



Depressione e disturbi dell'umore

Depressione e umore Valcanover Sartori 2020

Disturbi umore / depressione

- La depressione è un disturbo **del tono dell'umore**.
- I riferimenti clinici e le classificazioni quando parlano di depressione intendono riferirsi alla «**depressione maggiore**» un disturbo grave, impegnativo, al confine con i disturbi psicotici.
- La presenza di depressione alternata a momenti di iperattività (mania) è chiamato **disturbo bipolare** ed è considerato un disturbo maggiore di tipo psicotico.
- **Umore:** *pervasivo e duraturo tono emotivo e del sentire che influenza il comportamento di una persona e colora la sua percezione del mondo.*

(B.J Saddock, V.A. Sadock, P. Ruiz – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 11° ed. Wolters Kluver 2015

Disturbi umore / depressione

- *Esiste anche un disturbo “minore” di tipo depressivo, chiamato **disturbo distimico**, a volte una caratteristica della persona (che comunque può dare sofferenza). E’ chiamato anche dagli autori americani «**disturbo depressivo persistente**».*
- *Prima di questa classificazione i disturbi distimici erano classificati solitamente come «nevrosi depressiva»*
- *La contiguità con i disturbi nevrotici è data da una sintomatologia che può comprendere disturbi appetito, insonnia, astenia, difficoltà concentrazione, poca autostima ed a volte sintomi ipocondriaci.*
- *Spesso presente come uno degli esiti gravi patologie (ictus ad es.)*

Disturbi umore / depressione

-
- E' difficile "misurare" l'abbassamento del tono dell'umore e l'innalzamento. Questa difficoltà ha permesso a seconda dei periodi storici e dei contesti culturali di includere o escludere dal patologico diverse tipologie tipiche anche del vivere umano.
 - Tristezza, lutto, felicità, sprint, ecc. sono stati d'essere dell'umore umano molto spesso di fatto inclusi nella patologia, così come le reazioni a volte scomposte ma giustificate alle traversie del vivere hanno creato un nuovo vasto campo di patologia, utile per somministrare farmaci e per incrementare visite specialistiche.

Depressione – cosa cerco cosa chiedo

Da E. Parma 1997 -
modificato)

Indagare la ‘ riduzione del tono dell’umore’ (che è quella funzione che permette di colorare e dare senso alle cose della vita):

- Umore depresso o triste
- Perdita di interesse e incapacità di provare sensazioni/sentimenti piacevoli
- Sintomi associati:
 - Disturbi sonno (insonnia – ipersonnia –cattivo sonno)
 - Senso di colpa
 - Stanchezza, perdita energia, difficoltà concentrazione, disturbi appetito, rallentamento motorio.
 - Pensieri e/o atti suicidari (possono essere anche dimostrativi – richiesta aiuto)
 - Malessere maggiore al mattino, minore alla sera
 - Presenza di ansia (anche forte) e nervosismo (differenziale con ansia dei disturbi nevrotici).
 - Il NON funzionamento delle benzodiazepine per l’insonnia o ansia è suggestivo di disturbo depressivo e/o psicotico – Valcanover)

Depressione – cosa cerco cosa chiedo

E. Parma 1997 -
modificato

• **Motivi di disconoscimento:**

- Disturbi fisici sovrapposti o concomitanti
- Preferenza del paziente di NON essere classificato come depresso (e/o di volercela fare à da solo')
- Difficoltà soggettive del professionista di entrare in contatto con pazienti psichiatrici
- Utilizzo di domande affermative o negative piuttosto che uso di domande aperte

• **Depressione e lutto**

- Nel lutto la persona vive una perdita precisa (quasi sempre, attenzione a perdite subdole non vissute come lutto, ad es isterctomia in donna fertile, perdita lavoro, ecc.)
- Nel lutto la persona elabora la perdita distaccandosene progressivamente. I tempi sono socialmente e culturalmente determinati. Un blocco dell'eleborazione può portare a un quadro simile alla depressione
- Nella depressione l'oggetto perduto non viene riconosciuto e/o il soggetto lo vive come parte essenziale di sé e quindi lo considera come "parte normale", che non vuole o non riesce ad elaborare.
- Se la sofferenza è elevata il soggetto può pensare che l'unico sistema per eliminare questa parte può essere il **suicidio** (tema trattato a parte)

Depressione – cosa cerco cosa chiedo

Common mental health disorders – identification and pathways to care: NICE clinical guideline.

- **Nell'ultimo mese ti sei sentito disturbato da umore basso, depressione, mancanza di speranza?**
- **Nell'ultimo mese ti sei sentito disturbato dall'aver poco interesse o piacere nel fare le cose**

– During the last month have you often been bothered by feeling down, depressed, hopeless?

- During the last month have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?

Attenzione: pessimismo, visione negativa del mondo, lutto....., non sono sostanzialmente sintomi depressivi.

Attenzione: una depressione cronica, può essere mascherato da sintomi fisici (disturbi sonno, appetito, stanchezza, cefalea, dolore cronico).

Approccio biografico

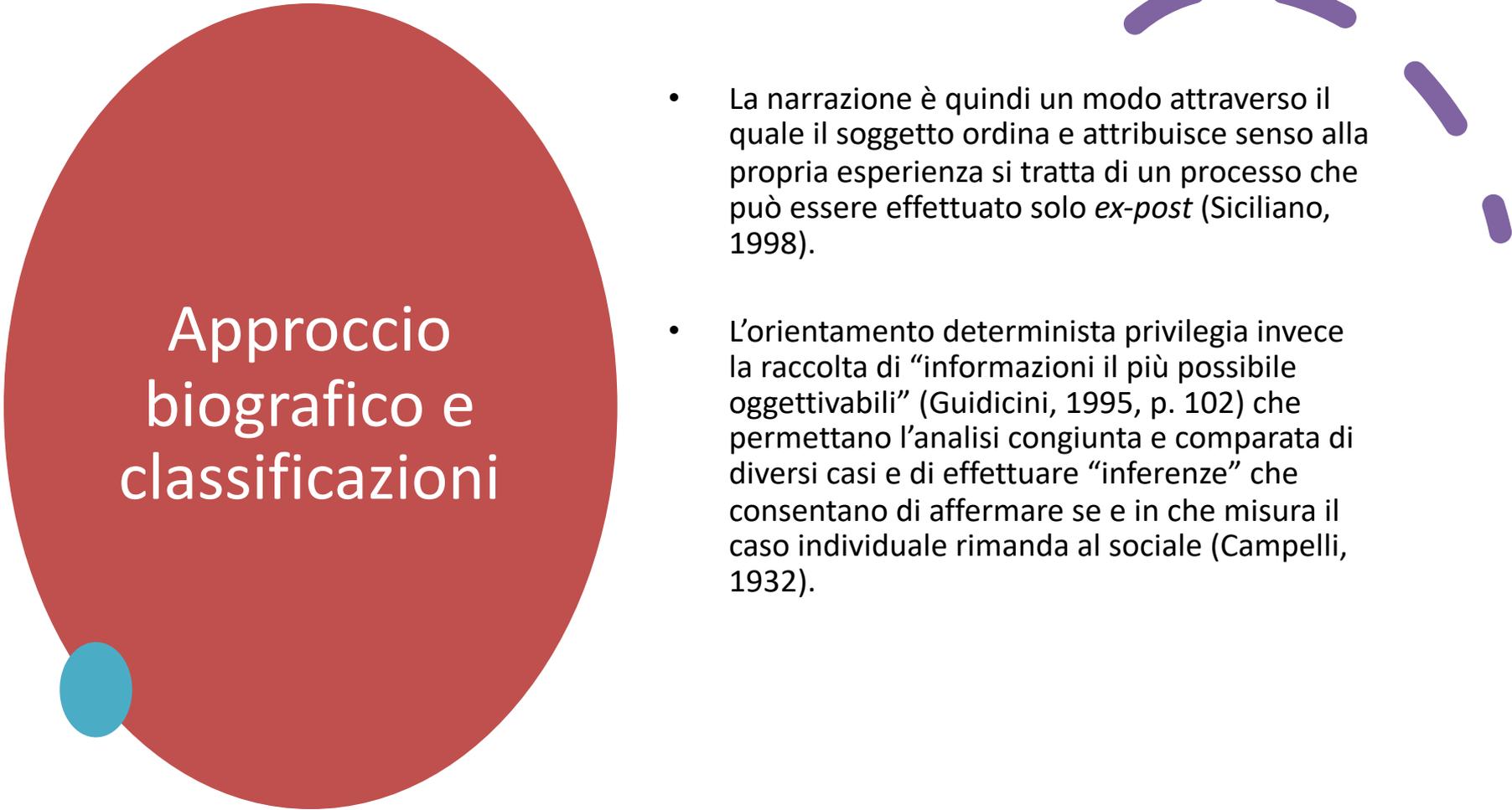
- Tecniche metodologiche alquanto diversificate volte alla raccolta ed all'analisi di racconti di vita, scritti o orali, sollecitati o autoprodotti, di soggetti "indicati come rappresentativi di una certa realtà o significativi proprio per la particolarità del loro percorso esistenziale". Elisabetta Siciliano (1998), supplemento metodologico su cd del volume do A. Melucci *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino.
- **La storia narrata** in interazione (anamnesi) valorizzando aspetti soggettivi relativi anche alla sofferenza



Approccio Biografico

- L'approccio biografico indaga la dimensione individuale e la dimensione sociale della storia di vita
- Individua le sofferenze soggettive.
- Costruisce un percorso di cura (il progetto che incorpora terapie individuali, farmacologiche ed ev sociali)





Approccio biografico e classificazioni

- La narrazione è quindi un modo attraverso il quale il soggetto ordina e attribuisce senso alla propria esperienza si tratta di un processo che può essere effettuato solo *ex-post* (Siciliano, 1998).
- L'orientamento determinista privilegia invece la raccolta di "informazioni il più possibile oggettivabili" (Guidicini, 1995, p. 102) che permettano l'analisi congiunta e comparata di diversi casi e di effettuare "inferenze" che consentano di affermare se e in che misura il caso individuale rimanda al sociale (Campelli, 1932).