

LA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA TRA DANNO NEUROLOGICO E FALLIMENTO DELLE STRATEGIE DI ATTACCAMENTO



Baldoni, F.°, Farinelli, M.*, Gestieri, L.*
 °Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna
 *Casa di cura Villa Bellombra, Bologna



Per una migliore comprensione del fenomeno della depressione post-ictus, a fini diagnostici e terapeutici è necessario considerare sia i fattori biologici che quelli psicologici e sociali. Nel presente lavoro si descrive il caso di una paziente di 56 anni con esiti di ictus cerebrale all'emisfero destro nella quale sono stati valutati l'organizzazione premorbo di personalità, la sede di lesione (Solms, Turnbull, 2004) e lo stile di attaccamento (Bowlby, 1980) come fattori in interazione che influenzano il processo di cura, l'elaborazione del lutto e la riorganizzazione del Sé conseguenti alla perdita della propria integrità psicofisica (Feimberg, Keenan, 2005).

Quadro clinico

La storia

Una donna di 56 anni è stata colpita 3 anni fa da ictus ischemico all'emisfero destro ed è stata ricoverata per 2 mesi in un centro di riabilitazione intensiva. All'ingresso mostrava una limitata mobilità fisica, intensa sintomatologia depressiva con marcato isolamento e vergogna sociale. Coniugata con due figli (la maggiore si è recentemente sposata, mentre il figlio vive ancora in casa), la paziente ha lavorato come ostetrica (professione che amava e che le manca molto) ed è attualmente in pensione. **Infanzia:** madre molto severa e autoritaria, padre (a cui era molto legata) deceduto prematuramente quando la paziente aveva 11 anni, una sorella maggiore (relazione ambivalente caratterizzata da grande dipendenza). Su desiderio del padre, la paziente ha vissuto in un collegio lontano da casa gli anni delle scuole medie inferiori e superiori. **Situazione attuale:** La madre della signora è costretta su una sedia a rotelle per una frattura al bacino occorsa nello stesso periodo in cui è insorto l'ictus. La paziente è estremamente legata ai figli e molto protettiva nei loro confronti. Il maschio si comporta con lei in modo alternativamente affettuoso o critico, mentre la figlia è più tollerante e collaborativa. Il marito viene descritto come distante (il lavoro lo tiene lontano da casa). Infine, la signora straniera che si occupa da tempo della paziente appare molto provata e depressa e descrive il comportamento della sua assistita come manipolatorio e "tirannico".

Sede della lesione

La TAC ha evidenziato un danneggiamento all'emisfero destro, in particolare una lesione ischemica nucleo-capsulare cointeressante la sostanza bianca profonda frontale e temporo-mesiale. E' stato riscontrato un temporaneo e moderato effetto massa sul corno ventricolare anteriore omolaterale durante il periodo successivo all'evento acuto.

Valutazioni psichiatriche e psicologiche

All'ingresso, le valutazioni cliniche e psicometriche mostravano un disturbo depressivo associato ad ansia e un disturbo narcisistico di personalità precedente l'ictus. E' stato riscontrato anche un dolore di forte intensità (valutazione oggettiva secondo la VAS) caratterizzato da una descrizione qualitativa prevalentemente di tipo affettivo (valutazione emersa dal QUID)

Questionari	Ingresso	Dimissione
HAD ansia	13	10
HAD depressione	12	9
CES-D	34	28
SF-12 Indice Fisico	26.20	27.87
SF-12 Indice Mentale	24.35	23.71

- HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale: Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, pp. 361-370.
- CES-D- Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: Radloff, I. S. (1977) The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychology Measurement*, 1, pp. 385-401
- SF-12: (Ware, Kosinski, Keller, 1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34, pp.220-233
- VAS-Visual Analogue Scale: Scott J and Huskisson, E. (1976) Graphic representation of pain. *Pain*; 2:175-184.
- QUID (Italian version of McGill Pain Questionnaire) De Benedittis G., Massei R., Nobili R., Pieri A., Corli O. (1988) Il questionario Italiano del Dolore (QUID), *Algos*, 5, 50-63

Valutazioni neuropsicologiche

Segni di sofferenza frontale caratterizzati da difficoltà di accesso al lessico mentale e nelle capacità astrattive. Non è stata evidenziato il *Neglect*.

Valutazioni mediche e fisiatriche:

All'ingresso la paziente soffriva di patologia tiroidea autoimmune e presentava una paralisi profonda dell'emisoma sinistro, severo ipertono muscolare agli arti e gravi difficoltà nella deambulazione unite a deficit tattili e cinestesici. FIM (Dodds, 1993) in ingresso: 63, in dimissione: 81

Adult Attachment Interview

La codifica della AAI secondo i criteri del Modello Dinamico-Maturativo (Crittenden 1999):

(DO) Dp UI (ds)_F Utr (ds) COLLEGIO A3-4_F A1-2/C3-4_M [INA anger, fear]

Si tratta di una configurazione di attaccamento insicuro/distanziante (tipo A), con segni di lutto irrisolto (rispetto alla morte del padre), trauma irrisolto (rispetto alla separazione dalla famiglia in occasione dell'inserimento in collegio) e depressione (Dp) come modificatore. Nella relazione con la madre sono presenti, oltre ad elementi di attaccamento distanziante a basso indice (A1-2), anche alcuni aspetti di attaccamento insicuro/preoccupato (C3-4); si manifestano inoltre intrusioni di aspetti negativi (INA) quali rabbia e paura. Viene infine rilevata una parziale espressione di disorientamento (DO), che tende a manifestarsi quando il soggetto, di fronte all'emergere di affetti negativi, si confonde e chiede di essere orientato sulle domande.

Trattamento

PRINCIPALI EMERGENZE

Sono evidenti la problematica del lutto non risolto e la scarsa accettazione di malattia con l'attivazione di difese che investono anche la sfera somatica. Durante le sedute di riabilitazione è emerso come, con l'appoggio sulla parte emiplegica, compariva dolore, ma soprattutto vertigine e paura del vuoto che simulavano una crisi di panico. Questi problemi costituivano un ostacolo al trattamento e si manifestavano anche nella vita quotidiana.

LA DEPRESSIONE COME MODIFICATORE DELL'ATTACCAMENTO

All'interno del Modello Dinamico-Maturativo il concetto di depressione come modificatore (Dp) si riferisce alla consapevolezza del fallimento delle proprie strategie di attaccamento e alla impossibilità di sperimentare comportamenti alternativi pur desiderando farlo. Il soggetto si sente impotente e considera inutile ogni sforzo per ottenere un cambiamento non riuscendo a prospettarsi alternative alla propria modalità difensiva.

Trattamento medico

- Terapia focalizzata sulla spasticità.
- Terapia ormonale sostitutiva tiroidea

Fisioterapia

- Riduzione dell'ipertono,
- Ripristino dello schema corporeo,
- Incremento del senso di sicurezza nella deambulazione.

Trattamento psico-farmacologico

- Combinazione di bassi dosaggi di citalopram e trazodone.

TERAPIA INTEGRATA

Trattamento psicologico

- Colloqui con la paziente ed i familiari: allo scopo di facilitare l'elaborazione della perdita e l'accettazione dei cambiamenti richiesti dalla nuova situazione;
- Psicoterapia ad orientamento psicodinamico integrata con la fisioterapia: le sedute hanno utilizzato la mediazione corporea e si sono svolte con la partecipazione del fisioterapista per facilitare la ristrutturazione del Sé nella paziente.

I progressi clinici della paziente sono stati discussi in riunioni di team, dove gli operatori hanno potuto scambiare informazioni con particolare riferimento ai problemi emotivi emergenti.

Conclusioni

FATTORI CHE INFLUENZANO LA DEPRESSIONE

La condizione depressiva della paziente è risultata influenzata da: 1) la struttura di personalità premorbo e il lutto non risolto; 2) lo stile di attaccamento e il fallimento delle strategie adattive; 3) la sede della lesione provocata dall'ictus; 4) le disfunzioni endocrinologiche; 5) la ridotta attività/mobilità fisica; 6) l'isolamento sociale

Nei casi di pazienti affetti da ictus può risultare necessario integrare la terapia medica e riabilitativa con trattamenti psicoterapeutici individuali e familiari

RISULTATI DELLA TERAPIA INTEGRATA

- aumentata mobilità corporea;
- riduzione del dolore;
- riduzione della sofferenza psicologica (depressione e ansia);
- miglioramento delle relazioni interpersonali;
- aumento dell'autostima e di fiducia nella possibilità di cambiamento