ISTITUTO DI PSICOLOGIA UMANISTICA ESISTENZIALE "Luigi de Marchi"

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

Il disagio da vuoto esistenziale: come l'approccio IPUE gestisce il paziente depresso

Dr.ssa Antonella Filastro

Roma, 26 Maggio 2018

DSM-5: DISTURBI DEPRESSIVI

- Disturbo da disregolazione dell’umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente (distimia)
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

DSM-5: DISTURBI BIPOLARI

- Disturbo Bipolare I
- Disturbo Bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo Bipolare indotto da sostanze/farmaci

LA DIAGNOSI

- **DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE**
  - un modo di essere e di agire completamente diverso da quello abituale
  - Considerare presenza di eventi traumatici scatenanti (lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità)

INTENSITÀ (GRAVITÀ)

SINTOMI: ALMENO 5

DURATA (almeno 2 settimane)

CAUSALITÀ

FUNZIONAMENTO

I SINTOMI

- UMORE DEPRESSO PER LA MAGGIOR PARTE DEL GIORNO
- MARCATA DIMINUZIONE DI INTERESSE O PIACERE
- SIGNIFICATIVA PERDITA DI PESO, O AUMENTO DI PESO
- INSONNIA O IPERSONNIA
- AGITAZIONE O RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO
- FATICABILITà O MANCANZA DI ENERGIA
- SENTIMENTI DI AUTOSVALUTAZIONE O COLPA ECCESSIVI
- RIDOTTA CAPACITà DI PENSARE O CONCENTRARSI, INDECISIONE
- PENSIERI RICORRENTI DI MORTE, IDEAZIONE SUICIDARIA

LA DIAGNOSI

- **DISTURBO BIPOLARE**

caratterizzato da alternanza di due fasi: DEPRESSIVA E MANIACALE

1. Nella prima fase la persona manifesta i disturbi della depressione maggiore
2. nella seconda (Fase euforica) cambia del tutto atteggiamento

I SINTOMI

- AUTOSTIMA IPERTROFICA O GRANDIOSITà
- DIMINUITO BISOGNO DI SONNO
- MAGGIORE LOQUACITà DEL SOLITO
- FUGA DELLE IDEE
- DISTRAIBILITà, ATTENZIONE FACILMENTE DEVIATA
- AUMENTO DELL'ATTIVITà FINALIZZATA (SOCIALE, LAVORATIVA, SCOLASTICA O SESSUALE), AGITAZIONE PSICOMOTORIA
- ECCESSIVO COINVOLGIMENTO IN ATTIVITà CHE HANNO UN ALTO POTENZIALE DI CONSEGUENZE DANNOSE (ACQUISTI INCONTROLLATI, COMPORTAMENTI SESSUALI SCONVENIENTI, INVESTIMENTI FINANZIARI AVVENTATI)

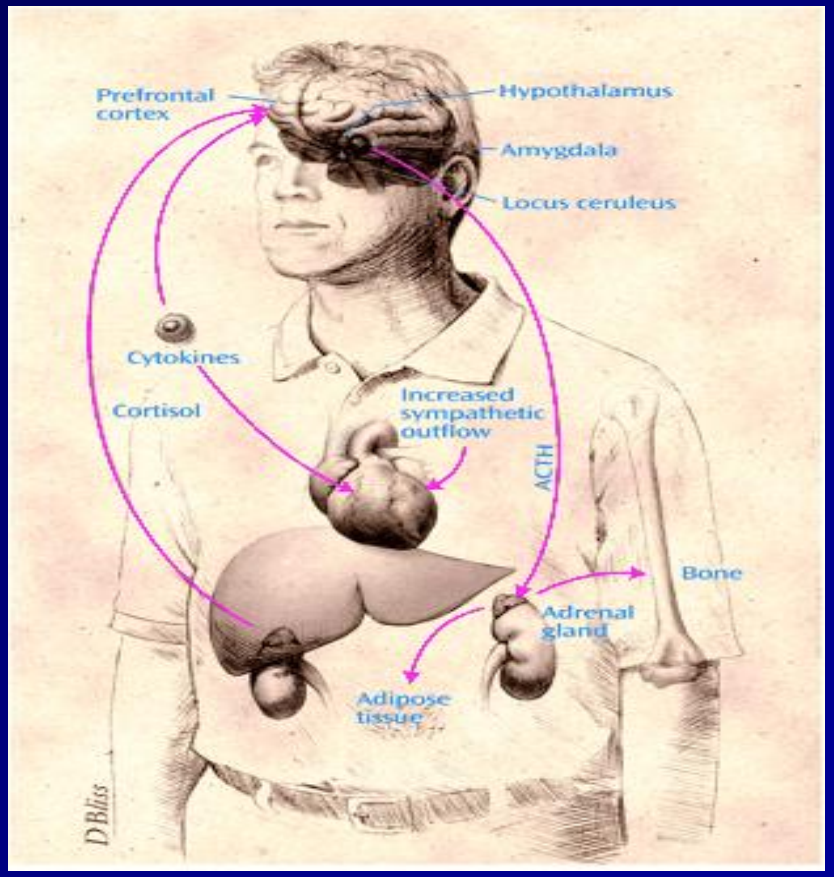
DISTIMIA
(Dist. Depressivo Ricorrente)

- È quella che un tempo veniva definita nevrosi depressiva
- Ansia come sintomo predominante
- Si manifesta come la depressione maggiore ma in misura meno marcata

“PSICHICA”

E “SOMATICA”

DELLA DEPRESSIONE



SOSTANZA P, OPPIOIDI,
SEROTONINA,
PROSTAGLANDINE,
NO CITOCHINE

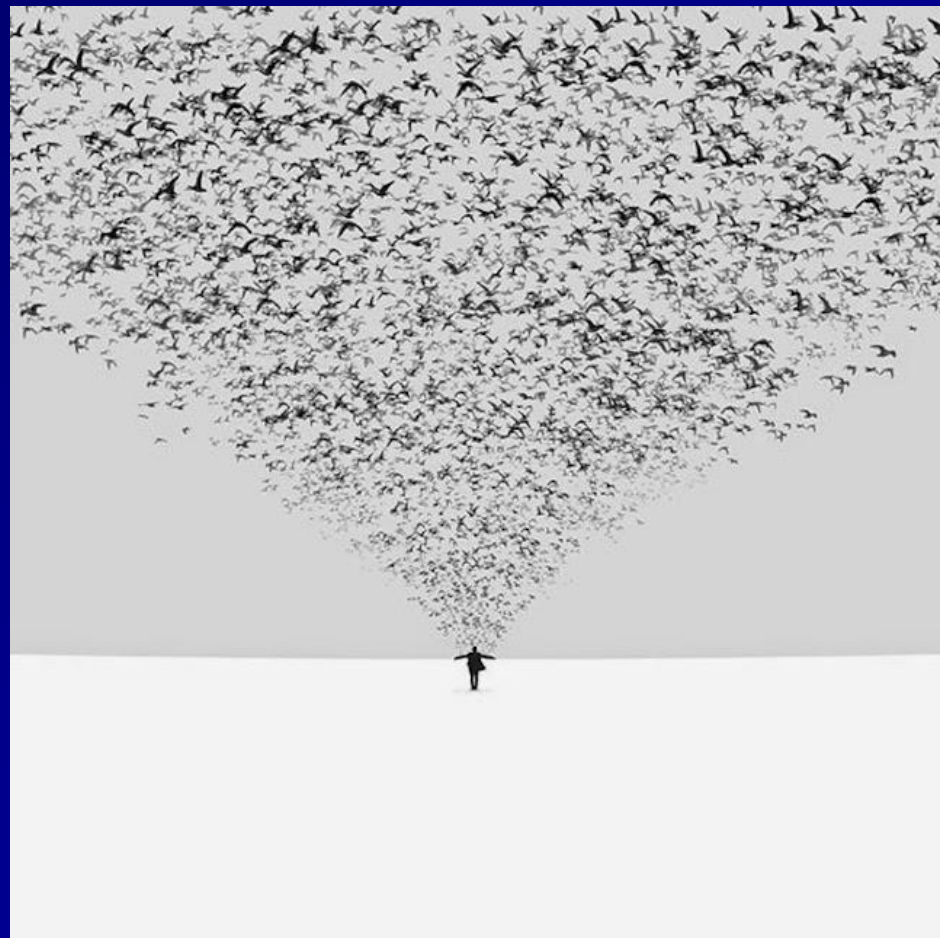
MASSIMO BIONDI

IL MECCANISMO DI BASE

- depressione maggiore e bipolare sarebbero in relazione con una alterazione dei neurotrasmettitori serotonina, dopamina, noradrenalina.

I CORRESPONSABILI

- Predisposizione genetica
- Stress
- Alterazione del ritmo circadiano
- Altra patologia medica
  (tiroide, diabete, cancro)



COME VIVERE CON UN DEPRESSO

1. PAZIENZA, ENERGIA, COMPETENZA
2. Tempo e disponibilità
3. IMPARARE A STARGLI VICINO
4. E' sbagliato chiedere al depresso di reagire
5. Non minimizzare
6. Vicinanza e fiducia
7. L'INFORMAZIONE sulle caratteristiche della sua malattia (Libri, letture, gruppi di autoaiuto, gruppi psicoeducazionali, colloqui con i medici e psicologi)

COME VIVERE CON UN DEPRESSO

DA RICORDARE

Nessuno è responsabile della malattia anche se prima della sua comparsa c'era un conflitto

Parlare con serenità facendogli capire che si apprezzano i suoi sforzi, ricordandogli momenti belli del passato.

Affetto e comprensione

1. Attenzione alle cure comunicandogli fiducia mai scetticismo

Non contrastarlo se dovesse sentire il bisogno di sentire altri pareri.

L’atteggiamento della persona depressa non dipende dalla sua volontà ma è indotto dalla malattia

Parlare al medico degli eventi che potrebbero aver contribuito alla depressione

Non farsene completamente carico, in modo totalizzante,
conservare i propri spazi

LE APPLICAZIONI DEL MODELLO UMANISTICO ESISTENZIALE: MODELLO DI INTERVENTO

INVIO: arriva dal medico di famiglia o dallo psichiatra già con una diagnosi

Il medico valuta sintomi e prescrive esami utili a escludere una malattia organica
Il medico indirizza a una struttura o a specialisti in psichiatria e psicoterapia

COME SI INTERVIENE:

1. chiedere o fare la diagnosi
2. diagnosi differenziale (è depressione? Di che tipo? Di che intensità?)
3. Psicoterapia con una eventuale integrazione farmacologica
4. Ricovero ospedaliero.

I farmaci antidepressivi sono spesso efficaci entro un mese e vanno mantenuti per 4-9 mesi bisogna considerare risposte parziali, residui, ricadute

UN INTERVENTO COMBINATO PUÒ RISTABILIRE LA ROTTA
E RIFONDARE SERENITÀ E PROGETTO DI VITA.

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI: Scegliere per ciascun item il punteggio che meglio caratterizza il paziente e riportarlo nella casella alla destra dell'item stesso.

1- UMORE DEPRESSO

(Sentimento di tristezza, mancanza di speranza, sentimento di incapacità e di inutilità)

0 = Assente
1 = Manifesta questi sentimenti solo se interrogato
2 = Esprime spontaneamente questi sentimenti
3 = Comunica questi sentimenti con messaggi non verbali, cioè attraverso l'espressione del volto, la posizione del corpo, la voce e la tendenza al pianto
4 = Il paziente manifesta quasi esclusivamente questi sentimenti mediante messaggi sia verbali che non verbali

2 - SENTIMENTI DI COLPA

0 = Assenti
1 = Autoaccusa, pensa di aver deluso la gente
2 = Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o su azioni peccaminose
3 = L'attuale malattia è una punizione. Deliri di colpa
4 = Ode voci di accusa o di denigrazione e/o ha esperienze allucinatorie visive a contenuto minaccioso

3 - SUICIDIO

0 = Assente
1 = Pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta
2 = Vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi
3 = Idee o gesti di suicidio
4 = Tentativi di suicidio *(ogni serio tentativo deve essere valutato '4')*

4 - INSONNIA INIZIALE

0 = Nessuna difficoltà ad addormentarsi
1 = Lamenta di avere talvolta difficoltà ad addormentarsi (p. es., gli occorre più di mezz'ora)
2 = Ha sempre difficoltà ad addormentarsi

5 - INSONNIA CENTRALE

6 - INSONNIA RITARDATA

0 = Nessuna difficoltà
1 = Si risveglia precocemente (nelle prime ore del mattino), ma si riaddormenta
2 = È incapace di addormentarsi se si alza dal letto

7 - LAVORO E INTERESSI

0 = Nessuna difficoltà
1 = Pensieri e sentimenti di incapacità, facile affaticabilità o debolezza nelle attività (lavoro o hobby)
2 = Perdita d'interesse per le attività - lavoro o hobby - sia riferite direttamente dal paziente, sia espresse mediante atteggiamenti, quali indifferenza, indecisione ed incertezza *(sente che deve sforzarsi per lavorare)*
3 = Dedica un minor tempo alle attività o è meno efficiente
4 = Ha cessato di lavorare a causa della malattia

8 - RALLENTAMENTO

(Ideazione e linguaggio rallentati; ridotta capacità a concentrarsi; diminuita attività motoria)

0 = Pensiero e linguaggio normali
1 = Lieve rallentamento durante il colloquio.
2 = Evidente rallentamento durante il colloquio
3 = Colloquio difficile
4 = Stato di arresto psicomotorio

9 - AGITAZIONE

0 = Assente
1 = Irrequietezza
2 = Gioca con le mani, con i capelli, ecc.
3 = Si muove continuamente, non riesce a stare seduto
4 = Si torce le mani, si morde le unghie, si tira i capelli, si morde le labbra

10 - ANSIA PSICHICA

0 = Assente

ASPETTI SOMATICI DELL'ANSIA

Gastrointestinali: secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione
Cardiovascolari: palpitazioni, cefalea
Respirazione: iperventilazione, sospiri
Genito-urinari: pollachiuria
Sudorazione

0 = Assente 1 = Lieve
2 = Moderata 3 = Notevole
4 = Invalidante

12 - SINTOMI SOMATICI GASTROINTESTINALI

0 = Assenti
1 = Perdita dell'appetito, ma si alimenta senza essere stimolato o aiutato dal personale. Senso di peso all'addome
2 = Difficoltà ad alimentarsi senza lo stimolo o l'aiuto del personale. Richiede o ha bisogno di lassativi o di farmaci per i disturbi gastrointestinali

13 - SINTOMI SOMATICI GENERALI

0 = Assenti
1 = Pesantezza agli arti, alla schiena o alla testa. Mal di testa, mal di schiena, dolori muscolari. Perdita di energia e facile affaticabilità
2 = Se i sintomi sono molto evidenti segnare '2'

14 - SINTOMI GENITALI

(Sintomi quali: perdita della libido, disturbi mestruali)

0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi

15 - IPOCONDRIA

0 = Assente
1 = Polarizzazione sul proprio corpo
2 = Preoccupazione per la propria salute
3 = Frequenti lamentele, richieste di aiuto, ecc.
4 = Deliri ipocondriaci (ferma convinzione di avere una malattia somatica, senza che ve ne siano i motivi)

16 - PERDITA DI PESO

(segnare A o B)

A - SECONDO IL PAZIENTE O I FAMILIARI

0 = Nessuna perdita di peso

PERIODICAMENTE

0 = Meno di 500 g in una settimana
1 = Più di 500 g in una settimana
2 = Più di 1 Kg in una settimana
3 = Non valutata

17 - INSIGHT

0 = Riconosce di essere depresso ed ammalato
1= Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo
2 = Nega decisamente di essere ammalato

18 - VARIAZIONI DIURNE

A - INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA

0 = Nessuna variazione
1 = Più gravi al mattino
2 = Più gravi alla sera

B - SE PRESENTI, VALUTARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI

0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi

19 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE

(Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)

0 = Assente 1 = Lieve
2 = Moderata 3 = Notevole
4 = Invalidante

20 - SINTOMI PARANOIDEI

0 = Assenti
1 = Sospettosità
2 = Idee di riferimento
3 = Deliri di riferimento e di persecuzione

21 - SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI

0 = Assenti 1 = Lievi 2 = Gravi

MADRS - # 380

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

La valutazione dovrebbe essere basata su un colloquio clinico che va da domande generali sui sintomi, a domande più specifiche, per consentire una precisa valutazione della gravità. L'esaminatore deve decidere se la risposta si colloca esattamente in uno dei punti definiti dalla scala (0, 2, 4, 6) o in un punto intermedio (1, 3, 5).

È eccezionale che un paziente depresso non possa essere valutato sugli item della scala. Se non è possibile ottenere dal paziente risposte chiare, si devono utilizzare, come base per la valutazione, tutte le indicazioni pertinenti e le informazioni ottenute da altre fonti, come generalmente si fa nella pratica clinica.

La scala può essere usata per valutazioni ripetute dopo intervalli di tempo a scelta del valutatore, settimanali o altro, ma è necessario specificare sempre il periodo esplorato.

1 - TRISTEZZA MANIFESTA Scoraggiamento, depressione e disperazione (qualcosa di più di un semplice abbassamento del tono dell'umore) che traspaiono dal linguaggio, dalla mimica e dalla postura. *Valutare in base alla profondità e all'incapacità a reagire positivamente.*	❑ 0	Assenza di tristezza.	❑ 1	
	❑ 2	Sembra scoraggiato, ma può rallegrarsi senza difficoltà.	❑ 3	
	❑ 4	Appare triste ed infelice per la maggior parte del tempo.	❑ 5	
	❑ 6	Appare infelice per tutto il tempo. Estremamente scoraggiato.		
2 - TRISTEZZA RIFERITA Verbalizzazione di umore depresso, indipendentemente dal fatto che sia o meno anche manifesto. Comprende la malinconia, lo scoraggiamento o il sentimento di non poter essere aiutati, di essere senza speranza. *Valutare in base all'intensità, alla durata ed al grado in cui l'umore, da quanto riferito, viene influenzato dagli eventi.*	❑ 0	Tristezza occasionale in rapporto con le circostanze.	❑ 1	
	❑ 2	Triste o malinconico, ma può rallegrarsi senza difficoltà.	❑ 3	
	❑ 4	Sentimenti pervasivi di tristezza o melanconia. L'umore è ancora influenzato dalle circostanze esterne.	❑ 5	
	❑ 6	Tristezza, disperazione o scoraggiamento permanenti o senza fluttuazioni.		
3 -TENSIONE INTERNA Sentimenti di malessere mal definito, irritabilità, agitazione interiore, tensione nervosa crescente fino al panico, al terrore o all'angoscia. *Valutare in base ad intensità, frequenza, durata e grado di rassicurazione richiesta.*	❑ 0	Calmo. Tensione interna solo passeggera.	❑ 1	
	❑ 2	Sensazioni occasionali d'irritabilità e di malessere mal definito.	❑ 3	
	❑ 4	Sensazioni continue di tensione interna o panico intermittente che il paziente può controllare con difficoltà.	❑ 5	
	❑ 6	Continuo stato di terrore o angoscia. Panico opprimente.		
4 - RIDUZIONE DEL SONNO Riduzione della durata o della profondità del	❑ 0	Dorme come al solito.	❑ 1	
	❑ 2	Lieve difficoltà ad addormentarsi o sonno leggermente diminuito, superficiale o agitato	❑ 3	

Perdita dell'appetito rispetto a quello solitario. *Valutare in base alla perdita del desiderio di mangiare o al bisogno di sforzarsi a mangiare.*	❑ 4 ❑ 6	Mancanza di appetito. Il cibo non ha sapore. Bisogna insistere perché mangi qualcosa.	❑ 5	
6 - DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE Difficoltà a raccogliere le idee che può giungere fino all'incapacità a concentrarsi. *Valutare in base all'intensità, alla frequenza ed al grado di compromissione.*	❑ 0 ❑ 2 ❑ 4 ❑ 6	Nessuna difficoltà di concentrazione. Occasionale difficoltà a raccogliere le idee. Difficoltà a concentrarsi ed a mantenere l'attenzione con riduzione della capacità di leggere o di sostenere una conversazione. Incapace di leggere o di conversare se non con grande difficoltà.	❑ 1 ❑ 3 ❑ 5	
7 - STANCHEZZA Difficoltà a cominciare la giornata o lentezza ad iniziare ed a compiere le attività quotidiane.	❑ 0 ❑ 2 ❑ 4 ❑ 6	Praticamente nessuna difficoltà ad iniziare la giornata. Assenza di lentezza. Difficoltà ad iniziare un'attività. Difficoltà ad iniziare attività abituali che vengono eseguite con fatica. Estrema stanchezza. Incapace di fare alcunché senza aiuto.	❑ 1 ❑ 3 ❑ 5	
8 - INCAPACITÀ DI PROVARE SENSAZIONI Esperienza soggettiva di una diminuzione di interesse per l'ambiente circostante o per le attività che normalmente procurano piacere. La capacità di reagire in maniera emotivamente appropriata alle circostanze o alla gente è ridotta.	❑ 0 ❑ 2 ❑ 4 ❑ 6	Normale interesse per l'ambiente circostante e per le persone. Ridotta capacità di provare piacere per gli interessi abituali. Perdita d'interesse per l'ambiente circostante. Riduzione dei sentimenti verso amici e conoscenti. Sentimento di paralisi emotiva, incapacità di provare collera, dispiacere o piacere, completa incapacità, vissuta anche con dolore, di sentire qualcosa per i parenti e per gli amici più stretti.	❑ 1 ❑ 3 ❑ 5	
9 - PENSIERI PESSIMISTICI Idee di colpa, d'inferiorità, di autoaccusa, di peccato, di rimorso e di rovina.	❑ 0 ❑ 2 ❑ 4 ❑ 6	Assenza di idee pessimistiche. Idee fluttuanti di insuccesso, di autoaccusa o di autosvalutazione. Persistenti idee di autoaccusa o chiare idee di colpa o di peccato, ma su basi razionali. Pessimismo circa il futuro. Idee deliranti di rovina, di rimorso o di colpe imperdonabili. Autoaccuse assurde e irremovibili.	❑ 1 ❑ 3 ❑ 5	
10 - IDEE DI SUICIDIO Sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta; che la morte naturale sarebbe benvenuta; idee di suicidio e preparativi di suicidio. *I tentativi di suicidio non devono, di per sé, influenzare la valutazione.*	❑ 0 ❑ 2 ❑ 4	Si gode la vita o la prende come viene. Stanco della vita. Fugaci idee di suicidio. Sarebbe meglio essere morto. Ricorrenti idee di suicidio ed il suicidio è considerato come una soluzione possibile, mancano tuttavia progetti o intenzioni precise.	❑ 1 ❑ 3 ❑ 5	

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

1 - ATTIVITÀ (motoria)

- ❑ 0 - Attività motoria normale, espressione facciale adeguata.
- ❑ 1 - Lieve riduzione dell'attività motoria, espressione facciale leggermente rigida (rallentata).
- ❑ 2 - Rallentamento motorio più marcato (p.es., gestualità ridotta; andatura lenta).
- ❑ 3 - Tutti i movimenti sono molto lenti.
- ❑ 4 - Rallentamento motorio al limite dello stato stuporoso.

2 - ATTIVITÀ (verbale)

Questo item valuta le modificazioni del flusso del linguaggio e la capacità di verbalizzare pensieri ed emozioni.

- ❑ 0 - Normale attività verbale.
- ❑ 1 - Espressività verbale lievemente ridotta o passività nella conversazione.
- ❑ 2 - Più marcata passività nella conversazione (p. es., tende a fare pause più lunghe).
- ❑ 3 - Il colloquio è prolungato per la presenza di lunghe pause e brevi risposte.
- ❑ 4 - Il colloquio non può essere completato.

3 - RALLENTAMENTO (funzioni intellettive)

- ❑ 0 - Funzioni intellettive normalmente efficienti.
- ❑ 1 - Il p. deve sforzarsi per concentrarsi nel suo lavoro.
- ❑ 2 - Anche con uno sforzo maggiore, è difficile per il p. concentrarsi nel suo lavoro. Ha meno iniziativa del solito. Lamenta facilmente la sensazione di "fatica mentale".
- ❑ 3 - Notevole difficoltà di concentrazione, di iniziativa e di decisione. Il p. ha bisogno di molte pause anche nelle più semplici attività routinarie.

4 - ANSIA (psichica)

In questo item vengono valutate la tensione, l'irritabilità, le preoccupazioni, l'insicurezza, la paura e l'apprensione di tipo panico. Spesso può essere difficile distinguere fra le esperienze soggettive di ansia riferite dal paziente (ansia "psichica" o "centrale") e le manifestazioni fisiologiche di ansia che si possono osservare, come il tremore e la sudorazione (ansia "periferica"). Molto importanti sono le esperienze di preoccupazione, insicurezza, indecisione, paura e panico del p., cioè l'ansia psichica ("centrale").

- ❑ 0 - Il p. non è più ansioso, insicuro o teso del solito.
- ❑ 1 - Il p. è un po' più ansioso, insicuro o teso del solito.
- ❑ 2 - Il p. manifesta un chiaro stato di ansia, insicurezza, preoccupazione e tensione, che ha difficoltà a tenere sotto controllo e che può quindi interferire con le attività quotidiane.
- ❑ 3 - L'ansia o l'insicurezza sono molto intense e vissute come panico, come timore di perdere il controllo.
- ❑ 4 - Il p. è quasi sempre in uno stato di panico. È difficile distrarlo dalle sue sensazioni di panico e ciò interferisce con il colloquio.

5 - IMPULSI SUICIDARI

- ❑ 0 - Assenza di impulsi suicidari.
- ❑ 1 - Il p. sente che la vita non vale più la pena di essere vissuta, ma non esprime il desiderio di morire.
- ❑ 2 - Il p. vorrebbe morire, ma non ha progettato un piano per mettere fine alla propria vita.
- ❑ 3 - È probabile che il p. progetti il suicidio.
- ❑ 4 - Il p. ha messo in atto un tentativo di suicidio il giorno prima del colloquio; se è ricoverato, è tenuto sotto stretto controllo per l'elevato rischio di suicidio.

non verbali, di tristezza, depressione, scoraggiamento, abbandono, disperazione.

- ❑ 0 - Umore normale.
- ❑ 1 - Il p. lascia intendere di essere più scoraggiato e depresso del solito.
- ❑ 2 - Il p. ammette, spontaneamente o in risposta alle domande, di essere più scoraggiato e depresso del solito. Sono presenti soltanto pochi segni rilevabili, come crisi di pianto occasionali.
- ❑ 3 - Il p. mostra chiari segni non verbali di depressione, come ripetute crisi di pianto, volto pallido e grigiastro, voce incerta e monotona.
- ❑ 4 - Le espressioni verbali e non verbali di scoraggiamento e di abbandono dominano il colloquio ed il p. non può esserne distratto.

7 - AUTOSVALUTAZIONE E SENSO DI COLPA

Questo item valuta la riduzione dell'autostima.

- ❑ 0 - Nessuna autosvalutazione o senso di colpa.
- ❑ 1 - Vaga autosvalutazione, il p. ha la sensazione di non essere stato all'altezza delle aspettative, di poter aver sbagliato.
- ❑ 2 - L'autosvalutazione o il senso di colpa sono chiaramente presenti e non sono legati soltanto al fatto che il p. può sentirsi un peso per la famiglia o nel suo lavoro a causa delle ridotte capacità lavorative conseguenti alla malattia in atto. È importante rilevare se il p., ingiustificatamente, rimprovera a se stesso piccole omissioni o insuccessi, come il non aver fatto il proprio dovere o aver fatto dei torti agli altri. Spesso queste autoaccuse sono riferite ad avvenimenti passati, precedenti l'attuale episodio.
- ❑ 3 - Gravi sensi di colpa. Spesso il p. afferma che le attuali sofferenze sono una specie di punizione. Assegnare questo punteggio (3) fino a quando il p. non è in grado di rendersi conto dell'infondatezza di questa idea.

le altre persone. La riduzione del desiderio o della capacità di comunicare agli altri i propri sentimenti e le proprie opinioni e di spartire con gli altri gioie e dolori, è generalmente vissuta dal paziente come una cosa estranea e fonte di sofferenza.

- ❑ 0 - Normali contatti emotivi con gli altri.
- ❑ 1 - Riduzione del desiderio o della capacità di stare assieme a vecchi o nuovi conoscenti.
- ❑ 2 - Il p. si isola alquanto. Non ha la voglia o la capacità di allacciare contatti più stretti con le persone che ha occasione di incontrare fuori casa (compagni di lavoro, altri pazienti, personale del reparto).
- ❑ 3 - Il p. si isola anche rispetto ai familiari. Si sente emotivamente indifferente anche verso gli amici ed i familiari.
- ❑ 4 - Il p. è totalmente isolato; è incapace di provare emozioni nel rapporto con gli altri; si sente emotivamente morto.

9 - DISTURBI DEL SONNO

Questo item valuta soltanto l'esperienza soggettiva del p. riguardo alla durata (ore di sonno nelle 24 ore) ed alla profondità (sonno superficiale ed interrotto oppure sonno profondo e continuo) del sonno. Per la valutazione, prendere in considerazione le ultime tre notti, senza tener conto dell'eventuale assunzione di ipnotici o sedativi.

- ❑ 0 - Sonno normale per durata e profondità.
- ❑ 1 - La durata del sonno è lievemente ridotta (ad esempio, per difficoltà di addormentamento) ma la profondità è normale.
- ❑ 2 - Anche la profondità del sonno è compromessa, il sonno è più superficiale e disturbato.
- ❑ 3 - La durata e la profondità del sonno sono decisamente alterate. Considerando globalmente i periodi di sonno, il p. dorme poche ore nell'arco delle 24 ore.
- ❑ 4 - Il sonno è superficiale, caratterizzato da brevi periodi di dormiveglia o di appisolamento, ma non di sonno vero e proprio, per cui è difficile accertarne la durata.

Valutare in questo item astenia, debolezza, stanchezza, mancanza di forze e dolenzia (fino al dolore vero e proprio) più o meno diffuse o localizzate ai muscoli o agli organi interni. La stanchezza muscolare di solito è localizzata agli arti. Il p. può giustificare le sue difficoltà lavorative con la sensazione di stanchezza o di pesantezza alle braccia e alle gambe. I dolori muscolari sono spesso localizzati alla schiena, al collo o alle spalle e sono percepiti come tensione o come cefalea. Le sensazioni di pesantezza e di oppressione, che possono giungere fino ad una reale sensazione di dolore, sono spesso localizzate al petto ("oppressione toracica", diversa dal dolore cardiogeno), all'addome ed alla testa (differenti dalla tipica cefalea). Spesso è difficile distinguere il dolore "psicogeno" da quello "fisiogeno". Sarebbe necessario prestare particolare attenzione ai "vaghi" dolori "psicogeni".

- ❑ 0 - Il p. non lamenta né stanchezza né disturbi somatici.
- ❑ 1 - Vaghe sensazioni di stanchezza muscolare o di malessere fisico.
- ❑ 2 - Le sensazioni di stanchezza o di malessere fisico sono più marcate e talvolta raggiungono il livello di sensazioni dolorose.
- ❑ 3 - La stanchezza muscolare o i dolori diffusi sono tali da interferire con le normali attività lavorative del p.
- ❑ 4 - La stanchezza muscolare ed i dolori diffusi sono continui e provocano gravi difficoltà e preoccupazioni al p.

11 - LAVORO E INTERESSI

Valutare in questo item tanto le reali prestazioni lavorative quanto la spinta motivazionale. Può essere difficile valutare questo item con le casalinghe, poiché spesso non riescono a mettere a fuoco le difficoltà nel lavoro quotidiano, limitandosi ad ammettere di essere state "meno scrupolose del solito negli ultimi tempi".

A - ALLA PRIMA VISITA

- ❑ 0 - Normale attività lavorativa.
- ❑ 1 - Il p. lamenta una certa inadeguatezza dovuta ad una mancanza di motivazione e/o a difficoltà nel portare a termine l'abituale mole di lavoro; riesce tuttavia, con sforzo, a mantenere l'abituale livello prestazionale.
- ❑ 2 - Il p. lamenta una certa inadeguatezza dovuta ad una mancanza di motivazione e/o a difficoltà nel portare a termine l'abituale mole di lavoro, è più marcata. Le capacità lavorative del p. sono ridotte, il ritmo di lavoro è rallentato, non riesce a far fronte agli impegni sul lavoro o in casa. Può rimanere a casa alcuni giorni o smettere di lavorare prima.
- ❑ 3 - Il p. è in malattia; se è ricoverato (day hospital o ricovero a tempo pieno) può partecipare alle attività del reparto per alcune ore al giorno.
- ❑ 4 - Il p. è ricoverato e non partecipa ad alcuna attività del reparto.

B - ALLE VALUTAZIONI SETTIMANALI

- ❑ 0 - a) Il p. ha ripreso il lavoro al suo normale livello prestazionale.
  b) Il p. è in condizione di riprendere senza alcuna difficoltà la sua attività lavorativa.
- ❑ 1 - a) Il p. lavora, ma ad un ridotto livello prestazionale, sia per mancanza di motivazione, sia per ridotta capacità nel compiere il lavoro.
  b) Il p. non lavora e non sembra in grado di riprendere l'attività lavorativa ai suoi normali livelli prestazionali.
- ❑ 2 - a) Il p. lavora, ma ad un livello nettamente ridotto sia per assenze che per riduzione dell'orario di lavoro.
  b) Il p. è ancora ricoverato o in malattia, partecipa all'attività di reparto o della casa per più di 3-4 ore al giorno; potrebbe riprendere la sua attività lavorativa ma ad un livello più basso. Se è ricoverato, potrebbe passare in regime di dayhospital.
- ❑ 3 - Il p. è incapace di riprendere la sua normale attività lavorativa, ma partecipa alle attività di reparto per 3-4 ore al giorno. Può essere presa in considerazione la possibilità di passare dal ricovero al day hospital, ma la dimissione non appare ancora opportuna.
- ❑ 4 - Il p. è ancora ricoverato a tempo pieno ed è del tutto incapace di partecipare alle attività di reparto.

LA PSICOTERAPIA SUPPORTA LA “ROTTA”?

IL MODELLO UMANISTICO ESISTENZIALE

Il processo terapeutico si avvale della integrazione sinergica
di quattro dimensioni
in un clima di EMPATIA DI ESISTENZA

- LA DIMENSIONE RELAZIONALE AFFETTIVA
- LA DIMENSIONE CORPOREA
- LA DIMENSIONE ESISTENZIALE
- LA DIMENSIONE COGNITIVA ESISTENZIALE

LA DIMENSIONE RELAZIONALE AFFETTIVA

Per la costruzione dell'Alleanza Terapeutica è determinante lo sviluppo del lavoro terapeutico all'interno di un rapporto relazionale di

EMPATIA DI ESISTENZA

definisce ulteriormente che i fatti della vita hanno non solo un "sentimento", ma che questo sentimento si declina in intensità e pervasività a seconda degli eventi che la persona vive.

Una cosa è empatizzare con la rabbia circolante nella rottura di un legame sentimentale, altra cosa è entrare in empatia con il vissuto di un lutto di una madre.

l' "empatia di esistenza" sottolinea la presenza di una "empatia specifica" per ogni evento

LA DIMENSIONE RELAZIONALE AFFETTIVA

In un clima di “RELAZIONE EMPATICA DI ESISTENZA” il paziente può

- Vivere ‘‘in sicurezza’’ le emozioni legate al concetto di morte
- Riconoscersi la capacità di gestire eventi emotivamente insostenibili tramite il linguaggio non verbale del terapeuta (sereno).
- Esprimere ed elaborare il dolore, attraverso un percorso di esplorazione
- Confrontarsi con la realtà della perdita, in riferimento ad altri possibili eventi di perdita del suo passato.

LA DIMENSIONE CORPOREA

Interventi Psicocorporei (di tecnica Bioenergetica) focalizzati:

- **sull'espressione delle emozioni quali la rabbia, la tenerezza e la dolcezza,**
- **sull'abbandono all'abbraccio e al lasciarsi andare**

LA DIMENSIONE CORPOREA

Tecniche Psicocorporee:

✓**Mindfulness**

deriva dagli insegnamenti del Buddismo, dello Zen e dalle pratiche di meditazione Yoga, è quindi una modalità di prestare attenzione, nell Hic et nunc, in modo non giudicante, al fine di risolvere, prevenire la sofferenza interiore e raggiungere un'accettazione di sé (J. K. Zinn).

✓**Psicodramma**

è un metodo psicoterapeutico che appartiene all'ambito delle terapie di gruppo, ideato da J. L. Moreno. Esso ricorre al gioco drammatico libero per sviluppare attivamente la spontaneità dei soggetti.

✓**ACT (*acceptance and commitment therapy*)**

Considera due concetti: "la sofferenza psicologica è normale" e "non è possibile sbarazzarsene". Il dolore e la sofferenza sono due differenti stati dell'essere; non bisogna identificarsi con la propria sofferenza. (Hayes)

✓**Ret (*rational emotive therapy*)**

Sottolinea l'importanza degli errori di concettualizzazione e valutazione nella genesi e nel mantenimento dei disturbi emotivi e comportamentali (A. Ellis)

LA DIMENSIONE ESISTENZIALE

Condividere un destino e una realtà comune

Accompagnare a comprendere che una delle possibilità che abbiamo per poter far fronte ai sentimenti di perdita è quella di dare un senso al tempo che rimane attraverso l'apertura ad una dimensione psichica orizzontale che ci permetta di comprendere il dolore da noi sperimentato "collocando nella mente il pensiero della morte nelle sue giuste proporzioni", ovvero quello di essere parte di un processo di vita, fatto di nascita, di crescita e dunque anche di morte.

M.Biondi, A.Filastro

LA DIMENSIONE COGNITIVA ESISTENZIALE

Ristrutturazione ed integrazione in senso funzionale dei processi cognitivi all'interno delle modulazioni affettive del paziente, che consentano un recupero di senso e significatività esistenziale ed uno spostamento da un focus nevrotico alle proprie risorse e potenzialità.

La trasformazione cognitiva consente di :

- **trovare un nuovo modo di essere funzionale alla realtà attuale**
- **aquisizione di un nuovo stile di pensiero utile là dove è inutile una esplorazione profonda del passato**

M.Biondi, A.Filastro

LUTTO E MELANCONIA (Freud, 1915)

- FENOMENOLOGIA CLINICA SIMILE TRA SOGGETTO DEPRESSO (MELANCONICO) E SOGGETTO CHE HA SUBITO UN LUTTO

- "…profondo e doloroso scoramento, venir meno dell'interesse per il mondo esterno, perdita della capacità di amare, inibizione di fronte a qualsiasi attività e avvilimento del senso di sé (rimproveri, autoaccuse)"

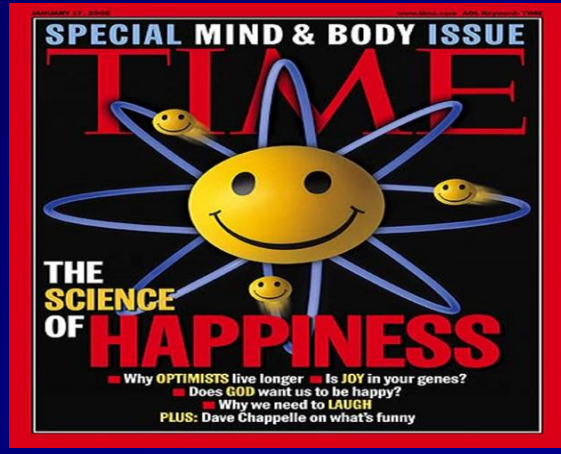
- **IL LUTTO PROFONDO PRESENTA GLI STESSI SINTOMI TRANNE L'AVVILIMENTO DEL SENSO DI Sé (ciò che gli appare svuotato è il suo mondo *estrerno*)**

- NELLA MELANCONIA QUELLO SVUOTATO è IL MONDO *INTERNO* (introiezione di un oggetto d'amore successivamente alla sua perdita)

- "…l'odio che il soggetto melanconico prova per sé stesso è dunque in realtà odio per un oggetto perduto con cui si è identificato"

- "**L'OMBRA DELL'OGGETTO CADE SULL'IO**"

LA CHIMICA DELLA MENTE



- Impara ad accettare l'inevitabile; voltare pagina
- Riequilibria piaceri e doveri
- Usa ricordi positivi del tuo passato
- Recupera una visione d'insieme, non sopravvalutare l'esperienza negativa minimizzando quella positiva
- Non rimuginare sul passato che non possiamo cambiare ma riorganizzarsi per il futuro.
- Fronteggia lo stress in modo elastico e con tattiche diverse, agisci, temporeggia, rinvia, semmai fuggi e poi ritorna.

M.Biondi

LA CHIMICA DELLA MENTE

- Riflettere, decidere, agire migliora l’efficacia personale. La passività la peggiora.
- Coltivare gli affetti.
- Stabilire priorità - Un problema per volta
- Mantenere uno scopo che dia senso alla vita.
- Lamentarsi passivamente è dannoso e inutile
- Focalizzarsi non sui problemi ma sulle soluzioni

Imparare questo stile di pensiero può aiutare come gli antidepressivi la chimica della mente.

(M.Biondi)

THE
BEATLES
SEEN
THINGS
DIFFERENT LY.
www.ipue.it