo attivo per due motivi: in primo luogo perché è la persona che partecipa attivamente alla vita del gruppo (è la persona che lo anima che fa sì che sia di sostegno per le altre persone), e, in secondo luogo perché, grazie alla condivisione e comunicazione delle esperienze, individua e mette in atto, in modo autonomo, delle strategie e dei comportamenti che le permettono di risolvere, o quanto meno di affrontare, una situazione problematica.

### *L'importanza del riconoscimento dell'altro*

Fulcro dei gruppi di auto aiuto è il riconoscimento dell'altro in quanto il sentimento di solidarietà che lega le persone col gruppo è costituito e si fonda sull'identificazione della persona nell'esperienza dell'altro. La persona riconosce nei racconti e nei fatti delle altre persone sé stesso quando deve affrontare i suoi problemi. Riconosce le proprie emozioni e i propri sentimenti di paura e di angoscia, riconosce le proprie difficoltà a mettere in atto le relazioni che possono risolvere la propria situazione.

Come già specificato alcuni gruppi di auto aiuto sono autonomi e non vi è la presenza di esperti, conduttori e facilitatori, mentre in altri gruppi vi è la presenza di chi ne segue la gestione e la conduzione.

I primi gruppi di auto aiuto dell'associazione Armonia 2000 erano costituiti da persone che vivano la stessa problematica, ma, ad un certo punto, il gruppo si rese conto che non riusciva a raggiungere gli obiettivi che si era prefisso. Era difficile comunicare, era difficile esprimere vissuti, sensazioni, pensieri, difficoltà.

All'epoca non ero presente, e mi fu espressa questa situazione con l'inciso

che *“si facevano solo delle chiacchiere”*.

C'era la difficoltà di focalizzarsi sul disagio della persona.

Ogni persona che incontra una difficoltà ha difficoltà ad esprimere il proprio disagio, a mettere in parole la propria sofferenza, la propria angoscia e questo è maggiormente vero per una persona che soffre di disturbi di depressione. L'obiettivo che si pone ora il gruppo di auto aiuto di Armonia 2000 è quello di aiutare la persona ad uscire dall'isolamento sociale in cui spesso si ritira. La persona che soffre di disturbi di depressione ha poca facilità di comunicare con le altre persone, soprattutto perché pensa che la condizione che vive sia una condizione sua, che vive soltanto lui e se comunica il suo disagio l'altro non capirebbe. Praticamente la persona che soffre di depressione è un po' vittima del paradigma *“io non sono ok - tu sei ok!”*

*“Io sono una persona carente, io sbaglio qualsiasi cosa faccio, io non uscirò mai dalla mia situazione, mentre gli altri che mi circondano sono capaci di fare e di ottenere quello che si prefiggono, sono capaci di essere felici”*

L'azione della persona che soffre di depressione è inibita a bisogni che identifica, a desideri che vorrebbe soddisfare e che non riesce a mettere in atto, ad agire per soddisfare questi bisogni, perché pensa di non farcela, perché pensa di non avere le capacità.

Si giudica molto, è ipercritica nei propri confronti e nei confronti degli altri. Le relazioni con gli altri le sono molto difficili.

**Come può un gruppo di auto aiuto sostenere una persona che tende a ritirarsi socialmente, che tende a rimuginare molto sul proprio vissuto senza riuscire ad esprimere all'esterno o alle persone con cui è a contatto le proprie angosce, le proprie paure, le proprie incertezze?**

Un gruppo di auto aiuto può sostenere questa persona creando un clima di apertura, di accettazione e di solidarietà che è garantita dal fatto che le persone che ascoltano la persona affetta da disturbi depressivi vive la stessa situazione, vive la stessa condizione.

Quando le persone raccontano della propria vita, della propria esperienza, non solo concretizzano un proprio vissuto ma permettono all'altra persona

di riconoscersi nel loro racconto ed è appunto questo riconoscimento che crea legami forti, che uniscono il gruppo e che poi permette al gruppo di sostenere la persona.

Il gruppo di auto-aiuto di Armonia 2000 è ora condotto da me che non ho lo stesso ruolo di chi partecipa. Il mio ruolo è quello di gestire la riunione e quindi la relazione nel gruppo.

L'introduzione di un conduttore è una variabile molto delicata che bisogna controllare in quanto sbilancia le relazioni. Ciò perché il gruppo di auto aiuto funziona se tutte le persone hanno lo stesso ruolo: sono allo stesso tempo le persone che aiutano e quelle aiutate. Quindi c'è facilitazione nell'esprimere le proprie difficoltà perché si sa di non essere giudicati, c'è la possibilità di essere compresi perché l'altro vive la stessa situazione.

L'inserimento di una persona che non vive quella situazione, ma che ha il compito soltanto di gestire il gruppo, può sbilanciare le relazioni e snaturare i gruppi di auto aiuto. Rischia di fargli perdere identità e farli scivolare in quella zona buia nota come "terapia".

Per questo curo molto il ruolo del facilitatore: non interviene sui contenuti, le persone raccontano le loro esperienze, che cosa hanno sentito quando hanno vissuto quelle cose, le difficoltà relazionali che hanno con le persone vicine e sollecito il racconto delle altre persone che vivono le stesse situazioni.

Nei racconti si possono vedere delle somiglianze o dei modi diversi di affrontare una determinata situazione e quindi il facilitatore non entra nei contenuti, in quello che si dice; entra solo nei processi facilita cioè la comunicazione tra le persone.

La modalità che utilizzo per favorire questa comunicazione è quella della teoria **socio-affettiva** il cui obiettivo è quello di creare un clima di fiducia, di scambio, di rispetto e di attenzione all'altro.

La modalità di comunicazione che suggerisco per creare questo clima è quella dell'**ascolto attivo**: la persona ascolta l'esperienza dell'altro concentrandosi non solo su quello che viene detto ma sui sentimenti che quella persona vive raccontando quella esperienza.

L'attenzione all'altro si specifica nel capire le emozioni che l'altro prova, ma anche nel sentire dentro di sé le risonanze di quei racconti per vedere quanto in quei racconti c'è del proprio vissuto.

Un altro suggerimento è quello del “**messaggio io**” perché tra gli obiettivi che si pone il gruppo dell’auto aiuto, oltre a quello di mettere in evidenza il ruolo attivo della persona, c’è anche quello della responsabilizzazione per ciò che si esprime, per ciò che si dice.

Bisogna favorire un clima che permetta alla persona di manifestarsi in prima persona evitando luoghi comuni, concetti che ha sentito o opinioni astratte. È necessario che parli profondamente delle sue esperienze e di quali sentimenti ha percepito vivendo quelle esperienze; quali aspettative ha rispetto agli altri partecipanti, rispetto al modo di lavoro del gruppo, rispetto alla socialità; quali desideri e quali paure ha nel partecipare con il proprio contributo.

Per questo suggerisco di far cominciare con “*io penso che...*” “*io sento che...*” “*io immagino che...*”, anche per sottolineare il fatto che ogni cosa che si dice appartiene alla persona e non è un giudizio verso l’altro o un’etichetta che si vuole dare all’esperienza dell’altro, ma sostanzialmente un’opinione che la persona ha.

Il facilitatore ha lo scopo anche di riassumere ciò che si è detto e di evidenziare le somiglianze e le differenze nelle esperienze delle persone. Deve saper vedere una determinata situazione oppure affrontare le diverse situazioni che una persona incontra nella quotidianità.

Un’altra caratteristica del nostro gruppo è quella di avere fra i partecipanti non soltanto persone che soffrono di disturbi depressivi ma anche parenti di queste persone.

Questa è una ulteriore variabile in aggiunta.

Molto spesso la partecipazione di queste persone fa risaltare una dialettica fra due modi diversi di vivere il problema della depressione. Viene mostrata la prospettiva di chi vive la depressione e sente il senso di angoscia, di disperazione e di difficoltà a fare le cose, la visione negativa di sé il sentimento di non farcela il sentimento di stare soli e non essere compresi e quella di chi invece vive la frustrazione, la sofferenza e il senso di impotenza di vivere con la persona depressa.

Questa dialettica a volte si sviluppa anche con toni accesi, e ciò permette alle persone anche di rendersi conto di che cosa pensa di loro l’altro, che cosa vorrebbe, e come vive questa situazione.

Ecco perché i gruppi di auto aiuto sono importanti: permettono alla persona

di esprimere un vissuto difficile da dire e anche da legittimare in quanto molte volte le persone in depressione si vergognano ad essere depresse, pensano che il ritrovarsi in quella determinata situazione sia colpa loro e quindi difficilmente esprimono tutto il loro vissuto.

Si opera un tentativo costante, malgrado le differenze e il modo di vedere sé stessi e gli altri, di vivere e di affrontare la vita quotidianamente.

Vengono legittimate quindi le difficoltà che la persona ha nell'affrontare la vita perché l'ideale della persona depressa è quello di fare tutte le cose bene e molte volte il dolore viene causato dal fatto che ci si rende conto che non riesce a fare tutto bene; le cose che può affrontare bene sono poche.

La legittimazione delle difficoltà e delle carenze permette alla persona di riconoscerle e di accettarle in qualche modo; il contributo dei gruppi di auto aiuto favorisce il riconoscersi nell'esperienza dell'altro, l'utilizzo dei racconti e la condivisione dell'esperienza di vita è utile per individuare autonomamente modalità di confronto verso i vari aspetti della propria situazione personale mettendoli in atto e assumendo quindi un ruolo attivo.

Prendendo in mano le redini della propria vita e assumendo un ruolo attivo nell'affrontare questi problemi si realizza un ulteriore obiettivo del gruppo di auto aiuto: partire dai valori della solidarietà e del bisogno per costruire rapporti forti e che siano costanti nel tempo, che siano quotidiani.

Queste persone hanno bisogno di rapportarsi l'un con l'altro, di riconoscersi l'un con l'altro in quanto devono affrontare la difficoltà di instaurare dei rapporti. Ciò deve avvenire il più frequentemente possibile per costruire un senso di identità condivisa e anche una rete sociale che sia a loro sostegno.

Questa sera ci sono io a parlare del gruppo di auto aiuto, ma sarebbe potuto venire un qualsiasi altro partecipante al gruppo e avrebbe detto le stesse cose.

Mercoledì scorso abbiamo avuto la riunione e ho chiesto loro cosa avrei potuto dire per riuscire a spiegare come un gruppo di auto aiuto può aiutare una persona che ha disturbi depressivi.

Vorrei, per concludere, riportarvi quello che è uscito fuori.

*Il gruppo di auto aiuto mi ha aiutato a non essere stigmatizzato  
perché ammalato;  
io mi sento libero di dire qualsiasi cosa senza essere giudicato.*

*Il gruppo deve servire ad accettare che anche altri hanno una sofferenza.  
Bisogna abbandonare l'idea  
che solo noi abbiamo dei problemi e lasciare spazio agli altri<sup>1</sup>*

*Il gruppo di auto aiuto mi aiuta a uscire fuori casa, ascoltare gli altri  
ed esprimere i miei timori*

*Si ritorna sempre sugli stessi argomenti,  
si vuole dettare linee di condotta per risolvere i propri problemi<sup>2</sup>*

*Superare la vergogna di non essere valida*

*Riceviamo sostegno dall'aiutare gli altri*

*Piacere di incontrare le persone*

*Dimenticare le proprie sofferenze*

---

<sup>1</sup> **Decentramento:** essere in un gruppo dove altre persone raccontano le proprie sofferenze permette di uscire dal proprio mondo ed entrare in quello dell'altro;

<sup>2</sup> **Atteggiamento passivo:** difficoltà a mettersi in gioco





## Depressione, Disturbo Bipolare, Ansia<sup>3</sup>

*Dr. Franco Benazzi*

Nella Tabella sono riportati i sintomi più comuni della Depressione, dei Disturbi d'Ansia, e del Disturbo Bipolare.

<b>Depressione</b>
Sono triste, infelice, giù più del solito
Ho perso interesse per le cose che prima mi piacevano, sono svogliato
Mi sento stanco, con poche energie
Mi concentro con difficoltà
Dormo poco
Dormo troppo
Mangio poco
Mangio troppo
Ho perso interesse sessuale
Sono più indeciso del solito
Non ho fiducia in me come prima
Non guarirò mai
La vita non mi interessa più
<b>Ansia</b>
Mi preoccupo troppo per molte cose, anche piccole
Ho attacchi di paura, con difficoltà a respirare, batticuore, poco equilibrio
Ho paura di perdere il controllo di me o di diventare folle
Evito rapporti con le persone per paura di essere giudicato
Ho paura di oggetti, come i coltelli
Ho paura di ambienti e posti da cui temo di non potere scappare
Ho paura di uscire di casa

<sup>3</sup> Per completezza espositiva si riporta direttamente il testo elaborato dal dr. Benazzi su depressione e disturbi bipolari, così come presentato in sede di convegno

Ripeto dei pensieri molte volte
Rifaccio delle cose molte volte (come controllare le porte, il gas, la luce, lavarmi le mani)
<b>Disturbo Bipolare, Eccitamento</b>
Sono <i>più</i> contento, <i>più su del solito</i>
Ho <i>più</i> energie <i>del solito</i>
Ho <i>più</i> voglia di fare le cose <i>del solito</i>
Ho meno bisogno di sonno <i>del solito</i>
Sono <i>più</i> attivo <i>del solito</i> , faccio più cose <i>del solito</i>
Parlo <i>di più del solito</i>
Spendo <i>più del solito</i>
Mi arrabbio <i>di più del solito</i>
Penso continuamente, la mente non smette mai di pensare
Ho difficoltà a concentrarmi
Cerco le persone <i>più del solito</i>
Ho <i>più</i> interesse sessuale <i>del solito</i>
Ho <i>più</i> fiducia in me <i>del solito</i>

### Come si riconosce la Depressione?

I sintomi più importanti sono riportati nella Tabella. Questi sintomi devono essere presenti da almeno alcune settimane, ed essere così intensi da compromettere le capacità lavorative ed i rapporti sociali. Vi sono molti tipi di depressione.

### Come si riconosce il Disturbo Bipolare?

I sintomi più importanti sono riportati nella Tabella. Nel Disturbo Bipolare si alternano periodi di depressione e periodi di eccitamento, chiamati episodi ipomaniacali ed episodi maniacali. L'episodio maniacale (mania) è più grave dell'episodio ipomaniacale (ipomania). La mania può richiedere il ricovero e causa grossi problemi, mentre la ipomania è spesso un periodo più positivo del solito, con aumento dell'umore positivo, superattività, ed aumento delle capacità lavorative e dei rapporti sociali. Quando vi è la mania il Disturbo Bipolare si chiama Disturbo Bipolare tipo 1, quando vi è la ipomania il Disturbo Bipolare si chiama Disturbo Bipolare tipo 2.

### **Depressione e Disturbo Bipolare sono frequenti?**

Il rischio di avere una Depressione è del 10-15%, ed è del 5-10% per il Disturbo Bipolare.

### **Chi è più a rischio?**

Le donne e i giovani.

### **Depressione e Disturbo Bipolare sono malattie o stati psicologici che si risolvono reagendo?**

Sono malattie vere e proprie, causate da disturbi chimici del cervello. Questi disturbi chimici del cervello sono ereditati (genetici) e/o causati dagli stress in persone geneticamente predisposte.

### **Depressione e Disturbo Bipolare sono malattie curabili?**

Le terapie attuali sono molto efficaci. Purtroppo, queste malattie spesso non sono riconosciute, sono sottovalutate e sono curate male. Spesso si dice che bisogna reagire, che ci vuole la volontà, non sapendo che invece sono malattie, e che la depressione ed il disturbo bipolare richiedono terapie farmacologiche, come la polmonite o l'ipertensione arteriosa.

### **Depressione e Disturbo Bipolare sono malattie gravi?**

La depressione e il Disturbo Bipolare posson essere gravi, fino a compromettere lavoro, vita familiare e sociale. Inoltre, hanno un rischio di suicidio.

### **Quali sono le cause?**

La depressione, nel 10% dei casi può essere causata da altre malattie, come le anemie o l'ipotiroidismo, o da alcuni farmaci. Più spesso è causata da una maggiore vulnerabilità agli stress, che può essere ereditata. Maggiore è la vulnerabilità, minore è l'intensità dello stress necessaria per causare una depressione. Mentre le prime depressioni sono spesso causate da stress importanti, le depressioni successive possono comparire per nessun motivo. L'autonoma comparsa della depressione, o la sua comparsa dopo stress sempre minori, dipende da cambiamenti chimici causati nel cervello dagli stress e dalla stessa depressione. Per il Disturbo Bipolare la parte ereditaria è più importante. Una persona che ha un genitore con la Depressione o il Disturbo

Bipolare ha un rischio di ereditare questi disturbi che è superiore al rischio generale.

### **Quale rischio di suicidio hanno Depressione e Disturbo Bipolare?**

Il rischio di suicidio è del 5-10%. Perciò, Depressione e Disturbo Bipolare sono malattie importanti, che non deve essere sottovalutate, specialmente quando sono gravi.

### **Depressione e Disturbo Bipolare hanno un rischio di ricadute?**

Depressione e Disturbo Bipolare spesso ricadono. Però, il decorso è variabile nel tempo, e da caso a caso. Vi sono periodi in cui vi sono molte ricadute, e periodi anche molto lunghi in cui non vi sono ricadute. Un sottogruppo ha un aumento nel tempo del numero di ricadute. Ogni depressione, ogni episodio maniaco e ipomaniaco causano cambiamenti chimici nel cervello, che favoriscono future ricadute. Perciò è importante non solo curare, ma anche prevenire la depressione e gli episodi maniacali e ipomaniacali.

### **Come si cura la Depressione?**

La terapia si basa principalmente sui farmaci antidepressivi, affiancati da colloqui di supporto e psicoeducativi.

### **Come si cura il Disturbo Bipolare?**

La terapia si basa principalmente sui farmaci regolatori dell'umore, affiancati da colloqui di supporto e psicoeducativi.

### **Quale è la probabilità di guarigione della Depressione?**

La probabilità di migliorare e guarire con i farmaci antidepressivi è alta. Prima si comincia la terapia, più rapida e completa è la guarigione. Anche la depressione che dura da molti anni è curabile. Inoltre, è possibile impedire il ritorno della depressione con la terapia antidepressiva di mantenimento. Non vi è una terapia che toglie per sempre la Depressione, ne vi sono cause psicologiche nascoste che bisogna scoprire. È un disturbo chimico e genetico, i farmaci rimettono ordine al disordine chimico associato alla Depressione. La terapia di mantenimento con i farmaci antidepressivi (almeno per diversi mesi) è fondamentale per rendere più stabile la chimica rimessa in ordine dai

farmaci, perché se i farmaci sono sospesi poco tempo dopo la guarigione il rischio di ricadere poco dopo è alto.

### **Quale è la probabilità di guarigione del Disturbo Bipolare?**

Quanto detto per la Depressione vale ancora di più per il Disturbo Bipolare (specialmente il tipo 1), perché il Disturbo Bipolare ha un rischio più alto di ricadute, sia di depressione che episodi di mania e ipomania. La terapia di mantenimento con i farmaci regolatori dell'umore deve essere fatta per periodi lunghi di diversi anni. Se non c'è la terapia di mantenimento con i farmaci regolatori dell'umore le ricadute sono frequenti e la vita diventa molto difficile.

### **Quanto tempo ci vuole per guarire dalla Depressione e dal Disturbo Bipolare?**

La depressione comincia a migliorare generalmente dopo alcune settimane di terapia con i farmaci antidepressivi, e generalmente scompare dopo alcuni mesi o anche prima. Dopo la scomparsa dei sintomi, la terapia antidepressiva deve essere continuata per diversi mesi, per prevenire una ricaduta. A volte, specialmente nelle depressioni più gravi e ripetute, può essere necessario modificare la prima terapia, anche varie volte, per avere risultati migliori. Le cose non sono semplici come curare il raffreddore. Non vi è un farmaco antidepressivo che cura tutti, vi sono persone che rispondono meglio ad un farmaco che ad un altro, e la ricerca del farmaco migliore a volte richiede tempo. I sintomi della depressione possono orientare la scelta del farmaco, ma comunque un gruppo non piccolo di persone non risponderà alla prima terapia. Ad ogni modo, insistendo, la probabilità di guarigione è alta. Ragionamento simile, relativo ai farmaci regolatori dell'umore, vale per il Disturbo Bipolare.

### **Quali sono le probabilità di rispondere alla prima terapia antidepressiva?**

Nella Depressione, sei persone su dieci rispondono al primo farmaco antidepressivo. Le altre persone rispondono cambiando la terapia di solito. Dopo avere usato tre farmaci antidepressivi uno dopo l'altro, il 95% delle persone con una depressione sono guarite. Poiché vi sono molti farmaci antidepressivi, la probabilità di rispondere è perciò alta. Nel Disturbo Bipolare, la

depressione può richiedere più tempo per rispondere alla terapia. La mania e la ipomania rispondono di solito più velocemente ai regolatori dell'umore, specialmente se attaccate subito, quando non sono gravi. Un attacco subito ai primi sintomi è più rapido ed efficace anche nella depressione.

### **Vi è una terapia antidepressiva uguale ed efficace per tutti?**

Vi sono molti tipi di depressione, ed ogni tipo di depressione risponde meglio ad alcuni farmaci antidepressivi. Inoltre, la stessa terapia non è efficace per tutti. Perciò non è raro dovere cambiare la terapia dopo alcune settimane se non si osserva una risposta, a causa della diversità clinica e biochimica di ogni persona.

### **Quanti tipi di Depressione vi sono?**

Vi sono molti tipi di depressione, che richiedono una diagnosi ed una terapia specialistica. Ogni tipo richiede terapie speciali. Non individuare il tipo di depressione può rendere la terapia inefficace.

### **Vediamo alcune di queste depressioni.**

Vi è un quadro generale comune a tutte le depressioni, riportato nella Tabella di sopra.

### **Come si distinguono i vari tipi di depressione?**

I tipi più comuni sono la depressione atipica, la depressione bipolare, la depressione mista, la depressione psicotica, la distimia, la depressione unipolare, la depressione malinconica.

### **Vediamo la Depressione Atipica.**

È presente nel 40% dei casi ambulatoriali. Nella depressione atipica, oltre al quadro generale, vi è eccesso di sonno, ingrassamento, aumento della fame, grande calo delle energie, ipersensibilità alle critiche degli altri. Questo tipo di depressione risponde meglio ad alcuni antidepressivi piuttosto che ad altri, ed è più comune nel Disturbo Bipolare.

### **E la Depressione Bipolare?**

Studi dell'autore (consultabili nella banca dati il cui collegamento è riportato

nella prima pagina) con la University of California in San Diego (USA) hanno chiarito questo tipo di depressione. È molto comune, un caso ambulatoriale su due ha una depressione bipolare. Purtroppo, spesso non è riconosciuta, portando a terapie inadeguate ed inefficaci. Per riconoscerla bisogna indagare se la persona ha avuto episodi maniacali o ipomaniacali, che distinguono il Disturbo Bipolare dalla Depressione nonbipolare (o unipolare). La mania è più facile da indagare perché è più grave, la ipomania è più difficile da indagare perché può essere scambiata per un comportamento normale, specialmente dalla persona che l'ha avuta.

### **Come si distingue la Mania dalla Ipomania (o Disturbo Bipolare tipo 1 e Disturbo Bipolare tipo 2)?**

I sintomi sono simili (vedi Tabella) ma più gravi nella mania. La mania causa grossi problemi lavorativi, famigliari, sociali, problemi economici (spese ed investimenti esagerati), comportamenti spericolati (guida, eccesso di alcolici, iperattività sessuale, aggressività), e può richiedere il ricovero. Questi tipi di problemi non sono presenti nella ipomania, che invece è spesso un periodo piacevole di superattività, diverso dal solito modo di essere di una persona. Chi ha un episodio maniacale o ipomaniacale di solito non cerca l'aiuto del medico, perché si sente al massimo delle sue capacità e vorrebbe sempre stare così su. Ma un episodio maniacale o ipomaniacale viene spesso seguito da una depressione, perché **la regola è che andare troppo su porterà poi giù**. Perciò bisogna curare non solo la mania per tutti i problemi che causa, ma anche la ipomania, anche se non causa problemi (all'opposto, spesso le cose vanno meglio del solito). Sia la mania che la ipomania usano un eccesso di energie cerebrali, che, una volta finite, causeranno la depressione (lo stato in cui non vi sono più energie).

### **In che cosa è diversa la Depressione Bipolare (del Disturbo Bipolare)?**

È necessario prevenire non solo le ricadute della depressione, ma anche gli episodi ipomaniacali e maniacali. Un problema è che la terapia che cura la depressione (i farmaci antidepressivi) può causare un episodio maniacale, con tutti i problemi collegati. Perciò gli antidepressivi sono di regola combinati ai farmaci regolatori dell'umore, che servono a prevenire o a curare gli episodi ipomaniacali e maniacali del Disturbo Bipolare. La depressione

bipolare risponde meglio ad alcuni antidepressivi piuttosto che ad altri, ed è spesso una depressione con eccesso di sonno ed eccesso di fame (cioè una depressione atipica).

### **Vi sono sottotipi di Depressione Bipolare?**

Studi dell'autore con la University of California in San Diego (USA) hanno chiarito questi tipi di depressione. Vi sono due sottotipi. La depressione bipolare tipo 1 e tipo 2. La depressione bipolare tipo 1 (del Disturbo Bipolare tipo 1) alterna periodi di depressione e periodi di mania. La depressione bipolare tipo 2 (del Disturbo Bipolare tipo 2) alterna periodi di depressione e periodi di ipomania. Gli studi dell'autore, poi confermati da molti altri ricercatori, hanno dimostrato che il Disturbo Bipolare tipo 2 è presente in un caso su due di depressione ambulatoriale. Prima, questo disturbo passava inosservato.

### **Come si distingue la Depressione Mista?**

Studi dell'autore con la University of California in San Diego (USA) hanno portato alla scoperta di questo nuovo tipo di depressione. Nella Depressione Mista sono presenti nello stesso tempo i sintomi generali della depressione e i sintomi della ipomania, come la facile irritabilità, essere agitati, avere la testa piena di idee che non si fermano. Molti casi hanno un Disturbo Bipolare tipo 2. Davanti ad una depressione mista, così come davanti ad una depressione atipica, bisogna sempre pensare che si tratti di un Disturbo Bipolare.

### **Perché è importante riconoscere la Depressione Mista?**

Perché gli antidepressivi usati da soli o ad alte dosi peggiorano la parte ipomaniacale di questa depressione, causando maggiore irritabilità, più insonnia, e comportamento agitato ed aggressivo. In pratica, peggiorano le cose invece di migliorarle. Perciò, è indispensabile combinare un antidepressivo ad un regolatore dell'umore. Un regolatore dell'umore non solo controlla la irritabilità ed il comportamento agitato, ma previene anche che l'antidepressivo possa peggiorare le cose. La terapia deve quindi spesso essere una doppia terapia. Questo spiega in parte perché vi sono delle depressioni resistenti alle terapie.



### **Vi sono allora nuove possibilità di curare la Depressione?**

Certamente. Riconoscere il tipo di depressione permette una terapia mirata, e previene l'uso di una terapia che invece di migliorare peggiora le cose. I nuovi regolatori dell'umore, sempre più leggeri e tollerati, che lasciano la mente lucida, sono un'arma indispensabile nella terapia della depressione bipolare e mista.

Infine, vi sono nuovi antidepressivi (leggeri, che lasciano la mente lucida, da cui non si diventa dipendenti), che essendo chimicamente diversi dai precedenti, possono curare depressioni resistenti ad altri antidepressivi. Perché non solo vi sono vari tipi di depressione che richiedono terapie speciali, ma anche nello stesso tipo di depressione vi sono delle diversità chimiche da persona a persona, per cui non tutti rispondono allo stesso antidepressivo, e chi non risponde ad un antidepressivo può rispondere ad altri chimicamente diversi.

### **Allora è così importante la chimica nella Depressione?**

Molto. I sintomi sono causati da cambiamenti chimici del cervello. La chimica cambia per effetto degli stress e perché una persona è predisposta geneticamente per la depressione. Davanti allo stesso stress solo 20 su 100 persone diventano depresse, e quelle 20 persone erano predisposte geneticamente.

### **E il ruolo degli antidepressivi?**

Gli antidepressivi correggono e mettono in ordine la chimica, a volte in modo stabile, altre volte invece è necessario rifare le cure per periodi più lunghi.

### **I farmaci antidepressivi sono sicuri?**

Quelli moderni sono sicuri, hanno infrequenti e leggeri effetti collaterali, non si diventa dipendenti, non annebbiano la mente, non sono dei tranquillanti, e non sono tossici.

### **Di cosa si parla durante i colloqui terapeutici?**

Quando si ha una depressione tutto appare negativo, disperato, privo di valore, irrisolvibile e doloroso, non c'è più futuro, non si ha più fiducia in sé. Questa visione ipernegativa delle cose è esagerata e distorta. Essa è modificata con ragionamenti più realistici usando la terapia cognitiva. Inoltre, i problemi

personali che possono avere causato o peggiorato la depressione, o che possono derivare dalla depressione, sono affrontati con la terapia interpersonale.

### **La Depressione si può associare ad altri disturbi mentali?**

Spesso si associa agli attacchi di panico (vedi dopo), alle ossessioni e alle compulsioni (il disturbo ossessivo compulsivo, vedi dopo), alla bulimia, a disturbi della personalità.

### **Come si manifesta la Bulimia?**

Vi sono eccessi alimentari ripetuti, durante i quali sono assunti grandi quantità di cibo in poco tempo ed in modo incontrollato, non riuscendo a smettere. Allo scopo di non ingrassare e di dimagrire, spesso è indotto il vomito, sono usati lassativi e diuretici, è attuato un digiuno esasperato, o si cerca di perdere calorie facendo molta ginnastica. La stima di sé dipende in modo esagerato dal peso e dalla forma del corpo.

## **Attacchi di Panico**

### **Come si riconoscono gli Attacchi di Panico?**

Gli attacchi di panico sono attacchi improvvisi e immotivati di intensa paura, brevi, con pseudovertigini, difficoltà a respirare, batticuore, tremore, sudore, disturbi addominali, vampate di caldo, paura di morire, paura di perdere il controllo, paura di diventare folli.

### **È una malattia frequente?**

Il rischio è del 2-3%.

### **Chi è più a rischio?**

Le donne e i giovani.

### **Gli Attacchi di Panico tendono a ripetersi?**

Gli attacchi di panico possono ripetersi molte volte il giorno, o venire più raramente, possono durare settimane, mesi, o anni. Si associano ad una tensione continua per la paura che ritornino.

### **Vi sono altre paure?**

Gli attacchi di panico si associano spesso alla paura di uscire da soli, di stare nei luoghi affollati e chiusi, di stare soli in casa, alla paura dei ponti, dell'automobile, del treno, dell'autobus, e alla paura delle code. Queste paure si chiamano agorafobia.

### **Perché gli Attacchi di Panico si associano alla paura di uscire?**

Per paura che un attacco di panico arrivi all'improvviso in un posto dove è difficile ricevere aiuto o scappare, o per paura di essere visti stare male.

### **Cosa comportano queste paure?**

Le varie paure associate agli attacchi di panico portano all'evitamento di questi luoghi, e nei casi più gravi si rimane chiusi in casa. Altrimenti si affrontano i luoghi temuti con molta tensione, o facendosi accompagnare da qualcuno.

### **Gli Attacchi di Panico si associano ad altre malattie mentali?**

Gli attacchi di panico spesso si associano alla depressione, e alla paura di avere una grave malattia (ipocondria).

### **A chi si rivolge di solito chi ha gli Attacchi di Panico?**

Sono consultati specialisti del cuore, dell'orecchio, dei polmoni, dei nervi, dello stomaco, alla ricerca in questi organi della causa degli attacchi di panico. La paura di morire durante un attacco di panico può spingere a correre al pronto soccorso del più vicino ospedale. Tuttavia, nonostante le numerose e ripetute visite, nonostante gli esami e le indagini ripetuti, di solito non si trova nulla d'anormale negli organi indagati.

### **Cosa si dice di solito dopo tutte queste visite specialistiche?**

Che non c'è niente, e che perciò bisogna stare tranquilli. Però gli attacchi di panico continuano a ripetersi, e ciò alimenta l'idea di avere qualche grave malattia nascosta, che non si riesce a trovare o che viene tenuta nascosta. E così prosegue la serie infinita di visite ed esami inutili.

### **È una malattia o uno stato psicologico che si risolve reagendo?**

È una malattia vera e propria, causata da disturbi chimici del cervello.

### **Cosa è detto di solito a chi ha gli Attacchi di Panico?**

Che non ha niente, o che deve reagire da solo.

### **Che prove ci sono che è una malattia del cervello?**

Negli attacchi di panico vi sono disturbi chimici del cervello. Una semplice prova è il test al lattato di sodio: se diamo il lattato di sodio alle persone con gli attacchi di panico viene subito un attacco di panico, mentre se diamo il lattato di sodio a persone che non hanno gli attacchi di panico non succede niente, a riprova che il cervello di chi ha gli attacchi di panico è chimicamente diverso.

### **È una malattia grave?**

Gli attacchi di panico possono diventare una malattia grave se non sono curati, perché le varie paure possono causare una vita molto limitata fino alla chiusura in casa, nella attesa apprensiva dell'arrivo del prossimo attacco di panico, improvviso ed immotivato, o nella attesa della scoperta di una grave malattia (che non c'è mai!). Perciò le capacità lavorative, sociali, e famigliari possono diventare molto compromesse.

### **Quali sono le cause degli Attacchi di Panico?**

Gli attacchi di panico possono essere ereditati (genetici), e/o scatenati dagli stress in persone geneticamente predisposte.

### **Come si curano gli Attacchi di Panico?**

Gli attacchi di panico si curano principalmente con i farmaci antipanico.

### **Le terapie farmacologiche per gli Attacchi di Panico sono efficaci?**

Le terapie farmacologiche sono molto efficaci in un'alta percentuale di casi. Prima si comincia la terapia, più facile è guarire. Gli attacchi di panico generalmente si bloccano in poco tempo con i farmaci antipanico. La terapia però deve essere continuata per altri mesi, per impedire una ricaduta.

### **I farmaci antipanico sono sicuri?**

Sono farmaci sicuri, hanno infrequenti e leggeri effetti collaterali, non annebbiano la mente alle dosi adatte, non si diventa dipendenti, e non sono tossici.

### **Di che cosa si parla nei colloqui terapeutici?**

Si insegna che gli attacchi di panico non sono causati da altre e nascoste malattie, che sono causati da scariche elettriche del cervello che, attraverso i nervi, arrivano in tutto il corpo producendo i disturbi tipici degli attacchi di panico. Si insegna che la chimica del cervello è il problema principale, che non si muore mai per un attacco di panico, che passa sempre da solo, anche se poi può ritornare. Si insegna a non esagerare il significato patologico dei piccoli disturbi somatici che tutti possono avere, che ne ingigantisce l'intensità e può scatenare un attacco di panico. Si insegna a riconquistare gradualmente i luoghi evitati.

## **Disturbo Ossessivo Compulsivo**

### **Come si riconosce il Disturbo Ossessivo Compulsivo?**

Nel Disturbo Ossessivo Compulsivo vi sono ossessioni e compulsioni. Le ossessioni sono pensieri che arrivano involontariamente, che si ripetono di continuo, e che non è possibile bloccare. Alcune ossessioni più comuni sono la paura di venire contaminati, la paura di avere una malattia, dei dubbi continui, il bisogno esagerato di ordine e simmetria, pensare continuamente di fare del male a qualcuno pur non volendo, pensare continuamente di avere un difetto esagerato o immaginario del proprio aspetto.

Le compulsioni sono comportamenti ripetuti molte volte, che se non sono ripetuti portano ad una tensione insopportabile. Alcune compulsioni più comuni sono controllare ripetutamente la luce, le porte, il gas, lavarsi continuamente le mani, ripetere continuamente le stesse domande, ordinare esageratamente le cose, raccogliere grandi quantità di materiali vari, strapparsi continuamente i capelli, mangiarsi continuamente le unghie.

Ossessioni e compulsioni causano intenso malessere, notevole perdita di tempo, e compromissione del lavoro e dei rapporti sociali. Il disturbo di solito dura a lungo se non è curato. Spesso si associa a depressione e attacchi di panico.

### **Disturbo Ossessivo Compulsivo è una malattia frequente?**

Il 3% delle persone può avere il disturbo ossessivo compulsivo. Comincia spesso da bambini o da adolescenti. Molti non parlano dei loro disturbi

perché si vergognano. Riconoscono che questi pensieri e comportamenti ripetitivi sono esagerati, irragionevoli, ed assurdi, ma non riescono a bloccarli. Al contrario, più cercano di bloccarli e più intensi diventano.

### **Disturbo Ossessivo Compulsivo è una malattia o uno stato psicologico che si risolve reagendo?**

Disturbo Ossessivo Compulsivo è una malattia vera e propria, che non è possibile vincere “reagendo”. È causato da disturbi chimici del cervello, su base genetica, che possono essere eliminati solo con le terapie adatte.

### **Disturbo Ossessivo Compulsivo è una malattia grave?**

Disturbo Ossessivo Compulsivo può essere grave, quando pensieri e comportamenti ripetitivi durano per molte ore il giorno, compromettendo il lavoro e i rapporti sociali.

### **Quali sono le cause del Disturbo Ossessivo Compulsivo?**

Il disturbo ossessivo compulsivo nasce da una vulnerabilità personale, che può essere ereditata (genetica), e che dipende da una chimica cerebrale diversa dal normale. Gli stress possono scatenare o peggiorare il disturbo ossessivo compulsivo.

### **Come si cura il Disturbo Ossessivo Compulsivo?**

Disturbo Ossessivo Compulsivo si cura principalmente con i farmaci antiossessivi. Si ottengono risultati rilevanti in un'alta percentuale di casi. Prima si comincia la terapia, più veloce e completa è la guarigione. I sintomi di solito migliorano gradualmente dopo alcune settimane di terapia. Può essere necessario cambiare terapia per ottenere risultati migliori. Dopo la guarigione, o dopo un netto miglioramento, la terapia deve essere continuata per diversi mesi per rendere più solido il risultato e ridurre il rischio di ricadute.

### **I farmaci antiossessivi sono sicuri?**

I farmaci moderni sono sicuri, hanno infrequenti e leggeri effetti collaterali, non si diventa dipendenti, non annebbiano la mente, non sono tossici, e non sono dei tranquillanti.

## **Fobia Sociale**

### **Come si riconosce la Fobia Sociale?**

Nella Fobia Sociale vi è una paura eccessiva di essere criticati e di comportarsi male davanti agli altri, in ambienti come parlare in pubblico, mangiare in pubblico, scrivere in pubblico, essere osservati, parlare ad autorità o ad estranei, riunioni sociali.

In questi ambienti compaiono ansia intensa, batticuore, rossore, tremore, e sudore. Perciò questi ambienti sono evitati o sono affrontati con molta tensione. L'evitamento di questi ambienti può compromettere il lavoro e i rapporti sociali. Nei casi estremi tutti i rapporti sociali sono evitati o causano molta tensione. Le persone con la fobia sociale riconoscono che la loro paura è esagerata, ma non è possibile dominarla con la propria volontà. Spesso si associa a depressione ed attacchi di panico. Può durare tutta la vita se non è curata.

### **La Fobia Sociale è una malattia frequente?**

Fino al 13% delle persone può avere la Fobia Sociale, di gravità variabile.

### **La Fobia Sociale è una malattia o uno stato psicologico che si risolve reagendo?**

La Fobia Sociale è una malattia vera e propria, causata da disturbi chimici del cervello. Perciò sono necessarie terapie adatte, e non è possibile risolvere il disturbo "reagendo".

### **La Fobia Sociale è una malattia grave?**

La Fobia Sociale può diventare grave, a causa della compromissione dei rapporti sociali e del lavoro, portando fino all'isolamento sociale.

### **Quali sono le cause della Fobia Sociale?**

La fobia sociale dipende da una vulnerabilità personale, che può essere ereditata (genetica), causata da disturbi chimici del cervello. Gli stress possono scatenare o peggiorare il disturbo.

### **Come si cura la Fobia Sociale?**

La Fobia Sociale si cura principalmente con i farmaci antifobia sociale. Di

solito si ottiene un risultato positivo in un'alta percentuale di casi. Prima si comincia la terapia, più veloce e completa è la guarigione. I sintomi generalmente migliorano dopo alcune settimane di terapia, ma la cura deve essere continuata per diversi mesi, per ottenere un risultato migliore e più duraturo.

### **I farmaci antifobia sociale sono sicuri?**

I farmaci moderni sono sicuri, hanno infrequenti e leggeri effetti collaterali, non si diventa dipendenti, non annebbiano la mente, non sono tossici, e non sono dei tranquillanti.

---

### **L'autore**

L'autore è Medico Psichiatra, Ph.D. Dottore in Psichiatria, visiting Professor, University of Los Angeles (USA), Neuropsychiatric Institute and Hospital, Direttore del Centro di Ricerca Psichiatrica di Forlì, un Centro Collaboratore per la ricerca sui disturbi dell'umore della Harvard University, Boston (USA), e della University of California, San Diego (USA).

Ha pubblicato su riviste mondiali oltre 240 ricerche sui disturbi dell'umore (Depressione, Disturbo Bipolare), presenti nella banca dati Americana di ricerche mediche Medline. Le ricerche sono consultabili nel sito: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), cercando search: Benazzi F (niente punto dopo F).

*Dr. Franco Benazzi*

*“Nel cuore dell'inverno finalmente imparai  
che vi era in me un'estate invincibile”*

*Camus*



XIV GIORNATA MONDIALE DEL MALATO  
SANTA MESSA PER GLI AMMALATI  
NELLA MEMORIA DELLA BEATA VERGINE DI LOURDES

*DISCORSO DI BENEDETTO XVI  
AGLI AMMALATI AL TERMINE DELLA MESSA*

*Sabato, 11 febbraio 2006*

*Cari fratelli e sorelle!*

Con grande gioia sono venuto in mezzo a voi e vi ringrazio per la vostra calorosa accoglienza. Il mio saluto si rivolge in modo speciale a voi, cari malati, che siete riuniti qui nella Basilica di San Pietro, e vorrei estenderlo a tutti i malati che ci stanno seguendo mediante la radio e la televisione, e a quelli che non hanno questa possibilità, ma sono uniti a noi con i legami più profondi dello spirito, nella fede e nella preghiera. Saluto il Cardinale Camillo Ruini, che ha presieduto l'Eucaristia, e il Cardinale Francesco Marchisano, Arciprete di questa Basilica Vaticana. Saluto gli altri Vescovi e i sacerdoti presenti. Ringrazio l'UNITALSI e l'Opera Romana Pellegrinaggi, che hanno preparato e organizzato questo incontro, con la partecipazione di numerosi volontari. Il mio pensiero si porta anche nell'altra parte del pianeta, in Australia, dove, nella città di Adelaide, ha avuto luogo già da alcune ore la celebrazione culminante della Giornata Mondiale del Malato, presieduta dal mio inviato il Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Da quattordici anni, l'11 febbraio, memoria liturgica della Madonna di Lourdes, è diventata anche la Giornata Mondiale del Malato. Tutti sappiamo che, presso la Grotta di Massabielle, la Vergine ha manifestato la tenerezza di Dio per i sofferenti. Questa tenerezza, questo amore premuroso si fa sentire in modo particolarmente vivo nel mondo proprio nel giorno della festa di santa Maria di Lourdes, riattualizzando nella liturgia, e specialmente nell'Eucaristia, il mistero di Cristo Redentore dell'uomo, di cui la Vergine

Immacolata è la primizia. Presentandosi a Bernardetta come l'Immacolata Concezione, Maria Santissima è venuta a ricordare al mondo moderno, che rischiava di dimenticarlo, il primato della Grazia divina, più forte del peccato e della morte. Ed ecco che il luogo di quella sua apparizione, la grotta di Massabielle a Lourdes, è diventato un punto di attrazione per tutto il Popolo di Dio, specialmente per quanti si sentono oppressi e sofferenti nel corpo e nello spirito. “Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò” (*Mt* 11, 28), ha detto Gesù. A Lourdes Egli continua a ripetere questo invito, con la mediazione materna di Maria, a tutti coloro che vi accorrono con fiducia.

Cari fratelli, quest'anno, insieme con i miei collaboratori del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, abbiamo voluto porre al centro dell'attenzione le persone affette da malattie mentali. “Salute mentale e dignità umana” è stato il tema del convegno che si è svolto ad Adelaide, approfondendo insieme aspetti scientifici, etici e pastorali. Tutti sappiamo come Gesù si ponesse di fronte all'uomo nella sua interezza, per guarirlo completamente, nel corpo, nella psiche e nello spirito. La persona umana, infatti, è un tutt'uno, e le diverse dimensioni si possono e si devono distinguere, ma non separare. Così anche la Chiesa si propone sempre di considerare le persone come tali, e questa concezione qualifica le istituzioni sanitarie cattoliche, come pure lo stile degli operatori sanitari in esse impegnati. In questo momento, penso in modo particolare alle famiglie che hanno al proprio interno una persona malata di mente e vivono la fatica e i diversi problemi che ciò comporta. Ci sentiamo vicini a tutte queste situazioni, con la preghiera e con le innumerevoli iniziative che la Comunità ecclesiale pone in atto in ogni parte del mondo, specialmente là dove la legislazione è carente, dove le strutture pubbliche sono insufficienti, e dove calamità naturali o, purtroppo, guerre e conflitti armati producono gravi traumi psichici nelle persone. Sono forme di povertà che attirano la carità di Cristo, Buon Samaritano, e della Chiesa, indissolubilmente unita a lui al servizio dell'umanità sofferente.

A tutti i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari, a tutti i volontari impegnati in questo campo, vorrei oggi consegnare simbolicamente l'Enci-

clica *Deus caritas est*, con l'augurio che l'amore di Dio sia sempre vivo nei loro cuori, così da animare il loro lavoro quotidiano, i progetti, le iniziative, e soprattutto i loro rapporti con le persone malate. Agendo in nome della carità e nello stile della carità, voi, cari amici, offrite il vostro prezioso contributo anche all'evangelizzazione, perché l'annuncio del Vangelo ha bisogno di segni coerenti che lo confermino. E questi segni parlano il linguaggio dell'amore universale, un linguaggio comprensibile da tutti.

Tra poco, creando il clima spirituale di Lourdes, si spegneranno le luci nella Basilica e accenderemo le nostre candele, simbolo di fede e di ardente invocazione a Dio. Il canto dell'*Ave Maria* di Lourdes ci inviterà a recarci spiritualmente dinanzi alla grotta di Massabielle, ai piedi della Vergine Immacolata. A Lei con fede profonda vogliamo presentare la nostra condizione umana, le nostre malattie, segno del bisogno che tutti abbiamo, mentre siamo in cammino in questo pellegrinaggio terreno, di essere salvati da suo Figlio Gesù Cristo. Sia Maria a tenere desta la nostra speranza, perché, fedeli all'insegnamento di Cristo, rinnoviamo l'impegno di sollevare i fratelli nelle loro infermità. Il Signore faccia sì che nessuno nel momento del bisogno sia solo e abbandonato, ma, al contrario, possa vivere, anche la malattia, secondo la dignità umana. Con questi sentimenti imparto di cuore la Benedizione Apostolica a tutti voi, malati, operatori sanitari e volontari.



## INDICE

Introduzione (Dott. Mario Ravaglia)

*Salute mentale e depressioni:*

*Riconoscere, Curare, con-vivere*

*presentazione:*

Direttore della Caritas della diocesi di Ravenna-Cervia

Don Alberto Brunelli

pag. 1

Un dolore disabilitato

Cinzia Neglia

pag. 3

Esperienza nei gruppi aiuto mutuo aiuto

D.ssa Liliana Materia

pag. 11

Depressione, disturbo bipolare, ansia

Dott. Franco Benazzi

pag. 19

XVI Giornata Mondiale del Malato

Discorso di Benedetto XVI agli ammalati

pag. 37



Finito di stampare  
nel mese di giugno 2007  
dalla Tipolito Stear

