

Problemi psichiatrici e disagio psichico



La depressione

Disturbi umore / depressione

- Il disturbo classico è la depressione. La presenza di depressione alternata a momenti di iperattività (mania) è chiamato disturbo bipolare ed è considerato un disturbo maggiore di tipo psicotico.
- *Esiste anche un disturbo “minore” di tipo depressivo, chiamato disturbo distimico, a volte una caratteristica della persona (che comunque può dare sofferenza), a volte un disturbo che fa parte dei disturbi d’ansia e classificato come sindrome ansioso depressiva o disturbo depressivo minore.*

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,
 - Pensieri e/o atti suicidari (possono essere anche dimostrativi - richiesta aiuto)
 - Attività motoria rallentata (o aumentata - disturbo disitimico?)
 - Presenza di ansia (anche forte) e nervosismo (differenziale con nevrosi d’ansia).
 - Il NON funzionamento delle benzodiazepine per l’insonnia o ansia è suggestivo di disturbo depressivo e/o psicotico – Valcanover)

Depressione - cosa cerco cosa chiedo

(Da 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 ì 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 (vedi approfondimento!)



LA PROPOSTA DEL PAZIENTE

- ***Perché*** il paziente è venuto da me? Domanda esplicita
- Su quale piano si pone il paziente? Come vengo influenzato dal piano su cui si pone il paziente?
 - Biomedico
 - Sociale
 - Familiare

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 di A. Melucci *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino.
- La storia narrata in interazione (anamnesi) valorizzando aspetti soggettivi relativi anche alla sofferenza

- 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 positivista 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).

- Dimensione individuale e dimensione sociale della storia di vita
- Individuazione delle sofferenze soggettive.
- Costruzione di un percorso di cura (il progetto che incorpora terapie individuali, farmacologiche ed ev sociali)