

Depressione

Quando la tristezza diventa patologica



Juan Moisés de la Serna

Juan Moisés De La Serna

Depressione

«Tektime S.r.l.s.»

Serna J.

Depressione / J. Serna — «Tektime S.r.l.s.»,

Nella vita si susseguono gli avvenimenti, i fatti positivi e negativi, che influiscono sul nostro modo di pensare e di comportarci, ma anche su come noi ci sentiamo. La tristezza normalmente deriva da una perdita o da un avvenimento che percepiamo come negativo, o semplicemente perché non si sono realizzate le nostre aspettative. Questa tristezza può essere passeggera, durare ore, giorni o addirittura settimane, ma quando questa tristezza si prolunga nel tempo e cambia il nostro modo di sentire, pensare e agire, forse siamo di fronte ad un problema più grave, la Depressione.

Содержание

CAPITOLO 1. TRISTEZZA	7
CAPITOLO 2. CORDOGLIO	11
CAPITOLO 3. DISISTIMA	12
CAPITOLO 4. DEPRESSIONE STAGIONALE	14
Конец ознакомительного фрагмента.	16

Juan Moisés de la Serna

Depressione quando la Tristezza diventa Patologica

Depressione: quando la Tristezza diventa Patologica

Dr, Juan Moisés de la Serna

Traduzione italiana Valeria Bragante

Editorial Tektime

2019

“Depressione: quando la Tristezza diventa Patologica”

Escrito por Juan Moisés de la Serna

Tradotto da Valeria Bragante

1ª edizione: aprile 2019

© Juan Moisés de la Serna, 2019

© Edizioni Tektime, 2019

Tutti i diritti riservati

Distribuito da Tektime

<https://www.traduzionelibri.it>

Non è consentita la riproduzione totale o parziale di questo libro, né il suo inserimento in un sistema informatico, né la sua trasmissione in qualunque forma o con qualunque mezzo, sia elettronico, meccanico, in fotocopia, tramite registrazione o altri mezzi, senza previa autorizzazione scritta dell'editore. La violazione dei diritti sopracitati può essere punita penalmente come reato contro la proprietà intellettuale (Art. 270 e seguenti del Codice Penale).

Rivolgersi a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) in caso sia necessario fotocopiare o scannerizzare una parte di questa opera. È possibile contattare CEDRO tramite il sito web www.conlicencia.com o telefonicamente al numero 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

PREFAZIONE

Nella vita si susseguono gli avvenimenti, i fatti positivi e negativi, che influiranno sul nostro modo di pensare e di comportarci, ma anche su come noi ci sentiamo.

La tristezza normalmente deriva da una perdita o da un avvenimento che percepiamo come negativo, o semplicemente perché non si sono realizzate le nostre aspettative.

Questa tristezza può essere passeggera, durare ore, giorni o addirittura settimane, ma quando questa tristezza si prolunga nel tempo e cambia il nostro modo di sentire, pensare e agire, forse siamo di fronte ad un problema più grave, la Depressione.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare tutte le persone che hanno collaborato con il loro contributo alla realizzazione di questo testo, in particolare D^a Mayca Marín Valero, psicologa e responsabile della Formazione nella Federación Española de Párkinson e D. Ferrán Pádrós Blázquez, professore della Universidad Michoacana di San Nicolás de Hidalgo (Messico).

Un ringraziamento anche a Valeria Bragante, la mia traduttrice italiana.

Dedicato ai miei genitori

CAPITOLO 1. TRISTEZZA

Uno dei problemi che con maggior frequenza si presentano in ambulatorio è collegato alle emozioni, sia riguardo l'attivazione, in caso di stress e ansia a causa dell'inibizione, in caso di tristezza e depressione.

Però non si tratta unicamente di una maggiore sensibilità delle persone per questi problemi, e perciò si rivolgono con maggior frequenza all'ambulatorio psicologico, ma anche perché sono i problemi più comuni, più di qualunque altro disturbo dell'ambito della salute mentale.

La tristezza è uno stato in cui la persona smette di sentirsi "piena" o almeno "normale", considerata una delle emozioni basilari, assieme a felicità o paura.

Sono molti i motivi che possono generare tristezza, dalla perdita di una persona amata, fino a non avere raggiunto un obiettivo desiderata, ma forse il più grave è la presenza di una malattia, soprattutto se è incurabile o cronica.

La relazione tra salute fisica e mentale da tempo non viene più messa in discussione. Quando qualcuno soffre per un male fisico, questo avrà un effetto diretto sul suo stato d'animo, e sul resto degli ambiti personali, compreso il suo modo di relazionarsi con sé stesso e con gli altri.

Quando una persona sta male, per esempio, a causa di una patologia cronica, questo può alterare in modo significativo il suo stato d'animo portando addirittura il paziente a soffrire di depressione.

Però quando compaiono i sintomi della depressione la situazione si aggrava, dato che gli effetti sulla salute sono importanti, riducendo la qualità della vita di una persona, con un peggioramento dello stato d'animo, ma anche del sistema immunitario, facendo entrare il paziente in un circolo vizioso.

Quanto si sente peggio fisicamente, tanto peggiora psicologicamente, e quanto più soffre di sintomi depressivi, in modo tanto più peggiore risponderà il corpo e pertanto invece di facilitare il recupero, lo pregiudica.

La conseguenza di questo circolo vizioso è un aggravamento della sintomatologia, peggiorando la qualità di vita del paziente, rendendolo meno tollerante verso ciò che accade con una prognosi peggiore, a confronto con un altro paziente che non abbia associati questi sintomi depressivi.

Di qui l'importanza di individuare i primi sintomi di depressione, per poter curarli quanto prima affinché non avanzino pregiudicando ancora di più la salute del paziente. Una delle difficoltà a questo riguardo è proprio nella cura, dato che alcune volte il farmacologo è incompatibile con la patologia cronica, perciò ci si dovrà concentrare esclusivamente sull'aspetto psicologico, ma quante persone che soffrono di una patologia cronica sono ammalate di depressione?

Questo è proprio ciò a cui si tenta di dare una risposta presso il Department of Community Health Nursing, Al Farabi College, Riyadh, assieme al Psychiatric Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, The University of Jordan, Amman e al Psychiatric Mental Health Nursing, King Hussein Cancer Center, Amman, assieme al Al Farabi College, Riyadh, ed al Department of Medical Surgical Nursing, College of Nursing, King Saud University, Riyadh (Jordania) dove hanno realizzato uno studio i cui risultati sono stati pubblicati nella rivista scientifica *Psychology* [1].

A questo studio parteciparono ottocento sei pazienti, 45% donne ed il resto uomini. Tutti avevano sofferto di una patologia cronica come minimo dagli ultimi sei mesi, sia che fosse un diabete tipo II, artrite reumatoide, malattie cardiovascolari, cancro o malattie polmonari.

Furono esclusi dallo studio coloro che avevano già una storia di precedenti problemi di salute mentale.

Furono utilizzati sei questionari tradotti in arabo, il Multidimensional Scale of Perceived Social Support per analizzare la percezione di appoggio sociale dei pazienti, il Beck Depression Inventory-II (B.D.I-II) per valutare la presenza di sintomi depressivi, il Psychological Stress Measure (P.S.M.) per valutare i livelli di ansia, il C.O.P.E. Inventory per valutare la gestione dello stress, il Life Orientation

Test (LOT-R) per i livelli di ottimismo ed il Satisfaction with Life Scale per i livelli di soddisfazione nella loro vita.

I risultati indicano che la metà dei pazienti con patologie croniche mostrano sintomi depressivi, di questi il 27% sono sintomi lievi ed il 31% moderati.

Analogamente, questi pazienti mostrano bassi livelli di ottimismo nella metà dei casi, con una moderata abilità nella gestione dello stress, nonostante questo dimostrano livelli elevati di soddisfazione nella loro vita, livelli moderati di stress, e bassi livelli di percezione di appoggio sociale.

Bisogna ricordare che questi risultati sono stati ottenuti mediante questionari a cui hanno risposto gli stessi pazienti, quindi alcuni risultati sono migliori di quanto ci si possa aspettare sulla soddisfazione della vita o i livelli di stress.

Uno dei limiti dello studio è proprio la popolazione oggetto di analisi, cioè, si è tenuto conto unicamente dei pazienti di una popolazione molto concreta come gli abitanti della Giordania, un popolo con una cultura, religione ed idiosincrasia molto particolare, perciò è necessaria un'altra indagine a questo riguardo per poter verificare se i risultati si mantengono anche in altre popolazioni.

Analogamente, avendo riunito all'interno del gruppo pazienti con diagnosi di patologie gravi così diverse, e con prognosi tanto differenti, come il diabete insieme al cancro, può aver influenzato i risultati.

Sarebbe opportuno scegliere un unico gruppo di malati cronici ed osservare quanti di essi soffrono di sintomi depressivi, dato che l'informazione ottenuta a riguardo avrebbe maggiore validità ecologica.

Esiste una relazione tra depressione e livello economico?

Sono stati indagati molti fattori che potrebbero favorire o proteggere la persona dal soffrire di depressione, e nel caso si ammalasse, che la aiutino a superarla.

La rete sociale di appoggio è stata considerata uno degli elementi fondamentali sia a livello preventivo sia per favorire il recupero, in caso di caduta in depressione.

Analogamente è noto che esistono altre circostanze che possono favorire la depressione, come il tracollo economico, una perdita affettiva e persino il lavoro, ecc.

Questi possono essere fattori scatenanti che si possono mantenere in un periodo ragionevole di "dolore" o diventare cronici e trasformarsi in una vera depressione maggiore.

Bisogna considerare che la depressione ha tre componenti: componente affettiva, comportamentale e cognitiva, fattori che sono strettamente collegati fra loro in modo da autoalimentarsi formando un circolo vizioso difficile da rompere senza un aiuto terapeutico specializzato.

I pensieri diventano catastrofici, pessimisti e senza soluzione per la situazione presente..

Ma quando una persona è esposta ad una realtà sfavorevole, i pensieri catastrofici coincidono con la sua realtà, per cui ne esce rafforzato nel proprio pensiero e questo favorirà la comparsa della depressione, allora: esiste una relazione tra depressione e livello economico?

Questo è proprio ciò che si può rispondere grazie ad un rapporto pubblicato dal Dipartimento della Sanità del governo di Porto Rico, sviluppato nel 2013 [2].

In esso si analizzano diversi fattori che possono influire sulla presenza della depressione, ed è stato realizzato all'interno di un progetto più ampio per ricercare comportamenti a rischio tra la popolazione secondo il programma The Behavioral Risk Factor Surveillance System (B.R.F.S.S.).

A questo scopo è stato realizzato un sondaggio telefonico su un campione di seimila abitanti che rappresenta lo 0,21% della popolazione totale, tutti maggiori di diciotto anni, a maggioranza ispanica (98,5%), il 64% composto da donne ed il resto uomini.

Analogamente sono stati raccolti i dati per fasce di età, livello di istruzione dei partecipanti ed entrate economiche.

I risultati mostrano che le persone nella fascia da quaranta a cinquantaquattro anni; e quelle da cinquantacinque a sessantaquattro anni, sono quelle che maggiormente soffrono di depressione, arrivando a livelli del 25,7% e 30,7% rispettivamente, molto al di sopra dei livelli dei più giovani tra i diciotto e i ventiquattro anni, del 5,9%.

Analogamente mostrano che le persone con minori scolarità (senza aver terminato gli studi) presentano maggiori livelli di depressione, a paragone di chi ha terminato gli studi universitari, ottenendo percentuali del 21,3% a fronte del 12,4% rispettivamente.

Lo studio divide gli intervistati in sei fasce in funzione delle loro entrate economiche, risultando ammalati di depressione coloro che hanno entrate inferiori a 15.000 dollari con un 23,2%, a fronte di chi ha entrate maggiori di 75.000 dollari, con un 9,2%.

Uno dei limiti di questo studio, e caratteristico della raccolta dati tramite telefono, è che rimangono escluse certe popolazioni che per qualche motivo non dispongono di linea telefonica, e pertanto lo studio risulta distorto, rinunciando ad investigare una parte della popolazione.

Un altro limite dello studio, è che i risultati non distinguono il tipo di depressione sofferta, sia depressione maggiore o distimia.

I dati così presentati non permettono di operare confronti tra gruppi, che rendano possibile approfondire le differenze riscontrate tra i gruppi in funzione delle variabili analizzate.

Nonostante i limiti esposti, si sottolinea l'importanza dei risultati che mostrano il profilo di quelle persone più esposte a soffrire di depressione, con basso livello di istruzione, un'età tra i 45 e i 64 anni e con scarse entrate economiche.

Al contrario, le persone che sembrano essere più protette dal soffrire di depressione sono i giovani tra i 18 e i 24 anni, con studi universitari, e che guadagnano tra 35.000 e 49.999 dollari, e più di 75.000 dollari

Pertanto, e rispondendo alla domanda iniziale, sembra che si esista una relazione tra depressione e livello economico, ma non è una relazione diretta, più denaro minore depressione, come si verifica tra chi guadagna tra 50.000 e 74.999 dollari che soffre di depressione in una percentuale simile ai livelli precedenti, in concreto assomigliando a coloro che guadagnano tra 25.000 e 349.999 dollari.

Anche se lo studio non si addentra in valutazioni teoriche sulle spiegazioni a questo proposito, sembra logico pensare che la preoccupazione per la mancanza di denaro può essere determinante, così come l'accesso ad una maggiore o minore quantità di risorse che potrebbero prevenire ed attenuare la comparsa dei primi sintomi della depressione prima che diventi cronica.

Qual è il costo della depressione nel Primo Mondo?

Quando si pensa alla depressione di solito non si considera il costo per la società in cui si vive, ma si pensa soprattutto alla persona che ne soffre.

Ma non è questo il problema che si pongono le pubbliche amministrazioni che cercano di ottimizzare le risorse privilegiando il denaro destinato ai diversi servizi e dipartimenti di loro competenza, sia in investimenti di materiali sia nel personale per poter dispensare i propri servizi con maggiore efficacia.

Il disturbo di depressione maggiore colpisce principalmente la salute psicologica del paziente, ma anche il resto delle sue attività quotidiane, l'appetito, o la capacità di avere un sonno ristoratore, ma i suoi effetti si estendono anche ai familiari, colleghi e amici.

È normale osservare un calo nel rendimento accademico o lavorativo, che in caso di una maggiore severità di questo disturbo, può portare la persona a perdere il posto di lavoro, gli amici ed il partner.

Attualmente esistono diversi metodi di intervento terapeutico dalla psicoterapia, alla terapia farmacologica, passando per la terapia elettroconvulsiva, quando il paziente non risponde adeguatamente ai farmaci.

Ciascuno di questi interventi richiede personale specializzato, lo sviluppo di una tecnologia ed un centro dove applicarla, aggiungendo “spese” per l’amministrazione, ma qual è il costo della depressione nel Primo Mondo?

Questo è proprio ciò che hanno cercato di verificare l’Institute for Epidemiology, Social Medicine and Health System Research, Hannover Medical School, l’Institute for General Practice, Goethe-University Frankfurt, e l’Institute of General Practice and Family Medicine, Friedrich-Schiller-University Jena (Germania) i cui risultati sono stati pubblicati dalla rivista scientifica *Depression Research and Treatment* [3].

Nello studio intervennero settanta medici della rete sanitaria tedesca, che realizzarono una rivalutazione dei loro pazienti con diagnosi di depressione, nel contempo li informavano dello studio in atto e raccoglievano il loro consenso per partecipare, alla fine furono 626 pazienti, 75% donne e 24,3% uomini, analizzati in tre momenti distinti, nel momento della richiesta di partecipazione, dopo sei mesi e dopo un anno.

Per ogni partecipante furono raccolti cinque dati, i farmaci prescritti, le visite dal medico di base, le visite specialistiche, la psicoterapia seguita ed il numero di ricoveri in ospedale, il costo desunto da tabelle standard elaborate dall’Ufficio di Statistica Federale.

I risultati mostrano che il costo medio annuale per paziente con depressione maggiore è di 3.813€, senza differenze significative di costo tra uomini e donne, anche i tre quarti dei pazienti partecipanti allo studio erano di sesso femminile.

In cifre macroeconomiche questo comporta una spesa annuale in Germania per pazienti con depressione maggiore di 15,6 miliardi di euro.

Quantità che agli autori sembra eccessiva, nonostante sia il disturbo psicologico più frequente tra i pazienti che si rivolgono ai servizi ambulatoriali. Quindi gli autori dello studio suggeriscono di realizzare maggiori interventi sia per la diagnosi precoce della malattia, sia per la ricerca di nuove e migliori terapie con cui ridurre il numero di consulti in ambulatorio, e soprattutto il costo totale dell’attenzione ricevuta dai pazienti con depressione maggiore.

Sebbene i risultati siano rivelatori, non ci informano sul costo maggiore o minore rispetto ad altre malattie mentali, e ad altre patologie fisiche; perciò non è possibile valutare se si tratta di una spesa eccessiva per le amministrazioni, né se considerarla prioritaria rispetto ad altre malattie a causa della spesa elevata.

Quanto esposto in precedenza dimostra che non si tratta di un problema minore, per le sue implicazioni sia per quanto riguarda il paziente, e la sua salute, sia per l’aspetto economico.

Ma per poter stabilire diagnosi e trattamento, per prima cosa bisogna distinguerlo da altri fenomeni dove esiste tristezza, ma non arriva a scatenare la Depressione Maggiore.

CAPITOLO 2. CORDOGLIO

Si definisce cordoglio la reazione alla tristezza dopo la perdita di una persona amata e la decadenza dell'animo. Questo è un passaggio "normale" nelle persone che hanno un vincolo affettivo con chi viene a mancare.

Una delle discussioni più accese tra i professionisti che si occupano di Salute Mentale quando è stata affrontata la riforma del manuale di riferimento per la diagnosi e la cura (D.S.M.V) [4] ha riguardato il modo di prendere in carico la tematica del cordoglio.

Il D.S.M.-V viene periodicamente revisionato dagli esperti, includendo nuove psicopatologie ed escludendone altre.

Nell'ultima versione, la quinta, i cambiamenti apportati sono stati pochi ma molto polemici. Uno dei più notevoli riguarda la considerazione del cordoglio, come entità propria o come parte della depressione.

Il cordoglio è una tappa, che la persona attraversa quando perde uno dei suoi cari, un tempo in alcuni Paesi si vedeva riflesso in un vestiario diverso e nell'indossare un velo nero.

Il cordoglio ha una parte importante nell'esperienza di vita personale, ma anche sociale, dove si riceve appoggio e consolazione da familiari e amici, così come le loro condoglianze.

Quando una persona sperimenta il cordoglio, si sentirà triste, senza voglia di fare nulla, perdendo addirittura il senso di ciò che fa ... qualcosa di logico e normale all'interno della società.

Il problema è che questi sono anche sintomi di depressione o, come denominato in psicopatologia, Disturbo di Depressione Maggiore.

Alcuni esperti hanno segnalato che, se vengono condivisi gli stessi sintomi, è perché si tratta del medesimo problema di salute. Altri, invece, lo differenziano perché se esiste una "causa che lo giustifica".

Un'altra delle polemiche a questo proposito è su quanto deve durare il cordoglio. In alcune tradizioni, si stabilisce che il lutto sia per un periodo di un anno, in altre società dura appena sette giorni; ma una cosa è il cordoglio e un'altra il lutto.

Il primo fa riferimento allo stato d'animo del familiare, mentre il lutto è un dimostrazione sociale, che varia da Paese a Paese, e che può arrivare a durare anni. Il lutto di per sé non implica nessun rischio per la salute della persona, per cui il suo prolungamento non implica nessun problema, sempre che si seguano le convenzioni sociali.

Precedentemente al D.S.M.V, si stabiliva che, se il cordoglio supera i due mesi, deve essere curato clinicamente come Depressione Maggiore. Attualmente non si rispetta questo periodo minimo di due mesi, per cui può essere diagnosticato e trattato dal momento in cui compare la sintomatologia della Depressione Maggiore.

Con questo cambiamento si cerca di dare una risposta quanto prima ad un problema di salute mentale così importante e diffuso come la depressione, senza bisogno di attendere i due mesi previsti come si faceva in precedenza.

Per questo, il cordoglio è stato inteso come un "semplice transito" attraverso il quale dobbiamo passare tutti quando perdiamo una persona amata, ma va "monitorato" per verificare che i sintomi non siano tanto importanti da nascondere un vero Disturbo di Depressione Maggiore.

Bisogna tener conto che, in qualsiasi caso, per superare il cordoglio è fondamentale contare sull'appoggio sociale di familiari e amici che capiscano la situazione e si occupino della persona che sta attraversando questa fase, affinché la superi in maniera adeguata.

CAPITOLO 3. DISISTIMA

La maggior parte di noi ha avuto in qualche momento della propria vita una crisi, una fase in cui non abbiamo voglia di fare nulla, ci sentiamo apatici ed abbattuti, qualunque problema ci opprime e non “risolleviamo la testa”, ma con il tempo tutto si risolve e recuperiamo la nostra forza d’animo. Tuttavia, se senti che questo stato perdura per anni, è possibile che tu stia soffrendo di un disturbo denominato disistima.

La disistima è un tipo di disturbo dello stato d’animo, in cui la persona sperimenta sintomi depressivi cronici di durata superiore ad un anno in caso di bambini ed adolescenti, e di due anni negli adulti. Si considera che abbia un esordio precoce se si presenta prima dei 21 anni e tardivo se è posteriore.

È un disturbo con sintomi lievi o moderati e non ha intensità sufficiente per essere considerato un episodio depressivo, requisito imprescindibile per diagnosticare un Disturbo Depressivo Maggiore.

Secondo lo Studio ESEMeD-España, realizzato in collaborazione dalla Unidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat, e la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcellona (Spagna), i cui risultati sono stati pubblicati dalla rivista scientifica Medicina Clínica [5], la disistima è il terzo tipo di disturbo mentale più frequente nella popolazione spagnola, e colpisce ogni anno quasi un 1,5% dei cittadini. A differenza di altri disturbi psicologici, esistono importanti differenze riguardo la distribuzione della disistima nella popolazione per genere, colpendo quasi cinque volte più le donne che gli uomini.

Le cause della disistima non sono state ancora sufficientemente chiarite, attribuendole ad una alterazione di un determinato tipo di neurotrasmettitore denominato serotonina, responsabile della gestione di emozioni e giudizi. Potrebbero anche avere origine da situazioni permanenti di stress e fattori di personalità.

Tra le motivazioni più frequenti che portano una persona a rivolgersi al medico per questo motivo possiamo trovare i seguenti segnali di disistima:

- Stato d’animo depresso o irritabile (nel caso di bambini o adolescenti);

- Perdita di interesse per le cose che prima risultavano piacevoli;

- Sentimenti di colpa, disprezzando sé stessi;

- Percezione di sé stessi come “tristi” o “scoraggiati”;

- Persistenza del suddetto stato d’animo per molto tempo;

Oltre a tutto questo, il medico deve indagare la presenza dei seguenti sintomi di disistima:

- Alterazioni dell’appetito (in eccesso o in difetto);

- Scarsità di energia ed affaticamento;

- Bassa autostima;

- Difficoltà a concentrarsi e prendere decisioni;

- Alterazioni del sonno (in eccesso o in difetto);

- Sintomi cronici e persistenti, più lievi di quelli depressivi;

Come si può dedurre, la disistima è una patologia silenziosa, con una sintomatologia lieve che può passare inosservata, essendo, in molti casi, difficile stabilire il suo esordio; inoltre, prima di poter fare la diagnosi di disistima bisogna scartare altre cause che possono essere occulte, come problemi fisici (come ipotiroidismo) o un’origine medica (alcuni medicinali che giustifichino questo stato).

Allo stesso modo, bisogna prestare speciale attenzione per differenziarlo da altri disturbi con sintomi simili, come il disturbo depressivo breve ricorrente o il disturbo di personalità depressiva.

Nel primo si sperimentano molteplici disturbi depressivi durante la vita, ma questi sono episodici ed isolati, e mostrano una sintomatologia più grave.

Riguardo al disturbo di personalità depressiva, questo è un tratto permanente della persona, poi si può diagnosticare la disistima se ha avuto un esordio tardivo.

Nonostante quanto indicato in precedenza, bisogna sottolineare che la disistima di solito si presenta unita ad altri disturbi sia fisici che psicologici. Tra i primi, il dolore cronico, la fibromialgia e la sindrome del colon irritabile; tra le malattie mentali, di solito si presenta con depressione maggiore nel 40% de casi, con la denominazione di Depressione Doppia; ma può anche essere accompagnata da Disturbi di Ansia, specialmente dal Disturbo di Crisi di Angoscia.

Una volta ottenuta la diagnosi opportuna va stabilita la cura orientata alla persona affinché recuperi uno stato d'animo "normale", come prima di soffrire di disistima. Tra le terapie psicologiche utilizzate:

- Psicoterapie cognitive, orientate a fornire gli strumenti necessari per far fronte alle necessità quotidiane, per combattere i pensieri negativi su sé stessi, sul mondo che ci circonda o sul futuro (pilastri del pensiero depressivo).

- Psicoterapie comportamentali, per aumentare l'attività del paziente, fornendogli esperienze soddisfacenti, incrementando così la sua autostima e la sensazione di indipendenza; inoltre si lavora con tecniche di rilassamento per controllare lo stress.

- Psicanalisi, come metodo di auto scoperta, che secondo questa corrente esplora i traumi responsabili della sintomatologia della disistima, all'origine della quale si trovano le relazioni stabilite durante le prime fasi di vita.

Oltre a quanto esposto in precedenza, queste psicoterapie sono spesso accompagnate da un intervento farmacologico, sotto supervisione medica, dove si prescrive antidepressivi, che nel caso di alcuni pazienti dovranno essere assunti per tutta la vita.

Tra le azioni che possono essere portate a termine per prevenire la disistima possiamo segnalare:

- Realizzare quotidianamente qualche tipo di attività sportiva moderata, anche solo passeggiare, preferibilmente all'aria aperta;

- Alimentazione adeguata, per evitare eccessi o diete prolungate;

- Mantenere un livello moderato di attività (lavoro/studio) quotidiana, evitando situazioni di stress, in cui la persona possa sentirsi utile con quello che fa.

- Curare le relazioni sociali, familiari o di amicizia, consolidando relazioni emotive durevoli o di qualità.

- Dormire circa otto ore al giorno, tempo che può variare in funzione dell'età, tenendo conto che deve essere sufficiente per recuperare energie ed avere rendere una resa adeguata il giorno seguente.

CAPITOLO 4. DEPRESSIONE STAGIONALE

È normale sentire sonnolenza e stanchezza i primi giorni, quando si cambia stagione, soprattutto all'inizio del periodo del freddo, ma se questi ed altri sintomi persistono forse ci troviamo di fronte ad una Depressione Stagionale.

Sicuramente in alcuni momenti dell'anno avremo percepito alterazioni nel nostro organismo, soprattutto durante i cambi di stagione, anche se normalmente li imputiamo alla diminuzione della temperatura o all'aumento dell'umidità, quando ci avviciniamo all'inverno; o ad un rialzo della temperatura e riduzione dell'umidità quando l'estate si avvicina.

Forse abbiamo sperimentato un incremento di sonnolenza o stanchezza nell'interesse per la realizzazione delle attività quotidiane, in alcuni casi come se addirittura ci mancassero le energie.

Fin qui saremmo di fronte ad un processo normale e naturale di adattamento alle nuove condizioni di luce e temperatura proprie di ogni cambiamento stagionale, ma se questi sintomi persistono o ne compaiono altri nuovi correlati, forse si tratta di un caso di Depressione Stagionale.

Il termine tecnico per questa spossatezza è Disturbo Affettivo Stagionale e fa riferimento alla comparsa di alterazioni dello stato d'animo associati ai cambi di stagione, specialmente frequenti in autunno e inverno.

Questo disturbo colpisce soprattutto le donne, che di solito presentano una maggiore incidenza dei disturbi dello stato d'animo; ed i giovani dato che il loro organismo è coinvolto in un continuo processo di maturazione e cambiamento.

Esiste una distribuzione diseguale delle persone colpite nella popolazione mondiale, a causa dell'effetto della luminosità originata dalla posizione della Terra rispetto al Sole, che influisce in misura minore sulle popolazioni che vivono in zone vicine all'Equatore, che ricevono una maggiore quantità di luce durante l'anno. Il numero dei casi si incrementa quando ci avviciniamo a latitudini più esterne; che sono quelle che subiscono maggiori cambiamenti della quantità di luce ricevuta durante l'anno.

Un esempio di tutto questo sarebbe ciò che accade ai poli, dove durante il lungo inverno di sei mesi si produce una notte senza giorno, mentre in estate, nei sei mesi restanti, c'è un giorno continuo senza notte.

Tra i sintomi più comuni che di solito si presentano nei primi giorni del cambio di stagione, e che possono essere collegati all'origine del Disturbo Affettivo Stagionale abbiamo:

- La comparsa di spossatezza e perdita di interesse per le attività quotidiane;

- Cambiamenti nelle abitudini alimentari, con un incremento dell'ingestione di carboidrati nella stagione fredda;

- Alterazioni nel peso, associate al cambio di alimentazione;

- Rallentamento psicomotorio;

- Aumento della sonnolenza, che si manifesta con il rifiuto di scendere dal letto;

- Irritabilità e stato ansioso, soprattutto nella stagione calda;

- Apatia e ritiro sociale.

La comparsa di qualcuno di questi sintomi è frequente e naturale nei cambi di stagione, dato che l'organismo deve adattarsi alle nuove condizioni climatiche e di luminosità; si tratta dunque di un

processo normale che si supera in pochi giorni, e non per questo dobbiamo pensare di essere affetti da un disturbo depressivo.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.