

La depressione



Igor Marchetti

Università degli Studi di Trieste

Email: imarchetti@units.it

DEPRESSIONE



DEPRESSIONE (DSM-5)

“la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da cambiamenti somatici e cognitivi che influenzano in modo significativo la capacità di funzionamento dell’individuo. Rappresenta un cambiamento rispetto la fase premorbosa» (APA, 2013)

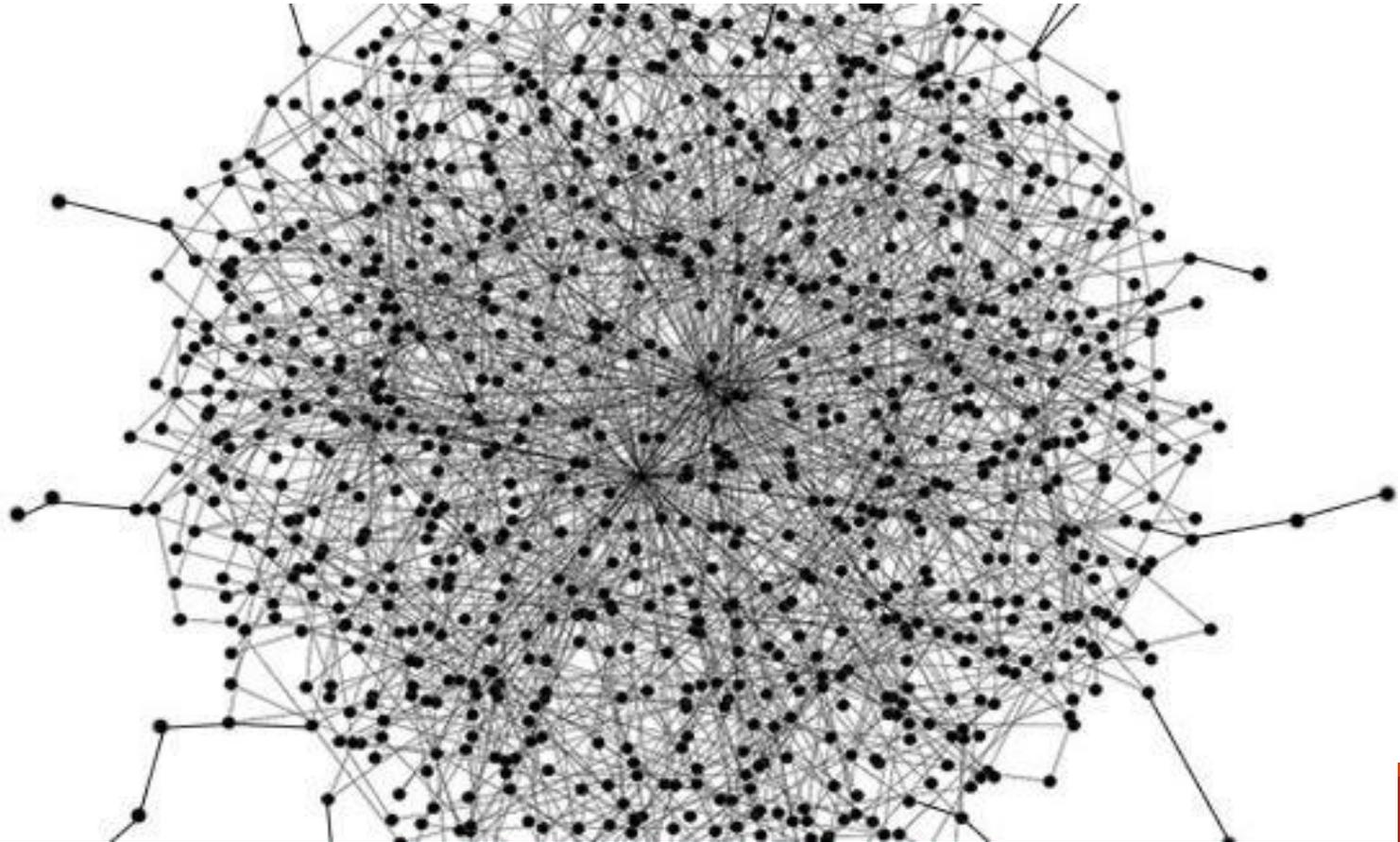
DEPRESSIONE (DSM-5): Criterio a)

1. umore depresso per la maggior parte della giornata
2. marcato disinteresse o piacere verso le normali attività
3. significativa perdita di peso o alterazioni dell'appetito (aumento o diminuzione significativi)
4. insonnia o ipersonnia persistente
5. agitazione psicomotoria o rallentamento della motricità
6. sensazione di fatica o di perdita di energie
7. bassa autostima o eccessivi sensi di colpa
8. diminuzione delle capacità di attenzione e concentrazione
9. ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio

Almeno 5 sintomi necessari, con sintomo 1 o 2 «obbligatori»
Per almeno 2 settimane

ETEROGENEITÀ

FINO A 10,377 PROFILI DIFFERENTI!



Sintomi affettivi

Umore triste o piatto

Incapacità a provare piacere, anedonia

Rabbia

Disgusto (per sè)

Sintomi cognitivi: Contenuti

Pensieri negativi riguardo se stessi, il mondo e il futuro

Sè: autosvalore, incompetenza, autocritica,
sentimenti di colpa, sentimenti di impotenza

Mondo: assenza di significato e ambiente ostile

Futuro: chiuso, inevitabile, negativo

Pensieri di morte e di suicidio

Sintomi cognitivi: Processi

Problemi di concentrazione

Problemi di attenzione

Problemi di memoria di lavoro

Indecisione

Problemi a mantenere nel tempo il processo di pensiero

Sintomi comportamentali

Ridotti contatti sociali

Riduzione attività psicomotoria

Inibizione

Agitazione (comorbidità con ansia e rischio suicidio)

NOTA: possono comunque verificarsi alte prestazioni comportamentali

Sintomi fisiologici

Problemi di sonno:

- Ipersonnia o iposonnia
- Problemi del sonno predittori di ricaduta
- Regolazione del sonno e regolazione delle emozioni
- Fatica
- Problemi di alimentazione
- Ridotto desiderio e attività sessuale

Esperienza vissuta

SPECIAL ARTICLE

The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics

Paolo Fusar-Poli^{1,4}, Andrés Estradé¹, Giovanni Stanghellini^{5,6}, Cecilia Maria Esposito^{3,7}, René Rosfort⁸, Milena Mancini⁹, Peter Norman^{10,11}, Julieann Cullen¹², Miracle Adesina^{13,14}, Gema Benavides Jimenez¹⁵⁻¹⁷, Caroline da Cunha Lewin^{18,19}, Esenam A. Drah²⁰, Marc Julien²¹, Muskan Lamba²², Edwin M. Mutura²³⁻²⁵, Benny Prawira^{26,27}, Agus Sugianto^{26,28,29}, Jaleta Teresa^{30,31}, Lawrence A. White³²⁻³⁴, Stefano Damiani³, Candida Vasconcelos¹, Ilaria Bonoldi^{1,3}, Pierluigi Politi³, Eduard Vieta³⁵, Jennifer Radden³⁶, Thomas Fuchs³⁷, Matthew Ratcliffe³⁸, Mario Maj³⁹

¹Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ²OASIS service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ⁴National Institute for Health Research, Maudsley Biomedical Research Centre, South London and Maudsley, London, UK; ⁵Department of Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy; ⁶Diego Portales University, Santiago, Chile; ⁷Department of Pathophysiology and Transplantation, University of Milan, Milan, Italy; ⁸S. Kierkegaard Research Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁹Department of Psychological Sciences, Health and Territory, University of Chieti and Pescara "G. d'Annunzio", Chieti, Italy; ¹⁰Recovery College, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ¹¹Mosaic Clubhouse Brixton, London, UK; ¹²Global Mental Health Peer Network, Dublin, Ireland; ¹³Global Mental Health Peer Network, Ibadan, Nigeria; ¹⁴Slum and Rural Health Initiative, Ibadan, Nigeria; ¹⁵Global Mental Health Peer Network, Madrid, Spain; ¹⁶Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; ¹⁷Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Madrid, Spain; ¹⁸Global Mental Health Peer Network, London, UK; ¹⁹Patient and Public Involvement Team, NIIHR Maudsley Biomedical Research Centre, South London and Maudsley NHS Foundation Trust and King's College London, London, UK; ²⁰Global Mental Health Peer Network, Accra, Ghana; ²¹Global Mental Health Peer Network, Douala, Cameroon; ²²Global Mental Health Peer Network, Delhi, India; ²³Global Mental Health Peer Network, Nairobi, Kenya; ²⁴Mentally Unsilenced, Nairobi, Kenya; ²⁵Psychiatric Disability Organization of Kenya, Nakuru, Kenya; ²⁶Global Mental Health Peer Network, Jakarta, Indonesia; ²⁷Into The Light Indonesia, Jakarta, Indonesia; ²⁸Indonesian Community Care for Schizophrenia, Jakarta, Indonesia; ²⁹University of Manchester, Manchester, UK; ³⁰Global Mental Health Peer Network, Nekemte, Ethiopia; ³¹Nekemte Specialized Hospital, Nekemte, Ethiopia; ³²Global Mental Health Peer Network, Yellowknife, Canada; ³³Centre for Learning & Teaching Innovation, Aurora College, Yellowknife, Canada; ³⁴Advanced Graduate Student, Unicaf University, Lusaka, Zambia; ³⁵Bipolar and Depressive Disorders Unit, Hospital Clinic, Institute of Neuroscience, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Catalonia, Spain; ³⁶Philosophy Department, University of Massachusetts, Boston, MA, USA; ³⁷Department of General Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; ³⁸Department of Philosophy, University of York, Heslington, UK; ³⁹Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy

We provide here the first bottom-up review of the lived experience of depression, co-written by experts by experience and academics. First-person accounts within and outside the medical field were screened and discussed in collaborative workshops involving numerous individuals with lived experience of depression, family members and carers, representing a global network of organizations. The material was enriched by phenomenologically informed perspectives and shared with all collaborators in a cloud-based system. The subjective world of depression was characterized by an altered experience of emotions and body (feeling overwhelmed by negative emotions, unable to experience positive emotions, stuck in a heavy aching body drained of energy, detached from the mind, the body and the world); an altered experience of the self (losing sense of purpose and existential hope, mismatch between the past and the depressed self, feeling painfully incarcerated, losing control over one's thoughts, losing the capacity to act on the world; feeling numb, empty,

(materiale obbligatorio di studio)

Esperienza vissuta

Esperienza delle emozioni e del corpo

- Sentirsi sopraffatti da emozioni negative
- Sentirsi incapaci di provare emozioni positive
- Sentirsi bloccati in un corpo pesante e dolorante, privo di energia
- Sentirsi distaccati dalla mente, dal corpo e dal mondo

Esperienza vissuta

Esperienza del Sé

- Perdere il senso dello scopo e la speranza esistenziale
- Mismatch tra il sé del passato e il sé depresso
- Sentirsi dolorosamente incarcerati
- Perdere il controllo sui propri pensieri
- Perdere la capacità di agire sul mondo
- Sentirsi intorpiditi, vuoti, inesistenti, morti
- Sognare la morte come possibile via di fuga

Esperienza vissuta

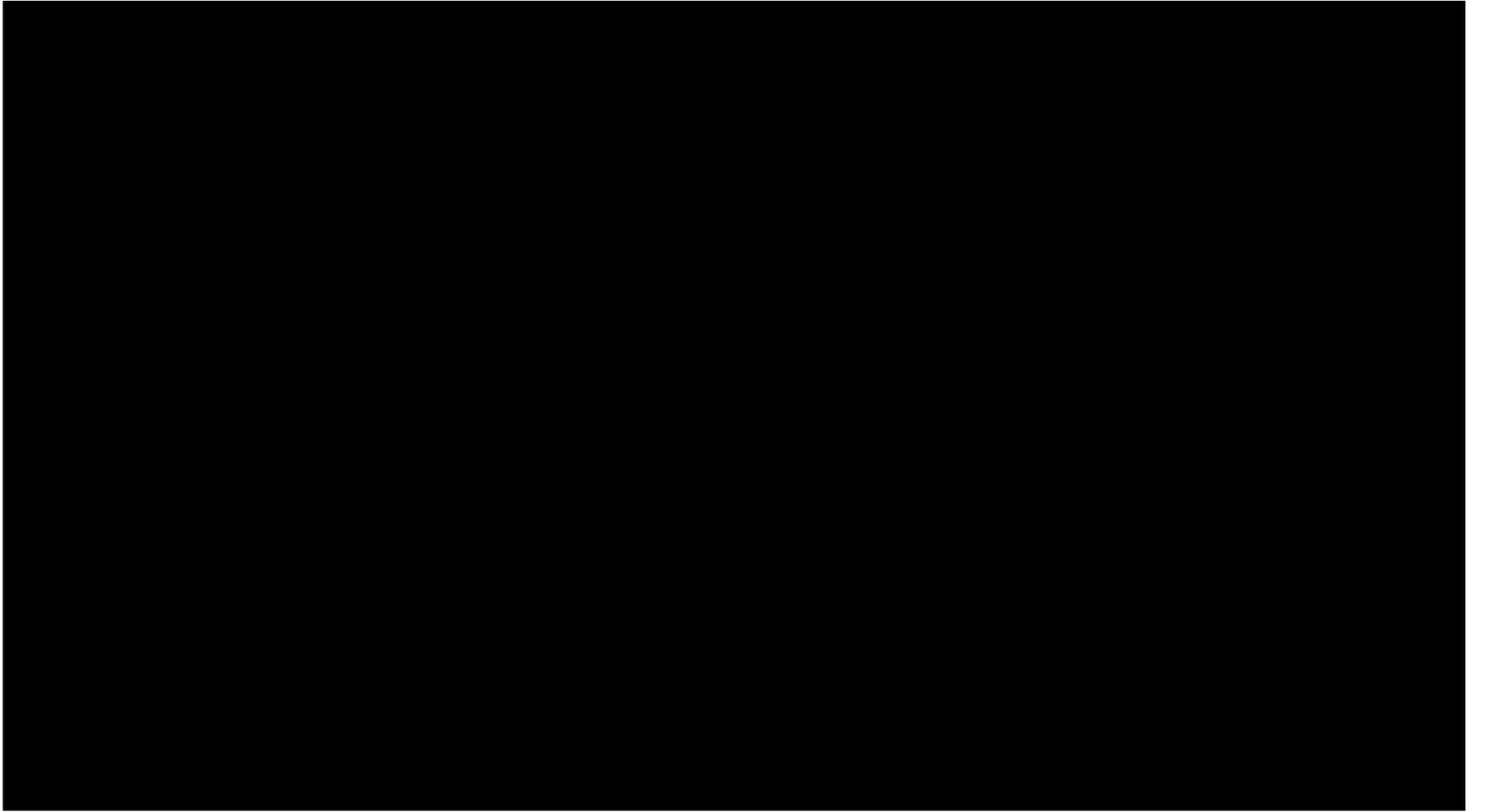
Esperienza del tempo

- Sperimentare un'alterazione dei bioritmi vitali
- Vivere un passato opprimente
- Sperimentare l'impossibilità del futuro

Esperienza vissuta

Esperienza interpersonale

- Faticare con la comunicazione
- Provare solitudine e alienazione
- Percepire stigma e stereotipi

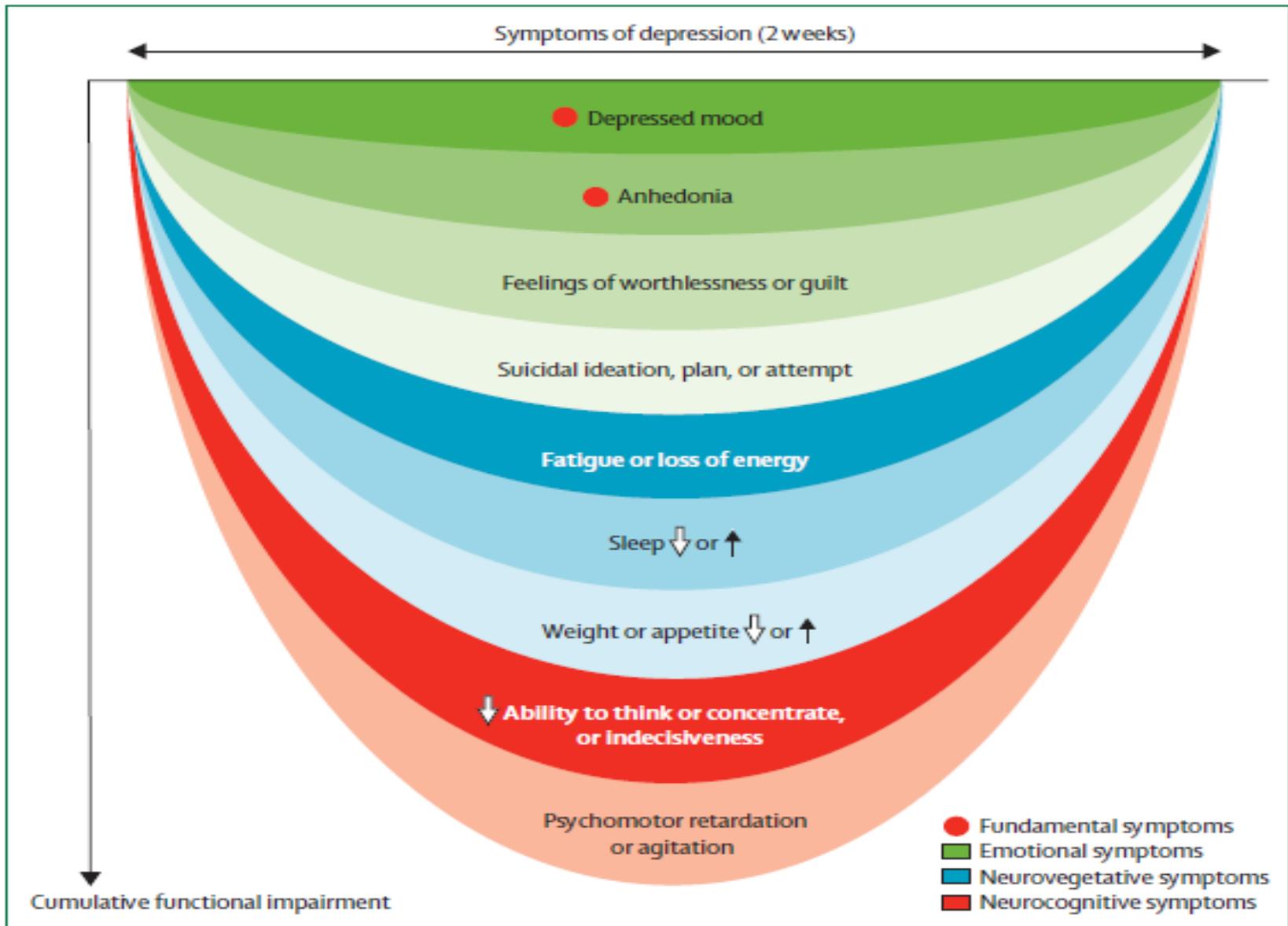


DEPRESSIONE (DSM-5): CRITERIO B)

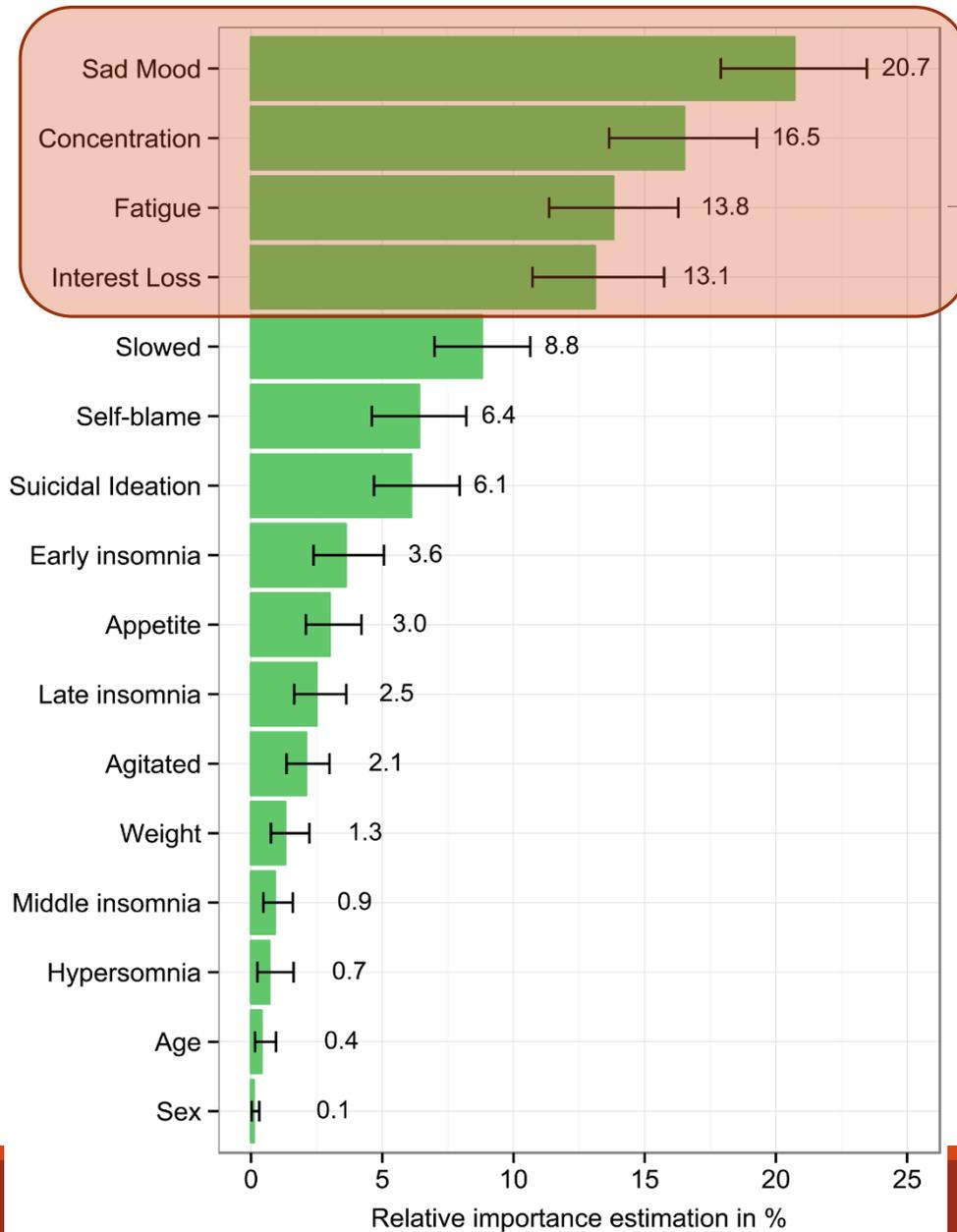
Un sintomo, per condurre ad una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore, deve essere di nuova comparsa o nettamente peggiorato rispetto allo stato premorboso del soggetto

DEPRESSIONE (DSM-5): CRITERIO C)

L'episodio deve essere accompagnato da disagio o menomazione sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento, clinicamente significativi. Per alcuni individui, con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma richiede uno sforzo marcatamente superiore.



Impatto sul funzionamento psicosociale dei singoli sintomi



Studio STAR*D

Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression

3,703 MDD

Umore negativo
Concentrazione
Fatica
Mancanza di interesse

EPIDEMIOLOGIA

MDD

Prevalenza a 12 mesi: 4-6%

Prevalenza lifetime: 13-16%

Prevalenza puntuale: 18-25%



x 6 =



**+350
milioni**

EPIDEMIOLOGIA: GENERE

Rischio MDD Donne:Uomini = 2:1

Possibili ragioni:

- Differenze ormonali
- Differenze nel sviluppo (sviluppo puberale precoce)
- Maggiore stress (eventi stressanti quotidiani, trauma, status sociale)
- Strategie di coping (ruminazione)

Caratteristiche e andamento

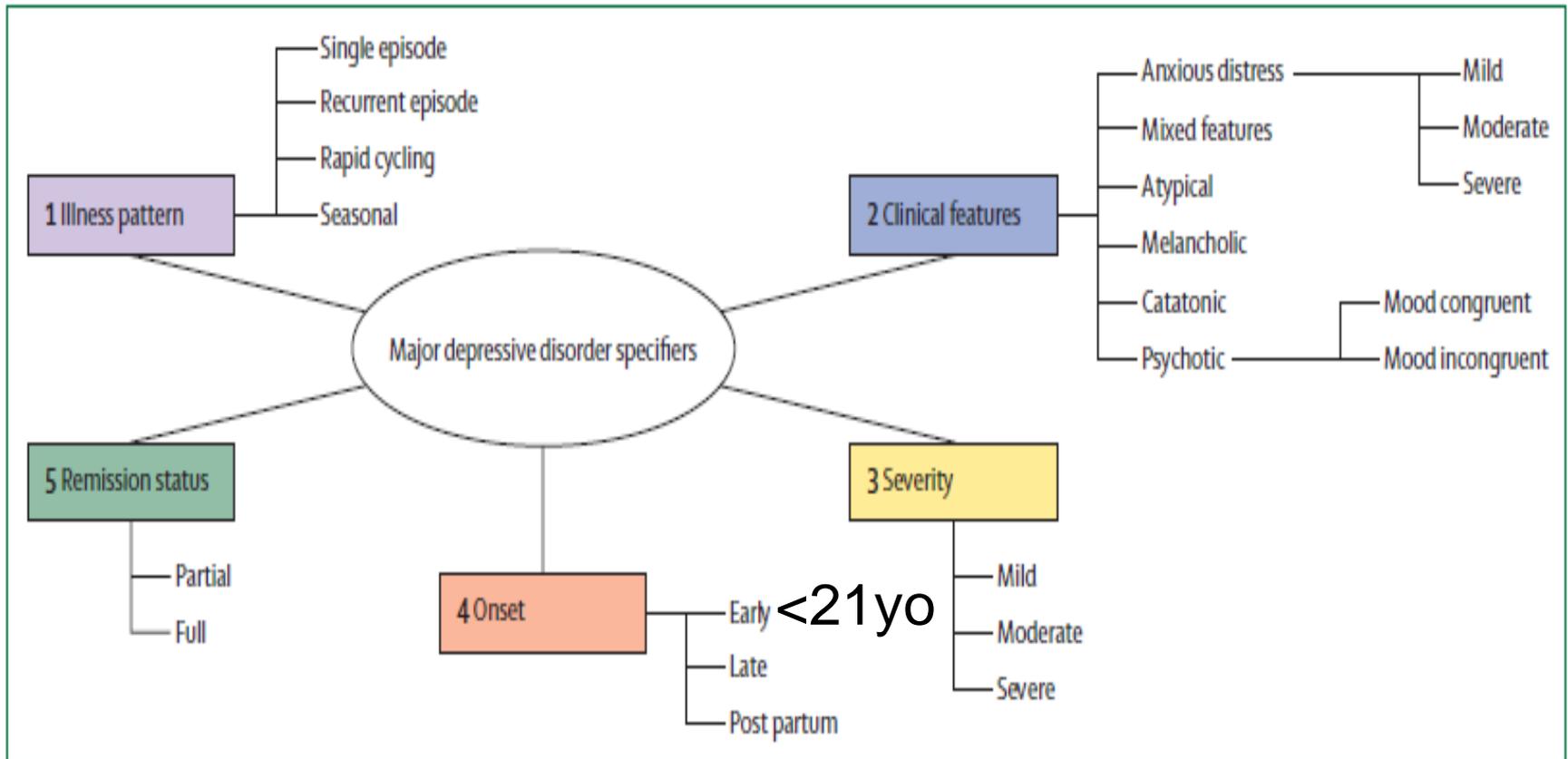


Figure 2: Major depressive disorder specifiers

Episodes of major depression can be described in greater depth by specifiers (outlined in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) that provide additional information regarding the pattern of the illness and its clinical features. Specifiers can also indicate the severity of the episode, when it first emerged (onset), and whether it has remitted (status). For example, in clinical practice, a typical episode of depression can be described as suffering from a recurrence of depression that is moderately severe with melancholic features and has partly remitted in response to initial treatment.

Caratteristiche e andamento

Primo episodio spesso in età adulta...

...anche se il 27% di persone con MDD hanno avuto il loro primo episodio in adolescenza (Kessler et al., 2012)

Insorgenza precoce (prima dei 21 anni) si associa a prognosi più sfavorevole:

- Rischio/contributo genetico (ereditabilità 40%)
- Problemi di sviluppo

Caratteristiche e andamento

Depressione geriatrica:

- Diminuzione negli anziani (>64 anni)
- Aumento negli ultra-anziani
- Positivity e strategie di coping
- Difficoltà e inesperienza a diagnosticare MDD negli anziani
- Caratteristiche vascolari (demenze e pseudo-demenze)

Caratteristiche e andamento

Good news: Recovery spontanea (60%; 3-6 mesi) ...

Bad news: presenza di sintomi subclinici e alto rischio di ricaduta

Ricaduta: remissione limitata o breve

Ricorrenza: dopo una remissione completa (>2 mesi)

Caratteristiche e andamento

Probabilità di ricorrenza: 50-85% dopo il primo episodio depressivo

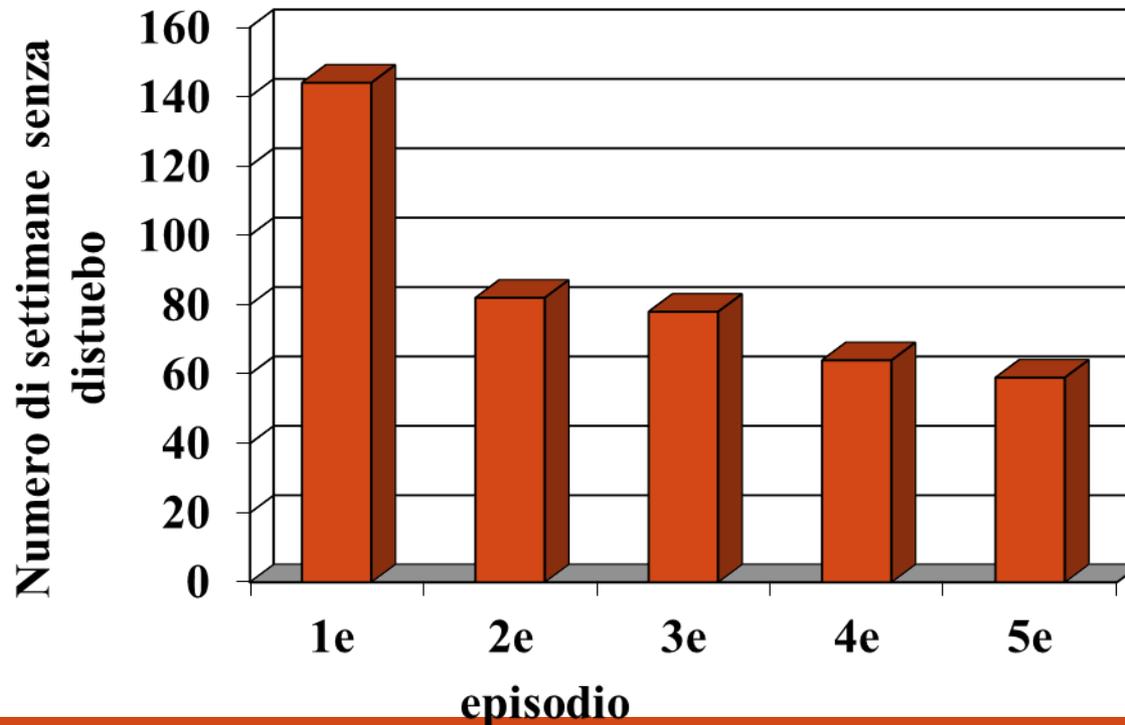
Purtroppo, la probabilità di avere un nuovo episodio depressivo aumenta di circa 16% per ogni episodio depressivo precedente:

- 1 episodio: 60% di avere un 2 episodio
- 2 episodio: 70% di avere un 3 episodio
- 3 episodio: 90% di avere un 4 episodio

Caratteristiche e andamento

All'aumentare della ricorrenza, diminuisce il tempo trascorso tra i vari episodi depressivi.

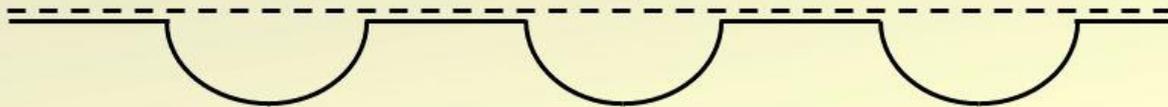
Solomon (2000)



Caratteristiche e andamento

The “Real Course” of MDD

How we used to think about depression course:



Caratteristiche e andamento

Fattori che predicono la ricorrenza:

- Numero di episodi precedenti
- Interruzione antidepressivi (70% dopo 6 mesi)
- Co-morbidità
- Depressione precoce
- Eventi stressanti
- Supporto sociale limitato

Caratteristiche e andamento

Depressione cronica:

- Sintomi >24 mesi
- Molto più intensa della distimia
- Storia individuale molto complicata
- Condizioni attuali stressanti
- Familiarità

Impatto della depressione

- LAVORO: assenteismo e problemi di concentrazione
- FAMIGLIA: interazione genitore-bambino. Alte (irrealistiche?) aspettative come genitore
- FATICA
- RETE SOCIALE: più isolati e aumentata probabilità di divorzio
- SALUTE: rischio cardiovascolare, suicidio

Depressione come crisi globale (OMS)



DEPRESSION:
A Global Crisis

CALL TO ACTION

World Mental Health Day

Prevention of depression worldwide: a wake-up call



Findings from more than 30 randomised controlled trials have shown that depression can be prevented.^{1,2} In *The Lancet Psychiatry*, Helen Christensen and colleagues'

In not finding a significant reduction in the incidence of major depressive episodes at 6 months, despite the reductions in other important variables, such as



Major Depression Can Be Prevented



Fattori di rischio e vulnerabilità

VULNERABILITA': DEFINIZIONE I

SCHIZOTAXIA, SCHIZOTYPY, SCHIZOPHRENIA ¹

PAUL E. MEEHL

University of Minnesota

– Primo articolo Meehl (1962):

– ENDOGENA

– STABILE

– Stabilita' vs. immutabilita'



VULNERABILITA': DEFINIZIONE II

- LATENTE

- Presente in individui senza sintomi

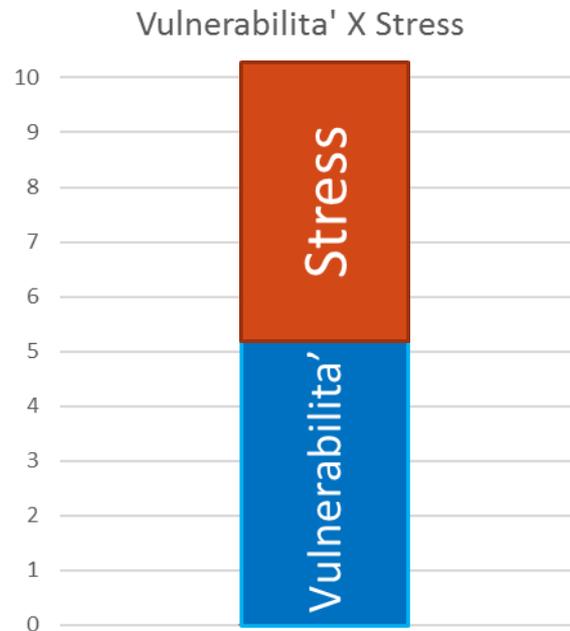
- REATTIVA ALLO STRESS (Selye, 1936)

- Eventi maggiori o accumulazione di eventi minori

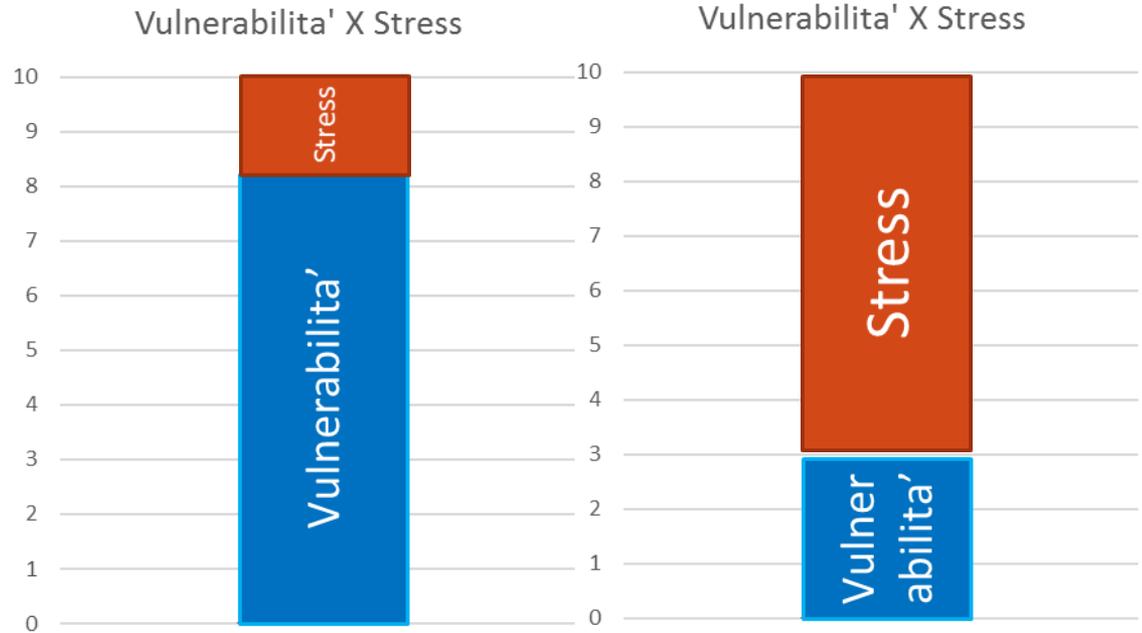
VULNERABILITA': DEFINIZIONE III

La vulnerabilità (spesso) richiede una attivazione, data dall'incontro con l'evento stressante. Ma quanto stressante?

Modello Classico



Modello della Tritazione



Vulnerabilita' X Stress

A bar chart with a vertical axis from 0 to 10. The bar is divided into two segments: a blue bottom segment labeled 'Vulnerabilita'' with a value of 3, and an orange top segment labeled 'Stress' with a value of 7. The total height of the bar is 10.

Component	Value
Vulnerabilita'	3
Stress	7
Total	10

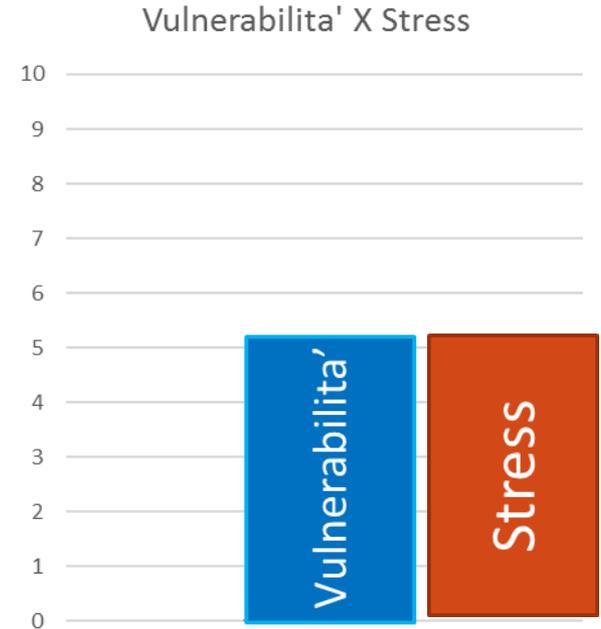
VULNERABILITA': DEFINIZIONE III

...Tuttavia...

Anello debole (weakest link)



Modello additivo o delle etiologie indipendenti



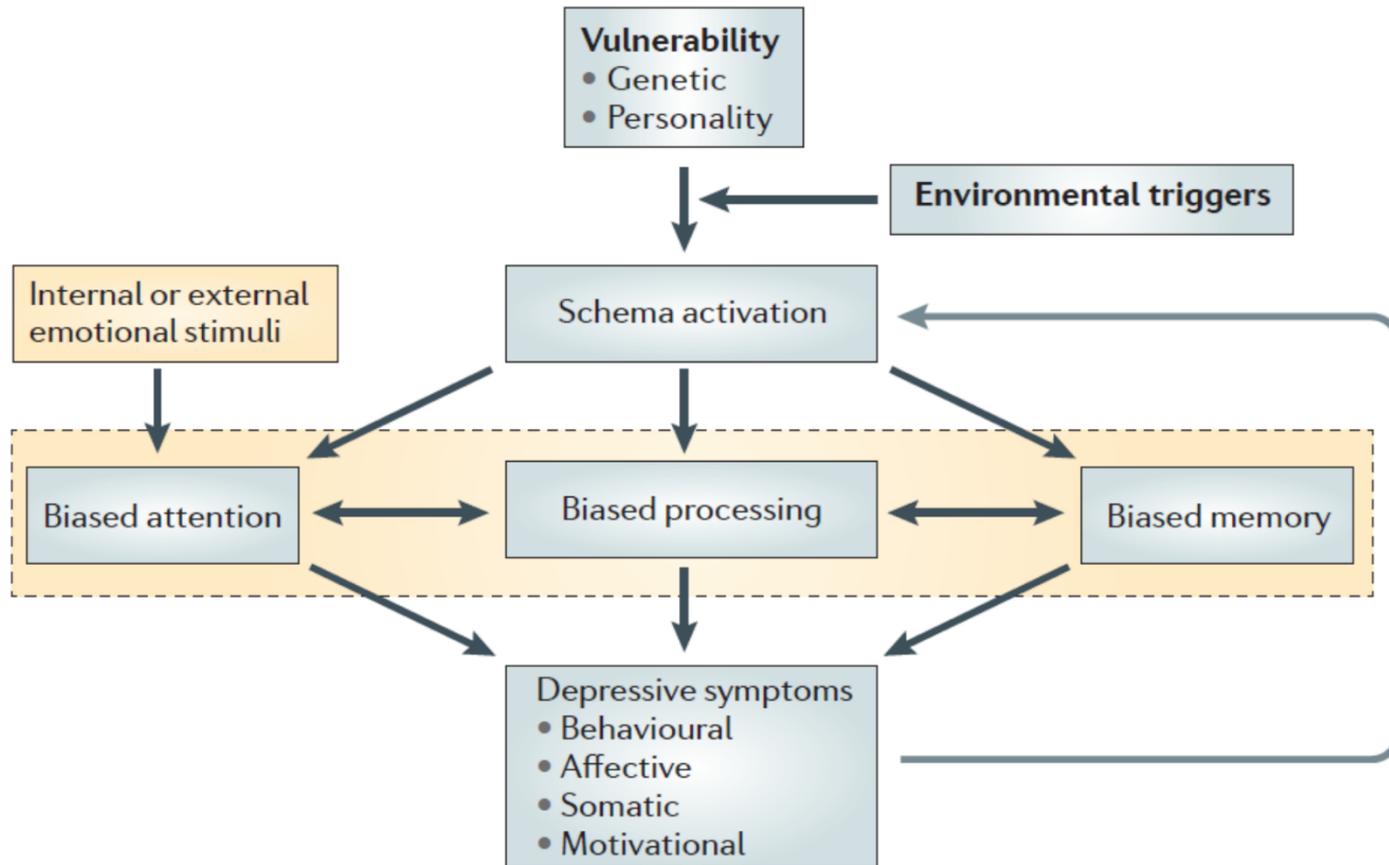
FATTORI DI RISCHIO (KAELBER, MOUL, & FARMER, 1995)

Altamente plausibili	plausibili	possibili
Genere femminile	Orfano/a di madre prima di 11	Vivere in citta'
Depressione precedente	Mai sposato	Infertilita'
Divorzio o separazione	Storia familiare di depress	Protestante
Basso SSE		

RISPOSTA #1

- Ruminazione e' un fattore di vulnerabilita'
- Disoccupazione e' un fattore di rischio

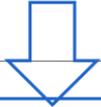
MODELLO DEGLI SCHEMI COGNITIVI (BECK)



SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)

*Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene*

SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)



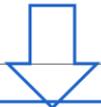
ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione,
ipergeneralizzazione,
personalizzazione, ...)

*Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene*



*Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro'
mai il lavoro che ho scelto*

SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)



ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione,
ipergeneralizzazione,
personalizzazione, ...)



TRIADE COGNITIVA NEGATIVA

*Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene*



*Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro'
mai il lavoro che ho scelto*

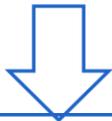


*Visione negativa del Se' (non sono amabile)
Visione negativa del future (nessuno mi amera' mai)
Visione negativa del mondo (il mondo e' un posto cattivo)*

SCHEMI DEPRESSIVI
(Atteggiamenti disfunzionali)



ERRORI COGNITIVI
(catastrofizzazione,
ipergeneralizzazione,
personalizzazione, ...)



TRIADE COGNITIVA NEGATIVA



PENSIERI AUTOMATICI

*Gli altri penseranno meno bene di me se faccio un errore
Se non piaccio a tutti, allora non va bene*



*Sono bocciato all'esame, allora non valgo niente e non faro'
mai il lavoro che ho scelto*



*Visione negativa del Se' (non sono amabile)
Visione negativa del future (nessuno mi amera' mai)
Visione negativa del mondo (il mondo e' un posto cattivo)*

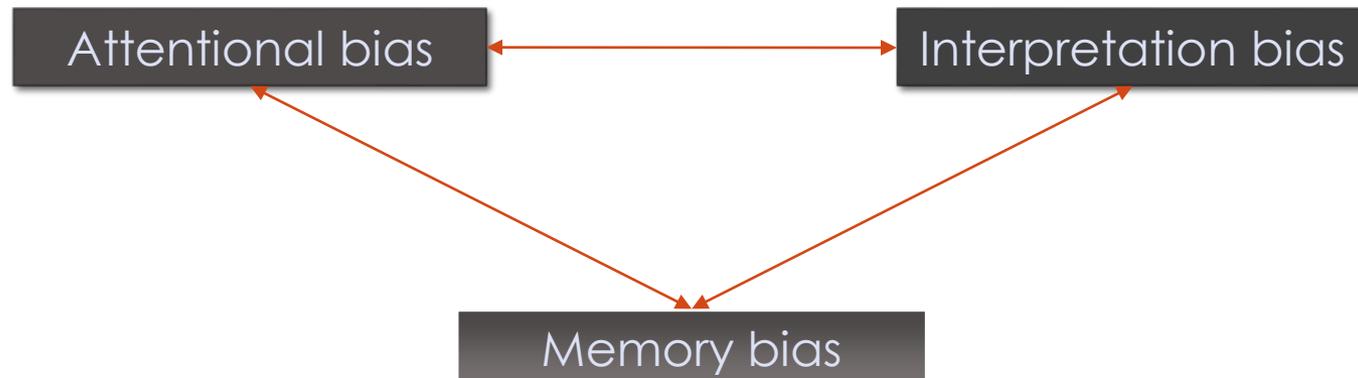


"sono un fallito!"

Importanza dei bias cognitivi...

Ipotesi dei bias combinati (Hirsch et al., 2006; Everaert et al., 2012):

- Influenza mutua dei vari bias.
- Il rischio cognitivo per la psicopatologia non è determinato da un singolo bias, ma dalla mutua interdipendenza tra i vari bias



Beck's cognitive model and attention-memory axis

Attentional Bias

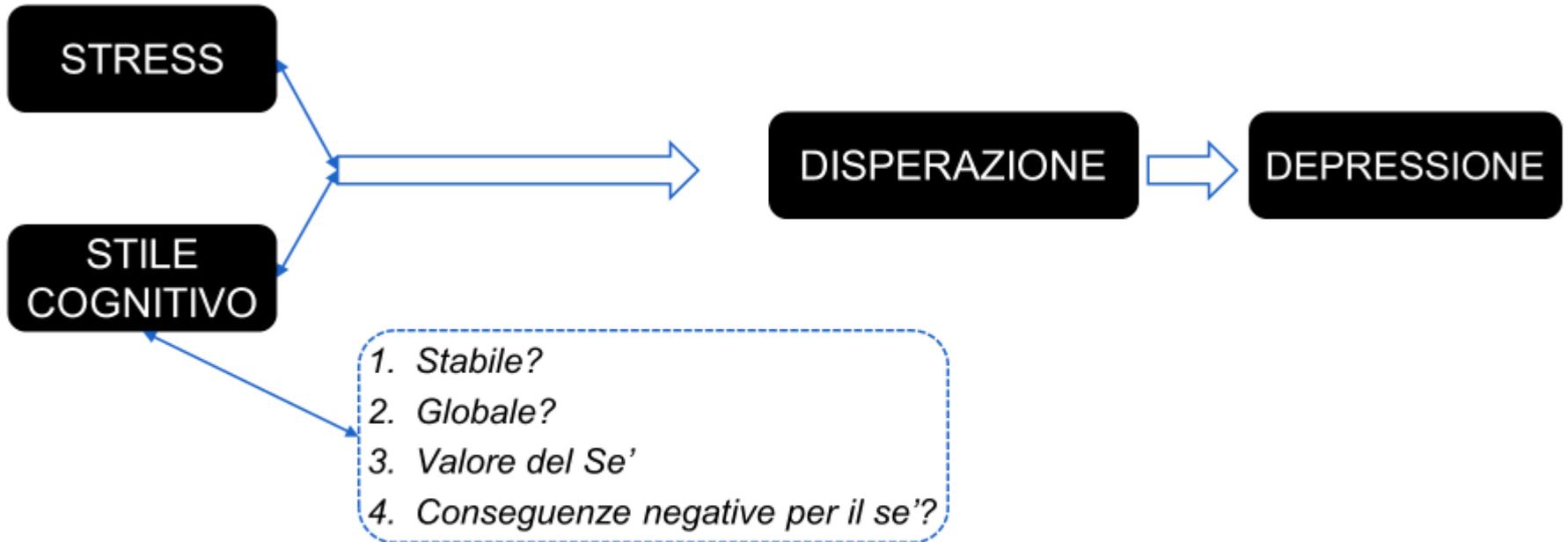


Memory Bias





TEORIA DELLA DISPERAZIONE



Ho bocciato l'esame di psicometria!

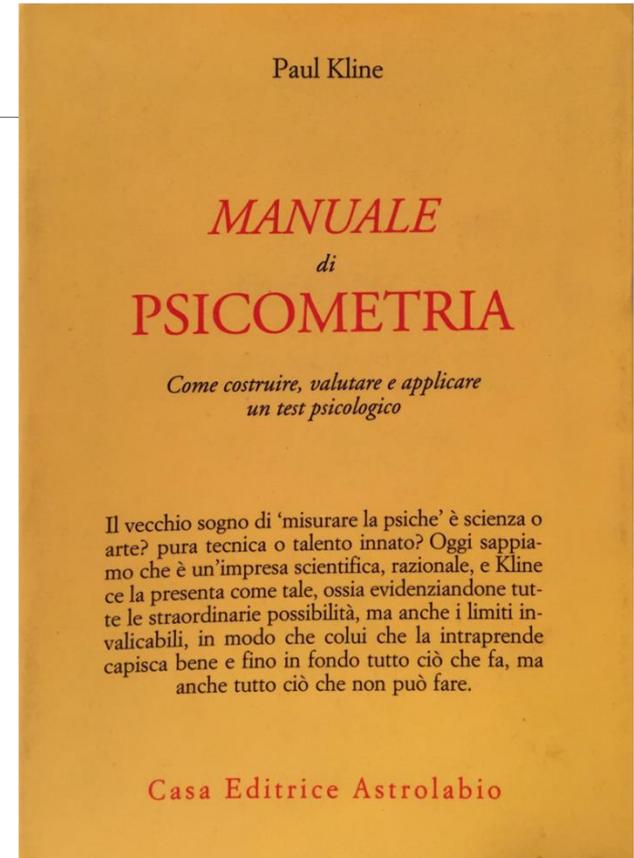
“Non capisco niente di statistica e questo fara' si' che continui a bocciare l'esame di psicometria” (Stabilita')

“Non riesco a concentrarmi e questo portera' danni anche in altre aree della mia vita” (Globalita')

*“Non diventero' mai psicologo”
(Conseguenze)*

“Sono stupido!” (Valore del Se')

“E' solo colpa mia!” (Internalita')



Ho provato, ma non piaccio a quella persona!

Stabilita'

"Non piacero' mai!"

Globalita'

"Il fatto di non piacere a lei/lui, vuol dire che non piacero' in nessuna area della mia vita"

Conseguenze

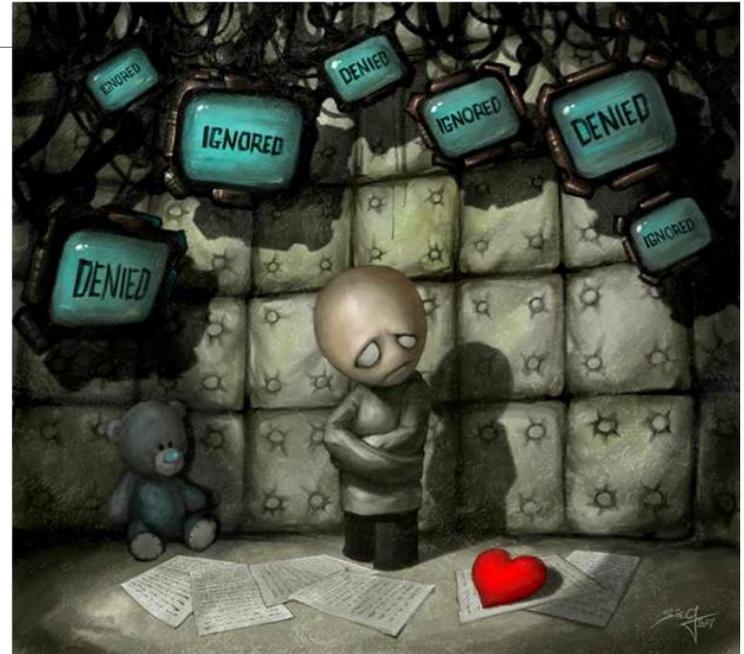
"Restero' solo"

Valore del Se'

"Sono repellente"

Internalita'

"E' colpa mia"



Disperazione

- La definizione attualmente piu' accreditata e' quella proposta dalla Teoria della Disperazione:
- “[...] *expectation that highly desired outcomes will not occur or that highly aversive outcomes will occur coupled with an expectation that no response in one's repertoire will change the likelihood of occurrence of these outcomes” (Abramson, Alloy, & Metalsky, 1989; p. 359)*
- Circa il 10% della popolazione riporta livelli significativi di disperazione

TEORIA DELLA RISPOSTA RUMINATIVA



EMOTIONAL

Mood drives rumination

"I'll know like if I'm having a bad day, 'cause I'll just be down. Then I'd start thinking then." (Melanie)

Rumination drives mood

"I'm thinking about more and more things, so it's like piling on top, so, the mood just kind of keeps going down." (Liz)

Rumination and mood reciprocate

Because I'm upset, I start thinking about that... which gets me more upset... like a double-ended train." (Samantha)

BEHAVIOURAL

Unhelpful interactions with people

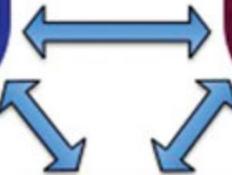
"My sister was like 'Oh, our family's awful'...then we both just carried on talking...feeling bad" (Tim)

Helpful interactions with people

"If I start thinking negatively, like I don't want to be around anymore, that scares me...I go and tell my mum...and she'll calm me down." (Melanie)

Independence

"Stepping back when I'm ruminating... I think that I may forget what I'm ruminating about." (Sean)



COGNITIVE

Constant battle: attacking & intrusive

"It's trying to get out of its little drawer in your head and it's really, like, disruptive." (Bryony)

"Rumination can be more crushing than other things." (Julia)

Disorientating: linear & circular

"I will be upset at the result and therefore angry at myself... If I can't do anything, why am I here? I'm worthless, useless and I have no future'." (Liz)

Temporal focus: past, present, and future

Start triggers

Thoughts
Reflecting on recent social event
Looking out of window at garden

Physiological
Insomnia
Smell of bakery/sound of laughter (memory)

Feelings
Stress and low mood
Disappointment

Behaviours
Listening to music, reminder of past
Staring at ceiling in bedroom

Interpersonal
Criticism from anyone, about anything
People asking 'why are you like this?'
Arguments with family
Doing embarrassing thing in front of friends
Seeing someone attractive

Situational
Being alone
Not concentrating in lessons

STABILITA'? Si'!!!

- Atteggiamenti disfunzionali: test-retest = .70
- Disperazione: stabilita' superior a 2 anni
- Ruminazione: test-retest = .70

Immutabilità? NO, Ma...

- Bonus:

- Atteggiamenti disfunzionali, disperazione, e ruminazione sembrano migliorare dopo interventi psicoterapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

Immutabilita'? NO, Ma...

— Malus

Cognitive Vulnerability to Depression Can Be Contagious

Gerald J. Haefel and Jennifer L. Hames

Department of Psychology, University of Notre Dame

Clinical Psychological Science
2014, Vol 2(1) 75–85

Breaking the Vise of Hopelessness: Targeting its Components, Antecedents, and Context

Igor Marchetti¹  · Lauren B. Alloy²  · Ernst H. W. Koster³ 

Accepted: 5 April 2023

© The Author(s) 2023

Abstract

Hopelessness is a painful cognitive state that is related to depression and suicide. Despite its importance, only unsystematic efforts have been made to specifically target hopelessness in interventions, and no comprehensive review is currently available to guide future clinical studies. In this narrative review, we first analyze the phenomenon of hopelessness, by highlighting its components (e.g., dismal expectations, blocked goal-directed processing, and helplessness), antecedents (e.g., inferential styles), and contextual factors (e.g., loneliness and reduced social support). Then, we review the currently available interventions and manipulations that target these mechanisms, either directly or indirectly, and we highlight both their strengths and lacunae. Finally, we propose possible avenues to improve our clinical toolbox for breaking the vise of hopelessness.

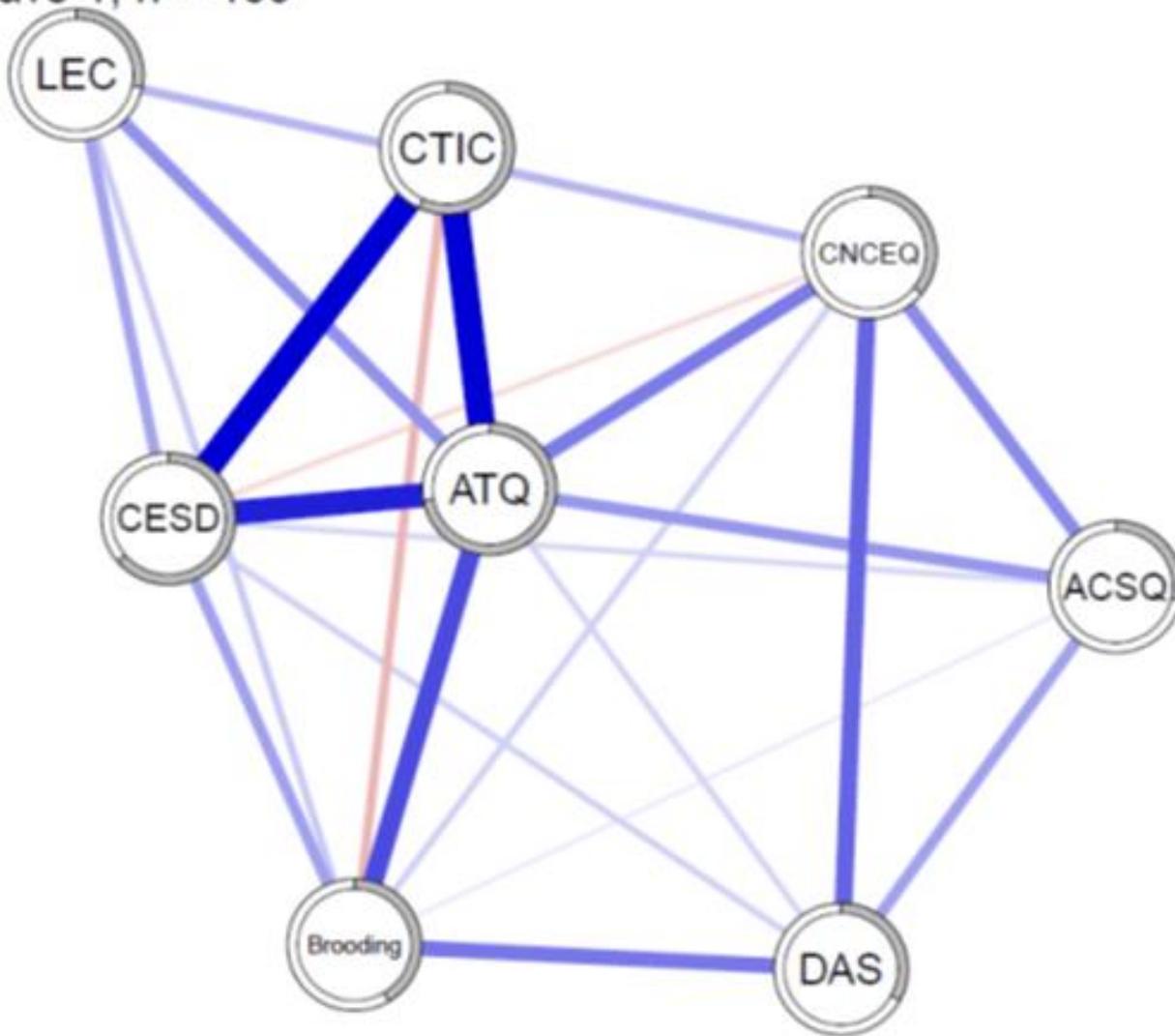
The architecture of cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescence: A longitudinal network analysis study

469 adolescent: 15 anni circa (64% femmine)

Assessment per un anno, ogni 3 mesi (4 waves)

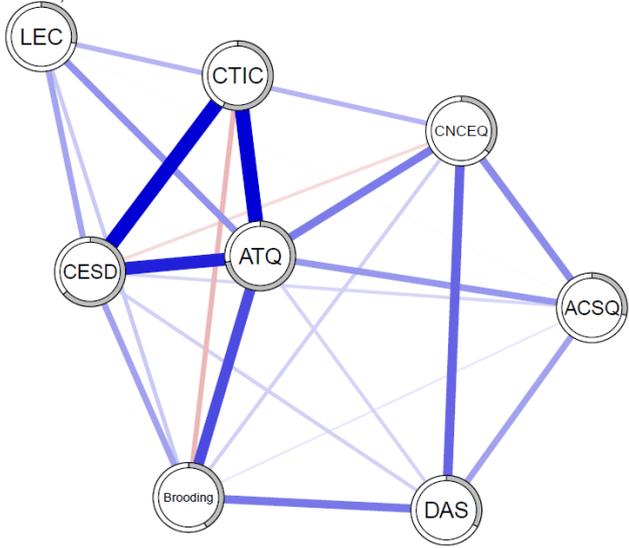
Testati per le maggiori vulnerabilità, sintomi depressivi, e stressors.

Wave 1, n = 469

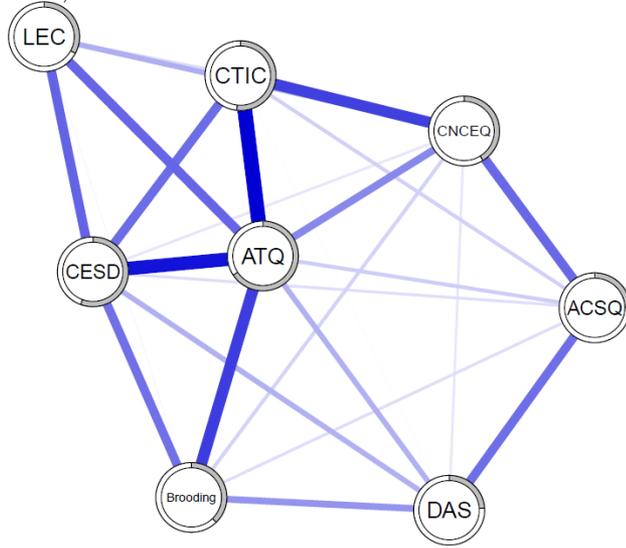


CESD: sintomi depressivi
CTIC: triade
ATQ: pensieri automatici
Brooding: ruminazione
CNCEQ: errori cognitivi
DAS: atteggiamenti disfunzionali
ACSQ: Stile cognitivo

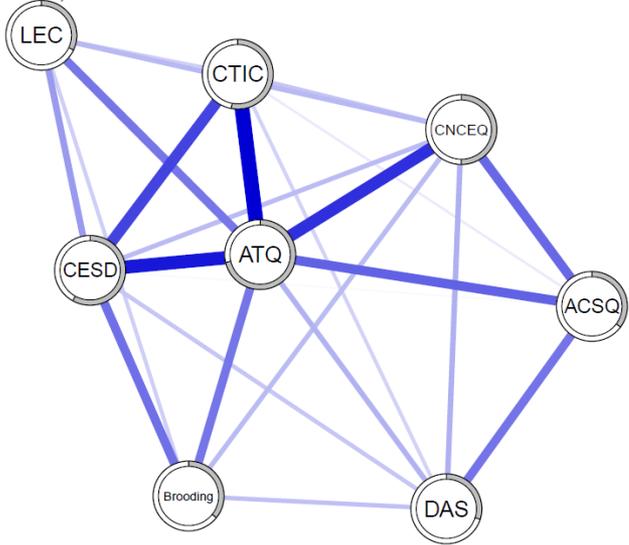
Wave 1, n = 469



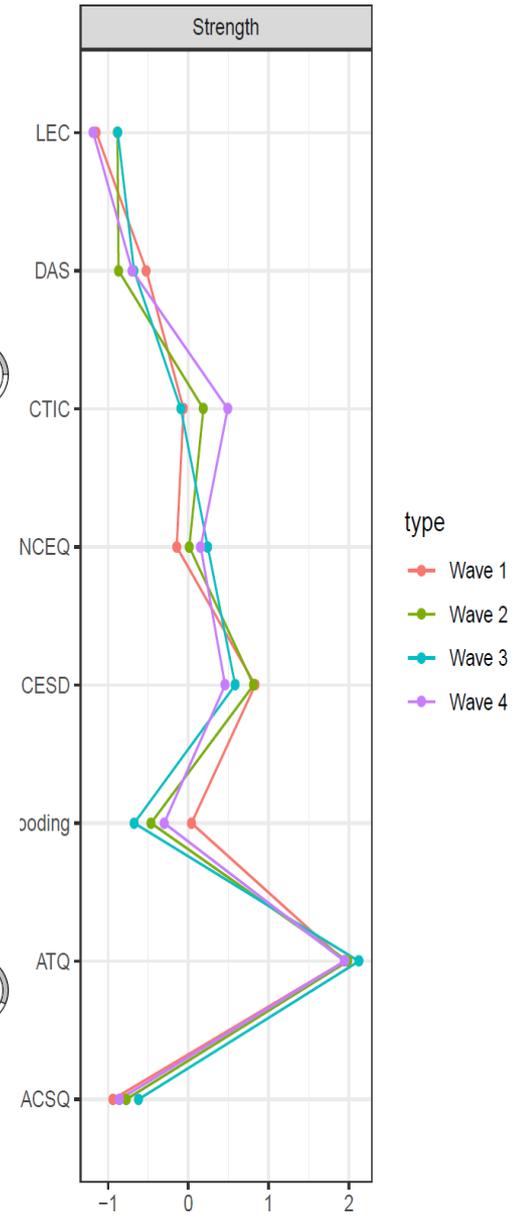
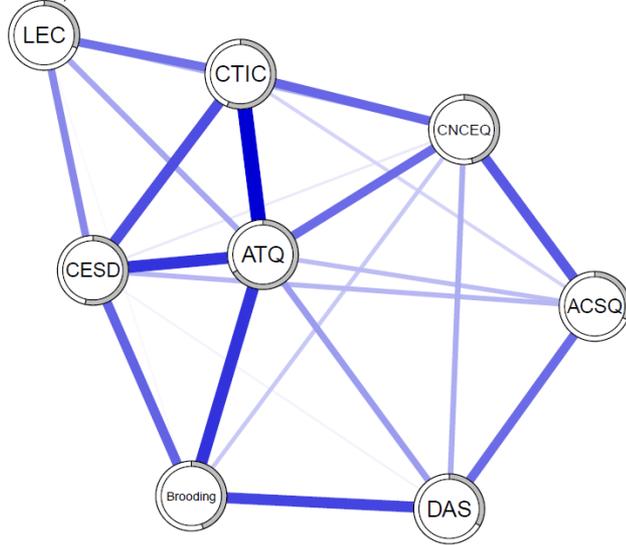
Wave 2, n = 465



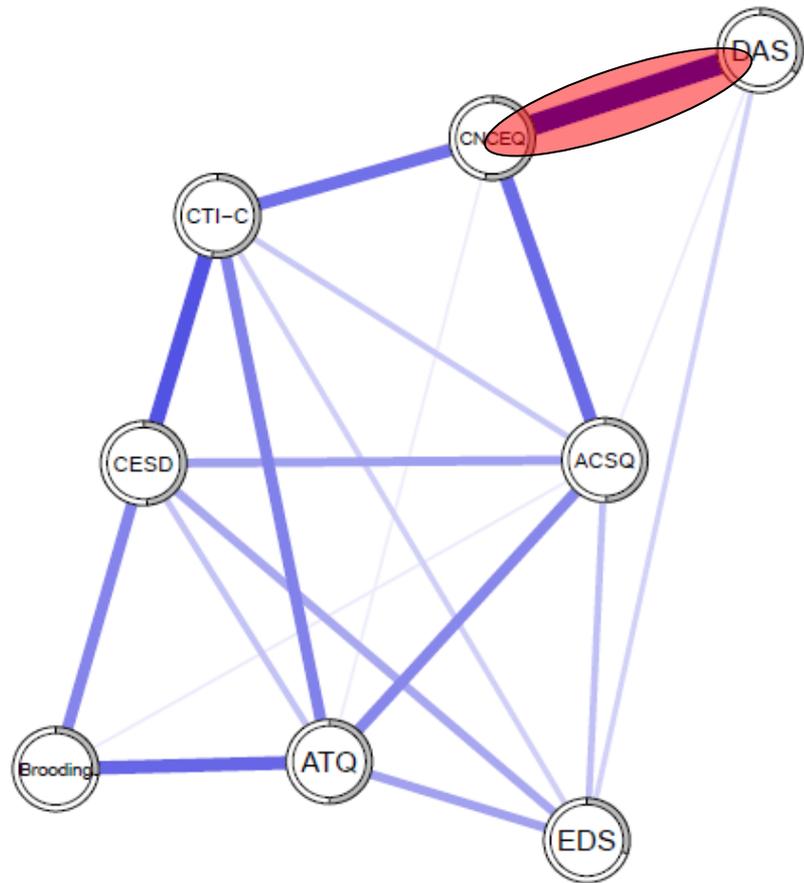
Wave 3, n = 451



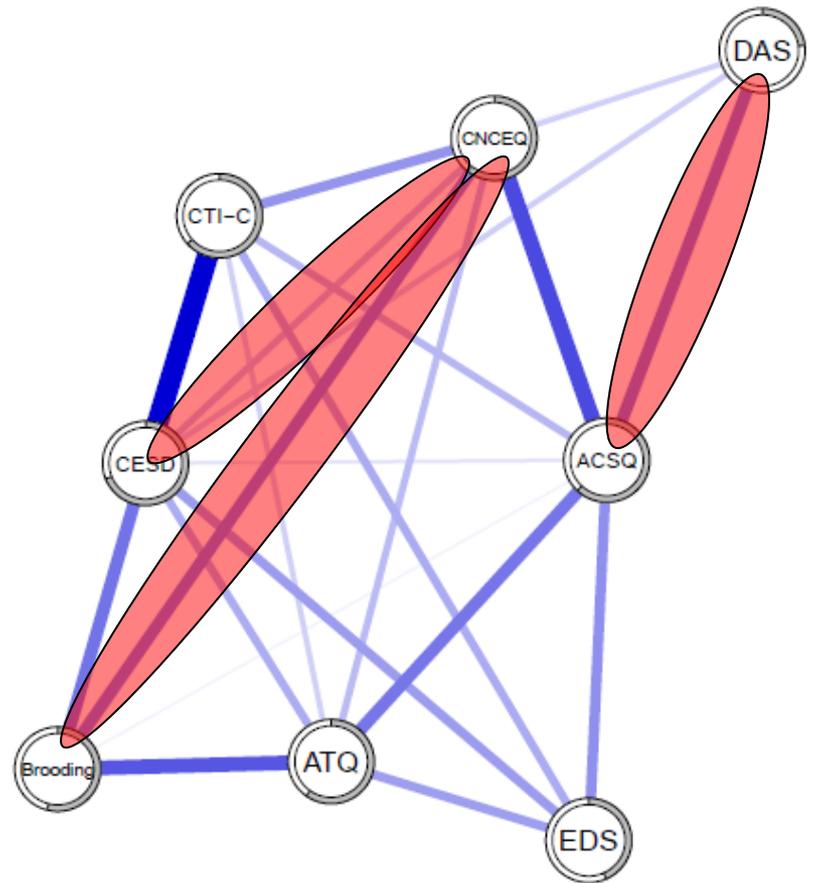
Wave 4, n = 439



Black youth



White youth



Personalità depressiva

Tristezza, mancanza di energie, anedonia, disturbi vegetativi (sonno, cibo, autoregolazione) (vedere “Lutto e melanconia”, **Freud** 1917); mentre nel lutto c'è stata una perdita e il mondo ne è impoverito, nella melanconia è il Sé che appare impoverito o danneggiato; rabbia per la perdita dell'oggetto è rivolta contro il Sé, autodenigrazione e critiche. Si sentono colpevoli. Processi cognitivi, affettivi, immaginativi e sensoriali rallentati.

Può esserci tendenza ereditaria (studi sui gemelli) ma è difficile stabilire la trasmissione; inclinazione depressiva può essere dovuta a perdita prematura; tratti orali, sovrappeso.

Processi difensivi nella personalità depressiva

Introiezione (interiorizzazione inconscia delle qualità più odiose di un vecchio oggetto d'amore): il bambino proietta le proprie reazioni sugli oggetti d'amore che lo abbandonano, immaginando che siano arrabbiati o offesi; il bambino esce da esperienze premature o traumatiche di perdita idealizzando l'oggetto perduto e assumendo sul sé gli affetti negativi;

Rivolgimento contro il sé;

Idealizzazione (gli altri sono meglio di me, per questioni morali, non per questioni di potere e prestigio come sarebbe per i narcisisti) ;

Relazioni oggettuali nella personalità depressiva

Perdita precoce e/o ripetuta; prematura separazione da un oggetto d'amore.

Può aver ceduto alle pressioni di un genitore di essere indipendente (svezzato) prima che fosse pronto.

Una perdita grave nella fase di separazione-individuazione (18 mesi circa, fino a due anni, ne parla la Mahler) è aumentata notevolmente la probabilità di una depressione;

Noncuranza dei genitori verso i bisogni dei figli.

Il sé depressivo

Hanno trasformato il sentimento di essere rifiutati nella convinzione inconscia di meritare quel rifiuto;

Possono trovare autostima in professioni d'aiuto o volontariato (per bilanciare il senso di colpa) (per tenere a bada angosce ed evitare distruttività);

Sembra che le donne siano più esposte a soluzioni depressive dei loro problemi;

Transfert e controtransfert con pazienti depressivi

Hanno buone capacità di relazione oggettuale ma tendono a proiettare sul terapeuta le proprie critiche interne (super-io sadico o rigido).

Le persone più disturbate hanno bisogno di farmaci mentre fanno la terapia per ridurre l'intensità dei sentimenti depressivi.

Il controtransfert va da affetto benevolo a sentimenti onnipotenti di salvezza (essere il genitore sensibile che non ha mai avuto, controtransfert complementare) oppure controtransfert concordante, ci si sente impotenti e demoralizzati.

Disturbo bipolare - Mania



Igor Marchetti

Università degli Studi di Trieste

Email: imarchetti@units.it

Il continuum dell'umore

Interpretare i disturbi dell'umore come un insieme di condizioni allocate su un continuum di presentazione clinica con ad un estremo i quadri unipolari, caratterizzati esclusivamente da episodi a polarità depressiva ed all'estremo opposto i quadri bipolari di tipo I, con episodi depressivi ed episodi maniacali.

Umore: Tono emotivo pervasivo che influenza profondamente l'aspetto e la percezione di sé, degli altri e dell'ambiente in generale

Mania

- **Espansività**
- **Accresciuta autostima**
- **Idee grandiose**
- **Fuga dalle idee**

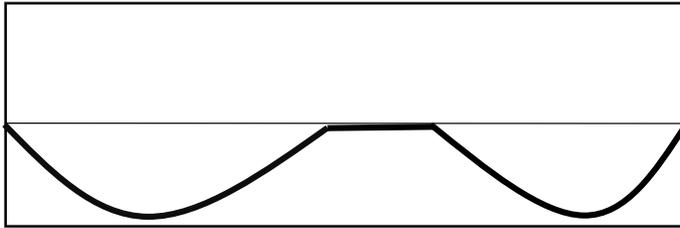
EUTIMIA

- **Ritmo sonno-veglia**
- **Appetito**
- **Attività sessuale**
- **Altri ritmi biologici**

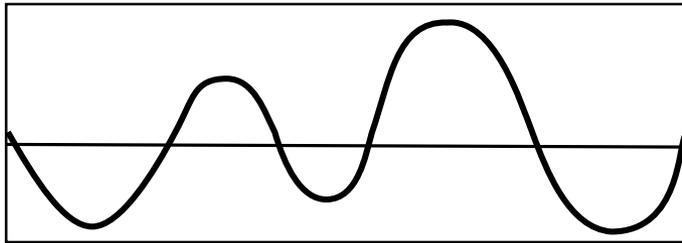
Depressione

- **Perdita di energia e interesse**
- **Sensi di colpa**
- **Difficoltà di concentrazione**
- **Pensieri di morte o suicidio**

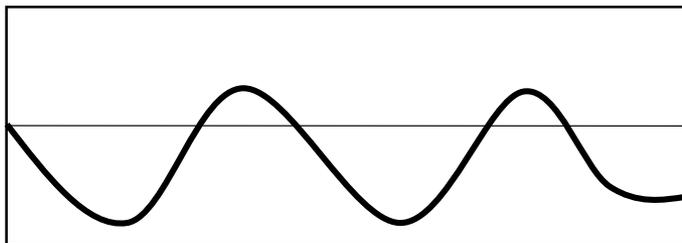
Fluttuazione dell'asse timico nei disturbi dell'umore



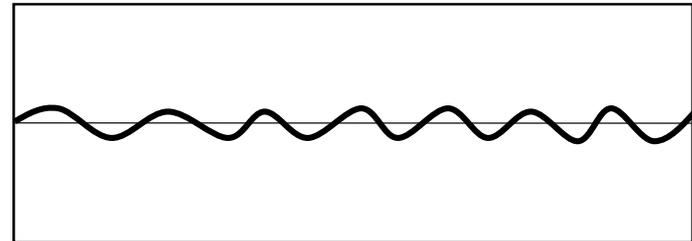
Depressione Maggiore Unipolare



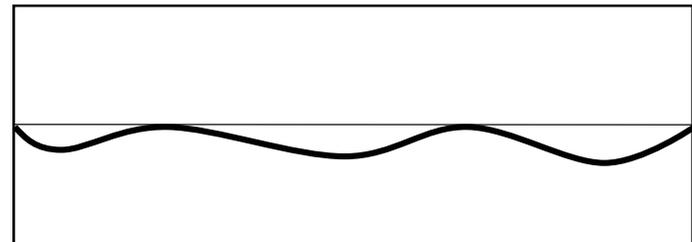
Disturbo Bipolare I



Disturbo Bipolare II



Disturbo Ciclotimico



Disturbo Distimico

Epidemiologia

- La prevalenza si colloca tra l' 1 e il 6.5% della popolazione generale;
- Il picco di età di insorgenza dei primi sintomi si colloca tra i 15 e i 19 anni (l'assunzione di sostanze psicoattive può anticipare l'esordio);
- Intercorrono circa 5-10 anni tra l'età d'esordio delle manifestazioni cliniche e l'età del primo trattamento;
- Tra primo e secondo episodio passano in media più di 4 anni ma gli intervalli di tempo che intercorrono tra gli episodi successivi si accorciano via via;

Epidemiologia

- La durata media dei singoli episodi si attesta intorno a 3-5 mesi
- Tra i disturbi psichiatrici è la terza patologia più importante non solo come gravità ma anche come impatto sociale ed economico (dopo la depressione unipolare e la schizofrenia).

Disturbo Bipolare I

- Presenza di uno o più Episodi Maniacali. Criteri per l'Episodio Maniacale:
 - A) umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile della durata di almeno una settimana (o meno se ospedalizzazione necessaria)
 - B) durante il periodo di alterazione dell'umore, almeno tre dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello **significativo**: 1) autostima ipertrofica o grandiosità 2) diminuito bisogno di sonno 3) maggiore loquacità del solito oppure spinta a continuare a parlare 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente 5) distraibilità, riportata o osservata 6) aumento dell'attività finalistica o agitazione psicomotoria 7) eccessivo coinvolgimento nelle attività con alto potenziale di conseguenze dolorose

Disturbo Bipolare II

- A) Presenza (anche in anamnesi) di uno o più Episodi Depressivi Maggiori.
- B) Presenza (anche in anamnesi) di almeno un Episodio Ipomaniacale.
- C) Non vi è mai stato un Episodio Maniacale o un Episodio Misto.

Disturbo Bipolare II

La ipomania si differenzia dalla mania per durata, intensità e deterioramento funzionale

DURATA: Nella mania, l'alterazione dell'umore dura almeno 1 settimana. Nella ipomania, durata almeno 4 giorni

INTENSITA': Nella mania, i sintomi sono gravi, mentre nella ipomania sono leggeri o moderati

DETERIORAMENTO FUNZIONALE: Nella mania, aspetti fondamentali della vita (i.e., lavoro e relazioni) sono pesantemente colpiti, mentre questo non è il caso nella ipomania

Disturbo Bipolare I: decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali. Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più Episodi Depressivi Maggiori

Disturbo Bipolare II: decorso clinico caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori accompagnati da almeno un Episodio Ipomaniacale

STAI MISTI

Caratterizzati dalla **commistione di sintomi depressivi ed espansivi**

Raramente consistono nella compresenza di quadri maniacali e depressivi a completa espressione sintomatologica. Più spesso si osservano alcune manifestazioni depressive in corso di mania e, viceversa, alcune caratteristiche maniacali o ipomaniacali in corso di episodi depressivi.

Peculiari sono la labilità dell'umore, l'irritabilità, l'ansia, i comportamenti ostili e, meno spesso, la confusione, la perplessità, l'instabilità, l'impulsività.

Negli stati misti si considerano tre assi e l'oscillazione tra i loro poli:

UMORE: tra depressione e esaltazione;

PSICOMOTRICITA': tra inibizione e eccitazione

IDEAZIONE: tra rallentamento e accelerazione

- 1. Mania depressiva:** l'umore depresso/irritabile si associa ad agitazione motoria e accelerazione del pensiero;
- 2. Depressione agitata:** umore malinconico, ideazione rallentata, deliri a contenuto depressivo associati ad intensa agitazione motoria;
- 3. Mania improduttiva:** ideazione rallentata associata ad umore euforico e motricità esaltata;
- 4. Stupor maniaco:** rallentamento motorio ed inibizione ideativa associati ad umore euforico;
- 5. Depressione con fuga delle idee:** umore depresso e rallentamento motorio associati ad accelerazione ideativa che può giungere alla fuga delle idee;
- 6. Mania con inibizione motoria:** inibizione motoria associata a umore euforico ed accelerazione del pensiero.

PERSONALITÀ MANIACALE E IPOMANIACALE

Organizzazione essenzialmente depressiva

Difesa primaria è il diniego (e acting out)

Il diniego viene principalmente agito verso una sottostante forma depressiva e quando questo fallisce emerge la depressione

Grande energia, eccitazione, mobilità e socievolezza

L'emozione negativa non emerge come tristezza o dispiacere, ma come rabbia

PERSONALITÀ MANIACALE E IPOMANIACALE

La felicità eccitata è lo stato tipico, mentre una tranquilla serenità può essere uno stato completamente sconosciuto

Il sé maniaco come una «trottola», ovvero il bisogno tipico di continuare a muoversi per paura di sentire qualcosa di doloroso, che viene evitato e denegato in qualsiasi modo.

I clienti maniacali possono essere attraenti, intuitivi e affascinanti, ma facilmente sono percepiti come stancanti.

Storia molto turbolenta, ma con scarsa partecipazione emotiva.

Rischio di sottostimare la sofferenza della persona