

# **PSICOLOGIA GENERALE**

**LEZIONE 24  
11.05.2020**

**Docente Diletta VIEZZOLI  
dviezzoli@units.it**



# Disturbi dell'umore

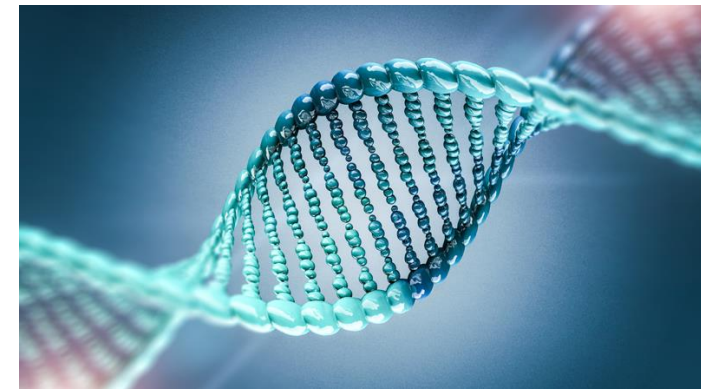
**- Depressione (seconda parte)**

# QUALI SONO LE CAUSE

Pensare che la depressione dipenda da un'unica causa non è propriamente corretto.

Si tratta di un disturbo multifattoriale dove **aspetti genetici, biologici e psicosociali interagiscono tra loro.**

# Fattori genetici



Esistono numerose evidenze empiriche che provano l'importante **componente ereditaria** nella depressione.

Gli studi dimostrano un **maggior rischio** (5% – 25%) dello sviluppo di un disturbo analogo nei familiari di primo grado dei pazienti con depressione maggiore.

Questo non significa che è inevitabile soffrire di depressione, ma che si può essere geneticamente **vulnerabili** al disturbo. Il fattore genetico non spiega per intero il verificarsi del disturbo.

# Fattori biologici

Si tratta di un'alterazione nella funzione dei **neurotrasmettitori** (noradrenalina (NA), serotonina (5HT) dopamina), che concorrono alla comparsa di disturbi somatici, cognitivi, emotivi, relazionali e di **alcuni ormoni** (es. prolattina, prima e durante la fase depressiva).

Sia la serotonina che la noradrenalina svolgono la loro azione all'interno di nuclei cerebrali deputati al controllo di tutta una serie di funzioni che si mostrano alterate nella depressione (modulazione dell'umore, regolazione dell'affettività, controllo di alcune funzioni cognitive, regolazione del sonno e dell'appetito, motivazione).

La maggior parte degli **antidepressivi** agisce sui neurotrasmettitori.

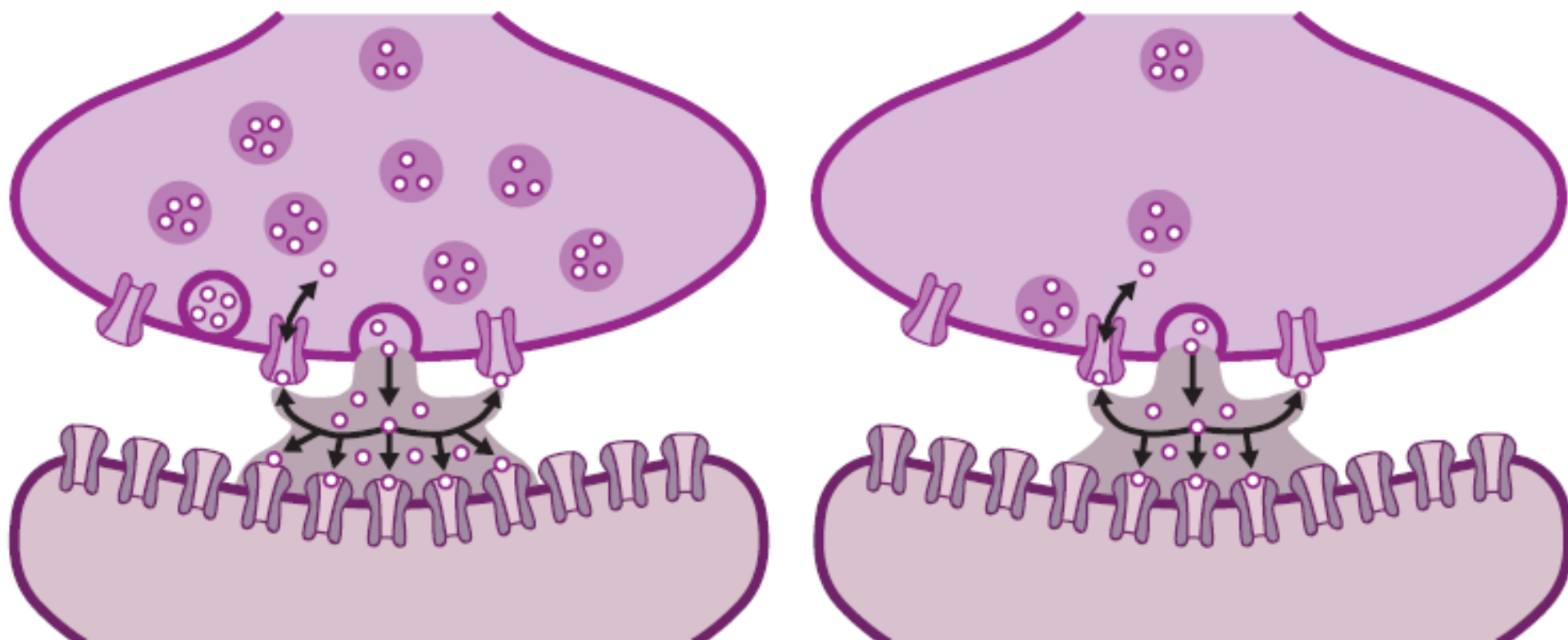


Fig. 3 Ipotesi monoaminergica della depressione. Nel pannello di sinistra è rappresentato ciò che avviene nel cervello di un soggetto normale, in quanto i neurotrasmettitori monoaminergici (in bianco) sono rilasciati dal neurone presinaptico e si congiungono ai recettori sul neurone postsinaptico; la trasmissione si completa con la ricaptazione del trasmettitore. A destra è rappresentato ciò che avviene nel cervello dei pazienti depressi, ovvero la presenza di una bassa concentrazione delle monoamine nei siti sinaptici, che produce il disturbo dell'umore (Castrén, 2005).

# Fattori psicosociali



Gli eventi stressanti favorevoli e che vengono vissuti dalla persona come **perdite irreversibili, irreparabili e totali.**

Alcuni di questi potrebbero essere:

- Malattie fisiche
- Separazioni coniugali
- Difficoltà nei rapporti familiari
- Gravi conflitti e/o incomprensioni con altre persone
- Cambiamenti importanti di ruolo, di casa, di lavoro,
- Licenziamenti
- Fallimenti lavorativi o economici
- Essere vittime di un reato o di un abuso anche in età infantile
- Perdita di una persona cara
- Rottura di matrimonio o fidanzamento
- Problemi con la giustizia
- Bocciature a scuola

# L'impatto dei fattori psicosociali

Le persone depresse **si sentono spesso incapaci di fronteggiare queste situazioni e si ritengono inferiori agli altri** e questo comporta **un'invalidazione** dell'individuo e di tutta la sua prospettiva esistenziale: **passato, presente e futuro.**



# COMORBILITA'

La depressione è uno dei disturbi dell'umore a più elevata comorbilità (presenza di doppia diagnosi):

**Traumi (69%) e stress (60%) sono riconosciuti** come le cause psicosociali principali della malattia da chi ha già ricevuto la diagnosi

Mentre, all'opposto, chi non ha avuto un'esperienza di depressione ritiene che la depressione sia originata principalmente da una personalità emotivamente fragile (67%) alimentando quindi i luoghi comuni e la stigmatizzazione.



# DEPRESSIONE O SEMPLICE TRISTEZZA? COME DISTINGUERE?

Come facciamo a comprendere se quella sensazione che stiamo provando è una semplice tristezza transitoria o depressione?

Nel linguaggio comune questi due termini vengono **spesso utilizzati come se fossero equivalenti o sinonimi** pur non essendolo affatto.

# Quali sono le differenze fra tristezza e depressione?

- ❑ Abbiamo visto che la **depressione** è un disturbo psicologico che fa parte dei Disturbi dell'Umore e, in alcune sue forme, necessita di un trattamento farmacologico da affiancare ad una psicoterapia.

**I sentimenti, i pensieri e le emozioni negative tipiche della depressione sono persistenti nel tempo, spesso slegati da avvenimenti e situazioni difficili precise (anche per questo meno comprensibili dall'esterno), e sono accompagnati da altri sintomi che mostrano una qualche alterazione rispetto al funzionamento solito della persona.**

Esiste un quadro patologico ben definito classificato dal DSM 5.

- ❑ La **tristezza**, invece, è **un'emozione**, un vissuto negativo che solitamente appare come reazione ad un evento che la persona vive come difficile. Possono essere esempi le reazioni a lutti, a torti, a litigate...È quindi un'emozione passeggera che tenderà ad affievolirsi in qualche giorno o settimana, a seconda dei casi.

Certamente, la tristezza è un sentimento tipico della depressione ma non va confuso con essa: essere tristi non è una patologia come invece lo è essere depressi.

Poniamo dunque la nostra attenzione all'interpretazione del sentirsi e descriversi come depressi quando stiamo attraversando un periodo triste...





**Anche gli stili di vita hanno un forte impatto** su questa patologia.

**I disturbi del sonno** hanno un ruolo importante.

Quando si dorme di meno si innescano dei meccanismi di stress e dei circoli viziosi di pensiero che possono portare a depressione.

Ma ci sono anche altri fattori: **il consumo di sostanze stimolanti**, non solo le droghe, ma anche un uso eccessivo di caffeina e di teina, o altri prodotti che inducono accelerazione dei normali ritmi biologici.

Il nostro ritmo di vita è oggi caratterizzato da una continua **“iperstimolazione”** e a volte non c'è più separazione fra tempo libero e lavoro, con conseguente impatto sull'accumulo di stress ed esaurimento ormonale.

# I pregiudizi più diffusi

Secondo le statistiche, solo una minoranza (circa 1 su 5) di chi soffre di depressione, consulta lo specialista di competenza, vale a dire lo psichiatra.

Ciò che s'interpone alla cura è la presenza radicata di pregiudizi nella nostra società.

- 1) Uno di essi riguarda **la figura dello psichiatra** e può essere così esemplificato:

***“Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch’io matto o sono considerato tale”.***

Questo ostacolo è difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l’acquisizione d’informazioni sia presso amici e conoscenti sia rivolgendosi al medico di base.


2) Un altro pregiudizio è che gli **psicofarmaci siano dannosi**.

In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista.

Questo preconcetto, come quello secondo cui gli psicofarmaci danno dipendenza, sono figli del fatto che, a livello d'immaginario collettivo, vi è un'assimilazione tra farmaci e sostanze stupefacenti.


In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.





3) Altro pregiudizio molto diffuso è quello della “**volontà**”, secondo il quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo.

Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolineare la falsità e i danni che ne derivano, poiché alimenta i già presenti sensi di colpa.



La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- la volontà è la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione e che, quindi, può investire nelle proprie attività quotidiane;
- fa parte, però, del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre.

Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

# CHE COSA POSSIAMO FARE ?

**Aumentare la conoscenza e la consapevolezza di questa malattia, e ridurre lo stigma nella popolazione**, avvicinando le persone ad una diagnosi precoce e a cure tempestive (farmacologiche e/o non farmacologiche come la psicoterapia), e contribuendo a migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati.

# 10 Segnali da non sottovalutare

## DEPRESSIONE



Perdita d'interesse in attività che prima davano soddisfazione



Difficoltà a concentrarsi, a ricordare, a prendere decisioni



Aumento o diminuzione dell'appetito



Sensi di colpa immotivati



Disturbi del sonno



Visione totalmente pessimistica della vita



Irritabilità



Tristezza persistente, ansia e sensazione di vuoto



Pensieri di morte o di suicidio



Senso di stanchezza

**Psic**  **advisor**





5 COSE  
CHE UN AMICO  
DEPRESSO  
NON VUOLE  
SENTIRSI DIRE

1.

## **La felicità è una scelta**

Come ti sentiresti se una persona nata ricca ti dicesse che la povertà è una scelta? Questa affermazione è offensiva nei confronti di un depresso per le stesse ragioni. Una persona alle prese con una depressione non riesce a pensare alla propria strada come colma di felicità.

2.

## **La vita è dura per tutti. Guarda Gianroberto (Tizio), sta messo peggio di te e riesce.**

Questo modo di pensare non solo è inutile a qualcuno che sta già lottando con la propria autostima e vive nel senso di colpa e nel paragone continuo. La vita è molto più complessa di come la giudichiamo nei panni di un altro. Bisogna imparare ad avere rispetto del percorso di ognuno.

3.

## **Scendi dal letto e indossi un sorriso. Fallo per la tua famiglia.**

Questa affermazione denota indifferenza circa la sofferenza della persona e inoltre spinge la persona ad imbottigliare le proprie emozioni ancor di più, invece che sfogarle. L'empatia è un gesto più lento, ma può aiutare a far scorrere meglio la paura e la vergogna che si provano.

4.

## **La depressione è tutta nella tua testa. Pensa positivo.**

Il pensiero positivo non è uno strumento di cura della depressione. Anche se la consapevolezza, la cura di Sé, la spiritualità sono strumenti di crescita che portano fuori dallo spettro depressivo, se chi ne soffre non riesce ad usarli, è perché, evidentemente, la persona al momento non ne ha le forze. Spesso non riesce a ricaricarsi di energia in modo autonomo.

5.

## **Non è durata abbastanza? Non è ora di uscirne?**

Come sopra. Se la persona che ne soffre potesse uscirne ora, lo farebbe. Tranquilla. Ma le emozioni la devastano e la inglobano.



## Importante citare anche la depressione post-partum ...




If I admit I don't feel like being a mother and that this sucks a lot of the time, does that mean I don't love my baby?





<http://www.depressione-ansia.it/>

Per documenti e libri scaricabili gratis in pdf



**LEZIONE 25**  
**13.05.2020**