

Fidel Masreal

# Conviure amb la depressió



Generalitat de Catalunya  
**Departament  
de Salut**

FIDEL MASREAL  
**CONVIURE AMB LA DEPRESSIÓ**



Generalitat de Catalunya  
**Departament  
de Salut**

Edició especial no venal  
per al Departament de Salut  
de la Generalitat de Catalunya

Desembre del 2008

© Fidel Masreal  
© 2008, Raval Edicions, SLU, Mina  
Peu de la Creu, 4 – 08001 Barcelona  
www.mina.cat  
mina@grup62.com

Dipòsit Legal: B-30.964-2008  
Fotocomposició: Victor Igual, s.l.  
Impressió: Grafos, s.l.

La reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol procediment, compresos la reprografia i el tractament informàtic, com també la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec sense l'autorització escrita de l'editor queden rigorosament prohibides i estaran sotmeses a les sancions establertes per la llei.

*Dedicat a la meva mare  
i a totes les dones i homes que pateixen la depressió.*

## **SUMARI**

- 9 Pròleg.** Marina Geli
- 15 Introducció**
  
- La malaltia**
- 23** Detectar-la a temps
- 31** Causes de la depressió
- 41** Tipus de depressió
- 53** Tractaments de la depressió
  
- La malaltia dins de casa**
- 69** El paper de la família durant la depressió
- 91** Depressió i dona
- 95** Depressió infantil i juvenil
- 101** Depressió i tercera edat
- 103** Depressió i suïcidi
- 107** Les recaigudes
- 111** Lliçons apreses a la recerca de la felicitat
  
- Testimonis públics contra el tabú**
- 115** Pepe Rubianes, actor
- 119** Lola Herrera, actriu
  
- 123** Epíleg
- 135** Webs i llibres recomanats
- 139** Agraïments

## PRÒLEG

La Unió Europea ha declarat la salut mental com una prioritat (Declaració de Hèlsinki, 2005). La visió europea parteix de la convicció que molts dels grans objectius estratègics de la Unió, prosperitat, solidaritat, justícia social i qualitat de vida dels ciutadans no podran ser assumits sense una millora de la salut mental de les persones i la societat. La Declaració també assenyalava que cal enfocar els greus problemes de salut mental des de les polítiques públiques, amb respecte als drets humans i amb el rebuig de l'estigma i la discriminació.

El Departament de Salut assumeix plenament aquesta Declaració i ha volgut prioritzar el desplegament del Pla Director de Salut Mental i Addiccions. L'elevada prevalença de problemes de salut mental, el patiment psíquic de les persones i la gran càrrega personal, familiar i social que generen justifica àmpliament aquesta prioritització. És, sens dubte, una aposta important per les polítiques de promoció de la salut mental i prevenció de les malalties i la definició d'un model d'atenció multidisciplinari, de base comunitària i integrador.

El conjunt dels trastorns mentals són la causa més freqüent de malaltia a Europa, on la càrrega global de les malalties mentals afecta la tercera part del total d'anys viscuts amb discapacitat. Quatre de les sis malalties més freqüents causants de discapacitats són trastorns mentals, i la depressió constitueix la tercera causa a àmbit mundial, amb el 12,5%.

Així mateix, l'estigma social associat a les malalties mentals provoca que, fins i tot en els països desenvolupats com el nostre, més de la meitat de les persones que tenen una depressió no siguin diagnosticades ni tractades. La depressió no sols afecta les persones que la pateixen, sovint els familiars i cuidadors reben l'impacte de la discapacitat generada. El reconeixement social pot ajudar els cuidadors a afrontar millor la malaltia.

Segons dades disponibles a Catalunya, 1 de cada 4 persones pot patir un trastorn mental al llarg de la vida. La depressió major és un dels problemes de salut més prevalent, ja que un 11% de les persones poden patir-la al llarg de la vida. A més, els problemes d'ansietat i depressió figuren entre els principals trastorns crònics que pateixen les persones i constitueixen el segon problema de salut que més afecta la qualitat de vida, darrere del dolor crònic.

Així doncs, la depressió és un problema de salut prioritari que cal afrontar des de les polítiques públiques, per aquest motiu el Departament de Salut participa en un projecte europeu de Lluita contra la depressió, mitjançant el qual desenvolupa accions dirigides a la promoció de la salut mental, a la prevenció i detecció precoç de la depressió major i a la millora de l'atenció a les persones afectades i a les seves famílies.

Som conscients de la repercussió que té per a les famílies la cura d'una persona que pateix una malaltia mental i la necessitat de poder oferir-los suport, orientació i atenció des de la xarxa assistencial. El testimoni que ens deixa Fidel Masreal, autor del llibre *Conviure amb la depressió*, és un clar exemple de la importància que té l'entorn familiar per a les persones que la pateixen i de les necessitats de suport que tenen les famílies cuidadores.

Per aquest motiu, des del Departament de Salut hem volgut contribuir a l'edició d'exemplars d'aquest llibre que posarem a

l'abast de les famílies perquè els pugui ser una eina d'utilitat en la seva tasca de cuidadors d'una persona amb depressió.

Finalment vull agrair al senyor Fidel Masreal que hagi escrit aquest llibre, basant-se en el rigor documental, per aprofundir en els coneixements de l'impacte que la depressió pot tenir en l'entorn familiar; de ben segur que haurà contribuït a la sensibilització social envers les malalties mentals.

**Marina Geli**

Consellera de Salut



## INTRODUCCIÓ

“En una de les parets de la sala de visites del pavelló de trastorns afectius de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, hi ha pintat en negre: *Maldición... Infierno*. Una mica més enllà hi ha pintat un cor amb pintallavis. Ma mare hi està ingressada. Ara deu estar dormint. Sola. Tinc un deure amb mi mateix: escriure, no sé què, ni com, ni amb quin to, de la depressió. Ficar-m’hi. Entrevistar, descriure. Això pintat: *Maldición, Infierno...* Tanta foscor que cal il·luminar i mirar als ulls. Em costa no blindar-m’hi, no posar-hi un mur. Però roent el ferro i agafant-me fort a l’amor, ho he de fer. Anotacions, dades: la clínica mental, els ATS, familiars, històries, metges, bibliografia, poesia... *Que haya alivio*, em deien uns familiars un dia que ella va ingressar destrosada i desencaixada per la ràbia i un dolor tan intens que arriba a desitjar la mort. El desànim i la desesperança no són fàcils de descriure, però formen part de la puta vida que ens ha tocat arrossegar i a voltes gaudir. Només a voltes.”

Vaig escriure aquest text, tenyit pel pessimisme del moment i més impulsiu que ordenat, el 12 d’agost de 1996. Fa més de deu anys. I resumeix el motiu primer i últim pel qual he escrit aquest llibre sobre la depressió, ma mare.

Mentiria si digués que l’objectiu és només l’interès per a divulgar la realitat de qui conviu amb la depressió. He escrit aquest llibre perquè em sentia en deute amb la meva mare. Crec

que no vaig fer prou per ajudar-la en els moments més durs de la seva depressió. I ja que tots els testimonis anònims que llegireu m'han parlat amb profunda sinceritat i admirable humanitat, jo també he de ser honest d'entrada i reconèixer que aquest llibre és potser un exercici d'egoisme: una manera de treure'm una espina clavada. Una manera d'intentar aprendre de la depressió per enfrontar-m'hi millor.

Aquest llibre pretén ajudar a entendre la depressió mitjançant els testimonis dels que la pateixen i els coneixements dels metges especialitzats en el trastorn. Aquest és, per tant, un projecte amb voluntat divulgativa. En cap cas pretén substituir la tasca dels professionals, que són els que han de dirigir sempre el tractament. Avanço, doncs, que en aquestes pàgines no hi trobareu cap solució màgica per curar totes les depressions en quatre dies, és tan sols un intent de descriure la complexitat de la malaltia des de diversos punts de vista, sobre la base del rigor científic i la sensibilitat.

Aquest llibre està adreçat a tothom. Una de cada cinc persones pateix un trastorn mental al llarg de la seva vida. Un patiment amb el qual hauran de conviure els seus familiars. Per tant, tothom és susceptible de trobar-se directament o indirecta ferit per la depressió en algun moment de la seva vida. I qui no ho hagi viscut, llegint aquestes pàgines hi trobarà reflexions sobre la prevenció d'aquests trastorns, la salut mental, la relació entre les emocions i el coneixement i la recerca de la felicitat, conceptes que també ens interpellen a tots plegats.

El text parla de la depressió des d'un punt de vista que considero poc tractat, el dels familiars. Per a fer-ho possible he recollit testimonis de parelles, fills, mares, germans o amics íntims de persones que pateixen aquesta malaltia. A les pàgines que vénen a continuació faré servir la paraula *familiar* per par-

lar de tota persona amb una relació íntima i directa amb els que pateixen la depressió, sigui o no família biològica. Al costat dels familiars, en el llibre parlen també, òbviament, dones i homes que pateixen la depressió en primera persona.

Aquest llibre està escrit amb el cap i amb el cor. Amb el cap, perquè l'he procurat fer amb l'esperit crític propi de la meua professió, el periodisme. He tractat de preguntar, repreguntar, reclamar arguments raonats, escoltar totes les opinions, contrastar-les, posar de manifest possibles contradiccions i descriure-ho tot amb un llenguatge clar i directe perquè cadascú en tregui les seves pròpies conclusions. Per tant, al llibre hi trobareu arguments diversos, de vegades oposats, i portes obertes al debat més que no pas veritats absolutes o explicacions simples. La medicina no és una ciència exacta i, malauradament, la depressió no té una causa única i vàlida per a tothom que la pateix.

He partit d'una premissa que crec que he pogut constatar: la manca de suport suficient als familiars dels malalts de depressió. Un suport que és absolutament necessari perquè aquest entorn pugui actuar com la quarta pota de la cadira del tractament, al costat del pacient, el metge i la consciència social. Amb quatre potes una cadira s'aguanta, amb només dues o tres, cal fer molts equilibris.

El llibre també està escrit amb el cor. El fil conductor del text són les vivències que la depressió ha generat en les persones que l'han patit i en la seva família. Són testimonis recollits en més de seixanta llargues entrevistes personals a dones i homes d'entre setze i vuitanta anys, d'arreu de Catalunya, amb qui he contactat mitjançant professionals de la salut mental que hi han donat el seu consentiment. Les entrevistes seguien un qüestionari flexible i pretenien recollir experiències, en cap cas definir un diagnòstic. L'objectiu és que la suma de diverses percepcions, òbviament

subjectives i íntimes, dibuixi un mosaic que s'apropi a la realitat de cada fase de la depressió i sigui d'utilitat a altres persones que es trobin en situacions semblants.

Els testimonis són anònims i, per tant, el nom que apareix no és el seu. Val a dir, tanmateix, que moltes de les persones amb qui he parlat no tenien cap inconvenient a fer pública la seva identitat.

A banda de les entrevistes personals, he fet servir un test per a familiars distribuït en diversos centres de salut mental. N'he recollit més de quaranta i al llarg del llibre faig referència a algunes de les respostes més destacables, evitant abusar de les estadístiques finals per no fer el text massa feixuc. Al costat de les respostes a aquest qüestionari, he rebut nombrosos comentaris per escrit que m'han ajudat a completar encara millor la vivència dels familiars. També he pogut conèixer les seves opinions en reunions d'associacions de familiars, taules rodones i congressos de salut mental.

Pel que fa a les dades científiques que inclou el llibre, totes estan fonamentades en les desenes d'entrevistes a psiquiatres, psicòlegs, infermers, neuròlegs i metges de capçalera de Catalunya, de la resta de l'Estat i d'altres països, així com en la bibliografia d'estudis i publicacions respecte d'aquest tema. Incorporo també reflexions de personalitats de l'àmbit de la filosofia, la comunicació, l'educació emocional, la teologia i les teràpies naturals, entre d'altres. Totes les referències científiques estan explicades de la manera més entenedora que m'ha estat possible i, per fer el text més àgil, no incloc totes les referències a l'estudi científic o el llibre en què em recolzo. En qualsevol cas, es tracta sempre d'investigacions avalades per la comunitat mèdica.

L'estructura del llibre segueix el recorregut cronològic pel qual passen les depressions: comença amb la detecció i l'impacte inicial de la malaltia en qui la pateix i en el seu entorn,

aborda les possibles causes del trastorn, arriba al primer contacte amb el metge i descriu els diferents tractaments. El nucli central el dedico a l'actitud dels familiars durant la depressió. Tot seguit abordo diferents tipus de situacions específiques: la depressió infantil i juvenil, la depressió femenina, la depressió en la tercera edat i els casos de suïcidi. Finalment, recullo l'experiència de les recaigudes i descriu la sortida del túnel, moment en què aprofito per fer una pinzellada sobre les lliçons que ens deixa aquesta experiència i els diferents conceptes de felicitat que hi ha hagut al llarg de la història i en l'actualitat.

El llibre també inclou el testimoni de cinc professionals de reconegut prestigi, des de l'esport fins al teatre passant per la política, que parlen dels processos depressius que han viscut. L'objectiu és que aquests testimonis puguin contribuir a superar prejudicis i tabús sobre aquest trastorn que ens pot afectar a tots. La meva mare, amb el seu testimoni, tanca el llibre.

Tant de bo que aquesta modesta aportació que teniu a les mans pugui, si més no, contribuir a situar la depressió en el grau de gravetat que li correspon i a vèncer-la, en lloc d'estar encara tan sotmesa a aprenents de bruixot, banalitzacions, elogis de falsos melancòlics de moda i debats bizantins sobre com s'ha de classificar quan encara manquen tantes eines humanes i materials per a combatre-la més eficaçment.

## **LA MALALTIA**

## DETECTAR-LA A TEMPS

*El que sento, doctor, és una certa dificultat de ser. Res més.*

**Fontelle**

El Francesc de cinquanta-cinc anys, president d'una important empresa catalana, explica:

“El paradigma de la granota diu que si poses una granota en un pot d'aigua i el vas escalfant lentament, la granota mor escaldada, perquè quan s'adona que l'aigua està massa calenta ja s'ha cuit per dins. En canvi si lllences la granota dins un pot amb aigua molt calenta, salta de seguida.

Doncs a mi em va passar com a la granota que mor escaldada. Fa un any i mig vaig veure que la meva dona es tornava una mica més pessimista, que veia el costat més negatiu de les coses... però no en feia gaire cas. Me'n vaig anar a un viatge de feina pensant que estava relativament bé, amb els seus pessimismes, i a la tornada em vaig trobar amb una depressió: la meva dona deia coses sense sentit, era una altra persona i l'havien hagut de portar d'urgències a l'hospital.”

El Francesc em descriu el seu primer contacte amb la depressió de la seva dona amb una barreja de perplexitat i impotència: “no perceps els canvis petits que es van produint... I en el meu cas ho vaig atribuir a la menopausa; a la síndrome del ‘niu buit’ perquè els fills feia poc que havien marxat de casa; al fet que a la vida sempre tens moments més bons o dolents...”

En Francesc va demanar al metge de la seva dona que li expliqués què és la depressió. El metge li va mostrar una llista de símptomes i li va dir que la seva dona els complia tots. Va

pensar: “ets guenyo, no te n’has preocupat, com pot ser que una persona amb una certa cultura no sàpiga això? Doncs mira, no ho sabia”. En les enquestes contestades per familiars per a l’elaboració d’aquest llibre, quatre de cada deu afirma que no coneixia la depressió abans que la patís el seu familiar, i un terç no la considerava una malaltia.

Al Francesc probablement li van mostrar una llista de símptomes com la següent:

- Tristesia, humor depressiu.
- Pèrdua d’interès per les coses.
- Fatiga, disminució de la vitalitat.

I també:

- Disminució de l’atenció i la concentració.
- Pèrdua de confiança en un mateix i sentiments d’inferioritat.
- Idees de culpa i de ser inútil.
- Perspectiva fosca del futur.
- Pensaments d’autoagressions o actes suïcides.
- Trastorn del son.
- Pèrdua de la gana.

Si una persona reuneix durant més de dues setmanes almenys dos dels símptomes de la primera llista, i almenys dos dels de la segona, llavors és que pateix un episodi depressiu. És un episodi greu si pateix tots tres primers símptomes i almenys quatre del segon amb una intensitat greu. En qualsevol dels casos, convé que la vegi un metge.

Aparentment, diagnosticar una depressió és així de *senzill*. Però com demostra el testimoni del Francesc i de molts altres que anirem coneixent, hi ha pocs fenòmens tan estesos i alhora tan poc entesos com aquesta malaltia.

La detecció a temps dels símptomes d’una depressió és fonamental per a evitar que es faci més greu, com li va passar a la



dona del Francesc. És per això que l'entorn més proper és decisiu per a adonar-se *des de fora* dels canvis que a vegades qui els pateix no identifica, no atribueix a una depressió, o bé no vol admetre que els té i els amaga. En els tests als familiars, majoritàriament admeten que no associaven els símptomes a una malaltia, sinó a problemes de feina o de parella, entre d'altres.

Serveixi com a exemple d'aquestes dificultats per a detectar la malaltia la depressió de la Natàlia: "l'última persona que se'n va adonar que patia una depressió vaig ser jo mateixa", admet. Doncs bé, la Natàlia és metgessa. I va haver de ser una amiga seva la que li insistís perquè anés al psiquiatre. El metge la va veure tan malament que va voler que quedés ingressada a l'hospital.

La Natàlia recorda que ella no percebia la seva situació com una depressió, sinó només com a estrès laboral. "Tenia cinquanta pacients al dia, feia més hores que les del meu torn, treballava al mil per mil, no tenia temps ni per anar al lavabo i vaig començar a prendre Valium (un medicament per a l'ansietat) els matins, multiplicant per quatre la dosi normal. Després quan sortia de nit de la feina em prenia tres o quatre cerveses." La Natàlia va passar mesos en aquesta situació d'ansietat creixent. I en el moment de l'entrevista, en què està en fase de recuperació, descriu els símptomes anímics que encara arrossega, tot i que en menor mesura, en forma de baixa autoestima i tristesa vital: "em feia mal viure, i si sortia de la feina a les quatre de la tarda em prenia pastilles per dormir fins l'endemà al matí, a l'hora de tornar a anar a treballar".

La Natàlia fa tres mesos que està en tractament i pren medicació, i quan els símptomes més greus se suavitzin, començarà una teràpia psicològica. És revelador comprovar com ella mateixa es descriu amb una autoestima molt baixa ("em sento tan patètica... perquè és que la meva vida és patètica!") i alho-

ra és capaç d'adonar-se que aquests pensaments no formen part del seu caràcter sinó que els causa la depressió: “abans de tot això jo era una persona que em sentia feliç”, em diu. I malgrat tot, no pot evitar aquests símptomes que, com que és metgessa, descriu a la perfecció perquè els ha hagut de diagnosticar sovint als seus pacients.

Són símptomes com per exemple l'anhedonisme, la incapacitat de sentir els plaers de la vida. Ara, diu, “un cop he començat el tractament, ja començo a recuperar el gust per la lectura, per la música, per un bon dinar... Abans, res no em satisfieia”.

Si ni tan sols una metgessa s'adona que està patint una depressió, és evident que adonar-se que la malaltia comença no és fàcil per part de qui la pateix. La família aquí ja hi té, doncs, una primera i important responsabilitat: fer veure a la persona afectada que no està bé i que convé, ni que sigui per prevenció, que consulti el seu metge.

Els metges han constatat que una bona part de les depressions mai no arriben a la seva consulta. I si bé és cert que algunes de lleus poden desaparèixer per elles mateixes, el risc de no fer res és que, com en el paradigma de la granota, quan ens adonem o reaccionem, la depressió ja es mostra amb símptomes físics o bé emocionals tan evidents que fan que el pacient no pugui ni aixecar-se del llit al matí o bé esclati amb un atac d'anietat, per posar només dos exemples.

### **DES DE QUAN NO ESTIC BÉ**

També és freqüent que els pacients, un cop han entrat en tractament i es recuperen, mirin enrere i s'adonin que reunien els símptomes d'una depressió des de feia molt més temps del que es pensaven. És el que va passar al Roberto, que ocupa un càrrec d'alta responsabilitat a l'Administració pública des de fa cator-

ze anys. Quan va començar a prendre la medicació, va notar que millorava i es va preguntar: "...i des de quan jo no estava tan bé? Des de quan jo no estava tan despreocupat? I vaig arribar a la conclusió que la meva davallada psicològica definitiva va començar sis o set mesos abans d'anar a la doctora, però la depressió ja hi era des de feia molt de temps, potser des d'anys enrere".

Al Roberto, com a la Natàlia, va ser el seu entorn familiar i d'amics qui li va detectar els primers símptomes: problemes de memòria, dificultat a l'hora d'articular les paraules, i posteriorment episodis d'ansietat.

Cada persona pot expressar els primers indicis d'una depressió de maneres diferents: amb mals de panxa sense causa aparent, mostrant-se més trist o més irritable, actuant de manera més ansiosa o, al contrari, fent les activitats diàries de manera més lenta o apàtica, tenint pensaments pessimistes sense justificació quan la feina, la família i la vida semblen somriure-li.

No obstant això, quan l'entorn més íntim del malalt de depressió es posa en alerta, ha d'anar amb compte, perquè petits detalls no han de portar a l'extrem d'atribuir qualsevol petit canvi a una depressió. Tots passem dies més o menys tristos, digestions pesades i cansaments. Altra cosa és que aquestes manifestacions durin més del compte i s'agreugin sense que hi hagi una causa física.

### **UNA MALALTIA EN AUGMENT**

La depressió és la més freqüent de les malalties o trastorns mentals, és la malaltia amb més impacte social als països occidentals i, segons el pronòstic de l'Organització Mundial de la Salut, no parerà de créixer en els propers anys. Es poden esmen-

tar un munt de xifres estadístiques, però totes giren entorn de la dada que una de cada cinc persones pateix algun episodi depressiu al llarg de la seva vida.

La depressió és un trastorn que actua com les onades concèntriques que provoca una pedra llançada en un llac: impacta inicialment en l'estat anímic i físic de qui la pateix fins a l'extrem que, en alguns casos, genera risc de suïcidi; s'estén a la seva manera de relacionar-se amb l'entorn, afecta i implica també aquest mateix entorn familiar i sentimental, té incidència en la salut pública en tots els nivells i alhora repercuteix també en el món laboral i, en definitiva, en l'economia del país. Es calcula que el cost de les baixes europees per depressió equival al 10% de la riquesa de la UE. La depressió, en definitiva, remou i posa en qüestió el concepte de salut mental i de felicitat que tenim tots plegats.

I tan grans com aquestes magnituds emocionals, econòmiques i socials ho és també la dificultat per a definir què és la depressió, quines són les seves causes, com es poden classificar els diferents casos de depressió, quins són els millors tractaments, com es pot preveure l'evolució del trastorn, quan es produirà la recuperació i quines possibilitats hi ha de recaure.

Pel que fa a la definició, la paraula *depressió* té diferents significats. Pot ser un símptoma d'un altre trastorn o d'una malaltia física, pot ser definit com un conjunt de símptomes que formen una síndrome (la síndrome d'Ulisses, per exemple, que pateixen molts immigrants quan arriben sols al país de destinació) o pot ser un trastorn o una malaltia en si mateixa. Aquest llibre parla fonamentalment d'aquest últim significat: la depressió com a malaltia.

“Estic deprimat, ahir va perdre el Barça”, “la meva germana està *depre* perquè l'ha deixat el xicot”, “la societat alemanya ha passat per uns anys de depressió” o “la depressió borsària de Nova York

està arrossegant també els parquets europeus” són expressions que es fan servir tot sovint i que no tenen res a veure amb el trastorn de l'estat d'ànim que es descriu en aquestes pàgines; igual que quan diem “vaig sortir trastornat del cine, la pel·lícula era molt dura” o “les mudances són un trastorn, un mal de cap terrible”. Totes són frases que fem servir sovint i que no tenen gairebé cap relació amb el trastorn depressiu definit per la psiquiatria.

Passa el mateix amb altres paraules del llenguatge mèdic que hem incorporat a la vida quotidiana donant-los significats bastant diferents als que tenen en medicina: *paranoia*, *al·lucinar*, *esquizofrènia*, *neuròtic*, *estrès*, *insomni*, *ansietat*...

En aquest llibre sempre farem servir la paraula *depressió* com a sinònim de trastorn i també de malaltia, indistintament, per a intentar contribuir a donar la mateixa importància a la paraula *depressió* que la que donem a la paraula *malaltia*.

### **SÍMPTOMES QUE DONEN EL SENYAL D'ALARMA**

El millor sempre és consultar el metge d'atenció primària o un psiquiatre.

La depressió provoca símptomes en les emocions, els pensaments, els comportaments i el propi cos:

- Síntomes *emocionals* (en els sentiments): sentiments de tristesa, culpa, falta d'illúsió, desesperança, tendència a plorar, incapacitat de gaudir de les coses (anhedonisme).
- Síntomes *cognitiu*s (en els pensaments): manca d'autoestima, sentiment de poca vàlua i inutilitat, incapacitat per a fer tasques habituals, visió negra del futur, pensaments de mort o fins i tot idees de suïcidi; sensació subjectiva de pèrdua de memòria: els pensaments es formulen més lentament.
- Síntomes *físics* (en el cos): trastorn del son, de la gana i de l'activitat física. Pel que fa al son, es poden tenir proble-

mes per a dormir, o despertar-se de matinada, dormir malament o patir malsons. El trastorn alimentari normalment es presenta tenint menys ganes de menjar, i en alguna ocasió, en canvi, augmenta la gana en forma de bulímies (ingerir molta quantitat de menjar ràpidament i després treure-la). També acostuma a disminuir el desig sexual, i sovint apareixen mals de cap, d'esquena o d'estómac.

- Síntomes *conductuals* (en el què fem): abandonament de les tasques domèstiques i de vegades també de les laborals a causa de l'apatia, la manca d'iniciativa i la incapacitat de decidir.

## **CAUSES DE LA DEPRESSIÓ**

### **NO HI HA MALALTIES, SINÓ MALALTS**

No existeix “la depressió” sinó persones que pateixen depressions. La majoria dels experts conclouen que aquest trastorn no té una causa única, sinó diverses, sovint combinades i indescribibles. Causes que tenen a veure amb les característiques biològiques, psicològiques i socials de cada persona.

### **FACTORS BIOQUÍMICS**

Es pot apuntar, doncs, i amb molta prudència, que una baixa presència o un desequilibri en la funció de determinats neurotransmissors, com la serotonina o la noradrenalina, al cervell es relaciona amb una predisposició a patir un trastorn de les emocions i per tant amb la possibilitat de patir depressió.

Els psicofàrmacs, i en concret els antidepressius, actuen intentant fer front als desequilibris que es produeixen en els neurotransmissors durant la depressió.

### **PATIR ALTRES MALALTIES: COMORBIDITAT**

Un altre factor biològic que pot contribuir a generar una depressió és estar patint una malaltia física greu que comporti una reacció psicològica que acabi adoptant la forma de la depressió. En aquest cas, cal tractar alhora la malaltia física i la depressió, cadascuna amb el seu tractament específic. També

pot donar-se el cas que una malaltia física generi reaccions fisiològiques que posin el cos en una situació més vulnerable enfront de la depressió. Llavors es recomana sobretot tractar la malaltia física o intentar canviar la medicació que es fa servir per a curar-la.

Les malalties que poden estar relacionades amb el desencadenament d'una depressió són fonamentalment l'alcoholisme (que també pot ser-ne una conseqüència, de la depressió), les malalties neurològiques, sobretot Alzheimer i Parkinson, i les malalties endocrines, especialment hipotiroidisme o hipertiroïdisme. Cal subratllar que no és que aquestes malalties portin necessàriament a la depressió, sinó que són les que més relacionades hi estan.

### **L'ANSIETAT**

L'ansietat o angoixa és un dels trastorns que més freqüentment poden portar a una depressió o estar-hi associats. La Berta, una periodista radiofònica de trenta-dos anys a qui la seva feina li exigeix estar en tensió durant moltes hores, havia tingut problemes d'ansietat abans de derivar en una depressió:

“La meva depressió va començar amb els símptomes característics de l'ansietat: opressió al pit, marejos, contractures, cansament... i vaig anar directament al psiquiatre. De seguida em va diagnosticar depressió i em va donar un tractament de fàrmacs. Em costa parlar-ne, però quan estàs avall, amb la depressió, el que sents és molt dolor, molt, i no tens ganes de fer res, no tens ganes de sortir, et tornes pessimista i de tot tens una visió negativa. No es tracta d'una *depre* en el sentit banal de la paraula, això t'ho ben asseguro.

També vaig començar una teràpia amb una psicòloga que em va ajudar a controlar l'ansietat. El millor mètode per a mi va ser la respiració abdominal. Un altre, visualitzar situacions que fossin agradables. Jo, per exemple, recordo que sempre visualitzava el mar, que em dona molta tranquil·litat... L'angoixa és com un peix que es mos-



sega la cua, com més nerviosa estàs més t'angoixes. Un dia tornant de la feina en autobús, se'm va accelerar el cor, em suaven les mans i vaig haver de baixar. Vaig començar a caminar sense rumb fix per relaxar-me... i em va anar molt bé. De fet diuen que passejar és una bona teràpia. Vaig arribar fins on treballa la meva germana i això em va tranquil·litzar moltíssim, i també em va ajudar parlar amb el meu metge. Moltes vegades la gent només pateix angoixa, però la línia que la separa de la depressió és summament fràgil.”

Es calcula que entre un terç i la meitat dels pacients amb ansietat acaben patint una depressió secundària, o depressió vinculada amb l'ansietat.

Els experts estan força dividits a l'hora de decidir si depressió i ansietat són manifestacions d'una mateixa malaltia. Sigui com sigui, el més important és saber detectar i tractar aquesta ansietat, perquè pot influir en la depressió.

L'ansietat és una resposta automàtica del cos i la ment per a fer front a esdeveniments que considerem amenaçadors. Per exemple, és bo que el cos reaccioni amb ansietat davant la presència inesperada d'un lleó, perquè això incita una resposta adequada. En aquest cas, córrer.

En canvi, quan l'ansietat comporta una reacció desproporcionada o és motivada per un risc que no és real s'ha de tractar medicament. En aquests casos es manifesta amb alteracions físiques i psíquiques que posen en alerta la persona: por i pànic, de vegades agorafòbia, palpitations, suor, tremolors, sensació d'asfíxia, opressió al tòrax, mareig, sufocacions o calfreds.

La gran majoria dels tractaments de l'ansietat es basen en els medicaments ansiolítics. No obstant això, cal tenir molt present el risc de dependència que tenen drogues com les benzodiazepines, les més habituals per a tractar l'ansietat. I de la mateixa manera que les situacions de tristesa puntual i necessària davant esdeveniments vitals negatius no s'han de qualifi-

car de depressió, tampoc no cal administrar ansiolítics davant de reaccions d'ansietat normals, que són un mecanisme útil que posa en marxa el nostre cos davant d'esdeveniments estressants que tots patim en algun moment.

Diversos estudis constaten que el tractament més efectiu per a l'ansietat és una combinació entre la recepció de pastilles i una teràpia sobre la conducta.

Per als pacients és més còmode descriure una situació d'ansietat que una depressió, perquè sovint l'ansietat no és vista com un autèntic trastorn sinó com una reacció normal a l'estrès de la vida. És tasca dels metges tractar d'esbrinar si al costat de l'ansietat hi ha símptomes depressius, com va ser el cas de la Berta.

## **FACTORS HEREDITARIS**

“A la meva mare li van diagnosticar una depressió quan jo tenia vint-i-un anys; avui, vint-i-cinc anys després, continua prenent medicació, té alts i baixos. El meu oncle va fer un intent de suïcidi. Jo vaig caure en una depressió als trenta-set anys, crec que l'estrès laboral va ser el que la va precipitar. Fa uns mesos, el meu fill de vint-i-set anys va caure també en una depressió, uns mesos després de separar-se de la seva parella. La meva filla també va tenir una crisi durant tres o quatre mesos i, després d'haver-hi anat jo, també va anar al psiquiatre. No sé si a la meva família estem predisposats a la depressió per genètica.”

És el testimoni del Manolo. Ell, com molts altres casos, acumula vivències que el porten a preguntar-se si la depressió és hereditària.

La depressió pot tenir components hereditaris, però no és hereditària al cent per cent. Entre altres coses, perquè no tots

els individus que hereten els gens que poden predisposar a la malaltia acaben patint una depressió.

Però en quin percentatge de casos s'hereta la depressió? Es fa difícil de calcular, però es parla d'entre un 20 i un 40%. Dit d'una altra manera, es considera que els familiars de pacients amb depressió tenen tres vegades més possibilitats de patir-ne que el conjunt de la resta. Això pot ser per motius genètics o bé perquè viure en una família on es pateix depressió genera unes condicions ambientals o psicològiques determinades que poden ser en si mateixes un factor estressant que pot precipitar a patir-ne.

### **FACTORS PSICOLÒGICS I FACTORS SOCIALS**

Es creu que els factors psicològics i socials que poden portar a una depressió són una combinació entre, d'una banda, determinats esdeveniments que, especialment en les primeres edats, poden generar una predisposició a ser més vulnerable a patir el trastorn, i de l'altra, un fet vital estressant, normalment relacionat amb una pèrdua, que finalment és el que precipita la depressió.

“Quins fets de la teva vida creus que et poden haver portat a la depressió?”, pregunto a l'Ernest, un mestre d'escola jubilat de seixanta-cinc anys que té diagnosticada una depressió recurrent des que en tenia trenta.

“Doncs des de tenir un pare amb molt mal caràcter i una mare molt ansiosa, fins a una adolescència molt fotuda i a ser superdotat... El meu pare era molt rígid. Ma mare era més ximple que jo que sé! En tinc un record molt dolent, dels pares. No m'entien. I durant l'adolescència, que sempre comporta canvis a tots els nivells, per a mi ho va ser més, i em vaig trobar més sol que la una. Ho vaig passar molt malament, estava despistat, era molt insegur i també immadur. Que això és la causa primera de la meva depressió? Suposo que sí. També recordo que em vaig concentrar en els

estudis, feia molt treball intel·lectual, i això va fer que abandonés les relacions socials perquè tampoc no eren fàcils... Vaig buscar parella en anuncis dels diaris, però no hi havia ningú que em fes el pes, fins i tot vaig anar a agències matrimonials. No va haver-hi manera. La solitud em va pesar massa. És un factor molt important, no me'n vaig poder sortir i això em va enfonsar. Tenia un sentiment de fàstic vital constant, cada hora de cada dia de la meua vida. I estava sol, sense contacte afectiu o emocional amb altres persones, i la solitud és molt *cabrona*, encara més si et proposes sortir-ne i no pots. Als trenta-sis anys vaig conèixer la que avui és la meua parella, ja era hora! Això no ho és tot per a superar la depressió, però és un pas molt important.”

#### **FACTORS PREDISPOSANTS**

Els primers anys de vida humana són clau per a formar la identitat de cada persona i la manera de relacionar-se amb els altres. Per al neuròleg Nolasca Acarín, un dels possibles orígens de la depressió o de trastorns de personalitat s'ha de buscar en el desenvolupament cerebral dels primers anys de vida, perquè és quan s'està teixint la xarxa de neurones. “És a partir de l'estimulació pels sentits que desenvolupem neuroplàsticament el cervell, l'enriquim més o menys, el condicionem d'una forma o una altra; per tant, és de sentit comú que una infantesa feliç fa que el cervell *entengui* que a la vida es pot ser feliç. A aquest individu li serà més difícil passar-s'ho malament o entrar en un procés depressiu. I a la inversa, un nen que ha estat maltractat en la seva infantesa ha anat gravant en el seu cervell l'experiència del fracàs o del dolor, i li serà difícil després entendre que a la vida es pot ser feliç.”

Els factors que poden influir de forma negativa en el desenvolupament neurològic i psicològic des del naixement fins a l'adolescència són fonamentalment tres:

- Els abusos sexuals i el maltractament per part dels pares.

- Un mal estil educatiu a casa basat en la sobreprotecció o en una exigència excessiva.
- Que el nen tingui poc clar el seu paper, el seu rol, a la família.

A més d'aquests tres, n'hi ha d'altres. Per exemple, la separació de la mare d'un nen o nena de molt curta edat pot generar conseqüències neurobiològiques negatives a llarg termini. És a dir, pot fer que la resposta hormonal davant fets estressants sigui excessiva, i per tant generarà un cert desequilibri.

Un altre possible esdeveniment que a la llarga pot generar risc és la mort de la mare o el pare durant la infantesa. Però també hi ha experts que matisen que en aquests casos la predisposició del nen a patir una depressió en el futur no la causa tant la mort del pare o la mare en si mateixes, com les conseqüències que pugui generar aquesta pèrdua: una mala relació amb el pare o mare supervivent, o una baixa autoestima del nen com a conseqüència de la mort del progenitor. Un bon indicador que la pèrdua de la mare o el pare hagi estat un factor predisposant per a una depressió és que aquesta depressió es presenti pocs anys després de la pèrdua.

De la mateixa manera que les pèrdues no tenen perquè predisposar a patir una depressió en l'edat adulta, tampoc la separació o el divorci dels pares no ha de ser un element de risc de depressió en el nen. I en qualsevol cas, la causa no seran les separacions, sinó les possibles conseqüències psicològicament negatives que el fill tregui d'aquest procés per la manera com s'hagi desenvolupat.

Del que es tracta, doncs, és que, des del naixement, l'ésser humà desenvolupi una estructura psicològica sana, fent un procés d'evolució adequat al costat dels seus pares, per anar desenvolupant el seu "jo" i amb capacitat d'assumir i superar les "crisis" que li representen els constants canvis i descobri-

ments que experimenta en aquest procés: la identitat pròpia i diferenciada dels altres, especialment de la mare, la sexualitat, la capacitat de tolerar les petites frustracions diàries...

#### **ESDEVENIMENTS VITALS PRECIPITANTS**

Set de cada deu episodis depressius estan precedits per esdeveniments vitals que la precipiten. Es tracta sobretot de fets que representen una pèrdua: separar-se, divorciar-se, quedar-se vidu o vídua, perdre inesperadament un familiar directe o una amistat, quedar-se sense feina, jubilar-se, o fins i tot perdre quelcom tan valuós com l'autoestima.

Els investigadors han concretat que entre aquestes pèrdues, les que provoquen una especial sensació d'indefensió, impotència, falta d'horitzons de futur, frustració i, en definitiva, la sensació de sentir-se atrapat, són les que comporten més risc de desencadenar una depressió. I si, a sobre, qui pateix aquesta pèrdua té la sensació de no haver pogut controlar aquesta situació sobrevinguda, tot plegat pot ser suficient per a desenvolupar una depressió.

Uns altres fets de la vida que s'han de tenir en compte són els factors estressants crònics: la pobresa, una invalidesa física o matrimonis permanentment problemàtics. Són vivències que s'allarguen en el temps i que poden contribuir a fer que un esdeveniment vital negatiu tingui encara un impacte més fort del que tindria normalment.

#### **LA FALTA DE SUPORT SOCIAL**

Un suport social insuficient o negatiu pot ser un factor que contribueixi a caure en una depressió, però els diversos estudis que s'han fet respecte d'això interpreten de maneres matisades els efectes d'aquest mal suport social.

El suport social bàsic és una relació humana de confiança que proporcioni intimitat i proximitat. També es pot definir com el

fet de tenir amics i familiars. És en bona mesura el que l'Ernest deia que li faltava quan parlava de la seva solitud en termes de manca de "contacte afectiu o emocional amb altres persones".

Un estudi clàssic respecte al suport social és el dels investigadors George W. Brown i Tirril Harris del 1978. Centrats en el cas de les dones, van identificar quatre categories de manca de suport social: la falta d'una relació de confiança íntima, haver perdut la mare abans dels onze anys, estar sense feina i tenir tres o més fills menors de quinze anys.

Normalment aquesta manca de suport social es posa en relació amb els esdeveniments vitals estressants que hem esmentat abans. I en aquest sentit, autors com Brown consideren que el suport social té un efecte amortidor, és a dir, que fa de coixí davant dels cops greus que rebem al llarg de la vida, com la pèrdua d'un familiar o un fracàs professional.

George W. Brown insisteix, en l'entrevista que em concedeix, que després de molts anys d'investigació respecte als factors psicològics i socials que poden portar a una depressió o mantenir-la, ha constatat que tot està relacionat: "per exemple, el baix suport social del marit pot provocar una baixa autoestima en la dona i això pot estar relacionat amb el risc de patir un esdeveniment vital negatiu. La manca d'autoestima, sostinguda en el temps, és un factor de vulnerabilitat, i això es posa de manifest davant un esdeveniment vital estressant". Per a aquest investigador britànic, és molt important el suport social perquè "produeix una reducció de la vulnerabilitat, dels esdeveniments vitals negatius i, per tant, un efecte amortidor".

Després de molts anys d'estudis en relació amb els quatre factors esmentats, Brown afegeix que un sol factor pot tenir papers i mecanismes diferents. I el més determinant, en definitiva, és la qualitat de les relacions centrals: la parella, els fills, la família.

**LA PERSONALITAT**

La Victòria, de 37 anys, m'explica que segons li ha dit el seu metge, la depressió que pateix és deguda a uns desequilibris químics interns, és a dir, als factors bioquímics, perquè la seva vida és feliç a tots els nivells. En parlar del seu caràcter, de la seva personalitat, en un primer moment es descriu com “molt alegre, molt optimista, molt positiva, molt feliç, quan estic bé”. Després, quan li pregunto directament si identifica algun fet que precipiti les seves petites recaigudes periòdiques, matisa:

“Potser hi ha alguna coseta, un motiu petit, una *tonteria* que potser m'afecta massa, són coses a les quals dono més importància de la que tenen i et comences a desanimar. No sé si és això el que desencadena les meves depressions. No tinc problemes, però de vegades un petit comentari d'una persona a la feina, d'una amistat o d'un familiar fa que jo, que ho analitzo molt tot i li trec la punta a tot, comenci a menjar-me el *coco* i allò em pot començar a atabalar... Tendeixo a preocupar-me, encara que no ho sembli, perquè semblo molt contenta i molt alegre, però em preocupo per tot.”

La Victòria ens està descrivint el que en psicologia es defineix com a neuroticisme, i que, en el seu cas potser es presenta en termes lleus. El neuroticisme és un tret de personalitat que pot ser un dels ingredients que porti a una depressió. Es tracta de persones molt vulnerables davant situacions d'estrès físic o psicològic relativament lleus, i que també són emocionalment inestables.

El Pedro, marit de la Rosario, una dona de cinquanta-quatre anys amb depressió crònica, descriu aquest tipus de personalitat: “a allò més mínim li dona molta importància. Ho veu tot més fosc, dona la volta a les coses i fa gran allò petit, multiplica una sola paraula. I està obsessionada amb la idea que ara, quinze anys després del càncer de mama que va patir, li toca morir-se”. En Pedro, descrivint la seva dona, també descriu un altre tret de personalitat associat sovint a la depressió: la baixa autoestima.



## **TIPUS DE DEPRESSIÓ**

### **DEPRESSIÓ MAJOR**

Es defineix per la severitat i durada dels símptomes com la tristesa, la pèrdua d'interès per les coses, la fatiga, la disminució de la vitalitat, la disminució de l'atenció i concentració, la pèrdua de confiança en un mateix i els sentiments d'inferioritat, idees de culpa i de ser inútil, perspectiva fosca del futur, pensaments d'autoagressions o actes suïcides, trastorn del son o pèrdua de la gana.

Pot aparèixer amb períodes de mania (llavors es defineix com a trastorn bipolar) i, en ocasions, amb símptomes psicòtics, dels quals parlarem més endavant.

### **DISTÍMIA**

Les distímies són depressions més lleus pel que fa als símptomes, però que són cròniques: la depressió està present la major part del dia i en la majoria dels dies durant almenys dos anys, i afecta totes les esferes de la vida, tant les relacions amb les persones properes, com la feina i, òbviament, el benestar físic i psicològic de qui la pateix. Es manifesta sobretot amb símptomes com baixa autoestima, pessimisme, aïllament social i pèrdua d'interès i de capacitat de sentir plaer. Els qui la pateixen són persones introvertides, capficades en extrem, preocupades per la seva incapacitat i per la disminució del seu benestar físic i emocional. El risc de conducta suïcida en les distímies és superior al de la

depressió major. Percentualment, les distímies afecten entre dues i tres vegades més a dones que a homes.

La Rosario, que abans hem conegut en la descripció que en fa el seu marit, en Pedro en el capítol anterior, té depressió des dels dinou anys. En el moment de l'entrevista en té cinquanta-quatre. No recorda períodes bons que li hagin durat més d'una setmana. El primer trastorn va ser un atac de nervis com a conseqüència de problemes familiars. El metge li va receptar ansiolítics. Des de llavors no ha deixat de prendre pastilles. Només una vegada ha anat al psicòleg: li va fer un test de 567 preguntes. No hi va tornar.

Els records de la seva família d'origen, a Màlaga, no són gaire bons: “mai no vaig veure ma mare contenta, mai no vaig veure alegria a casa; a la seva edat i en aquella època, ma mare no entenia el que em passava i només deia que la seva filla tenia nervis”.

L'any 1991 la Rosario va patir un càncer de mama i li van haver d'extirpar un pit. Això la va acabar d'enfonsar, la va fer sentir inútil i li ha fet desenvolupar l'obsessió que ara, uns anys després d'haver superat el càncer, li toca morir-se.

Es pot passar mesos amb totes les persianes de casa seva abaixades per evitar la llum del dia, a les fosques, estirada al llit sense fer res, sense gana ni ganes de viure. Sola, perquè el seu marit, el Pedro, fa de taxista i està tot el dia fora. La Rosario té dos fills amb qui tampoc no té bona relació i que no entenen la seva malaltia. Amb la filla, de trenta-dos anys, la relació és encara pitjor des que la Rosario s'ha quedat la cus-tòdia de la néta.

De fet, la néta s'ha convertit en la seva única motivació per continuar vivint. “Si no fos per la nena jo no seria aquí. Visc per ella. Si els assistents socials se l'emporten a un centre de menors em moro, em trec la vida.

El metge de capçalera em va dir que estava en un pou molt fons i que si no em proposava sortir-ne no en sortiria. Però, com ho faig? Com en surto? No ho sé.”

Al final de la conversa li pregunto si creu que es curarà. “No”, em contesta, amb més serenitat i rotunditat que en tota la resta de l’entrevista. “Penso que moriré amb la malaltia, amb dies millors i d’altres de pitjors, però no havent-me curat.”

Malgrat tot, quan té uns dels seus dies bons, va al casal del barri i fa de puntaire. També manté contacte amb una associació contra el càncer.

La Rosario reuneix característiques pròpies de les distímies.

## **TIPUS DE DEPRESSIÓ SEGONS LES CAUSES QUE L’ORIGINEN**

### **DEPRESSIONS ENDÒGENES O DE BASE BIOLÒGICA**

Les depressions endògenes són les que es consideren causades fonamentalment pels factors biològics i hereditaris. Això es detecta perquè, tot i que el primer episodi depressiu pot ser precipitat per un fet estressant de la vida, normalment no es troben esdeveniments vitals que causin les recaigudes posteriors. Aquestes depressions biològiques, també anomenades melancòliques o endògenes, acostumen a presentar tres grups de símptomes característics:

- El malalt es troba pitjor al matí i millora a la tarda.
- El malalt té despertar precoç, és a dir, dorm les primeres hores i es desperta de matinada.
- La depressió s’inicia o empitjora a la primavera i a la tardor.

Alguns psiquiatres hi afegeixen la manca de moviment, és a dir, la inhibició motora, els trastorns del moviment.

### **DEPRESSIONS REACTIVES O EXÒGENES**

Les depressions reactives o exògenes són les que es consideren fonamentalment causades pels factors psicosocials que hem repassat. I per tant es caracteritzen per aparèixer després d'un esdeveniment vital estressant que genera una reacció que va més enllà del que és normal. Com es pot saber si va més enllà dels marges normals de la tristesa o el dolor? Doncs perquè el dol, la tristesa, el dolor psíquic s'allarguen en el temps i tenen una intensitat desproporcionada. Així, per exemple, plorar per una separació matrimonial és normal. El que probablement ja no ho sigui tant és que més d'un any després es continuï plorant intensament cada dia, pensant en la idea de la mort i sent incapaç de sortir de casa.

### **DEPRESSIONS EN FUNCIÓ DE SI INCORPOREN TRASTORNS PSICÒTICS**

La psicosi representa una pèrdua de contacte amb la realitat mitjançant pensaments de ruïna, hipocondria o culpa, que poden tenir un vincle amb un estat d'ànim puntual, o bé no tenir-hi cap relació, ser incongruents amb l'estat d'ànim i la situació real personal i familiar del moment en què es produeix la psicosi.

Per exemple, un malalt psicòtic és aquell que està convençut, encara que se li digui i demostrï el contrari, que s'ha quedat sense diners o que és el culpable de la mort de la seva dona. O que els números del bingo són una combinació per a desactivar els míssils extraterrestres.

Les psicosis es poden materialitzar en deliris i al·lucinacions. La diferència entre un deliri i una al·lucinació és que en el deliri es pensen, es temen i es pateixen amenaces inexistents. I en l'al·lucinació no només es pensen, sinó que es veuen o s'escolten les amenaces, les persones o les veus com si fossin reals.

## LA DEPRESSIÓ BIPOLAR

La depressió bipolar és un trastorn mental d'origen fonamentalment neurobiològic i hereditari, crònic, que es caracteritza per fases de depressió i per fases d'eufòria, una a continuació de l'altra. Entre totes dues situacions negatives hi ha intervals d'estabilitat, més o menys duradors. A les fases d'eufòria també se les anomena manies o fases maníacques. Per això la depressió bipolar també s'anomena trastorn maniaco-depressiu.

La depressió bipolar té en el seu origen un component més hereditari i per tant més biològic que no pas la depressió sense fases eufòriques. No obstant això, no és un trastorn hereditari al cent per cent: es calcula que els fills tenen un 20% de possibilitats de desenvolupar la depressió bipolar que pateixi la mare. El risc creix si el pare també ha viscut aquest trastorn. Ara bé, en cas que el fill hereti la predisposició a la depressió bipolar, pot fer-ho en una forma i intensitat diferents. La transmissió hereditària també pot ser de pares a néts, i per tant *saltar-se* una generació. També hi influeixen, sobretot la primera vegada, factors psicològics i de l'entorn.

La Lídia està casada, té quaranta anys, és mare de dos nens i pateix una depressió bipolar des dels disset:

“Jo sempre he estat una persona alegre, amb molts amics. I el primer que recordo de la malaltia és que em feia por relacionar-me amb la gent, em feia por la llum del dia. Estava tot el dia asseguda en una cadira, com un vegetal, no tenia ganes de fer res. Al principi els meus pares pensaven que era una cosa física, i em van fer mil proves mèdiques fins que van veure que era una cosa mental. A la gent li costa assumir que puguis tenir un trastorn mental.

No podia sortir ni agafar el telèfon quan em trucaven les meves millors amigues, em feia pànic. I si sortia i veia algú conegut, creuava el carrer. És horrorós perquè és com estar sense vida, com un vegetal, sents una tristesa molt gran a dins i no entens el perquè, era una noia sense problemes...

Vaig deixar el COU, em feia pànic anar a l'institut. Sempre he estat una persona alegre, amb molts amics. Les meves amigues em portaven a casa els apunts però quasi no volia ni veure-les.

El psiquiatre no m'agradava perquè de sobte se'm quedava mirant i em deia: què penses? I jo em quedava molt aturada. Ell enfocava el problema dient que jo havia d'anar a una residència d'estudiants perquè estava molt amb els meus pares... però jo creia que no calia. Em va anar fatal, el psiquiatre, però com que em va donar medicació, a poc a poc vaig anar remuntant...

Amb les depressions bipolars l'única solució és medicació al cent per cent, és l'únic que et pot ajudar en aquests casos.

Els meus pares, quan van veure que estava millor em van enviar als Estats Units a estudiar i aprendre anglès. A Boston va ser apoteòsic! Allà vaig tenir la primera fase *alta*, d'eufòria. No es pot ni explicar! Em van expulsar de la residència i del col·legi, perquè no estava bé, estava molt *alta*. El meu pare em va haver de venir a buscar de tan malament que estava.

Quan estic *alta* hi ha moltes coses que no recordo, la ment et borra molts moments, suposo que perquè no et martiritzís. Quan ets *alta* ets una persona *súper* feliç, ho pots fer tot. Ets la millor de tots. Vaig organitzar una festa en un gratacels, amb músics i tota la gent de l'escola... però no tenia cap sentit, allò era excessiu. Em van expulsar del centre! Vaig sortir amb un noi, em feia gràcia. Però era perquè estava *alta*, era molt afectuosa amb els nois... La fase *alta* és igual de dolenta que la davallada que representen les depressions, t'has de medicar igualment. Però ets *súper* feliç.

La depressió bipolar és una cosa cíclica. Però la doctora que em porta ara és molt bona i ha fet que ja no tingui les pujades, les eufòries, només baixades. Perquè amb pastilles es pot compensar i com que el meu cas és sempre el mateix... ella va posant i traient.

He estudiat Turisme, m'he casat, he tingut fills, amb una depressió postpart horrible, això sí... Però he fet vida normal.

El meu marit, abans de casar-nos, va venir aquí i la doctora va explicar-li tot sobre la depressió bipolar perquè sabés de què va el tema i perquè conegués el que passaria amb mi. Per a ell ha estat molt dur però ho ha assumit. Ara que tenim fills, però, li torna a

costar d'entendre que a vegades no me'n puc fer càrrec. I als dos petits els costa d'entendre-ho.

La meva germana m'ha ajudat molt, i el meu germà i ma mare... En canvi, al meu pare li va costar molt. A poc a poc ho ha paït. Li costa, encara. Hi ha gent que mai no ho assumeix. Hi ha gent que mai no ho accepta. I ell no ho accepta. Ho troba horrorós. Tenia plans per a mi, i jo no puc fer res del que ell vol. Jo puc fer només determinades feines, perquè no puc respondre sempre.

Això és hereditari, i tinc por que els meus fills ho tinguin, tot i que no tenen perquè tenir-ho.

El meu futur el veig bé. Veig que tindrè la depressió bipolar fins al final de la meua vida, perquè no es cura. Ja ho sé. Ja ho he assumit. Seguiré prenent pastilles, com ara. Pujant els meus fills, i si pogués treballar en alguna cosa, quan els tingui col·locats... Sempre m'ha agradat treballar perquè estar a casa i ser mestressa de casa és un pal! No m'agrada gens, ho faig perquè em toca.”

La mare de la Lídia, de seixanta-cinc anys, ja ha après a detectar els primers símptomes d'una fase d'eufòria i d'una de depressió en la seva filla.

“Quan està eufòrica compra tot el que troba. A casa encara hi ha coses que ha comprat. I xerra molt, molt. De tantes coses a la vegada, que no té temps. Està feliç. Quan em diu: ‘mare, estic feliç’, jo dic: ‘malament!, ja, ja, ja. No va bé, l'assumpte’.

De seguida me n'adono. Quan em truca per telèfon ja noto per la veu si està una mica baixa o eufòrica. Ella no se n'adonava, fins que la feies reflexionar. Ara ja pren consciència que quan comença a descontrolar-se comprant, malament. Tenia diners al banc i se'ls va gastar tots: mobles per vendre al Brasil, unes coses increïbles! Jo havia d'anar al seu darrere i tornar les coses que comprava sense tenir diners. Després volia fer negocis, posar una botiga...

En canvi, quan està baixa és com si fos en un altre món. Dorm molt. I no es pot fer responsable, tot i que en les fases de depressió mai no ha estat greu, perquè la medicació l'ajuda.

Ara, els alts i baixos, ja els controla més perquè ella mateixa ja ho veu, i tots plegats ens n'adonem més. Quan la veiem que comença a baixar li diem: truca a la doctora. I es controla. El temps també influeix: quan està núvol, la majoria estem apagats. Ella, una mica més. A ella se li nota molt als ulls. I quan la veus alegre dius 'quina sort, gràcies a Déu, passem una temporada bona'. Anem vivint els moments, el que es presenta. Perquè no s'avança res preocupant-se o mirant el passat. S'han d'anar vivint els moments que et donen. És una alegria per a tots quan ella està bé, perquè afecta tots els que l'envolten."

#### **LES FASES EUFÒRIQUES, QUAN S'ESTÀ "ALT"**

La Lídia, amb la seva experiència, ha descrit clarament les fases d'eufòria d'una depressió bipolar: molt *felices* per al pacient però tant o més negatives com les fases de depressió. *Felices* perquè els pacients que les viuen mostren més activitat, un ànim elevat, dormen menys hores, parlen més, tenen loquacitat, verborrea, se'ls accelera el pensament i l'autoestima i també els impulsos sexuals... Tot plegat ho ha descrit la Lídia i la seva mare amb exemples com quan va organitzar una festa immensa, va fer despeses econòmiques injustificades o va flirtejar amb nois impulsivament.

No s'ha de confondre una fase maníaca amb el fet de sentir molta felicitat, sovint aquesta fase està acompanyada de l'anomenada labilitat, és a dir, els que pateixen una fase d'eufòria es mostren molt contrariats i enfadats quan els contradiuen i fins i tot algunes fases maníacques s'expressen amb més mostres d'enuig que d'alegria.

De vegades, durant les eufòries, es poden presentar símptomes psicòtics com allucinacions (sentir veus inexistents, veure persones que no hi són) o deliris. Normalment són deliris congruents amb aquest estat d'ànim megalòman, en què el pacient s'imagina poderós, influent...



### LES DEPRESSIONS DINS EL TRASTORN BIPOLAR

Les fases de depressió en els trastorns bipolars acostumen a diferenciar-se de les depressions unipolars en què les primeres es manifesten en conductes, en la manera de fer o no fer, més que no pas en pensaments depressius. La Lídia es quedava *com un vegetal*, no volia sortir de casa ni tan sols veure la llum del dia. Són els símptomes més sovintejats: apatia, manca d'energia o dormir més del compte, totes són actituds que no necessàriament han d'estar acompanyades d'un ànim trist. És una sensació d'inhibició, un buit vital, indiferència, passotisme i de vegades ansietat. En definitiva, incapacitat per gaudir. Habitualment també disminueix el desig sexual. Els intents de suïcidi en aquestes fases arriben al 33% dels casos.

### LA HIPOMANIA

La hipomania és un estat d'ànim elevat també característic de les depressions bipolars, amb símptomes propis de la mania, de l'eufòria, però no tan greus. No provoca dificultats per a relacionar-se amb els altres o anar a la feina, ni requereix l'ingrés hospitalari. No hi ha símptomes psicòtics.

De vegades, i aquesta és la dificultat i també el repte del pacient i dels familiars, és difícil diferenciar si es passa per una fase hipomaniàca o, senzillament, per uns dies en què, com ens passa a tots, ens sentim més feliços, sociables, amb empenya i amb les emocions més elevades. Una excessiva sobreprotecció de l'entorn familiar, per por a una recaiguda, pot tallar aquestes fases tan agradables que tots experimentem, pensant equivocadament que estem davant l'inici d'una altra fase eufòrica de la malaltia. O, al contrari, de vegades es pot caure en l'error d'identificar el que li passa al familiar com un comportament alegre quan en realitat es tracta d'una fase hipomaniàca.

### **DETECTAR INDICIS**

Adonar-se de quan comença una fase depressiva o eufòrica és fonamental per als pacients i els familiars, perquè significa poder detectar els primers símptomes, anomenats pròdroms. Són canvis en la manera habitual de comportar-se que es poden manifestar en petits detalls.

Cal adonar-se especialment dels canvis previs a una fase maníaca, perquè acostumen a arribar més ràpidament que les fases depressives. Sovint és qüestió de dies o d'hores. Són més difícils de veure perquè alguns pacients es permeten una certa màniga ampla amb els primers indicis de les eufòries. Es deixen anar i no avisen el seu entorn.

Pròdroms d'una fase eufòrica són, per exemple, començar a parlar molt, sentir la necessitat de fer activitats fins a altes hores de la matinada o bé, segons l'experiència de la Lídia, començar a fer despeses innecessàries i excessives, o tenir una determinada manera de parlar per telèfon.

### **QUÈ HEM DE FER QUAN ARRIBA**

Un cop detectats els primers indicis o pròdroms de fases d'eufòria o depressió, el primer que cal fer és consultar de seguida el psiquiatre o psicòleg. En paral·lel a la visita a l'especialista, per a les fases d'eufòria es recomana el següent:

- Dormir més, si cal amb l'ajuda dels medicaments que el metge ja ens haurà receptat.
- Fer només les activitats imprescindibles i posar la salut per davant dels compromisos laborals.
- No dedicar més de sis hores a estar actius, la resta del dia, s'ha de descansar.
- No combatre la hiperactivitat fent molta feina per cansar-se, és contraproduent.

- Reduir els estímuls externs i buscar un entorn relaxant, amb silenci, poca gent i poca llum.
  - No prendre begudes excitants o energètiques, cafè, cola o alcohol.
  - No prendre drogues.
  - Limitar les despeses econòmiques, no tenir accés a targetes de crèdit.
  - No prendre decisions importants.
- I davant una fase depressiva:
- No automedicar-se.
  - Intentar no dormir més de vuit hores.
  - No deixar de fer les tasques quotidianes sempre que es pugui.
  - No consumir alcohol, cànnabis o cocaïna per intentar estar més actius.
  - Tractar de relativitzar les idees d'inferioritat i pessimisme, contrastant-les amb l'entorn més proper.

### **CONTROLAR LA MEDICACIÓ**

L'adherència, és a dir, el compliment del tractament, és especialment complicada en les fases eufòriques del trastorn bipolar. És aquí on la família ha de ser forta i enfrontar-se a un malalt que sovint no es vol prendre de cap manera la pastilla, perquè diu que es troba millor que mai.

A les tertúlies de familiars de persones amb trastorn bipolar que organitza l'Associació de Bipolars de Catalunya, aquest problema apareix tot sovint. És habitual sentir comentaris com: “el meu marit diu que ell no està malalt, que ell és així. I em llença les pastilles, si insisteixo que se les prengui”. Un home explica que la seva filla tenia en una mà una cervesa i en l'altra les pastilles. I va preferir la cervesa. “La seva obsessió és canviar el medicament. No sé si se'l pren, no m'explica res”, es lamenta

una altra dona. Entre els familiars s'intercanvien petits consells per aconseguir subministrar el medicament al malalt. Un exemple és dissoldre el contingut de la pastilla en un suc de taronja o en una sopa a l'hora de dinar.

El liti és el tractament farmacològic bàsic per als trastorns bipolars. És un medicament que serveix per a controlar o si més no suavitzar al màxim els cicles de depressió a eufòria o fase maníaca, especialment aquesta última. D'aquest efecte moderador del medicament se'n diu efecte eutimitzant.

## TRACTAMENTS DE LA DEPRESSIÓ

### TERÀPIES ALTERNATIVES O COMPLEMENTÀRIES AL TRACTAMENT MÈDIC

Lamentablement, moltes depressions mai no arriben a ser tractades per un especialista. Es queden a casa. I d'altres, abans d'arribar a la consulta del metge, s'han intentat solucionar amb teràpies alternatives de tota mena. Gairebé una quarta part dels familiars que han contestat el test per a aquest llibre afirmen que abans d'anar al metge, el pacient va provar de recuperar-se amb alguna de les que s'autodefineixen com a "teràpies naturals alternatives".

"El ioga no és el que em va permetre sortir de la depressió, sinó el pas final de la recuperació. No maleixo els fàrmacs com fan molts mestres de ioga com jo, que els consideren un enverinament. A mi els medicaments em van servir, per suposat, i reconec la seva tasca, perquè hi ha moments en què sense la medicació no tires endavant. És com estar sota una tempesta: la medicació és un petit sostre que et dona espai per començar a reconstruir. I és que la depressió és un carreró sense sortida, tot negre. No saps per on començar a estirar del fil. I la medicació et dona l'espai per fer-ho. Ahora, crec que la medicació sense teràpia no és res, només un pegat. Molta gent que és tractada per la sanitat pública rep un medicament i res més."

Qui fa aquesta defensa del paper dels medicaments és la Isabel, una professora de ioga. El seu testimoni és una demostra-

ció honesta de la necessitat bàsica de fer front a la depressió consultant un metge abans que qualsevol altra cosa.

Ni el ioga, ni el tai-txi, ni l'homeopatia (petites dosis dels principis actius dels medicaments), ni les flors de Bach (gotes extremes de plantes que posen remei, segons els que les venen, a sentiments com la tristesa o la ira), ni la fitoteràpia (tractaments amb herbes que es prenen en forma de te), ni l'acupuntura ni, per descomptat, els bruixots o les pregàries, han demostrat eficàcia científica com a tractaments vàlids per a solucionar, sense recórrer a res més, la depressió moderada o greu. És més, alguns d'aquests mètodes alternatius poden ser contraproductius i agreujar la depressió.

### **EL PRIMER PAS, EL METGE DE CAPÇALERA**

Anar al metge és un gran pas, perquè la major part de depressions moderades o lleus es mantenen mudes, a casa. És a dir, no arriben mai a mans d'un metge de capçalera o d'un psiquiatre o d'un psicòleg. D'això se'n diu el fenomen iceberg: les depressions que es coneixen perquè arriben a la consulta de l'especialista són només la part visible de l'iceberg que conformen el conjunt de persones amb depressió.

Anar al metge de capçalera és un primer pas, tot i que a les consultes només es detecten poc més de la meitat dels trastorns depressius que hi arriben.

### **EL TRACTAMENT AMB ANTIDEPRESSIUS**

#### **LA PASTILLA I LA PARAULA**

A grans trets podem parlar de dos tipus de tractaments: farmacològics, bàsicament amb pastilles, i psicològics, amb

psicoteràpies. No sempre han d'aplicar-se els dos alhora, però la comunitat científica internacional està bastant d'acord que el tractament idoni sol ser el que combina les dues eines: la pastilla i la paraula. Una altra cosa és que, com passa en molts aspectes de la vida, la teoria no es porti gaire a la pràctica.

El doctor alemany Ulrich Hegerl, de la Universitat Ludwig Maximilians de Munic, m'explica el tipus de tractaments amb una comparació:

“Jo sempre explico una imatge al pacient: el puc tractar per les dues cares de la moneda. Sempre hi ha la cara psicosocial: factors de l'etapa de la joventut que incrementen la vulnerabilitat [a patir una depressió], factors que han pogut iniciar la depressió, per exemple si algun ésser estimat es mor, o es produeix un problema professional. I l'altra cara de la medalla és la genètica que hi influeix, els neurotransmissors que poden iniciar el procés i els medicaments. Sempre es poden trobar les dues cares de la moneda, no són aspectes competius sinó complementaris. No hi ha una depressió reactiva o endògena només –això no és una bona visió, en la meva opinió– sinó que hi ha, insisteixo, les dues cares complementàries. Els pacients ho entenen i això els protegeix de les visions exclusives. Dit això, no sempre és necessari tractar mèdicament les dues cares, a vegades només cal psicoteràpia o només cal el medicament.”

La Berta, periodista de trenta-tres anys que ha passat i superat una depressió, fa servir tot sovint una paraula a l'hora de parlar de les pastilles: *paciència*.

“És importantíssim tenir paciència els primers dies i setmanes, quan la medicació tarda a fer efecte. A mi em va ajudar molt en aquell moment una amiga que estava prenent la mateixa medicació, i em va assegurar per experiència que tardaria temps a fer efecte. A més, a mi em van donar una primera medicació que em va deixar literalment tirada al llit. No podia fer res, i això encara

em va preocupar més. Finalment, me la van canviar. Després de quatre mesos de baixa he tornat a treballar. En l'última visita, el metge m'ha dit que em retirarà la medicació si continuo estant tan bé. Em fa una mica de por, tant que es parla de les recaigudes... Però jo no n'he de tenir, de recaigudes, estic bé.”

### **DOSIS DE CONFIANÇA**

El Francesc coneix les dificultats que cal superar amb la medicació, perquè les va viure en la depressió de la seva dona:

“Ella em deia que no volia prendre tantes pastilles. Les primeres dues setmanes de medicació les vaig viure amb molts dubtes perquè en comptes d'anar endavant anàvem enrere, tot i prendre molts fàrmacs. Les reaccions eren cada vegada més dolentes. Durant quinze dies o tres setmanes la sensació era que la cosa no anava gens bé. Fins que un diumenge a la tarda, després de dinar, em va semblar que començava a fer un canvi, estava més tranquil·la, era més coherent en el que enraonava, ja va parlar d'anar a fer un tomb a Barcelona... I vaig pensar que ja tornava a ser com havia estat sempre.”

Al costat de la paciència, doncs, el Francesc hi posa una altra paraula molt usada pels familiars: *constància*.

“Han d'anar passant hores, has d'anar donant les pastilles, jo fins i tot vaig haver de posar-les dins la seva boca perquè no em refiava que se les prenguéss... i quan amb una persona de la teva edat, que ha estat el teu suport, la teva companya de tota la vida, has de fer com si fos un nen... tens sensació d'impotència! Un amic em deia que és molt pesat haver de prendre pastilles i jo li vaig contestar: si has tingut una anèmia prens ferro i quan en tens prou no en prens més, però la depressió és com la diabetis: si tens diabetis has de prendre insulina tota la vida.”



El Francesc està molt satisfet amb la doctora particular que tracta la seva dona, li pot trucar tot sovint si té dubtes sobre si ha de modificar les dosis del medicament: “al començament jo em preguntava com podia ser que, per telèfon, amb el que jo li digués sobre com estava la meva dona em dosifiqués la medicina. Ara sé que és una de les qualitats de la doctora, intentar anar adaptant i ajustant les dosis a partir del que li anem dient”.

Però no tothom té la mateixa sort del Francesc de poder consultar el metge tan sovint. El professional de la xarxa pública de salut no sempre es pot posar al telèfon o pot concertar una visita immediata. El Jaume, casat amb l’Eulàlia, viu amb força impotència aquesta situació a causa de la depressió de la seva dona:

“El metge no dóna gaires explicacions. No et dóna una base sobre la qual actuar, perquè li preguntes i tira pilotes fora. I no saps què fer. I només et diuen que ella va a millor, que això serà crònic i que la medicació no l’he de tocar. Però jo de vegades li pujo o baixo la medicació en funció de com la trobo, a la meva dona, perquè la següent visita al metge no és fins al cap de sis mesos. I si truques al metge, de vegades no hi és... i què fas, llavors? Amb el poc que sé, jo intento ajudar-la.”

El Jaume afegeix a la dosi de la seva dona una altra *ajuda* de collita pròpia: “el que he fet molt amb ella és parlar. Anem a passejar, i el nostre tema de conversa és la depressió: parlar de com es troba ella, de què ha de fer, de com ha de lluitar... Ella sempre ha acceptat la lluita. Sempre ha lluitat contra la depressió”.

#### **MEDICACIÓ I TEMPS**

Un cop desapareixen els principals símptomes depressius, es continua prenent l’antidepressiu, normalment en dosis menors,

durant un període d'uns sis a dotze mesos. D'aquesta medicació que es continua prenent se'n diu *dosi de manteniment* i serveix sobretot per a evitar recaigudes. Permet fer vida normal i és important que qui pren aquestes dosis no es consideri ni sigui considerat encara un malalt, sinó algú que ha superat la depressió i que simplement pren pastilles per precaució, com passa en moltes altres malalties.

Si la depressió és greu i es repeteixen les recaigudes, la medicació s'ha de prendre durant un període més llarg i de vegades per la resta de la vida. Com deia en Francesc, a ningú no li estranya que els diabètics prenguin insulina tota la vida però critiquen que determinades persones amb depressió hagin de prendre també un medicament gairebé sempre.

La família i els amics íntims són també decisius pel que fa a l'actitud que transmeten al pacient respecte a la medicació, com hem vist amb les experiències del Francesc i el Jaume, que apliquen la paciència i la constància incansablement, fins que l'antidepressiu fa efecte.

I encara més, la parella, el fill o la mare de la persona deprimida també és un pilar fonamental davant els possibles efectes secundaris de les pastilles per a fer que en aquell moment el pacient no abandoni el tractament. Es calcula que gairebé la meitat dels pacients suspenen el tractament abans d'hora o no el segueixen correctament. Per què? Per manca d'informació al pacient i a les famílies, per una mala col·laboració entre metge i pacient, perquè el malalt es comença a trobar millor i ja el considera innecessari o pels efectes secundaris que produeix. Per això, en el tractament farmacològic és crucial el que s'ha definit com l'aliança terapèutica entre els familiars, el pacient i el metge per a aconseguir l'adherència al tractament. O sigui, que la persona afectada es prengui totes les pastilles, quan toca i durant el temps que toca.

### **EFFECTE DE LES PASTILLES**

Els antidepressius actuen per a compensar els desequilibris biològics que es produeixen en els neurotransmissors que afecten l'estat d'ànim. Per tant, les pastilles incideixen sobre algun o alguns neurotransmissors, sobretot la serotonina i la noradrenalina (concretament, bloquejant la recaptació o reabsorció d'aquests neurotransmissors en les terminacions nervioses i augmentant-ne la concentració en la sinapsi per a afavorir la connexió entre neurones), per tractar de millorar l'estat d'ànim i l'autoestima. Els antidepressius són la palanca que fa reduir els símptomes de la depressió a partir de la qual es pot iniciar la recuperació.

De la fidelitat a les dosis indicades i sobretot d'enormes quantitats de paciència en pot dependre bona part de la recuperació. I és que tots els antidepressius, encara que uns més que d'altres, tarden unes dues o tres setmanes a fer efecte. D'això se'n diu període de latència. Bona part de les investigacions farmacèutiques se centren a intentar reduir aquest temps.

La majoria dels pacients responen bé al primer antidepressiu o conjunt d'antidepressius que pren, però fins a les vuit setmanes continuades de tractament amb les dosis adequades no es pot determinar definitivament si el tractament ha funcionat. Si no funciona, o no funciona prou bé, o els efectes secundaris són excessius, el més probable és que el metge canviï a una altra combinació de fàrmacs.

Davant de casos resistents als diversos tractaments, o que d'entrada ja presenten aspectes severos o greus, el metge de primària ha de derivar el cas a un especialista, a un psiquiatre d'un centre de salut mental i s'han de buscar alternatives.

L'elecció de l'antidepressiu es basa en el tipus de depressió que es detecta, en si la pastilla ha funcionat prèviament bé en el pacient en cas d'haver patit depressions en el passat, i també en els efectes secundaris que té.

Els principals efectes secundaris dels antidepressius més habituals són nàusees, nerviosisme i la possibilitat de perdre la gana. També, en el cas dels medicaments en fase preventiva de manteniment, cal tenir en compte els efectes sobre la líbido, sobre la sexualitat.

### **ANTIDEPRESSIUS I CURACIÓ**

Ni els antidepressius ni cap teràpia poden garantir al cent per cent que no hi haurà una recaiguda en el futur (tècnicament anomenada recidiva), encara que es prenguin pastilles tota la vida o se segueixi una llarga i intensa teràpia psicològica. Passa com amb la hipertensió: encara que es prenguin pastilles tota la vida per evitar-la, si un dia fem un gran àpat o simplement patim una situació molt estressant, la pressió pot pujar.

Experts com Paul Kielholz, psiquiatre especialitzat en l'angoixa i els processos de remissió, o Julio Vallejo, cap de Psiquiatria de l'Hospital de Bellvitge, xifren en un terç les depressions que, o bé no responen favorablement a les dosis correctes d'antidepressius, o bé són resistents al tractament. Segons els protocols mèdics, si un medicament o una combinació de medicaments no funciona, es prova un altre tipus d'antidepressiu o s'incrementen les dosis del que s'ha receptat dins els marges establerts. En aquest punt, l'aliança terapèutica entre metge, pacient i entorn familiar és decisiva. I, com deia la Berta en el seu testimoni al començament d'aquest capítol, cal molta paciència per a esperar que les pastilles facin efecte.

L'eficàcia del medicament està relacionada no només amb l'efecte que pugui tenir sobre els neurotransmissors, sinó també amb l'actitud que es té a l'hora de prendre'l. O, com diu un dels majors experts en fàrmacs de l'Estat espanyol, Xavier Carner:

“La primera condició perquè un medicament funcioni és que hi hagi un convenciment mutu del metge i el malalt que el medicament funcionarà. Si jo, com a metge, no estic convençut que pot funcionar, puc fer ben poc per convèncer-te a tu, pacient, que el medicament pot ser una solució, ni que sigui parcial, als teus problemes. Evidentment, aquest és només un element més d’una qüestió molt més complexa. Per a fer una bona feina, el psiquiatre necessita molt de temps amb el malalt. Amb cinc minuts cada quinze dies no puc resoldre el teu problema.”

Així doncs, cal que la teràpia psicològica, la psicoteràpia, de la qual parlarem tot seguit, situï el pacient en disposició positiva respecte a l’efecte que li farà el fàrmac.

I a la inversa: el medicament és necessari perquè, per exemple, un pacient molt ansiós pugui calmar-se i seguir una psicoteràpia.

## LES PSICOTERÀPIES

La psicoteràpia és l’art de curar amb paraules. Es basa en la comunicació d’un professional amb el seu pacient, per a mirar de superar, entre d’altres, problemes de personalitat, fòbies o, com en el cas que ens ocupa, depressions. Durant un seguit de converses, el professional mira de provocar canvis en els pensaments, els sentiments i la manera de comportar-se del pacient que poden estar en l’origen del seu problema.

Els testimonis de la Núria i de l’Ignasi, que han superat la seva depressió amb un tractament combinat de fàrmacs i suport psicològic, ajuden a entendre com funciona aquest mètode de curació.

La Núria, separada i amb dues filles, explica:

“Vaig patir la primera depressió als disset anys. Havia començat a treballar, i ja tenia decidit que em volia casar i tenir fills... i patir pels altres. Em costa deixar-me ajudar pels altres. Vaig rebre una educació on veia que la meva mare lluitava, es preocupava pels altres. De fet, havia hagut de lluitar per mi, que de petita vaig tenir la *pòlio*. Per sort em vaig posar bé amb una teràpia del son.

La segona depressió la vaig tenir trenta anys més tard. Em responsabilitzava i patia per tot, fins i tot pel que no podia controlar. També per la feina, totes les propostes s'acabaven convertint en obligacions, m'ho feien fer tot a mi. I va començar l'ansietat i l'estrès.

Vaig començar a perdre pes, tenia la cara prima, no tenia ganes de cuidar-me, i si em mirava al mirall encara era pitjor, perquè em veia molt malament. Em costava adormir-me: es feien les dotze, la una, les dues de la matinada... i encara donava voltes al llit. Em feia por caminar ni tan sols podia anar fins a la cantonada.

Però tenia les meves dues filles, la feina, la casa... i com que em creia una *superwoman* ho havia de fer tot. Els metges em deien que no tenia res, que físicament estava bé. Fins que un dia ja no vaig poder ni moure'm i em van haver de venir a buscar a la feina i portar-me a casa en cotxe. Tenia por de com em jutjaria la gent. Vaig tenir molta sort amb els dos professionals que m'han portat, perquè m'han tractat amb molta humanitat. He après a assumir el que tinc. He pogut reflexionar i tenir algú que m'ha escoltat i m'ha comprès.

Durant les sessions psicològiques vaig tenir temps per a reflexionar. Et preguntes si has fet alguna cosa malament i per això tens depressió, et plantejes si abans de la depressió eres feliç i t'adones que no ho eres. La relació amb el meu marit no era la que jo volia. No compartíem res, ni gustos ni aficions. No teníem un 'tu i jo'. I si no ets feliç, no pots fer feliç als altres per molt que t'hi esforcis, perquè també transmetes aquesta infelicitat.

El primer símptoma de millora va ser que vaig aconseguir agafar l'autobús i baixar a la primera parada. És la primera cosa per la qual em vaig felicitar. Es tracta de petites passes, com tenir forces per a anar a comprar el pa. I sobretot, quan comences a sortir-te'n, cal tenir paciència, perquè pots tenir una petita baixada

i no per això ho has de llançar tot enlaire. Es tracta d'escalar a poc a poc.

Després he anat a grups de conversa amb altres persones amb problemes psicològics o de relacions interpersonals, no necessàriament depressions. El primer dia em deia 'què hi faig aquí?'. Però a poc a poc vaig aprendre a escoltar, a veure que hi havia més *bitxos rars* com jo. L'única norma d'aquests grups consisteix a no donar consells ni fer valoracions sobre el que la gent explica, sinó parlar sempre en primera persona. Així es crea una complicitat per a fer confidències molt íntimes, perquè saps que mai no et jutjaran."

L'Ignasi, administratiu, casat i amb una filla de setze anys, explica el seu cas:

"El dia 1 de gener de 2004 se'm va morir un fill amb dinou anys en un accident de trànsit. I el 3 d'octubre de 2005 va morir el meu pare. I a tots dos els vàrem acomiadar un dia 3.

Arran de la mort del fill em vaig recolzar molt en la meva filla. I quan va morir el meu pare, després de mesos de malaltia per un càncer complicat, anar al cementiri em va recordar el meu fill. I vaig començar a estar malament. Era incapaç de concentrar-me, em fallava la memòria, no dormia més de tres hores i estava trist. Recordava molt el meu fill i els moments que havíem passat...

Sentia enyorança, ràbia contra tot, estava irritable, tenia idees d'acabar amb tot... pensava en l'altura del pis on vivim. Mai no vaig arribar a intentar-ho, perquè pensava que la meva dona i la meva filla no es mereixien que els fes aquesta *putada*. Vaig deixar de prendre la medicació per a la hipertensió que m'havien receptat després d'una angina de pit que vaig patir fa uns anys...

Anava del llit al sofà, i del sofà al llit, no portava la meva filla a les classes de dansa, fins i tot li deia que si no hi anava no passava res, quan per a ella això ho és tot, i jo sempre li he donat suport... Tot m'era igual i tenia aquest pensament d'acabar amb tot. Em feia mal no poder dedicar-me a la meva filla i me'n sentia culpable. No vols fer un cosa, però com que no la fas, et sents culpable per no fer-la. És un peix que es mossega la cua.

No reconeixes que estàs malalt perquè físicament no et passa res. La mútua laboral em va oferir psiquiatra i psicòloga. Ara prenc un antidepressiu i unes gotes per dormir. La teràpia psicològica ha consistit a anar fent uns deures que m'encarregava la psicòloga, la meva 'entrenadora'. Es basen a marcar-me objectius: per exemple, llegir dues pàgines d'un llibre cada dia i aturar-me, encara que vulgui continuar. Així queden ganexes per a l'endemà.

També em van suggerir que fes petites tasques domèstiques i que aprengué a valorar el que anava aconseguint, com el fet de tornar a anar al gimnàs tres cops per setmana.

La teràpia també em va bé perquè puc parlar amb la psicòloga, parlem molt. Hem estat fins a tres hores en una sessió. Sortia d'allà amb les piles noves.

A més he anat a una teràpia de grup amb pares que estan en la mateixa situació que jo, que han perdut fills joves, germans o la seva parella. Es tracta de parlar dels dols. I hi ha un pare que fa de coordinador, supervisat per psicòlegs que ens donen les pautes de funcionament. En cada sessió hi participem entre dotze i quinze persones. A vegades n'hem estat vint. Durant tres hores hi ha temps per a parlar. I ningú no et talla.

La meva depressió ha estat conseqüència de fer un mal dol per la mort del meu fill, n'estic completament segur. L'elaboració del dol es va fer dia a dia. S'ha d'aprendre a viure amb aquesta absència i quan jo vaig decidir tornar a la feina als tres mesos de perdre el meu fill, em vaig oblidar de fer el meu dol, em vaig refugiar en la feina i en la dansa de la meva filla. I a sobre, a l'empresa, em van canviar de lloc i vaig passar de treballar en contacte amb molta gent a treballar vuit hores sol, assegut en una cadira. Era una feina més impersonal, més freda, amb ordinadors. I això em deixava molt de temps per a *menjar-me el coco*.

En canvi, la meua dona, suposo que també per la formació professional que té com a psicòloga, va fer un dol de gairebé onze mesos. Ella ja m'avisava que jo ho pagaria car, perquè no havia madurat el dol del fill.

Crec que no me n'hauria sortit si només hagués pres pastilles. No crec que ni jo ni ningú ho superi només amb medicació. Necessites l'ajuda d'un especialista. La medicina ajuda, però ha



estat també el suport psicològic, el fet de parlar, de tenir l'obligació d'anar cada setmana a la psicòloga, d'haver de fer els deures, el que m'ha acabat ajudant. Fins i tot al principi portava un diari que escrivia cada vespre. Això m'obligava a recordar què havia fet durant el dia. De fet, era un exercici de memòria.

Has d'aprendre a anar endavant, a voler seguir, a fer coses. Jo ho he fet gràcies als ajuts que he tingut i als petits èxits, que per a mi són grans.”

### **TIPUS DE PSICOTERÀPIES**

De mètodes per a fer psicoteràpies n'hi ha gairebé tants com professionals que les fan. S'han arribat a identificar fins a 250 tècniques diferents, però totes es basen en un seguit de sessions o *entrenaments* per part del professional amb el pacient fins que és aquest qui porta a terme els canvis, les millores. El psicòleg és com un entrenador: pot preparar intensament l'atleta durant les setmanes i mesos previs a la cursa, i fins i tot durant la prova li pot donar alguna indicació des de fora de la pista, però només pot córrer l'atleta.

El tipus de teràpia psicològica que s'apliqui està en funció del tipus de trastorn i de pacient. La teràpia més sovintejada en la depressió és l'anomenada cognitivoconductual, però n'hi ha d'altres que també tenen aplicació per a determinats quadres depressius.

### **LA TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL**

Aquesta teràpia es pot desenvolupar a través de diverses tècniques concretes, però totes es basen a trencar el cercle viciós que es forma entre un pensament, un sentiment i una conducta depressius. És exactament el que descriu l'Ignasi quan recorda que no sortia de casa, es despreocupava de portar la seva filla a les classes, tenia pensaments d'acabar amb tot, i se sentia culpable per tot plegat, i això feia que encara estigués menys pre-

disposat a reprendre les activitats i obligacions... Així la bola de la depressió s'anava fent gran.

### **L'ACTITUD FAMILIAR EN LES PSICOTERÀPIES**

La primera responsabilitat de l'èxit de les psicoteràpies recau en el pacient. Però sigui quina sigui la teràpia psicològica que segueixi qui pateix la depressió, l'actitud de la família en aquesta fase és també fonamental. Cal que l'entorn aculli les sessions psicològiques amb un ànim constructiu, que valori l'esforç immens que suposa per al pacient canviar pensaments, emocions i actituds. És possible que aquests canvis puguin incomodar l'entorn íntim i social, sobretot si aquest entorn d'alguna manera s'ha *acostumat* a certes situacions quotidianes, n'ha culpabilitat la depressió i ha situat el pacient en el rol de malalt passiu.

Les persones que formen la família i els amics íntims de qui pateix la depressió han de ser conscients que de poc servirà que el pacient faci grans esforços per a començar a emprendre activitats, per a pensar en positiu i relacionar-se amb els altres de manera assertiva si els que estan al seu costat acullen aquests canvis amb recel, escepticisme o fins i tot amb rebuig i enfrontament, com passa de vegades.

## **LA MALALTIA DINS DE CASA**

## EL PAPER DE LA FAMÍLIA DURANT LA DEPRESSIÓ

*¡Me río yo de tu enfermedad! Nervios, nervios... cuando no saben qué decir los médicos todo lo arreglan con los nervios, porque tú me dirás, si no te duele nada, ni tienes fiebre, ¿de qué se va uno a quejar? Bueno, pues tú venga de llorar, que parecía que te mataban, madre, qué espavientos, y que si no dormías y cada vez que lo intentabas se te hundía el jergón, menuda novedad, que eso me pasa a mí desde chiquitina, desde que era así, fijate, como lo de soñar que te persiguen y no puedes correr, o que vuelas moviendo muy deprisa los brazos y cosas por el estilo. ¡Qué enfermedad ni qué niño muerto, Mario, querido! Los hombres os quejáis de vicio y la culpa es nuestra, que somos unas tontas, todo el día de Dios pendientes de vosotros.*

**Miguel Delibes**

Per a poder ajudar un familiar amb depressió, primer cal entendre que pateix aquesta malaltia. I després, assumir-ho. Sembla evident, però ni una cosa ni l'altre són gens fàcils, com han fet palès els testimonis del primer capítol sobre els inicis de la depressió. En els qüestionaris a familiars, a la pregunta de si són conscients que la seva dona, el seu fill o la seva germana tenen una malaltia, més de la meitat respon que no.

La Rosario, mestressa de casa, casada amb el Pedro, taxista, de qui hem conegut part del seu cas en un capítol anterior, fa més de trenta anys que pateix depressions recurrents. I amb el Pedro assegut al costat, mentre tots tres prenem cafè, em diu, amb un to entre resignat i dolgut: “el meu marit encara no

entén la meva depressió, de vegades insisteix que m'aixequi del llit, tot i que no ho fa de mala fe. Però quan estàs malament no pots fer-hi res". El Pedro matisa tímidament: "no del tot, però una mica sí que la vaig entenen, la malaltia".

Ell també em trasllada la seva impotència: "intento ajudar, això de la depressió és difícil de comprendre, li canvia el caràcter, sembla una altra persona. Té temporades millors, altres pitjors. I no he rebut cap ajut dels metges".

El cas és que la Rosario també ha sentit la incomprensió de la seva mare, dels germans i fins i tot dels seus dos fills. Quan als divuit anys va patir la primera depressió, sa mare deia que el que tenia eren "nervis". "A més, mai no vaig veure ma mare contenta, mai no vaig veure alegria a casa meva", afegeix la Rosario. Dels seus germans també ha rebut comentaris similars als de la mare. No li donen importància a la depressió i es limiten a comentar que la seva germana és molt "nerviosa".

I pel que fa als dos fills, amb qui no té bona relació, "si els dic que vagin al meu metge perquè els expliqui què tinc, no hi van. Un dels meus fills diu que amb la mare no s'hi pot parlar". La Rosario li té escrita una carta explicant-li tot el que li passa per si algun dia es mor. La carta encara no estava acabada quan vaig parlar amb ella i el seu marit.

La Rosario recomana sobretot als familiars de les persones que pateixen depressió com ella "que tinguin molta paciència amb el malalt, que comprenguin que aquesta persona no necessita que li cridin, al contrari. Si poden, que la treguin una estona a passejar, i si no vol sortir, s'han d'aguantar".

## **DEPRESSIÓ MALTRACTADA**

La Virgínia, procedent d'un petit poblet de Múrcia, està casada amb el Xavier des de fa més de trenta anys. Fins fa poc temps

tots dos portaven un bar a Badalona i vivien a sobre, al primer pis. La seva és una col·lecció de situacions que no fan més que agreujar la depressió de la Virgínia. De fet, ella situa l'origen del seu trastorn en els atacs d'ansietat que li provocava l'alcoholisme del seu marit, i les actituds agressives i amenaçadores amb què arribava a casa de matinada. La Virgínia parla clar:

“Mai no s’ha fet càrrec del que jo tinc, mai. Ell ha passat d’això, i diu que mai no m’han faltat diners ni res. I això és el que m’emprenya, perquè a aquest home no se li pot treure del cap que no es tracta d’això. No entén el que m’ha passat. I com que no ho entén no se’n pot fer una idea. No tenim converses com ha de tenir un matrimoni. Ell va a la seva, al seu bar, i d’aquí no el treguis. I quan anem al poble passa igual. Jo tenia l’autoestima pel terra. Quan estàvem amb una veïna, em deixava per terra. Al final m’ho acabava creient... I el cas és que jo valc més que ell perquè si no fos per mi... Com estaria tot! No he tingut ajut de la seva família ni de ningú. M’ho he hagut d’empassar sola i amb els dos fills. El meu fill Rafael és molt bo però quan li dic alguna cosa em diu ‘talla el rotllo’, m’escolta menys que l’altre, el Carlos, que em diu que no faci cas al pare...”

La metgessa de capçalera de la Virgínia s’ha convertit en la seva confessora, la persona que a més de receptar la medicació, l’escolta “encara que s’hi hagi de passar una hora o dues, parlo amb ella, i parlar va bé, sí”.

Quan al final de l’entrevista li pregunto si creu que es curarà, em diu “això no es cura mai, *que va!* Uns dies millors, altres pitjors. No, això no. Plorar en silenci, que no et vegi ningú i ja està. I fer bona cara i aguantar”.

El Xavier admet sense embuts que va ser alcohol·lic durant els primers anys de matrimoni i que se sent culpable de les actituds que tenia cap a la seva dona durant aquell temps. Però encara ara, vint anys després de deixar la beguda, parlant amb mi a soles i ben serenament, li recrimina a ella la depressió:

“En tots els matrimonis hi ha baralles... jo no dic que no tingui culpa, però ella de tant *matxacar-me*, fins que no em posa nerviós no para, i quan jo començo a cridar-li és quan es queda trista, i li dic ‘què hi guanyes buscant-me les pessigolles? Per què hem de discutir per una tonteria de res?’, i calla i no diu res. ‘Veus com tu mateixa et busques les depressions i tots els problemes?’, li dic”.

En Xavier culpa la seva dona de la depressió perquè creu que no hi ha motius perquè es posi trista. “L’he portat a l’hospital de *Can Ruti*, i diuen que no té res... Jo li crido, li dic coses... però res més. I el metge m’ha demanat si li dono mala vida, si la pego. No, no. Mala vida, no. Ella fa el que vol a casa”.

Per què, què és una depressió, segons el Xavier? “Que el marit li doni mala vida, la maltracti... això ho entenc com a depressió. Jo no la maltracto. Cridar-la, sí, però no pegar-li, que és com podria agafar depressions, que és d’aquí d’on vénen”.

És obvi que el Xavier no sap què és una depressió. Ningú tampoc no li ho ha explicat mai. A això s’hi afegeix alguna cosa que va més enllà de la malaltia i que queda fora de l’abast dels psiquiatres, i que té a veure amb el rol de la dona en la família en determinats entorns socials i tradicions de generacions anteriors.

### **TRENCAR CADENES**

La reacció del Xavier representa probablement un dels extrems més negatius de la cadena de pensaments i sentiments que la depressió genera en les persones que hi conviuen: ignorància, perplexitat, incomprensió, impotència, sentiment de culpa, ràbia, frustració i, en el cas del Xavier, aquests sentiments estan complementats per la recriminació i la culpabilització al pacient, fruit en bona part del primer tram de la cadena: el desconeixement de l’autèntica realitat i origen de la malaltia. El

Pedro també parteix del desconeixement, i sense arribar a culpar la seva dona com fa el Xavier, sí que li trasllada la seva impotència i una certa recriminació.

Per a omplir el buit de la ignorància, els programes mèdics anomenats psicoeducatius ofereixen explicacions a pacients i familiars. El que fan és treballar perquè quedi clar que la depressió és un trastorn mental seriós que ha de tractar un metge, que els seus possibles orígens són sovint una combinació de factors biològics, psicològics i socials, que sovint es desencadena per un esdeveniment vital estressant que genera una reacció negativa més intensa i duradora del que seria normal, amb símptomes de tristesa, inactivitat i baixa autoestima, que cada vegada s'estén més la seva incidència i que els tractaments bàsics són els fàrmacs i la psicoteràpia. La psicoeducació persegueix, justament, trencar la cadena de les reaccions negatives descrites abans. I el millor és trencar la cadena en el tram de la ignorància i el desconeixement, el tram del qual sorgeixen bona part de les altres reaccions negatives.

Com hem comprovat amb les vivències dels dos matrimonis –el de la Rosario i el Pedro, i el Xavier i la Virgínia– no és gens fàcil entendre i, encara menys, assumir què li està passant a la teva parella, al teu fill o a la teva mare quan es troba tan malament. Quan pregunto als que han patit o pateixen la depressió de quina manera els que estan al seu costat se'n poden fer càrrec, tot sovint la resposta és que qui no s'hi troba no ho entén, i de vegades ni tan sols això és suficient.

Un cas ben eloqüent en aquest sentit és el del Tomàs, infermer en un centre d'atenció primària. El Tomàs s'ha especialitzat en salut mental. Fins i tot ha impartit cursets i tallers sobre la malaltia. Però això no va evitar que ell mateix caigués en una depressió després de perdre dos fills bessons quinze dies després de néixer. Un cop superat el trastorn, resumeix en tres



paraules la conclusió a què va arribar sobre la naturalesa de la depressió: “és un misteri”. En qualsevol cas, el Tomàs ara entén molt millor els pacients que arriben a la consulta amb símptomes depressius, comprèn que “les persones som extremadament complexes i fràgils”, i sobretot sap quina és l’actitud de l’entorn familiar que més ajuda a qui està patint el trastorn. És l’actitud que van tenir els seus pares amb ell: “estaven al meu costat i no parlaven, perquè això no té explicació. Estaven a prop meu, no donaven consells ni feien interpretacions del que em passava. Em tractaven amb respecte”.

### **ASSUMIR, TOT I NO ENTENDRE**

Així doncs, també els familiars directes admeten ben honestament que és gairebé impossible posar-se a la pell de qui està passant una depressió. Però davant d’ells hi ha algú que pateix, i encara que no s’entengui perquè no s’hi troba cap explicació lògica, es pot donar una resposta diferent a la de la cadena d’emocions negatives que abans esmentàvem.

És la reacció del Manel:

“La primera vegada que vaig conèixer la depressió jo era molt jove, tenia vint-i-un anys, no em feia el càrrec del que li passava a la meva parella, no tenia informació sobre aquesta malaltia. Et trobes amb la dificultat d’enfrontar-te amb una cosa que no coneixes. I la meva primera reacció va ser de no comprendre, de no entendre què passava. El que sí que veia és que ella patia. I l’afecte, l’estimació i l’amor et fan estar al seu costat encara que mentalment no entenguis què està passant. A la pràctica no he estat a l’altura i vaig tardar a reaccionar, però mai no li he expressat rebuig.”

El Manel i els pares del Tomàs, tot i el desconeixement de la malaltia, no aboquen retrets al malalt, sinó que despleguen un

procés de comprensió i conscienciació creixents basats en l'estimació i el respecte cap a la persona que pateix.

La Míriam, germana d'una noia que des de l'adolescència té una depressió bipolar greu, ha arribat a una conclusió honesta, emocional i activa respecte de l'actitud que han de tenir els familiars: “aquesta malaltia no l'has d'entendre, sinó comprendre: passar-la pel cor, que és la manera d'entendre i d'implicar-te. A banda de la medicació, el paper de la família i de l'entorn és el 50% de la recuperació”.

D'aquesta actitud de comprensió se'n diu empatia. Consisteix a tractar d'assumir que hi ha algú que pateix, no tant buscant explicacions racionals, com passant-ho pel sedàs de les emocions pròpies per fer-se càrrec, tant com es pugui, del dolor de la persona estimada.

### **L'ENTORN SOCIAL**

La Míriam es va mirar amb el cor la depressió de la seva germana, però amb la dificultat de viure en una època, finals dels setanta, i en un petit poble on aquests trastorns mentals generaven incomprensió, fins al punt que els seus pares van amagar la malaltia de la seva filla.

Així és que de vegades aquest procés íntim i difícil de comprensió de la depressió té la pressió afegida dels prejudicis, la manca de suport o fins i tot el rebuig social, com li va passar a la filla de la Marga, que recorda que de petita, a l'escola, sentia comentaris sobre la seva mare, afectada d'un trastorn bipolar: “la mare de la Marga està boja”, deien, amb la crueta directa dels infants, els seus companys al col·legi.

Les expressions com “no hi és tota” o “és rara” se solen manifestar sobretot en pobles petits, comunitats tancades i entre les persones grans.

### EL CERCLE VICIÓS

Durant les fases més profundes de la depressió, quan qui la pateix és gairebé incapaç d'aixecar-se del llit, sembla que la malaltia juga a recargolar-se cruelment amb els sentiments del pacient i, de retruc, amb les seves relacions sentimentals. Ho descriu l'Oriol, arquitecte i restaurador barceloní, que ha viscut primer la depressió de la seva dona, i després la seva pròpia. "Els malalts ens empenyem perquè la nostra parella no fa allò que volem, però tampoc no diem què volem. És un joc pervers: 'vull que facis allò, però ho has d'endevinar, i a més t'estic dient el contrari del que vull que facis.'" L'entorn familiar té la sensació que, tant si s'actua d'una manera com de la contrària, el malalt s'ho prendrà malament. Recordem que la depressió es manifesta amb sentiments de culpa i de baixa autoestima, de tal manera que el malalt probablement no fa cas o fins i tot rebutja els comentaris positius que mirem de fer sobre ell, i en canvi se sent totalment culpable i inútil davant de qualsevol petita observació crítica que li fem.

Si el familiar intenta animar el malalt, aquest pren més consciència que no està bé i això l'entristeix i el fa sentir inútil. Si en canvi li reclama que hi posi de la seva part, el malalt possiblement reacciona dient que ningú no entén el seu patiment i que ell no es veu capaç de fer res. En el test als familiars, una tercera part afirma que s'ha sentit culpable de la depressió del seu ésser estimat. I en el 28% dels casos el malalt els ha acusat de tenir la culpa del que està passant.

A això hi hem d'afegir que un dels símptomes que pot provocar la depressió és la irritabilitat. Això vol dir que tot sovint hi ha manifestacions de retret o culpabilització del malalt cap a la seva família.

És per això que en la cadena de sentiments en l'entorn familiar s'ha esmentat també la impotència, la culpa, la ràbia i la frustració.

Ràbia com la del Santi cap a la seva mare, malalta. Des que té ús de raó, el Santi, periodista de trenta-set anys, recorda la seva mare patint depressions cíclicament. I tot i que ell se n'ha informat i coneix perfectament la naturalesa fonamentalment biològica del trastorn de la seva mare, no pot evitar sentir ràbia cap a ella:

“No m’agrada la gent que s’està amargant tot el dia, l’odio; admiro la gent que és optimista a la vida, perquè jo no sóc optimista. Amb les depressions de la meva mare jo m’he fet l’autista; en la seva manera de relacionar-se hi ha amargor, sempre veu els punts negres, i fa coses per a atreure l’atenció, diu tonteries... Jo tinc poca paciència, en canvi el pare actua amb el cor. No m’agrada lamentar-me de les coses. El lament em treu de polleguera. Tenir una persona amargada és la pitjor companyia al costat, jo m’hagués separat de la meva mare si hagués estat la meva parella, perquè t’encadenes de per vida.”

### **NO EM SAP GENS DE GREU HAVER LLUITAT**

Els sentiments de ràbia que expressa el Santi connecten amb una de les realitats que fan més evident la dificultat de conviure amb una persona deprimida. Es tracta del desig, o si més no el pensament, de deixar la parella que pateix aquest trastorn.

Amb un punt d'imprudència per part meua, pregunto a en Jaume, de setanta-quatre anys, que porta casat des del 1961 amb la seva dona, la Mireia, de setanta-dos anys, si ha pensat a deixar la relació després de tants anys de viure amb la depressió cíclica que ella pateix. En Jaume no dubta: “Sí, més d’una vegada ho hauria engegat tot, m’hauria separat”.

I quan li repregunto, encara més imprudentment, per què no ho ha fet, per què no s’ha separat, em diu:

“Doncs no ho sé, potser no he estat capaç de deixar-la sola, perquè ella està sola, té una família molt petita i si la deixo sola, què passa? La meva assignatura pendent és aquesta... Tinc un doble *bypass* [dues operacions a cor obert], he tingut un infart, tinc una operació a l’esquena... sóc un desastre... tinc una insuficiència renal... el dia menys pensat me n’aniré i el que em sap greu és que a ella no la deixo prou forta per a afrontar aquest món. A més, és molt bona persona, si algú ho necessita l’ajudarà, i potser s’aprofitaran d’ella.”

Quan uns dies després entrevisto la Mireia, em diu: “quan estic malament em sento molt trista i de vegades penso a morir-me. Contraresto aquests pensaments pensant en què farà el Jaume tot sol”. L’amor profund entre el Jaume i la Mireia s’apropa a allò que Erich Fromm defineix com una de les característiques de l’art d’estimar: la capacitat de donar. Diu Fromm: “Què dóna una persona a l’altra? Dóna de si mateixa, del més preciós que té, de la seva pròpia vida. Això no significa necessàriament que sacrifica la seva vida per l’altra, sinó que dóna el que està viu en ell –dóna la seva alegria, el seu interès, la seva comprensió, el seu coneixement, el seu humor, la seva tristesa–, totes les expressions i manifestacions del que està viu en ell. Donant així de la seva vida, enriqueix l’altra persona, realça el sentiment de vida de l’altra en exaltar el seu propi. No dóna amb la finalitat de rebre: donar és de per si un goig exquisit”. Fromm planteja l’art d’estimar com un acte actiu, basat en la cura, la responsabilitat, el respecte i el coneixement.

Virtuts que també en Joan ha cultivat en condicions molt dures. En Joan, un menorquí de setanta anys, en porta quaranta al costat de la Marga, en un matrimoni a prova de la depressió bipolar amb brots psicòtics que ella pateix. En Joan i jo parlem a l’hortet que té a prop de Maó. És l’espai on es desconnecta

dels problemes plantant i recollint patates, tomàquets i albergínies en companyia del seu gos. A l'ombra d'un ametller, en Joan em diu, amb els ulls entelats per l'emoció: “Entenc que hi hagi qui abandoni, més d'una vegada et passa de tot pel cap, és una malaltia trista, llarga, fosca, negra... Ara tot el que he lluitat em passa factura, però no em sap greu haver lluitat”. Vull repetir aquesta última frase d'en Joan per convidar a reflexionar sobre l'emocionant profunditat humana del seu missatge: “no em sap gens de greu haver lluitat”.

### **QUE EL DEIXÉS ACABAR...**

En la cadena de reaccions dels familiars també s'ha esmentat la impotència, mare de la desesperació. Impotència com la de la Cristina respecte a la depressió del seu fill de vint-i-set anys que ha intentat suïcidar-se almenys en una ocasió.

“El metge em va dir que el vigiléssim però que no l'atabaléssim. Però m'agradaria que algú m'expliqués què significa això. On acaba la vigilància i on comença l'atabalament? Aquest és el moment en què l'acompanyant se sent pitjor, perquè no sap com ha d'actuar. Això, jo ho he de consultar al metge, a algú, o anar a un psicòleg... Què he de fer quan el meu fill em diu *sóc una merda de xaval, em sento sol!* Què li contesto? Que hi ha altres coses, a la vida? Que vagi a un gimnàs? Que busqui un psicòleg? Al psicòleg només hi ha anat una vegada perquè diu que ja sap què ha de fer. No sé d'on es treuen les forces i jo mateixa he pensat d'anar a un psicòleg per a mi. Quan et passen aquestes coses no saps a qui comentar-les perquè et pugui dir què has de fer. Jo no he parlat mai amb el metge, no he tingut bon *feeling* amb ell. No he tingut mai una petita pauta de com he d'actuar.”

Aquesta és la impotència de la Cristina, alimentada per la manca de suport.

El seu marit, el Manolo, que coneix la depressió del seu fill molt bé perquè ell n'ha patit abans, també ha mastegat l'amaror de la impotència:

“Un dia vaig dir a la meva dona que marxés una estona perquè estava tot el dia a casa pendent del fill. I quan ella va marxar, ell em va demanar que el deixés acabar amb la seva vida, i que jo ho expliqués a la seva mare: ‘tu ho expliques a la mare que a tu t’entendrà’, em va dir plorant. Jo li vaig dir que ni parlar-ne, el vaig agafar, ens vàrem abraçar... A mi m’agradaria poder-te transmetre el sentiment d’impotència de no saber com has de fer-ho perquè el teu fill s’adoni que això és un procés, que és una malaltia. Intentes repetir-li-ho. Però quan un fill et demana si us plau que ho expliquis a la seva mare que es llevarà la vida, és molt fort. He parlat molt amb ell, explicant-li el que em va passar a mi... I ha anat millorant a poc a poc”.

### **LA FAMÍLIA EN ELS TRASTORNS BIPOLARS**

La dificultat d’entendre i assumir la depressió creix tot sovint quan l’entorn familiar ha de fer front a les fases d’eufòria característiques del trastorn bipolar. I és que si en una fase depressiva es fa difícil tractar amb la inactivitat del malalt, en els dies d’eufòria la dificultat és la de controlar la seva hiperactivitat, les idees i activitats sovint arriscades o les grans despeses econòmiques sense sentit. El malalt es nega a acceptar que està malament i per tant de vegades rebutja la medicació. I és que se sent millor i més feliç que mai. Fins al punt que pot arribar a ser creïble el que explica o fa. L’extrem d’aquesta situació és haver de forçar que el malalt vagi a la consulta del metge, amb petits enganys o estratègies, o aconseguir l’ingrés hospitalari de forma més o menys pactada amb el pacient. Tal com expliquen a l’Associació de Bipolars de Catalunya, de la mateixa manera que la depressió greu té el risc del suïcidi, les fases d’eufòria d’un trastorn bipolar també

poden ser perilloses, perquè el pacient no és conscient dels riscos que assumeix. L'hospitalització pot salvar-li la vida.

### **SER-HI**

“D’acord. He d’entendre, o si més no, assumir la depressió que pateix la persona que estimo. Però, què puc fer?” D’entrada, el més senzill: ser-hi. Sovint sense dir res, sovint sense fer gairebé res. Estar físicament a prop d’algú que es va tancant l’ajuda encara que no ho sembli, encara que no ho digui. Recordem que els símptomes depressius de manca de mobilitat, alentiment o manca de capacitat de sentir plaer porten a tancar-se a l’habitació, abaixar les persianes, quedar-se sota el llençol i no escoltar ni veure ningú.

La Diana, una violoncellista que ha patit una depressió amb brots psicòtics, recorda, en efecte, que la presència de la seva mare al seu costat la va ajudar: “És una persona que diu: no sé si puc fer alguna cosa, però hi sóc. Amb això n’hi ha prou. I patia molt amb mi, perquè jo li contava les coses que se m’acudien. I, pobra dona, no devia entendre gran cosa, però sempre em reconfortava. Em deia: ‘això tal com ho dius no ha de ser així, ho veuràs d’una altra forma’. No soluciona res però m’ajuda.”

També és el cas de la Victòria, de trenta-vuit anys: “quan estic malament, com estic millor és asseguda al sofà, però amb la meva família al costat. I si estem sols amb el meu marit, doncs els dos agafats de la mà. No puc sortir al carrer ni ho necessito, quan estic així. Però tampoc no vull estar sola, perquè ni m’aixecaria del llit i estaria sense menjar tot el dia”.

S’ha reflexionat molt sobre el valor del silenci. Hi ha silencis que en lloc d’ajudar culpen, recriminen o bé es desenten de qui pateix. En canvi d’altres, acompanyats del gest o la carícia, són silencis receptius que tenen més valor que determinades



paraules d'ànim que sonen buides i poc sentides, i que encara que siguin sinceres, esdevenen insuficients perquè de vegades hi ha vivències difícils d'expressar amb paraules. Per tant el silenci, un determinat silenci, també és una manera de comunicar, de compartir, tant o més efectiva que unes quantes frases fetes. Com diu l'Eclesiastès, “en la vida humana hi ha un temps per a callar i un temps per a parlar” (Coh 3, 7).

### **EL BRAÇ ELÀSTIC**

L'Ignasi ha patit una depressió fruit d'un dol mal elaborat per la mort d'un fill de dinou anys en accident de trànsit, com ens descrivia en el capítol sobre psicoteràpies. I ha tingut la sort que la seva dona és psicòloga i ha fet servir amb ell el que l'Ignasi descriu com *un braç elàstic*: “La meva dona és dura amb mi, té un braç que em subjecta, em diu que no consentirà que caigui. Però alhora sap quan ha de relaxar el braç i quan ha de tensar-lo una altra vegada. Quan jo estava pitjor, i anava del llit al sofà, no em pressionava, però tampoc em deixava estar del tot.” Amb aquesta descripció sobre com la dona de l'Ignasi el tractava durant la depressió arribem al nucli essencial de l'actitud dels familiars: la mesura equilibrada entre incentivar sense pressionar, entre acompanyar i respectar la intimitat, entre estimular sense forçar, convidar sense obligar. Responsabilitzar sense culpar. Per a entendre'ns, animar a fer el pas de sortir a passejar quan es vegi que el malalt està mínimament predisposat a fer-ho.

En el test per als familiars, a la pregunta de si s'intenta ajudar el pacient dient-li que hauria de distreure's o que hi ha de posar de la seva part, la immensa majoria contesta que sí, que adopta aquesta actitud. Una actitud feta des de la millor de les bones voluntats, però que pot ser contraproductiu.

### EL MOMENT ADEQUAT PER A CAMINAR

El president de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria, Alberto Fernández Liria, insisteix en els efectes negatius d'aquestes situacions:

“El que fem és contraproduent si volem fer córrer més el pacient del que pot córrer. Jo no puc dir a la seva mare amb depressió que hi posi de la seva part... Cal poder explicar a la família que no és problema de mandra i que hi ha moments en què forçar la màquina del pacient pot ser contraproduent. I en canvi, hi ha moments en què resulta que forçar la màquina és imprescindible perquè el trastorn evolucioni, en els casos en què no és que el pacient no pugui gaudir, sinó que no és capaç d'anticipar el gaudi (d'entrada no té ganes de fer res però si ho fa, en gaudirà). I aquest és el moment en què cal empènyer. Això de trobar el moment per a empènyer és part de la feina que jo crec que el clínic, ja sigui el metge de capçalera o el psiquiatre, ha de fer amb la família.”

És el mateix que assenyala Maria Reinares, psicòloga de l'equip de psicoeducació en trastorn bipolar de l'Hospital Clínic de Barcelona: “Si un se sent una mica *baix*, es perd la motivació, baixa l'energia, baixa el nivell d'activitats, i això fa que el malalt se senti culpable... és com un cercle viciós. Cal intentar trencar aquest cercle quan es troba en un punt acceptable per a fer-ho.”

Amb una petita acció en el moment just es pot començar a trencar aquest cercle. El Llorenç, un home de cinquanta-vuit anys que ha patit dues fases depressives, recorda la recuperació:

“El meu fill cada dia venia a veure'm, després de treballar. És empresari, constructor, té vint-i-sis anys i una empresa de 112 treballadors, però sempre tenia un moment per a venir a veure'm i sobretot els dissabtes, per a anar a fer un tomb... Tot i que jo no en tenia ganes. Si fos per mi, no sortiria, i ell m'ha tret la por a sortir. Avui un quart d'hora, el proper dissabte, vint minuts. He tret for-

ces d'allà on no les tenia. I això és gràcies a aquestes petites coses, a sortir a passejar amb el meu fill i el gosset. Em fumava un cigarret, feiem la volta al carrer... i ja havia sortit!”

### **QUAN NO PODEN, NO PODEN**

Quan un malalt amb depressió està en la fase més profunda del trastorn, reclamar-li que s'animi i emprengui una activitat és com exigir-li a algú que va en cadira de rodes que es posi a caminar. Senzillament, no pot. Ara bé, quan hagi passat un temps de rehabilitació podrà començar a donar passes i fins i tot tornar a córrer. És bo recordar sempre que la depressió se supera en la gran majoria dels casos molt millor que altres malalties físiques cròniques.

El doctor Julio Vallejo, cap de Psiquiatria de l'Hospital de Bellvitge, posa un exemple pedagògic del missatge que cal donar als pacients: “vostè començarà a millorar d'aquí a pocs dies. Quan estigui millor, comenci a fer coses. Sense forçar. Per exemple, un cas molt freqüent: el malalt que no vol llevar-se del llit. Una primera fase modesta és dir-li: no s'estigui al llit, encara que no surti de casa, llevi's, dutxi's, es vesteix i s'asseu en una butaca”. És a dir, es tracta de promocionar que el malalt no estigui en un abandonament total. La segona fase és: “quan estigui una mica millor, surti encara que sigui a fer la volta a l'illa de cases i s'asseu en un bar a no fer res o a llegir el diari”. Es tracta d'anar impulsant la persona a fer coses que poden semblar simples però que no ho són per a qui està patint la depressió.

### **L'EMOCIÓ EXPRESSADA**

L'emoció expressada és la forma com la família es relaciona amb el malalt a través de les emocions. Aquesta emoció que expressen

els familiars pot ser sancionadora (“fas comèdia”), sobreprotectora (“no cal que facis res”), expressada amb ira (“no fas res per a millorar”)... S’ha comprovat que en l’esquizofrènia i el trastorn bipolar, una determinada manera d’expressar les emocions per part dels familiars és un dels elements per a la recuperació de les crisis. Per contra, una emoció expressada de tipus sancionador o sobreprotector per part de l’entorn cap al malalt es relaciona amb una major freqüència de les recaigudes.

### TRES REACCIONS NEGATIVES

En un llibre recent sobre la depressió bipolar, el psiquiatre nord-americà David Miklowitz identifica tres tipus de reaccions emocionals negatives per part dels familiars d’un pacient amb trastorn bipolar. Reaccions que també es poden donar en l’entorn íntim de les depressions unipolars:

La primera reacció consisteix a no relacionar la persona amb el trastorn que està patint, i per tant, adoptar una postura crítica cap al malalt.

És el cas de la germana de la Victòria, una pacient amb depressió:

“La meva germana té una actitud diferent a la dels meus pares: és com si s’enfadés, s’emprenyés pel fet que em passi això. És molt agressiva amb mi, gens amorosa ni dolça, a l’inrevés. Jo crec que com que té un caràcter tan fort, pensava que així em posaria millor, i em deia: ‘espavila, que tu fas comèdia’. I a mi no em serveix això, quan estic malament. Em va pitjor. No sé perquè actua així la meva germana, no n’he parlat mai amb ella. No m’ajuda, a l’inrevés, jo necessito molt *carinyo*, comprensió, cura.”

La segona reacció emocional amb efectes negatius és la contrària: identificar massa la persona amb el trastorn, és a dir,

atribuir el comportament de qui està patint la depressió a un fet extern, aliè al pacient: la malaltia. I això porta a una sobreprotecció. És el que explica la Míriam que ha fet la seva mare amb la seva germana, que pateix un trastorn bipolar:

“La mare l’ha sobreprotegit fent-li viure una plàcida infelicitat, en comptes d’enfrontar-se als elements externs. El pare en canvi deia que feia comèdia i ho atribuïa a l’adolescència de la meva germana. Tot plegat la va fer tornar insegura. I ara, passats els anys i un cop més estabilitzada, és la meva germana qui cuida la meva mare i el meu pare. Es cuiden mútuament. Però estic *acollonida* per quan es mori la mare, perquè amb ella mai no va trencar el cordó umbilical.”

La tercera reacció negativa és la d’incomoditat o distància respecte a qui està patint la malaltia. És el cas de l’exmarit de la Núria, ho descriu ella mateixa: “el meu marit no ho entenia, no creia en el tractament que jo seguia amb el psiquiatre i el psicòleg. Finalment, es va haver d’involucrar amb el tractament psicològic, però ell deia que no tenia per què fer-ho, que era un problema meu. Ara que ja fa anys que estem separats, encara no ho entén. No pot entendre-ho”.

### **LA PSICOEDUCACIÓ DELS FAMILIARS**

De la mateixa manera que hem vist que les teràpies psicològiques s’apliquen als que pateixen depressió, també hi ha un seguit d’ensenyaments pràctics per als familiars, que a grans trets consisteixen en coneixement del trastorn depressiu, habilitats comunicatives per a fer-hi front, eines per a detectar possibles recaigudes i finalment, actitud preventiva.

No es tracta només d’ajudar a entendre als marits, fills o pares del pacient que està passant. L’actitud del familiar té a veure, està directament relacionada, amb el procés de recupe-

ració o d'empitjorament. Ho constaten diversos estudis que sostenen que un bon suport emocional afavoreix una millor recuperació i la reducció de recaigudes. I a la inversa, investigacions entorn a famílies amb casos de depressió apunten que un menor suport social o la percepció per part del malalt que té menys suport conjugal i psicològic i una mancança de suport no familiar contribueixen a l'evolució pitjor del trastorn.

George W. Brown, metge britànic del servei Academic Psychiatry, al St. Thomas Hospital de Londres, especialitzat des de fa més de trenta anys a analitzar la influència del suport social en la depressió, m'explica en una entrevista que “una dificultat interpersonal severa durant la depressió està molt relacionada amb la perpetuació de la depressió, i la possibilitat que duri un any o més. La qualitat de les relacions centrals –parella, pares, fills– és molt important pel que fa al que definim com a factors de perpetuació de la depressió”.

Això queda confirmat per investigadors com Gabor Keitner i Ivan Miller, del Departament de Psiquiatria i Comportament Humà de la Brown University, als Estats Units, que han constatat que durant la depressió, tant una escassa satisfacció conjugal com la percepció per part de qui està patint que la seva parella és crítica amb ell, estan relacionats amb nivells més elevats de recaigudes.

### **COIXOS**

La necessària aliança terapèutica, la lluita conjunta sobre la depressió entre el metge, el pacient, la família i l'entorn social és gairebé inexistent, més enllà d'alguna visita esporàdica del familiar al metge. La taula del tractament de la depressió coixeja per la pota dels familiars. Ho denuncien la gran majoria dels testimonis que he entrevistat, amb impotència i indignació, i entitats com la que ha presidit Margarita Serrat durant

divuit anys, la Federació d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAMM). Diu Margarita Serrat: “els familiars demanen ajuda als professionals: com ho hem de fer?, com els hem de tractar? Si faig una cosa s’enfada, i si no la faig també, i com li haig de dir que s’ha de prendre la medicació? L’únic que demanen les famílies als professionals és una petita ajuda per saber com han d’actuar, perquè el paper de la família és molt difícil. Tenint en compte que no són professionals, la família no sap què passa i no sap què ha de fer. És evident que cada metge és diferent, i que cada malalt és diferent, i que el que jo dic anirà bé a un malalt i a l’altre, no. Per això s’ha d’individualitzar el tractament: no és cafè per a tots o, per exemple, Prozac per a tots. L’educació a les famílies ajuda a evitar recaigudes, i tant!”. Es fa prou?, li pregunto. “No, en absolut. Tampoc no és que no es faci res, comparat amb fa quinze anys es fa molt. Però cada vegada hi ha més malalts.”

#### **CUIDAR EL CUIDADOR**

Desenes d’estudis constaten la repercussió psicològica de la depressió en l’entorn de qui la pateix. A tall d’exemple, els fills de pares amb depressió (el pare o la mare) tenen tres vegades més possibilitats de desenvolupar processos d’ansietat, depressió o addicció a les drogues, i de patir disfuncions familiars i socials en la seva joventut i en l’edat adulta, segons un estudi recent publicat a l’*American Journal of Psychiatry*.

En les entrevistes als familiars dels afectats, gairebé tots m’han descrit com han hagut d’amagar la seva tristesa, ocultant les seves llàgrimes, plorant en silenci i en solitari tancats en una habitació. Tot per no preocupar encara més el seu ésser estimat que està patint la depressió.

La majoria expliquen com han pensat d’anar o han acabat anant a un psicòleg. I el psicòleg tot sovint els insisteix en la

importància que mantinguin un espai propi, que mirin també per ells mateixos amb un punt d'egoisme ben entès. Que facin com en Joan, el menorquí que porta quaranta anys lluitant per la seva dona bipolar, i que malgrat tot no ha deixat d'anar als assajos de cant de la coral de què forma part o de plantar albergínies al seu hortet, acompanyat del gos. Qui no s'estima no pot estimar algú altre. Qui no té cura d'ell mateix pot acabar tan afectat que no pugui tampoc tenir cura del seu ésser estimat.



## DEPRESSIÓ I DONA

### LA DEPRESSIÓ POSTPART

La Carme descriu un dels principals símptomes de la depressió postpart, la incapacitat per fer-se càrrec del propi fill:

“Va ser horrible, horrible. La meva mare va haver de tenir cura de la nena, perquè jo no podia aixecar-me de nit ni per a donar-li el biberó. Tant em feia, sentia que el nadó no era meu. És així, t'és igual. No sabia donar-li el biberó, no sabia vestir-lo, no sabia banyar-lo, res.”

La depressió postpart comporta un bloqueig que genera sentiments contradictoris cap al nadó: angoixa per la por de perdre'l si no se'l cuida bé, però també un distanciament cap a qui es veu encara com un ésser estrany. En els casos més greus, que són minoria, es poden produir fins i tot deliris que portin la mare a lesionar-se o a lesionar la criatura.

La depressió postpart afecta aproximadament una de cada deu mares. Però són majoria (entre un 50 i un 75%) les mares que experimenten l'anomenada tristesa postpart o *postpartum blues*. La tristesa postpart no és una depressió, sinó un seguit de símptomes lleus de tristesa, sensació d'incapacitat, insomni, preocupació excessiva i tendència a plorar. Aquests símptomes duren un parell de setmanes i van desapareixent sense necessitat de tractament.

Si l'entorn no ajuda a assumir amb una certa naturalitat aquest estat d'ànim i a superar-lo progressivament, el *post-*

*partum blues* es pot convertir en una depressió com la de la Carme.

#### **PER QUÈ ESTAN TRISTES LES MARES?**

Les causes d'aquesta tristesa postpart i de la depressió postpart són una combinació de factors hormonals, emocionals i socials.

#### **EL DOBLE DE DONES QUE D'HOMES AMB DEPRESSIÓ**

Està estadísticament constatat que la depressió afecta el doble de dones que d'homes. La causa d'aquesta desproporció no és clara, però probablement té a veure amb una combinació de característiques hormonals, psicològiques i socials que afecten la dona.

#### **CAUSES SOCIALS**

Aquest testimoni no té nom i els té tots. És un perfil traçat a partir de les experiències reals de bona part de les dones entrevistades per fer aquest llibre. La seva vida explica per ella mateixa les condicions psicològiques i socials que poden propiciar que la depressió sigui un trastorn majoritàriament femení:

“Em van educar per gaudir patint pels altres. Vaig començar a treballar als tretze anys fregant plats. Als disset ja havia decidit que volia dedicar la meua vida a treballar, casar-me, tenir fills... i patir pels altres. No vaig tenir molt bona relació amb els meus pares. Primer vaig tenir ansietat i després depressió, i mon pare sempre em deia que estava fent comèdia, i no el podies treure d'aquesta idea. Es va morir pensant el mateix. Ma mare deia a la gent que la seva nena tenia 'nervis', per no haver de donar gaires explicacions, i a casa em sobreprotegia. Tota l'estona m'insistia que havia de tenir força de voluntat, vestir-me, trucar les amigues, anar a passejar... I quan més m'ho deia, pitjor em feia sentir. Al final vaig optar per no explicar als meus pares les meves recaigudes. Per què fer-los patir si tampoc et poden ajudar?

Vaig deixar el poble i vaig venir a Catalunya sola, a treballar. Aquí només hi tenia una tieta llunyana. Poc temps després vaig conèixer el que avui és el meu marit. Ens vàrem casar, i quan va néixer el meu primer fill vaig deixar la feina per dedicar-me a ell i a la casa. El meu marit ha estat al meu costat i m'ha donat tot el que he necessitat, però en el fons crec que mai no ha entès el que em passa, i a mi també em costa demanar ajuda. No m'han ensenyat mai a contestar, a replicar, sóc molt sensible, i se'm fa difícil enfrontar-me a les coses i dir no. He plorat moltes vegades sola a la cuina de casa. Quan treballava me n'anava al lavabo de la feina i allà treia les llàgrimes.

Vaig a una psicòloga que em diu que he d'aprendre a ser més egoista, que he de pensar més en mi mateixa. M'explica que fins ara he estat com la gallina que sempre ha cuidat els seus pollets, la seva família, i que he d'aprendre a ser una mica gall.

Però no sé amb qui he de fer-me el gall, perquè els fills s'han fet grans i ja han marxat de casa i el meu marit treballa fora. I joestic sola tot el dia a casa. Sola, sola, sola... He intentat tornar a treballar, però ja no tinc l'edat ni l'experiència que demanen a tot arreu. He perdut la vocació que tenia quan era jove.

Tinc cinquanta anys i veig el futur bastant negre. I el cas és que jo sempre m'he considerat una dona alegre, he lluitat sempre per tirar endavant i no sé què haurien fet el meu marit i els meus fills sense mi. Ara vaig a un casal, hi he fet amistats, i he après a controlar les meves depressions gràcies a la doctora, que s'ha convertit en la meva millor amiga.”

Les dones que han patit un rol de submissió respecte al poder masculí en societats patriarcials componen un quadre vital on es fa difícil discernir si la dona està malament o bé viu malament. Viure malament per haver d'assumir tota la feina de casa i la cura dels fills. I fer-ho des d'un paper secundari dins la família i la societat. Una discriminació que genera solitud, manca d'objectius vitals i a més, tot sovint, la incomprensió de les parelles o fins i tot dels fills quan la dona mostra la seva depressió. Es fa difícil respondre, en fi, a la pregunta de si el seu

trastorn és el problema o el problema és la pressió i l'aïllament que efectivament s'exerceix sobre la persona –la qual cosa no l'eximeix de la responsabilitat de lluitar-hi.

Tot plegat dibuixa una vivència en què la causa última de la depressió probablement supera els marges de la psiquiatria i entra en el terreny de la sociologia, i més concretament, en l'estudi de les classes socials desfavorides, les tradicions culturals masclistes, el baix nivell educatiu, les discriminacions laborals i, en definitiva, els dèficits democràtics que impedeixen exercir la plena igualtat i el respecte a l'autonomia i la identitat personals.

## DEPRESSIÓ INFANTIL I JUVENIL

L'Anna, una noia de setze anys, descriu el “cúmulo de coses” que creu que van influir a fer que caigués en una depressió fa un any:

“Va ser per un cúmulo de coses. Hi havia mal *rotllo* a casa, ho acabava de deixar amb un noi. Era l'estiu i no tenia res a fer, ni ganes de fer res més en el futur, ni treballar ni estudiar. Donava moltes voltes a les coses, em muntava pel·lícules. Era com una cosa al cap que no em deixava... Pensava 'la vida és una merda, no serveixo per a res'. I tenia moltes pors, malestar, ansietat. A més estava fent un canvi de l'adolescència a comportar-me de manera més adulta. Havia de madurar, i llavors és quan t'adones que la vida no és tan fàcil.”

Mirant més cap enrere, recorda també la mort de la seva mare quan tenia cinc anys i el fet que no es trobi a gust amb el seu pare i la seva actual parella. També esmenta que quan tenia nou anys va patir una temporada d'ansietat durant la qual no volia anar a l'escola. Una etapa que va superar tota sola.

El pare de l'Anna volia que seguís la branca professional paterna i quan va deixar el batxillerat el pare li va dir: “em deceps”.

A tot això hi hem d'afegir que la germana gran de l'Anna també va patir una depressió anys enrere, que l'Anna no va entendre fins que ella mateixa la va experimentar: “de tan malament que veia la meua germana em sentia enrabada per no

entendre com podia estar així, fins i tot em feia vergonya veure-la d'aquella manera i em preocupava més del que diria la gent que no pas de com estava ella. Ara la comprenc totalment”.

Quan va començar a sentir-se trista, l'Anna diu que no tenia ningú amb qui parlar perquè el pare treballava tot el dia i perquè ella mateixa tenia dificultats per a expressar els seus sentiments.

“Vaig intentar suïcidar-me i llavors és quan es van adonar del que em passava. Volia tirar-me pel balcó. Segurament no tenia intenció d'acabar-ho fent sinó de cridar l'atenció.” A partir d'aquí va començar un tractament de recuperació basat en tres pilars: la teràpia psicològica, la medicació i l'estimació i comprensió de família i amics... L'Anna descriu clarament la funció de cadascuna d'aquestes tres ajudes.

La teràpia li ha servit per a analitzar la situació que vivia a casa i a l'escola, repassar el passat, i en definitiva, buscar l'origen de les seves preocupacions.

“M'ha anat bé perquè jo tenia el cap com desordenat, molt desorganitzat, entre la família i l'absència de la meva mare... i el psicòleg t'explica el que tens i t'ajuda a fer-hi front. A mi m'han dit que el que em passa és que m'enfonso molt de pressa per qualsevol cosa, potser per una tonteria. És com un edifici molt bonic, que està bé, però que s'enfonsa, i ja no hi ha edifici, l'has de tornar a començar de nou. Ara que ja sé què tinc, aniré més amb compte quan em passin coses i estaré més tranquil·la.”

Les pastilles (pren un antidepressiu i, en cas de patir atacs d'ansietat, un ansiolític) han estat útils perquè “fan que pensis millor. No penses tantes tonteries, no tens tantes pors, no penses que la vida és una merda”.

La tercera columna de la recuperació ha estat l'estimació familiar:

“Si estàs a casa malament i algú et diu ‘t’estimo’ i està al teu costat... unes paraules com aquestes, encara que fas veure que no les sents, sí que les sents. Se’t queda al cap, una cosa així. L’actitud de la família és molt important perquè et sents més protegida, no et sents tan sola. Veus que ells també pateixen i t’esforces més, per ells, perquè no ho passin malament.”

Les seves amigues també se’n van fer càrrec i la tractaven millor, de manera més suau, encara que l’Anna es molestés gairebé per qualsevol cosa i no tingués ganes de parlar.

I encara hi ha una quarta columna, per a fer més sòlid l’edifici de la recuperació: la voluntat. L’Anna n’ha posat molta, de voluntat, i ho demostra en el que diu i en com ho diu: “Ara parlo les coses, no em tanco en mi mateixa, intento no tancar-me. I si alguna cosa em fa por la torno a fer fins que no me’n faci, de por. Si m’enfonso o estic uns dies malament o de mala llet... doncs dormo, em relaxo, em desperto, i demà serà un altre dia.”

L’Anna em parla amb aquesta maduresa lúcida en una de les sales del centre de dia de psiquiatria infantil i juvenil a què ha anat tres cops per setmana durant uns quants mesos, al costat d’una desena d’altres nois i noies. No deixarà la teràpia definitivament fins que tingui clares dues idees: “què tinc exactament i què he de fer quan ho tingui; fins llavors no sortiré, com li he dit al metge. Quan era petita vaig sortir-me’n jo sola, però ara, si tinc gent que em pot ajudar, no vull tornar a recaure. I, a part, ja he fet el pas de madurar”.

Després d’entrevistar l’Anna vaig contactar amb el seu pare, però tot i que semblava disposat a parlar-ne, al final no em va concedir l’entrevista.

El cas de l’Anna reuneix moltes característiques pròpies de les depressions juvenils: problemes amb els estudis, a vegades per uns pares exigents que projecten en el fill els seus propis anhels

professionals, la pèrdua d'un familiar directe i les conseqüències que genera, i una determinada personalitat amb poca autoestima, que l'Anna descriu dient que "m'enfonso molt de pressa per qualsevol cosa". També hi influeix la presència d'antecedents familiars. A això hi hem d'afegir l'edat adolescent en si mateixa, una etapa de canvis en tots els nivells: canvis en el rol familiar, en el propi cos i en la sexualitat, que poden abonar la manca d'autoestima: per l'acne, per un primer trencament amorós, com l'Anna, o per sentir-se a disgust amb els pares.

La depressió és una manera de respondre a aquests traumes, a aquests canvis. L'ansietat, les fòbies o les obsessions són altres vies d'escapament d'aquestes frustracions.

### **LA IMPORTÀNCIA QUE ELS PARES PARLIN**

El paper de l'entorn familiar en les depressions infantils i juvenils és decisiu, d'entrada, per a prevenir-les: "és molt important que davant una pèrdua, el noi o la noia trobin en la família un element de seguretat per a parlar-ne i ser escoltats... però en moltes famílies ja no hi ha temps per a escoltar el fill, i l'escola tampoc no dóna aquesta resposta. Llavors el fill exterioritza la seva situació amb una depressió", descriu Àngel Pedra, coordinador de Psiquiatria Infantil i Juvenil a l'Hospital Santa Maria de Lleida.

Alguns dels símptomes de la depressió juvenil els ha descrit l'Anna: tancament en un mateix, pors, pèrdua d'interès en els estudis, pèrdua de gana. I pel que fa a les temptatives suïcides, com reconeixia l'Anna i constaten els metges, sovint són avisos a la família perquè s'adoni del problema.



**LES DROGUES, BENZINA AL FOC**

En aquestes edats cal parar especial esment al consum d'alcohol o drogues no només com a símptoma, sinó com a possible causa de la depressió. Els estudis més recents no fan sinó confirmar que el consum de drogues sintètiques, de cocaïna i també de cànnabis (marihuana) també pot ser una causa de trastorns psiquiàtrics i no una conseqüència o un agreujant.

## DEPRESSIÓ I TERCERA EDAT

La Pilar és una dona que als setanta-vuit anys va desenvolupar per primer cop una depressió. Un dels seus dos fills ho descriu així:

“El més important és adonar-se'n, perquè al principi no te n'adones. Fins i tot el metge creia que el que passava a la mare era per qüestions físiques i deia que tenia artritis reumàtica. No li va detectar depressió. La mare portava tres mesos al llit i la medicina general ho atribuïa a l'edat, a les malalties físiques. Fins que vàrem adonar-nos que allò no era normal i que el procés que estava seguint, amb l'edat que tenia, era d'un deteriorament que si deixàvem passar més temps seria irrecuperable. O fèiem alguna cosa, o allò no tenia solució.

El metge, suposo que pel fet de tenir tants pacients, va aplicar el recurs fàcil de la pastilla per a l'artritis. I nosaltres vàrem comprovar que hi havia un aspecte de la malaltia que no era el deteriorament físic propi de l'edat sinó que era psicològic. Que el que tenia era una depressió, tot i que també podia tenir artritis. I que si no s'actuava, en quatre mesos o en mig any la situació podia ja ser fatal en una persona de la seva edat i amb un procés interior d'angoixa.”

Els dos fills es formulen hipòtesis però no s'atreveixen a fer afirmacions definitives sobre el possible origen de la depressió de sa mare: “és una dona que té una vida típica de casa, els fills es fan grans, se'n van, i suposo que les frustracions acumulades

al llarg de la vida van sortint amb l'edat, i sobretot en anar perdent facultats físiques”, diu un d'ells. “Quan arribem a una determinada edat, tots fem una revisió de la nostra vida”, afegeix el seu germà “i dins el cervell hi ha coses que no saps com funcionen perquè, vist des de fora, ella està bé, no té problemes econòmics, no està sola, té el nostre pare...”

Com posa de manifest el cas de la Pilar, el principal problema en la depressió en la tercera edat és que es mantingui tapada sota malalties físiques o el deteriorament de la memòria. O bé que es consideri, molt equivocadament, que la depressió és, poc o molt, una conseqüència lògica de l'envelliment humà. La idea sobre la qual es construeix aquesta explicació és que és lògic que la gent gran estigui trista, perquè veu la mort a prop.

Es calcula que una cinquena part de la gent gran que visita les consultes del metge de capçalera té algun tipus de patologia depressiva. Els avis que més sovintegen aquests serveis sanitaris poden donar una pista que probablement, en el fons, el seu malestar no confessat o no detectat és un trastorn de l'estat d'ànim.

## DEPRESSIÓ I SUÏCIDI

En Manel és un home de seixanta-cinc anys que ha treballat i dirigit empreses en el sector tèxtil i ara viu sol en un poble del sud de Catalunya. Aquesta és la seva història:

“L’Aleix, un dels meus dos fills, es va començar a trobar malament als dinou anys. El va deixar la xicota i després de començar la carrera de Dret, va decidir que no li agradava i va començar la de Periodisme. Estava molt trist, no tenia ganes de sortir... i va caure en una depressió.

Poc després, jo vaig tenir l’opció de refer la meua carrera professional entrant a formar part d’un nou projecte empresarial, i l’Aleix em va dir que m’ajudaria, que hi participaria, però que volia formar part del comandament. Volia manar. Li vaig dir que no hi havia cap problema. Veia el meu fill més recuperat de la depressió.

Poc després, un dia que estàvem tots a casa, em vaig llevar al matí i el vaig trobar assegut al sofà amb un ganivet a les mans. Era un ganivet que no tallava, no li vaig donar més importància.

Vàrem sortir a passejar tots dos i mentre caminàvem em va dir: ‘ensenya’m a resar, m’agradaria ser creient com tu’. I vam estar resant durant tota l’estona, ell i jo.

Després de dinar, la meua dona i jo vam anar a descansar una estona. Ens va despertar l’altre fill dient-nos que l’Aleix s’havia llançat per la finestra. Vivíem en un setè pis del barri de les Corts de Barcelona. Per altura era com si fos un tretzè.

El meu fill es va suïcidar quan estàvem tots més bé, i tots quatre a casa. El portaven tres metges diferents, i només després de la

seva mort he sabut que, a banda de la depressió, en el passat havia patit un brot esquizofrènic.

La meva dona va caure molt avall, es va quedar aturada, i alhora feia un esforç sobrenatural per mirar de sortir de la pena, tant és així que semblava que no se li hagués mort ningú. Deia que l'Aleix se n'havia anat de viatge i tardava molt a tornar. La cosa va anar de mal en pitjor, va començar a fer moltes bestieses, com comprar vestits caríssims a les millors pelleteries de Barcelona. Vestits que no arribava ni a estrenar.

Vàrem anar a un psiquiatre que ens visitava als dos alhora, i tots dos ens anàvem tirant la pilota l'un a l'altre, culpant-nos del que havia passat amb el nostre fill.

De fet hi hem anat tots els de casa, al psiquiatre. També hem anat a veure bruixots, ens han tirat les cartes del Tarot, i fins i tot, com que la meva dona deia que ens havia agafat un mal d'ull, vàrem aconseguir, a través d'una gestió amb Roma, que un exorcista ens rebés a casa seva. Ens va dir que el que parléssim allà no ho expliquéssim enlloc. Jo no hi crec, però...

El psicoanalista, un vell conegut de la família, ens volia curar sense medicació. Fins que va arribar un moment que va admetre que no podia, que no podia fer res més. I ens va recomanar un dels millors psiquiatres de Barcelona.

Passat un temps, la meva dona em va dir que es volia separar. Va anar a viure a una casa que teníem al poble. Jo hi anava els caps de setmana. I a poc a poc la situació va anar millorant. I quan els dos estàvem més bé un dia sis de gener, anant cap a Barcelona tots dos en cotxe, em va dir que em veia canviadíssim, que em veia molt bé, i que a partir de llavors sí que viuríem feliços. 'Ara sí que estarem bé', recordo que em va dir. Quinze dies després es va suïcidar. Poc després el meu fill em confessava que una vegada va treure les pastilles de la boca a la seva mare.

La darrera trucada la va fer a la meva germana, des de la casa del poble. Li va dir que estava escrivint una carta a l'Aleix, el nostre fill que s'havia tret la vida, però que no sabia si enviar-la per correu o portar-l'hi directament.

Dues hores després es va suïcidar. Només feia quaranta-vuit hores que m'havia demanat que la deixés sola un parell de dies.

El metge que l'havia estat tractant em va dir que suposava que s'havia pres pastilles i alcohol. I tot i que la meua dona va passar per una fase en què bevia, després de la mort del nostre fill, en l'anàlisi forense del seu cos no hi van trobar restes d'alcohol. Va morir per una intoxicació de pastilles. Va deixar una nota demanant-nos perdó a tots.

Popularment es diu que qui avisa que se suïcidarà no ho acaba fent. En el meu cas, abans havien mostrat algun indici de voler-ho fer, i ho van acabar fent. I el que també he après i m'han advertit els metges és que quan millor comença a estar algú amb un trastorn mental és quan més risc de suïcidi hi ha. Per això, ara, quan veig amics amb fills o parents depressius els aviso: vigileu-los, sobretot quan comencin a estar millor.”

La vivència que ha explicat el Manel és fatalment allisonadora: tant el seu fill, primer, com la seva dona, després, es van treure la vida quan semblava que s'estaven recuperant dels seus trastorns.

I és així en bona part dels casos. Els estudis sobre les circumstàncies en què es produeix un suïcidi relacionat amb depressió confirmen que el risc més alt és al començament i al final d'un episodi depressiu i no en la fase més aguda de la davallada. La raó lògica és que mentre la depressió es manifesta més intensament, provoca una inhibició, un alentiment i bloqueig psicomotor (en els moviments) que impedeixen en bona mesura passar del possible pensament suïcida a l'acció. En canvi, la meitat de les persones que han acabat consumant un suïcidi ho han fet en els tres mesos posteriors a la primera crisi, quan semblava que se'n sortien.

### **AVISOS PREVIS DE SUÏCIDI**

Un comentari popular sobre el suïcidi, com ha explicat el Manel, consisteix a afirmar que “qui diu als altres que se suïcidarà no ho

acaba fent". És fals. La gran majoria de les persones que s'intenten suïcidar n'havien parlat abans, o si més no havien donat pistes, indicis, símptomes. També el fill i la dona del Manel havien expressat una certa voluntat de treure's la vida. Aquests indicis no es veuen tan clarament fins que no s'ha produït un intent real i es repassen les setmanes i els mesos previs.

El suïcidi en la depressió és un risc real i present, especialment en les depressions més greus. Un 15% de les persones que pateixen una depressió s'intenta treure la vida. Un de cada set afectats per un trastorn bipolar se suïcida. Segons dades del 2002, a Catalunya es van produir 480 suïcidis oficials. Respecte al conjunt de la població, la xifra representa un percentatge bastant baix en comparació amb altres països europeus. Cal també tenir en compte que alguns suïcidis queden amagats sota l'aparença d'accidents. O bé ningú no s'adona de la realitat de la mort, o bé es tapa perquè a tots ens incomoda haver d'explicar que hem perdut un ésser estimat perquè ha decidit matar-se.

També és cert que en molts intents de suïcidi hi ha una part de crit d'alerta i de desesperació i que, conscientment o inconscientment, sovint es deixa un rastre o una porta oberta per no perdre la vida.

## LES RECAIGUDES

[...] *No desistiré.  
Ho faig per mi i ho faig, també, per tots.  
Hi ha un cert espai i un molt incert destí.  
Destí i espai els omple cadascú.  
La veritable mort és desertar.*

**Miquel Martí i Pol**

Així recorda la Victòria, de trenta-set anys, casada i amb dos fills, els primers episodis de la seva depressió. Una depressió que se li ha anat reproduint periòdicament. Una depressió recurrent:

“La primera vegada que els meus pares em van portar al metge va ser quan anava a l’escola. Treia bones notes, però en els exàmens globals sentia molta pressió, em posava molt nerviosa i no era capaç d’estudiar, m’entrava desgana per tot.

El metge va dir que el que em passava era per un excés de responsabilitat. Després, quan anava a l’institut em vaig tornar a sentir igual, sense que fos època d’exàmens. No podia estudiar, tenia nervis, no volia sortir de casa, no volia fer res. El metge continuava dient que tenia un excés de preocupació.

No va ser fins a la universitat que em van diagnosticar per primera vegada depressió. Va ser un altre metge, durant els exàmens finals. Estava tan malament que ni estudiava ni feia res, em sentia trista, amb la moral baixa, sense ànims.”

La Victòria ha après a assumir el tipus de trastorn que pateix, a fer tot el possible perquè les davallades siguin tan suaus i breus com sigui possible, i a detectar-les de seguida.

“Noto quan em ve una recaiguda perquè començo a deixar de tenir ganes d’anar a treballar, d’anar a fer la compra, i tot se’m fa



una muntanya. Jo mateixa em dic: malament, estic caient. Però ja no tinc els episodis tan dolents com abans. He anat prenent la medicació i crec que l'hauré de prendre tota la vida. Noto l'efecte positiu de les pastilles.

Aquesta és una malaltia com qualsevol altra. Hi ha moltes persones que tenen malalties cròniques i prenen medicació sempre. Jo això ho entenc molt bé perquè sóc asmàtica, i tinc molta relació amb els metges des de petita. Veig el futur bastant bé, ara controlo millor la depressió, em passa com amb l'asma. I crec que aniré a millor, així ho espero.”

Un cas semblant pel que fa a la manera d'afrontar els episodis de depressió és el de l'Eulàlia. Té setanta-dos anys i en fa trenta que pateix depressions. Hem conegut la seva experiència i la del seu marit en capítols anteriors. L'Eulàlia descriu les seves depressions com muntanyes, amb pujades i baixades: “quan pujo és quan em vaig posant bé, i quan baixo és quan caic una altra vegada al forat. Ja noto quan m'ha de venir. Per exemple quan arriba l'estiu”.

Per moltes voltes que hi doni, l'Eulàlia no identifica cap fet estressant, cap problema o desgràcia a la seva vida que li causi les baixades: “No, no, res, per això m'enrabió, perquè no tinc problemes personals. La depressió em ve sense més ni més. T'aixequés un matí i ja comences a notar una angoixa, una tristesa... i em dic: ja està, ja ha vingut. I has d'aguantar el que vingui. I llavors estic dies, setmanes o mesos així. El dia es fa llarg però he d'aguantar-ho. I encara que no estigui gaire bé faig un esforç per a anar al casal, hi he d'anar. Allà, encara que em notin una mica nerviosa, són molt discrets i ho entenen”.

La Victòria i l'Eulàlia pateixen depressió recurrent però fan una vida absolutament normal la major part del temps. Són felices, malgrat patir els cops de la malaltia. Prenen medicació però han pogut continuar treballant, exercint les seves respon-

sabilitats i gaudint de la família com qualsevol altra persona. La malaltia les obliga a estar alerta per veure venir a temps una recaiguda. Però amb l'experiència han après a assumir-ho sense que això signifiqui renunciar a res ni deixar de tenir una actitud positiva davant la vida.

Assumir-ho vol dir no sentir-se culpable ni culpar ningú de les recaigudes o recurrències. Vol dir entendre, com explica la Victòria, que estem davant una malaltia que pot ser recurrent, com també és recurrent una úlcera o l'asma. I en els casos de distímies o depressions cròniques, si fa o no fa el mateix: són cròniques com ho són altres malalties que no impedeixen a qui les pateix portar una vida digna i feliç dins uns límits. I assumir-ho també vol dir entendre que, el fet que siguin casos crònics, no treu de lluitar per reduir-ne al màxim possible els efectes.

### **POSSIBILITATS DE RECAURE**

En primer lloc, cal distingir entre recaigudes i recurrències. S'anomena recaiguda la davallada que es produeix quan s'està encara en fases de recuperació d'una depressió. És com quan estem pujant una muntanya i fem un pas en fals que ens fa relliscar uns quants metres enrere i hem de tornar a pujar.

En canvi, una depressió recurrent és aquella que provoca que després de la recuperació total d'un episodi, el pacient torni a caure passats dos mesos, dos anys o deu anys. Cada reaparició de la depressió s'anomena una recidiva.

Les probabilitats que algú que ha patit un episodi depressiu tingui una recidiva o un trastorn recurrent són altes, i d'entrada poden desanimar: qui pateix una depressió té el 50% de possibilitats de recaure durant els dos anys següents. Els episodis únics de depressió són minoritaris, sobretot en depressions endògenes, no tant en depressions reactives. I a mesura que es

produeix una recurrència es tenen més possibilitats de patir-ne una altra més endavant, i cada vegada es produeixen més seguides en el temps. O el que és el mateix, amb períodes més curts entre depressió i depressió.

## LLIÇONS APRESES A LA RECERCA DE LA FELICITAT

*La felicitat no es consolida  
si no passa abans per la tristesa.*

**Mario Benedetti**

Aquestes són algunes de les sensacions amb què qui està patint una depressió comença a adonar-se que se n'està sortint, que comença a recuperar-se:

“Un bon dia, et lleves al matí amb ganes de dutxar-te i d'arreglar-te. O amb ganes d'agafar la moto i sortir a fer un volt, ni que sigui pels quatre carrers del barri. I, no sense esforç i a poc a poc, ho fas.

Et sorprens a tu mateixa cantant aquella cançó del Serrat que tant t'agrada i truques a la teva millor amiga per explicar-li-ho, amb un nus d'emoció a l'estómac. Una emoció emmarcada per la prudència i la por. Potser al llarg del dia tornes a tenir pensaments negatius durant una estona. Però a poc a poc els vas fent cas omís i no et sents víctima d'un estat d'ànim fosc i negatiu. I tot i que encara no tinguis gaires ganes de fer res, et veus capaç de fer algunes petites passes. Al començament fins i tot potser no tens ganes d'estar tan bé com veus que estàs perquè això t'obliga a enfrontar-te amb la vida, la gent del teu voltant s'adona que estàs recuperant-te i això t'incomoda una mica. Treus forces d'on no creies tenir-ne i també veus que pots recuperar la serenitat.

Amb el temps, recordes perfectament els petits detalls amb què perceps que la teva voluntat i capacitat de decisió estan tornant. Recordo que una de les primeres coses que vaig fer va ser llençar el despertador a les escombraries perquè quan anava a dormir sempre m'havia molestat el sorollet que feia l'agulla dels segons. Recordo també tornar a notar el gust del cafè del matí o l'olor que fa el teu perfum, ets capaç de seguir el fil d'una pel·lícula. A mi

m'agrada molt llegir i vaig poder tornar-ho a fer. Abans era incapaç de concentrar-me en el text.”

De vegades la sortida és relativament ràpida, però tot sovint requereix un procés, un temps, per a evitar recaigudes i garantir una recuperació sòlida i duradora. A vegades es té massa pressa per a tornar a treballar, per a recuperar totes les activitats de cop. En altres ocasions es té por de recaure i, conscientment o inconscientment, es vol retardar al màxim l'assumpció de responsabilitats, fins que el metge i l'entorn donen l'empenteta final.

La Berta, periodista, recorda perfectament el primer dia que va tornar a la feina. Tenia el cor accelerat, estava nerviosa, però tot va ser com abans, perfectament normal. Quan va arribar a casa seva es va posar a plorar... d'emoció, de felicitat, en comprovar com la seva vida tornava a la normalitat, a la serenitat.

### **EINES PER A TREBALLAR LA FELICITAT**

Des de la psicologia contemporània s'han descrit un seguit de capacitats o actituds humanes que es consideren bones eines per a aproximar-se a la felicitat:

- La capacitat de superar els reptes i les adversitats pròpies de la vida i d'adaptar-se a les modificacions sobtades.
- La capacitat de comunicar-se i de mantenir un to general optimista davant la vida.
- I una raonable autoestima que permeti controlar el curs de la pròpia existència.

Es podria relacionar en bona part aquestes característiques amb allò que va definir Thomas Chalmers, ministre presbiterià escocès: “algú a qui estimar, alguna cosa a fer i quelcom per a esperar”.

# **TESTIMONIS PÚBLICS CONTRA EL TABÚ**

## PEPE RUBIANES, ACTOR

Els seus monòlegs irònics i carregats d'humor l'han convertit en un dels homes de teatre amb més personalitat i popularitat de Catalunya. Va pertànyer a la companyia Dagoll Dagom i va treballar amb Els Joglars a *Operació Ubú*. Des del 1981 ha seguit la seva carrera en solitari amb nombrosos èxits de crítica i públic.

Va ser fa deu anys, quan tot m'anava perfectament bé, amb el millor que li pot passar a un actor: fer funcions amb el pati de butaques sempre ple.

El primer que vaig sentir és que em feia *pal* anar a treballar. Però un cop creuava la porta del teatre, aquesta sensació se n'anava.

Després vaig començar a notar que quan anava caminant cap al teatre, en algun moment perdia l'equilibri i el cos se me n'anava de costat. Cada cop em passava més. Primer uns metres, després per tot el carrer Pelai i després des que sortia de casa.

Un altre dels símptomes també va ser una mena de tristesa que m'envoltava, no tenia ganes de res, ni de sortir... i em passava els dies que no tenia funció a casa, veient pel·lícules. Només veia la part negativa de les coses.

També recordo l'angoixa que sentia, dormia malament, em llevava esgotat després d'haver-me despertat vuit cops durant la nit, i em preguntava: què cony em passa?

I un amic meu, psicòleg, em va dir: tu tens una depressió de cavall i el que et passa quan vas al teatre és una manifestació del rebuig d'anar a la feina. Però em va dir una cosa que em va ajudar molt: si caus, no pateixis, que algú ja et recollirà.

I semblava que la depressió em volia *fotre*, perquè em va començar a acompanyar també al camerino. Minuts abans de començar, quan ja sentia el murmuri del públic, ja em començava a marejar, i les passava *putes*... I finalment fins i tot durant la funció. El públic no notava res, però jo sentia una suor freda, em tremolaven les cames, com un flam... ho passava fatal, sortia del teatre fet una merda, i tothom dient-me que havia estat molt bé!

Mai no vaig deixar de treballar, i pensava en la frase que em va dir l'amic psicòleg: "si caic a l'escenari, algú em recollirà". I d'altra banda em preguntava: "si ho deixo, què faré, si el que més m'agrada d'aquest món és actuar i no ho puc fer?" Jo no tenia ganes ni de viure ni de res, i arribava a pensar que si no podia fer teatre em mataria, perquè el que m'atrau de la vida és poder fer precisament això.

Amics íntims del món del teatre a qui ho vaig començar a explicar em van dir que a ells també els havia passat. I jo que pensava que això era patrimoni exclusiu meu! I llavors vaig conèixer això que els passa a tants artistes: el pànic escènic que ha fet que molts grans actors hagin plegat. Tots els actors amb la tensió del cara a cara amb el públic tenim coses així, i alguns companys, coses pitjors.

Un amic em va recomanar que escrivís, perquè encara que la gent tingui una determinada imatge de mi i se'm relaciona sempre amb la gresca, jo sóc bastant tancat per a certes coses. Així que escriure un diari em va anar bé. Enregistrava en un casset els meus pensaments i després els passava al paper. Després he cremat tots aquests papers...



La meva germana, que és metge, em va dir: “quan puguis riure’t del que et passa serà la prova que has fet un pas endavant”. I em reia de mi mateix a escena, i si notava els marejos, els explicava al públic: “avui porto un tros de depressió a sobre! I és curiós, per a un home ros, alt i esvelt com jo... si em marejo, aplaudeixin...” i la gent es pensava que era un gag, una conya més! Si hi havia algun psiquiatre a la sala devia pensar que estava boig. Però a mi dir-ho m’alliberava. Ja tenia menys por.

I quan ja ho havia superat i ja tenia agafada la mida a la depressió va ser quan vaig decidir plegar un any, perquè continuava patint un estrès molt gran pel fet de sortir a escena cada dia. Tenia la tensió acumulada al cos, el meu coll començava a ser tan dur com el del Schwarzenegger, nen!

Vaig passar un any sabàtic de puta mare, desconnectant, tot i que tampoc no ho he superat, perquè això no se supera mai. Es pot controlar, però t’emportes molts disgustos.

L’ajuda de la gent que m’envolta ha estat fonamental, fins i tot quan els meus amics em feien conyes dient-me: “el Pepe, que l’any vinent ja no estarà entre nosaltres”, perquè això feia que jo notés que no estava tan malament, que hi havia quelcom de psicossomàtic.

El que també m’ha anat molt bé és l’exercici físic que faig diàriament i el ioga. La relaxació ajuda, perquè el tipus de vida que portem fa que no ens relaxem mai.

Amb els anys he après a no prendre’m tan seriosament a mi mateix. I això també és important.

Sé que no deixaré de tenir les pors, però quan arribin, ja puc anar capejant-les. És com si et tallessin una cama: aprens a caminar d’una altra manera. És duríssim perquè el que et falla és el motor, el cervell, la màquina. I el motor, com els dels cotxes, s’ha de cuidar, s’han de consultar especialistes i també s’hi ha de posar el teu esforç, perquè ens creiem que amb pastilles se soluciona tot.

La depressió és una malaltia, una malaltia del *coco*, i és tan absurd negar-la com dir que et negues a llegir o a menjar. No es pot negar. Hi ha un problema químic. I pel que veig, el 80% de la gent pateix o ha patit una depressió, i la resta és que ja estan bojós perduts...

Jo recomanaria a la gent que creu que pot tenir una depressió que s'ho prenguin seriosament, perquè si no arribarà un dia que ja no podran sortir-se'n.

Hi ha també un Pepe Rubianes amarg i terrible, que la gent no coneix. Sóc com qualsevol ésser humà! A vegades la gent es pensa que els que tenim una certa fama som petits déus, i que a nosaltres no ens passa el mateix que a ells. I jo ho dic a la gent: senyora, a mi em passa el mateix que a vostè, i potser és més fort, perquè vostè passa desapercibuda i a mi m'estan mirant.

## **LOLA HERRERA, ACTRIU**

És una de les primeres actrius teatrals espanyoles, ha participat també en destacats projectes cinematogràfics i televisius. De la seva llarga carrera destaquen les nombroses interpretacions de *Cinco horas con Mario*, de Miguel Delibes, un monòleg que l'ha marcat professionalment i personalment.

Jo estava fent un balanç de la meua vida, que va coincidir amb la feina a l'obra de Miguel Delibes, *Cinco horas con Mario*. I la veritat és que de sobte em vaig trobar amb una depressió enorme a sobre.

Quan es viu és quan se sap què és: estàs en un pou i res no t'importa, no vols fer res, no tens energia, força ni capacitat per a fer res. L'únic que vols és dormir, desaparèixer. No vols estar... no vols estar. No trobes el camí.

Crec que és estupend això d'arribar al fons, donar una puntada a baix i pujar. Almenys, així ho vaig viure jo. Suposo que cadascú ho viu i ho supera d'una manera diferent. Jo vaig baixar molt, molt, molt avall. No es tracta que un estigui decaïgut... és que està malalt i ha d'anar al metge.

El malalt ha de posar de la seva part en un percentatge elevadíssim. Les paraules *paciència* i *esperança* han de ser dues companyes de vida, i quan tens problemes d'aquest tipus, molt més.

No pots veure resultats immediats sinó que a poc a poc vas veient una llum. Quan ets al pou veus que no hi ha llum i la fos-

cor és total. I quan comences a albirar una llumeta a la llunyania, ja és molt. I llavors s'ha de fer un recorregut i digerir bé el camí, tirar la vista enrere, i fer-ho amb un ordre perquè es creï una fortalesa sobre la qual et puguis recolzar després i et doni força perquè quan et passin coses et puguis autoeducar i, sobretot, conèixer-te a tu mateixa per saber quan et voldran tornar a atropellar una altra vegada, i sortir al pas i dir: “no em deixo atropellar, agafo el toro per les banyes, si cal”.

Jo no vaig deixar de treballar mai, tot allò ho vaig passar dempeus i amb el teatre ple. Batallant. Tinc una professió en què no puc abandonar fàcilment la responsabilitat davant del compromís. Del teatre un no se'n pot donar de baixa així com així. Hi passes angines i pulmonies...

Crec que durant la depressió un ha de tractar d'entretenir-se, perquè si t'arracones en una habitació tot és cada vegada més negre. Però suposo que cadascú té la seva forma de viure-ho i jo no sóc qui per a posar *peròs*.

La depressió és quelcom que pot passar a qualsevol persona, de qualsevol edat, de qualsevol nivell social i de qualsevol professió. Ningú no està fora de perill, ni els forts ni el debils. Tothom està subjecte a un moment en què no pot més davant certs esdeveniments de la seva vida.

I estic convençuda, per pròpia experiència, que costa molt que la gent en vulgui sortir i tingui els estímuls suficients per a sortir-ne, però que d'això se'n surt.

Crec que en el teu entorn ningú pot fer res important. Han d'aguantar el xàfec com tu, però això ho ha de tractar un metge. Quan tens un ésser estimat amb problemes has de posar molta obstinació. Jo també he estat familiar de persona deprimida i sé que és molt difícil perquè no saps si empenyent fas bé o és millor deixar una mica de marge al malalt. No saps què fer. Allò ideal és, si la persona és tractada per un professional com-

petent, parlar amb aquest professional i fer tot el que pugui beneficiar la persona malalta i un mateix, perquè l'entorn acaba contaminant-se una mica de la situació.

El més important és estimar aquesta persona, donar-li l'atenció que necessita i no prendre's en broma aquestes coses.

Pensar que això són manies em sembla una falta de respecte, de comprensió i de generositat, perquè és jutjar quelcom que es desconeix i em sembla que posar en tela de judici la malaltia dels altres és una gosadia. "Això són *tonteries*", diuen. Doncs no ho són. Ningú no es queixa per caprici, i es passa tan summament malament que, si us plau, demano una mica de respecte. Dic i repeteixo: això no és quelcom que passi als altres. És quelcom que pot passar a qualsevol.

Hi ha gent que es pensa que el cap no necessita arranjaments i que la sensibilitat de les persones no es pot trencar en un moment determinat perquè succeeixi quelcom a la seva vida, que no té perquè ser important per als altres però sí per a qui ho passa. Quelcom que l'enfonsa.

No crec que sigui dolent passar per una depressió. Si has de passar per ella i et ve, has de digerir-la el millor possible, deixar-te ajudar i segur que surts més forta de l'experiència.

Almenys a mi la depressió m'ha enfortit com a persona. Ha enfortit la meva ment. A partir d'aquella mala ratxa, em vaig convertir en una altra persona. Practico una vida diferent, dono més valor al que em sembla que en té, no em perdo en coses petites. I, a més, quan vius una cosa així i te'n ve una altra, de depressió, quan et ve la *fluixera*, la veus venir i dius: "m'he d'enfortir, em posaré molt dura i aquí no et deixaré entrar".

## EPÍLEG

### LA MEVA MARE

Acabo el llibre com l'he començat, amb ma mare. Ella és el motiu de tot plegat, la que m'ha empès a escriure. Recullo aquí el seu testimoni en primera persona. Les seves paraules, directes i extremadament sinceres, descriuen bé vivències com els ingressos hospitalaris, els dubtes sobre les possibles causes, les recaigudes i, el més important, una manera de conviure amb el trastorn.

Vaig rebre una educació catòlica, a Maó. Des de petita m'ensenyaven a fer *les coses ben fetes*. Vaig anar a un centre d'Acció Catòlica, vaig estudiar el batxillerat, i com que la meva germana va anar a la Universitat de Barcelona, jo no havia de ser menys. Em deixava portar. No tenia idees pròpies, sempre feia les coses ben fetes.

Les meves companyes també hi anaven, a la universitat. Ens estàvem en un col·legi major car. Aquell ambient no m'agradava. A mi sempre m'han agradat els ambients senzills, les persones de classe tirant a baixa. La manera de vestir normal, res d'ostentació. Prefereixo passar per menys que per més.

N'hi havia que anaven a la universitat amb el seu propi cotxe. A segon curs de la carrera de Pedagogia vaig dir a la meva companya d'habitació, que també era amiga meva, que volia deixar els estudis. I em va aconsellar que acabés el curs, que tot això tindria. I així ho vaig fer. I va venir l'estiu.

Dic tot això, per si de cas la meva infància i joventut puguin tenir alguna cosa a veure amb la depressió i perquè el lector em conegui una mica.

Doncs, com deia, va passar l'estiu, i què havia de fer? Doncs, per inèrcia, vaig continuar estudiant. Em veia abocada a tractar amb un tipus de persones d'un estatus social que no m'agrada-va; no em veia capaç de donar classe a un grup d'alumnes.

Em sentia abocada cap a un precipici. Pensava que passaria com a segon curs. Vaig començar a no estar bé, no tenia gana, estava apàtica. Diuen que la depressió comença amb símptomes fisiològics. No feia més que donar voltes al tema: no em veia fent de professora i tractant amb un determinat estatus social. I un diumenge que no hi havia la meva germana, vaig agafar la maleta, i cap a l'aeroport de Barcelona, per tornar a Menorca.

I aquí comença sa meva primera depressió. Tenia vint anys i ara que escric això en tinc cinquanta-quatre. Pel que he explicat no sé ben bé si va ser una depressió endògena. Encara que en la meva família hi ha hagut depressions. La meva pròpia mare en va tenir. Jo recordo que durant una llarga temporada anàvem a dinar cada dia a un restaurant. Seria perquè ella, la meva mare, tenia depressió i no podia fer el dinar... Una tia paterna també en tenia.

M'estava al llit. Quasi no menjava, no em rentava. Se'm va ficar al cap que havia nascut per ser prostituta i que era millor suïcidar-me que donar aquest disgust als meus pares. Anava al terrat, agafava arrencada i corria per tirar-me de dalt a baix. I quan arribava al final m'aturava. No n'era capaç.

L'actitud dels meus pares va ser de molta comprensió: Què li passa a na Joana? La meva mare es va informar, explicava a les amigues el que em passava. Una amiga seva li va dir que el seu marit havia tingut depressió i que jo tenia els mateixos símptomes. Li va recomanar un metge molt bo de Barcelona,

el doctor Montserrat, i vàrem anar-hi. Aquest doctor era molt reposat, no gaire jove. Va ser molt comprensiu. Va explicar a la meva mare i a la meva germana el que em passava i em va posar en tractament. Jo crec que l'actitud dels meus pares va ser, doncs, molt correcta. Ells veien que no estava bé, no em forçaven a res. Penso que van fer allò correcte i és l'actitud que han de tenir els familiars. No em van forçar a res. Una actitud expectativa i d'informació.

Però jo no volia anar al metge, ja sabia què havia de fer i com. Un dia vaig sentir unes noies que deien: et prens un tub d'Optalidon i llestos. Doncs això és el que faig fer.

Un pescador em va trobar en una cova, mig adormida. Em va portar a casa seva i no recordo res més. Em van fer una neteja d'estómac i cap a Barcelona. Es veu que estava fotuda perquè em van aplicar diversos electroxocs.

Vaig estar una temporada amb uns familiars i, quan vaig millorar una mica, cap a Maó.

Quan va néixer el meu fill vaig tenir una altra depressió. Em vaig posar al cap que no sabia educar-lo i que seria millor que tingués una altra mare. Em vaig prendre un tub de pastilles per donar l'alerta que no estava bé. A poc a poc em va anar passant la depressió. Al cap d'un any, amb els amics vàrem formar una comuna. Al principi tot anava molt bé, fins que vaig començar a trobar-me malament. El meu marit em va portar a Barcelona, a l'Hospital Clínic, perquè hi coneixia un psiquiatre. Jo prenia IMAOS (psicofàrmacs). I per a canviar-me la medicació havia d'estar quinze dies sense prendre'n, i m'estava a l'hospital. Quan vaig entrar a la sala de malalts vaig cridar: "Jo no estic *loca!*"

Vaig passar un mes ingressada, cosa que em va semblar molt de temps; vist ara, és ridícul.

De tot això fa molt de temps i me'n recordo a mitges. Recordo coses concretes. Recordo que per sopar ens donaven un tros



de truita de patata amb un tall de pernil dolç al damunt. Em van donar l'alta amb medicació.

Vaig passar un any en una casa de camp amb els meus pares i el nen. En realitat ma mare és la que el va cuidar. Em vaig posar bé.

Jo havia demanat una excedència de dos anys a la feina. Quan va ser el moment vaig tornar a treballar. La meva sogra cuidava el nen. Van passar uns anys... el meu matrimoni no anava gaire bé i ens vàrem separar quan el meu fill tenia dotze anys. Jo sempre deia que quan el meu fill hagués d'anar a Barcelona a estudiar (feia molt de temps que deia que volia ser periodista, i periodista és) jo aniria amb ell. I així va ser. Jo treballava de tècnic de laboratori. Vaig demanar trasllat a l'Hospital de Can Ruti a Badalona.

Vaig venir a Barcelona el juliol del 89. El meu fill va passar l'estiu amb el seu pare i va venir al setembre per acabar l'institut ja aquí.

Al cap d'un any, a l'estiu el meu fill va tornar a passar les vacances amb el seu pare, a Menorca. Jo vaig fer amistat amb un malalt, vàrem passar l'estiu junts.

I un dia que vaig anar a la plaça, vaig començar a donar voltes sense saber què comprar, com *atontada*. Jo ja coneixia aquests símptomes. Vaig arribar a casa i li ho vaig dir a la meva germana. Em vaig posar a plorar. Aquí va començar un calvari que encara arrossego.

Feia quinze anys que estava bé. Jo sempre em recordava de quan no vaig estar bé i tenia por de recaure. Tenia por que el meu fill ho tingués. Com ja he explicat, a la meva família hi ha casos de depressió. Tal vegada per això comprenen el que em passa.

Amb la meva germana vàrem anar d'un metge a un altre, a l'Hospital de Sant Pau d'urgències moltes vegades. Fins que em van portar a una clínica de salut mental de Santa Coloma

i hi vaig quedar ingressada. La doctora que em va visitar va ordenar tot d'una que em fessin electroxocs. Això és un tema molt discutit per alguns metges, però jo voldria veure què farien els metges reticents si es trobessin en la meua difícil situació. La doctora em va dir que els metges que no són partidaris dels *electros* porten el malalt a un metge que sí que n'és partidari...

Vaig estar diverses vegades ingressada a la clínica de Santa Coloma. Allà no parlava i anava desenvolupant un complex: no em veia capaç de relacionar-me amb ningú perquè creia que no tenia temes de conversa, no tenia res a dir. Hi havia revistes, però no em podia concentrar en la lectura. Amb la tele, igual. Amb els jocs passava el mateix. Feia un gemec constant. Un dia les cuidadores em van demanar per favor que les deixés esmorzar tranquil·les.

Als matins, després d'esmorzar, anàvem a un gimnàs, fèiem bicicleta i un poc de gimnàstica. Això quan estava "bé". Alguns dies anàvem a passejar pel recinte, que és molt maco. Però quan l'havies vist cinquanta vegades ja perdia l'atractiu. La meua família em venia a veure de 4 a 6, l'horari establert de visites. El meu nou marit, el malalt que havia conegut tractant-lo quan jo treballava a Can Ruti, venia cada tarda i anàvem a un safareig amb peixos. Jo ja li tenia mania, al safareig!

Un dia d'aquests que anàvem a passejar amb una infermera, jo em vaig posar a plorar i em vaig apartar del grup. La infermera va dir als altres que no passava res. "Oi, Joana?" I jo vaig dir que no amb el cap.

A vegades havien de lligar-nos al llit de mans i peus perquè estàvem molt excitades i cridàvem. Una vegada van tancar una malalta a l'habitació i cridava (fumava molt) i les altres malaltes li passaven cigarretes pel foradet que tenen les portes per mirar dintre.

Em va passar una cosa curiosa. Com que quan estava lliure no feia res, vaig pensar que si em lligaven podia estar tranquil·la, perquè llavors ja tindria un motiu pel qual no havia de fer res. Em van lligar, suposo que pensant que em volia suïcidar.

Ingressàvem més que res per evitar un suïcidi. És molt perillós perquè sempre tens aquesta idea dins el cap i a la mínima la poses en pràctica.

Recordo una noia que semblava molt contenta quan estàvem a baix, a la gimnàstica. I quan vàrem pujar, al cap de poca estona, es va penjar a l'habitació amb un llençol. Ja estava fet. Quan estàs ingressada estàs malament.

Vaig conèixer un cas d'una dona catatònica. No parlava, era com un autòmat. A poc a poc es va anar posant bé. Semblava una altra persona.

Hi havia gent jove, gent gran, homes, dones. Jo he fet molt bones amistats allà dintre i encara les conservo. Ens veiem i ens expliquem els nostres casos, perquè la depressió continua, encara que amb un poc més d'experiència.

Jo, després de sopar, a les set, me n'anava al llit, per escurçar el dia. Vaig tenir la sort de tenir una doctora estupenda, molt comprensiva i humana. També va parlar amb els meus familiars. La doctora Laura Gómez.

Entre les infermeres, n'hi havia una que era un àngel. Entre les altres hi havia de tot. El nostre recinte no era gran cosa. Hi havia habitacions d'un llit i de dos. Un bany a l'habitació, molt senzill. El passadís i els menjadors sala d'estar amb la tele. I després una sala d'estar per a les visites, i les dues portes de les consultes dels metges.

Sempre n'hi havia algunes que esperaven a la sala a veure si el metge les visitava.

La doctora que em portava va marxar i em va correspondre un altre metge que no era partidari dels *electros*. Jo estava des-

esperada. Pels passadissos de la clínica cantava: “eutanàsia! eutanàsia!”

Un dia que estava molt desesperada vaig dir al doctor si li podia agafar la mà. Em va dir que sí. L’hi vaig agafar i li vaig dir: “Doctor, estic en les seves mans”. I ell em va contestar: “I jo, en mans de l’Anafranil” (un antidepressiu). Em va caure un gerro d’aigua freda. No ho vaig trobar una resposta correcta. Ell m’havia d’animar, dir-me: “no et preocupis, et posaràs bé, has de tenir paciència”.

A la consulta, un dia estava molt animada, pensava: “ja estic bé, me’n puc anar a casa”. I el dia següent estava molt malament. Això ho fa la depressió. Em posava bé i malament. Quan estava bé anava a treballar i quan estava malament, la baixa. Fins que va arribar un punt que, tot i haver sortit de l’hospital, ja em van donar la incapacitat permanent absoluta.

La sort que he tingut és que sempre he dormit, cosa molt rara en les depressions. Tot i que quan em despertava, ho feia amb un gemec que durava tot el dia, passadís amunt, passadís avall.

Vaig fer una milloria i cap a casa. Jo no volia tornar amb aquell metge.

La meva família, desesperada en veure que en realitat jo no millorava, va telefonar a la doctora. Ens va recomanar un metge que estava en una clínica privada. Aquí hi ha una nova qüestió, la dels diners. A aquesta altra clínica, privada, hi vaig ser diverses vegades, em van fer *electros* i em posava bé. Sa meva germana ens va ajudar a pagar la clínica.

Ara el doctor visita a casa seva. Em dóna molta medicació. Molta gent em diu que potser sense medicació estaria igual. I el doctor em va dir que sense medicació ja no seria aquí; que jo vaig tenir una depressió molt greu. Jo me la prenc, és igual. El que és important és anar tirant. Després de tant de temps, ja agafes experiència.

Hi ha dies que em desperto bé i dies que malament. I hi ha dies que em desperto pitjor. Em prenc un Tranxilium 50 i em quedo al llit. Els dies que no estic tan malament he descobert que si em vesteixo i surto al carrer i em prenc un cafè amb llet, em vaig animant a poc a poc.

He de tenir activitats que m'omplin les hores del dia. De la casa quasi no faig res. El meu marit, que també està malalt de les cames, fa el dinar.

He de fer coses que no em responsabilitzin. Una vegada acompanyava una senyora cega a passejar. Em vaig despistar i va caure al clot d'un arbre i es va rompre el braç. Des d'aleshores, procuro no fer coses de responsabilitat. Després de tant de temps ja m'he fet a la idea que la depressió la tindrè sempre. Es tracta d'acceptar-ho.

Si em pregunten què sento quan estic malament, la resposta és pena, ganes de plorar i de ficar-me al llit.

Hi va haver temporades que m'agafaven atacs de nervis, tirava coses al terra, donava coces a les portes, cridava. Ara em controlo, encara que plorar em va molt bé, em desfogó. Tinc temporades de tot. Durant una temporada llegia molt. Ara vaig a caminar, a gimnàstica.

Tinc amigues amb les quals ens reunim en un bar cada tarda. Això em distreu.

Amb la família no he tingut problemes, al contrari, han acceptat tot el que feia. Una vegada li vaig donar al meu fill una *senyora* bufetada i ell no es va immutar. Va comprendre que jo no estava bé, no es va enfadar.

La millor manera que et passi el dia ràpid és fer sa migdiada i anar a dormir prest.

Ara, mentre escrivia aquestes línies, he tingut un atac de nervis perquè no tinc res per fer o no en tinc ganes. Això ja és per sempre.

He tingut diverses depressions i he tractat molts metges. Tots es portaven molt correctament i parlaven amb els meus familiars. Era una malaltia molt clara i no hi havia volta de fulla. Menys un, que em va dir que em comprés un gos, i això em va caure molt malament en aquell moment. Ara he de dir que tinc un gos i em va molt bé, em fa companyia i em distreu!

A una persona que tingui depressió jo procuraria tranquil·litzar-la, que si té ganes de plorar, que plori, que això relaxa molt. Que vagi al metge, que es prengui el medicament i que tingui molta paciència, que els medicaments antidepressius tarden quinze dies a fer efecte; això és el pitjor. Tractaria d'explicar-li el que té, que és molt normal, que no es desesperi. Estar amb ella, consolar-la, dir-li que es posarà bé.

Quant al tractament psicològic, a mi no m'ha anat bé, fins ara que estic anant a una psicòloga. Em diu que ho faig molt bé, amb les activitats que tinc, i em fa preguntes sobre la meua vida que m'ajuden a repassar coses que em preocupen.

Fa quinze anys que tinc depressió i prenc molta medicació. Així i tot, tinc recaigudes. Són com un fort atac de nervis. Acostuma a ser als matins quan em desperto, em descontrolo, tinc ganes de cridar, donar puntades a les portes, tirar coses al terra i que es trenquin, plorar. El meu marit em dóna una pastilla forta, em quedo al llit i m'arribo a dormir.

Altres vegades, em desperto trista i aturada. Jo mateixa faig un esforç i últimament he agafat el costum d'anar a comprar el diari, anar a un bar i posar-me a llegir-lo mentre em prenc un cafè amb llet. Em trobo bé. Això ja m'anima una mica, em toca l'aire, veig els nens que van al col·legi (m'agraden molt els nens).

He après que he d'estar ocupada. Vaig a fer gimnàstica, faig treballs manuals en grup. He après que és millor estar en grup que sola. Cada dia camino una hora. Això ho faig sola.

El meu fill m'insistia sempre perquè anés a una psicòloga. Ara hi vaig i em va bé. Parlem del que faig, de les meves activitats, m'aconsella, em dóna la seva opinió. També parlem del passat, de preocupacions que tenia. I ella m'ha ajudat a comprendre que aquestes coses no eren tan greus.

Les feines de casa no les podia fer, ni fer el dinar. La família em deia que agafés una dona de fer feines. Jo no volia perquè em feia vergonya que veiés que brut estava tot. Al final ho van aconseguir. No m'he de preocupar de res de la casa. I el marit fa el dinar. Així és que estic molt tranquil·la. Tinc tot el temps per a fer les coses.

No m'agrada estar molt de temps a casa. Si tinc un matí o una tarda sense res a fer em poso trista i nerviosa.

Quan vaig començar a tenir la depressió (ara fa quinze anys) si m'ho haguessin dit no m'ho hauria cregut. Tinc una amiga (malalta) que també es fa a la idea que ho estarà sempre. Temporades bones i temporades dolentes. Diu que hi ha malalties pitjors. Ella m'ha ensenyat això. Hi ha moltes malalties greus i mortals, moltes.

Per a la depressió és molt bo tenir il·lusions, encara que siguin petites. Posar el cor en allò que fem. També tenir algun projecte a llarg termini.

Jo ara haig de començar treballs manuals i m'he comprat tot el que necessito amb molta il·lusió. Em sembla que serà molt entretingut. Això ho faig al casal d'avis, perquè sóc pensionista.

Al casal faran un taller de memòria. M'agradaria fer-lo perquè em falla molt la memòria. Tinc cinquanta-quatre anys. Ara em compadeixo de totes les persones malaltes. Hi ha molta depressió, i diuen que aquesta malaltia només l'entén qui la passa.

L'altre dia li vaig explicar a una dona del casal que era pensionista per la depressió. I em va contestar: "I ara! Per això donen la incapacitat laboral?"

De la vida he après que tot és un desastre (com que lleigeixo el diari me n'adono, la tele no m'agrada). Globalització, terrorisme, migracions, contaminació, sida, guerres, fam.

I jo, què puc fer? Estic malalta i moltes coses no les puc fer. No sé com puc explicar-ho: de vegades no estic pel que faig, em passo de parada de metro o d'autobús. No puc tenir moltes coses dins el cap. M'han de dir les coses diverses vegades.

Em conformo amb el que faig. Hi ha un parell d'amigues del grup de tertúlia que han tingut o tenen depressió. Ens entenem.

Jo penso que no amargar la família quan estàs malament ja és molt. Una vegada li vaig dir a una persona que jo no feia res. I em va contestar: "amb la seva presència basta". Això és molt maco.

I una altra cosa important per a mantenir-me viva és la pensió que cobro, que el meu marit també està malalt i no cobra res. Procuro prendre'm les coses amb filosofia. Intentar comprendre les persones i ajudar-les en tot el que pugui.

A vegades tinc un atac de nervis i a vegades estic trista, ho faig tot més a poc a poc. Quan em desperto, ja sé si estaré bé o malament. La depressió se sol manifestar primer per un mal fisiològic. Jo el primer que faig és perdre la gana.

Si sempre estigués malament no ho podria resistir.

Ara penso que la meva depressió ha servit per a alguna cosa, perquè s'escrigui aquest llibre i pugui ajudar a comprendre més aquesta malaltia, tan estesa, per cert.

**Joana Tudurí**



## **WEBS I LLIBRES RECOMANATS**

### **PÀGINES WEB D'INTERÈS**

La Federació d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals, tot i que se centra en altres patologies com l'esquizofrènia, també incorpora material de les depressions i adreces d'interès d'associacions locals.

**[www.familiarsmalaltsmentals.org](http://www.familiarsmalaltsmentals.org)**

L'Associació de Bipolars de Catalunya té un web de gran qualitat i rigor, amb accés a informació sobre el trastorn i les activitats que periòdicament porta a terme aquesta entitat, assessorada pels millors experts.

**[www.abc.org](http://www.abc.org)**

Pàgina amb tota la informació pràctica sobre la realitat del suïcidi. Confeccionada pels millors especialistes i amb adreces útils.

**[www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com)**

Institut de Salut Mental dels Estats Units. Web molt exhaustiu, complet i amb les últimes novetats en recerca.

**[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)**

L'aliança europea contra la depressió reuneix divuit països amb l'objectiu de compartir experiències i fer divulgació d'aquest trastorn. El web inclou algunes dades i enllaços d'interès.

[www.eaad.net/cat](http://www.eaad.net/cat)

Pàgina de la Generalitat en què es detalla el Pla de Salut Mental. Útil per a conèixer el diagnòstic de la situació actual dels trastorns mentals i els plans que dissenya l'Administració per millorar.

[www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir489/index.html](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir489/index.html)

#### **LLIBRES RECOMANABLES PER A APROFUNDIR EN EL TEMA**

- Per a aprofundir en el complex i apassionant funcionament del cervell humà:  
ACARÍN, Nolasco. *El cerebro del rey. Vida, sexo, conducta, envejecimiento y muerte de los humanos*. RBA, Barcelona, 2001.
- Per a reflexionar sobre la depressió i la seva relació amb l'entorn i les diverses maneres d'entendre la salut mental:  
CASTILLA DEL PINO, Carlos. *Un estudio sobre la depresión*. Ediciones Península, Barcelona, 2002.
- Per a conèixer en profunditat com es treballa amb els familiars dels que pateixen depressió bipolar, perquè contribueixin a lluitar contra el trastorn:  
COLOM, Francesc; VIETA, Eduard. *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ars Medica, Barcelona, 2004.
- Per a conèixer com la filosofia ha abordat i aborda la recerca més preuada, la de la felicitat, amb una proposta madura per part de l'autor:  
COMTE-SPONVILLE, André; DELUMEAU, Jean; FARGE, Arlette. *La historia más bella de la felicidad*. Anagrama, Barcelona, 2005.

- Un text bàsic de Freud que vincula depressió al sentiment de pèrdua i dibuixa la seva teoria psicoanalítica:  
FREUD, Sigmund. *Duelo y Melancolía*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- Un llibre per a especialistes que alhora ofereix una magnífica descripció de les distímies i dels tractaments en grup:  
JORQUERA, Aurora; GUARCH, Joana (coord.). *Trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Pirámide, Madrid, 2006.
- Una ferma crítica a la banalització de la depressió, des del punt de vista d'un especialista que tracta cada dia el trastorn a la seva consulta:  
KRAMER, Peter. *Contra la depresión*. Seix Barral, Barcelona, 2006.
- Una descripció completa del trastorn bipolar amb casos concrets i propostes directes per a fer-hi front:  
MIKLOWITZ, David J. *El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias y pacientes*. Paidós, Barcelona, 2004.
- Una aportació rigorosa d'un especialista que ofereix també alguns testimonis directes:  
ROJAS, Enrique. *Adiós, depresión; en busca de la felicidad razonable*. Temas de Hoy, Madrid, 2006.
- Una aportació fresca i clara a la salut mental des de la perspectiva de la investigació en educació emocional:  
SALMURRI, Ferran. *Llibertat emocional*. La Magrana, Barcelona, 2005.
- Un toc d'ironia novel·lada sobre les diverses teories psiquiàtriques, enfrontades en la recerca de la "curació" total:  
SHEM, Samuel. *Monte Miseria*. Anagrama, Barcelona, 2000.
- Un impressionant recorregut en primera persona per la depressió i tots els tractaments possibles; profund, exhaustiu, sense concessions a la simplificació:  
SOLOMON, Andrew. *El demonio de la depresión*. Ediciones B, Barcelona, 2002.

- Un recorregut per la manera d'entendre el patiment en la societat actual, fet des d'una mirada culta i amb un punt de vista sòlid:

TORRALBA, Francesc. *El sofriment, un nou tabú?* Editorial Claret, Barcelona, 1995.

## AGRAÏMENTS

En primer lloc, agraeixo de tot cor al centenar llarg de dones i homes que han aportat el seu testimoni personal i íntim sobre la depressió. Ells són els autors reals d'aquest llibre, sens dubte. També en són protagonistes totes i cadascuna de les associacions de familiars de malalts mentals que m'han obert les portes, l'Associació de Bipolars de Catalunya i els professionals que hi treballen. Tots ells m'han permès entrar en la profunditat de la seva lluita diària i compartir-la, la qual cosa m'ha fet créixer com a persona.

També vull agrair molt especialment la seva col·laboració als nombrosos psiquiatres, psicòlegs, metges de capçalera, psicoanalistes, responsables de centres de salut mental de tot Catalunya, farmacòlegs i directors de centres psiquiàtrics que treballen cada dia al peu del canó i que encara han trobat temps i paciència per atendre els meus dubtes i peticions. Aquest llibre també és seu, en molt bona mesura. Entre els professionals que m'han ajudat vull destacar la doctora Laura Gómez, el doctor Víctor Pérez i la doctora Rosa Catalán perquè no només han compartit els objectius del projecte sinó que a més m'han ofert uns coneixements i un suport humà impagables. Agraeixo també el suport dels experts dels Estats Units, Anglaterra, França, Alemanya, Itàlia i Islàndia que, per escrit o telefònicament, han atès les meves peticions d'informació i opinió.

També estic molt agraït a les destacades personalitats del món de la neurologia, la filosofia, les teràpies naturals, les indústries farmacèutiques, la teologia i la docència en el camp de la psicologia i l'educació emocional, per enriquir el debat sobre els profunds i diversos interrogants que genera la depressió, i fer-ho amb un llenguatge clar i didàctic. Agraïxo als organitzadors del tercer Congrés Català de Salut Mental i del Congrés sobre la Insatisfacció del Benestar, de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, permetre'm assistir i participar en tots dos casos als seus debats.

Al deganat de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona li agraïxo que m'hagi permès l'accés, com a investigador, a l'abundant material bibliogràfic universitari relacionat amb trastorns mentals i psicologia en general.

Dono les gràcies també a la consellera de Salut del Govern de Catalunya, Marina Geli, i a la directora general de Salut Mental, Cristina Molina, per les seves orientacions i per compartir bona part dels problemes que planteja aquest llibre. Espero que també puguem veure plegats les solucions.

Vull agrair també a tota la meva família els ànims i la il·lusió que m'ha transmès a l'hora de tirar endavant aquesta aventura; a la Noemí, per haver-me donat l'empenta final de confiança que em va ajudar a llançar-me a la piscina; a tots els meus amics, per ajudar-me en tots nivells durant el procés d'elaboració del text; a Ràdio Barcelona, per haver entès les raons per les quals vaig fer un parèntesi en les meves responsabilitats periodístiques diàries per dedicar-me plenament al llibre; al Tòfol i el Xus, per haver hagut de conviure amb un pesat que s'ha passat mesos parlant-los de neurones, teràpies i antidepressius; a la Pilar, per les seves precises recomanacions literàries. També li vull agrair a la Cristina que m'hagi ajudat a polir el text, compartint-ne l'esperit.

Finalment, però no per això menys important, vull agrair a l'Agnès Rotger, la meva editora, que des del primer moment hagi cregut en el projecte amb una actitud sensible i constructiva que ha fet millorar la idea inicial, i al Pere Tió, que ha continuat la tasca de l'Agnès amb la mateixa empena i calidesa humana.