

## **Aiutare a superare l'esperienza depressiva**

D.A.I. Paolo Barelli, Infermiere Dirigente Servizio Infermieristico Ospedale di Trento – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; Docente di Infermieristica Clinica in Igiene Mentale presso il Diploma Universitario per Infermiere – Università di Verona, Polo Didattico di Trento;

### ***Introduzione***

La depressione è una esperienza della vita normale che consente di superare la perdita di un oggetto verso il quale vi era un forte investimento affettivo (ad esempio una persona cara, di un oggetto caro, l'abbandono di un luogo, la perdita di una parte del proprio corpo o più genericamente della propria validità fisica ecc.) attraverso la contemporanea conservazione del suo ricordo e dei propri sentimenti per esso ed il progressivo investimento affettivo su altre persone e/o cose (Drigo et al., 1993). In sostanza l'esperienza depressiva esprime la difficoltà dell'individuo di prendere atto della perdita di un oggetto significativo (*lutto*) ed il conseguente processo di rielaborazione psicologica (*elaborazione del lutto*) che gli permetterà di riadattarsi alla nuova realtà (Jervis, 1975). La Depressione diventa esperienza patologica quando il processo di riadattamento si blocca, venendosi a determinare l'incapacità della persona di uscirne. In questa situazione la persona non riesce a riconoscere con chiarezza l'oggetto perduto, vivendolo allo stesso tempo come una parte inalienabile di sé (Jervis, 1975).

Assistere una persona con un problema di depressione non significa dunque impedire alla persona di vivere l'esperienza della depressione, quanto piuttosto aiutare la persona a superare positivamente il processo di elaborazione del lutto, indipendentemente dalla patologia nella quale questo disturbo si innesta. La comune esperienza professionale dell'infermiere infatti permette di incontrare persone afflitte da questa particolare condizione in diversi contesti. Alcuni studi dimostrano come la stessa esperienza di malattia implichi il lutto riferito in generale alla perdita del proprio progetto di vita sul quale la malattia ha inciso più o meno profondamente, interrompendolo o modificandolo (Cody, 1995; Bottomley, 1997b).

Un efficace aiuto non può quindi prescindere dalla comprensione della esperienza vissuta dalla persona. In questo articolo si intende fornire al lettore gli elementi per la comprensione dell'esperienza depressiva e per un approccio relazionale alla persona che attraversa questa esperienza.

### ***L'esperienza della perdita***

Alcuni autori (Galimberti, 1979; Jack, 1991; Chernomas, 1997) hanno evidenziato la centralità del concetto di perdita nella esperienza della sofferenza depressiva, tentando di fornire elementi per la sua comprensione fenomenologica. Galimberti (1979) indica come tratto distintivo della depressione il senso di smarrimento, di perdita appunto, "che si può constatare nella diminuzione della vita di relazione, nell'impoverimento delle manifestazioni espressive, nel rallentamento dei processi mentali ed operativi, con la consapevolezza e quindi con la sofferenza per questa sorta di diminuzione avvertita come impotenza psicologica, come impossibilità a volere, come incapacità a disporre delle proprie facoltà. Ne deriva un senso di tristezza che, col venir meno dell'orizzonte aperto della speranza, colora di disperazione le già ridotte manifestazioni espressive." Jack (1991) ha descritto la perdita nell'esperienza depressiva come la perdita della capacità di esprimere i propri desideri, i propri bisogni, le proprie emozioni alle persone care. Chernomas (1997) afferma che la perdita, intesa come perdita di sé come lo si conosceva fino a quel momento, è una esperienza significativa e dominante che permea tutta la vita della persona afflitta da questo problema, che intacca il senso di benessere interiore, le relazioni con il prossimo e le attività quotidiane. Questa sensazione porta la persona a sentirsi impotente e vulnerabile, e comporta la incapacità di capire il proprio mondo e le proprie emozioni.

### ***L'evoluzione dell'esperienza depressiva***

La percezione del Sé è un concetto centrale anche nel processo di riadattamento alla nuova realtà, e di ritorno alla vita.

Alcuni autori (Beck, 1993; Peden, 1993; Chernomas, 1997) hanno focalizzato questo aspetto nei loro studi. Beck (1993) ha individuato, in uno studio qualitativo, il processo attraverso il quale si esplica il tentativo di adattarsi alla sensazione di perdita. Questo processo viene descritto in quattro fasi: l'incontro con il terrore, la morte del sé, lo sforzo per la sopravvivenza ed il recupero del controllo. Peden (1993) ha definito un modello teorico che descrive il processo di miglioramento dalla depressione avvalendosi del modello teorico di Peplau (1989). Egli individua otto categorie che raggruppa in tre fasi, la prima delle quali è una crisi definita "esperienza del punto di svolta". Chernomas (1997) descrive il senso di sé attraverso alcune categorie: la perdita del sé, il sé trasformato, il desiderio di cambiamento e la osservazione di sé, il sé come motore del miglioramento, svelare e nascondere, accettare e appartenere, dare un significato alla depressione.

Il sé perduto viene sostituito da un guscio vuoto e da un profondo senso di tristezza che può arrivare fino alla disperazione, rendendo la persona estremamente vulnerabile al mondo esterno. Il soggetto colpito prova un senso di angoscia profonda ed un senso di vuoto incolmabile, di inaridimento affettivo e perdita di interesse per tutto ciò che lo circonda. Il sé trasformato è dominato da un senso di impotenza. E' possibile sentire provare desiderio di qualche cosa o di fare qualche cosa, ma il nuovo sé si scontra immediatamente con la paralisi delle capacità di soddisfare il desiderio, questo fa vivere la persona nella incapacità di progettarsi in un futuro, anche il più prossimo, schiacciandola in una dimensione temporale rivolta al passato che non lascia spazio al presente o al futuro, costringendola nella immobilità ed in uno stato di angoscia.

Vi è un indebolimento della capacità volitiva (ipobulia) che fa provare alla persona un senso di impotenza e di perdita di energia vitale, che comporta un ridotto interesse ed una ridotta capacità di svolgere le abituali attività quotidiane.

L'impotenza viene vissuta come debolezza e fatica fisica, mancanza di energia che si manifesta con un rallentamento psicomotorio: i movimenti sono rallentati e spenti ed i pensieri fluiscono con difficoltà sempre maggiore, avvitando su tematiche di auto colpevolizzazione fino, nei casi più gravi, alla convinzione di meritarsi una punizione estrema, ed alla ricerca della morte quale via di espiatione.

All'impotenza si sovrappone dunque un senso di colpa. L'incapacità di controllare il proprio stato d'animo e di aiutarsi conduce la persona a porre un giudizio negativo nei confronti di sé, che viene espresso attraverso la paura per il futuro, la frustrazione e la rabbia nei confronti di sé e degli altri.

La perdita del senso di sé come lo si conosceva è una potente forza che limita la capacità di affrontare la vita quotidiana che fa sorgere il desiderio di cambiare, di recuperare parte del sé perduto o di cambiare qualche cosa del nuovo modo di essere, questo spinge ad osservare attentamente il proprio stato alla ricerca di un segnale di miglioramento/cambiamento. Questa attività diventa un modo per ridurre parte dell'impotenza che domina la vita della persona che sta vivendo una esperienza depressiva.

### ***Modelli teorici di approccio infermieristico alla depressione***

La sola comprensione dell'esperienza depressiva non è condizione sufficiente a garantire un corretto approccio assistenziale. Al contrario è necessario avvalersi di modelli di riferimento teorici che aiutino l'infermiere ad impostare un percorso assistenziale orientato alla soluzione dei problemi della persona assistita. In particolare si ritiene utile richiamare alcuni concetti espressi da autori quali Peplau (1994) e Parse (1981; 1992).

#### ***Le fasi della relazione di Peplau***

La depressione, come gli altri disturbi psichici, comporta una grave ripercussione nei rapporti interpersonali, (Barelli et. al, 1996) la relazione infermieristica deve essere orientata a ritrovare adeguate modalità di intraprendere rapporti interpersonali. La teoria di Peplau (1994) aiuta a capire l'importanza delle relazioni interpersonali sia come strumento terapeutico diretto, che nella identificazione delle strategie assistenziali, descrivendo la relazione infermieristica come un processo interattivo che si sviluppa in quattro fasi integrate fra loro: *orientamento*, *identificazione*, *utilizzazione*, *risoluzione*. Riconoscere la fase che la relazione infermiere assistito sta attraversando è fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo della relazione stessa. Ciascuna fase è infatti caratterizzata da un diverso grado di conoscenza reciproca e di "sintonizzazione" infermiere – assistito verso un comune obiettivo di salute. Le prime due fasi sono caratterizzate dal reciproco "riconoscimento" come "*persona che può dare aiuto*" (infermiere) e "*persona che ha bisogno di aiuto*" (assistito), nonché dalla identificazione del tipo di aiuto necessario. Durante queste fasi della relazione, l'obiettivo che l'infermiere può perseguire è il farsi accettare dall'assistito come persona che può aiutarlo, conquistando la sua fiducia. Un errore da evitare è porsi da subito l'obiettivo di aiutare la persona a risolvere il problema depressivo.

Solo una volta costruito un rapporto di fiducia si entra nella fase della *utilizzazione*, cioè il momento nel quale è possibile finalizzare la relazione a scopo terapeutico, indirizzato cioè al superamento della sensazione di perdita vissuta dall'assistito ed al suo riadattamento alla nuova realtà: al suo ritorno alla vita.

Altri concetti importanti descritti da Peplau riguardano lo stress ed i bisogni. Secondo l'autrice lo stress provoca tensione, la quale a sua volta produce energia che la persona può utilizzare positivamente o negativamente. Allo stesso modo anche i bisogni, quando non sono soddisfatti, producono tensione che si trasforma in energia comportamentale. Secondo Peplau l'intervento infermieristico deve porsi l'obiettivo di facilitare il processo di riconoscimento della causa di tensione, attraverso la ricerca di Sé e di modelli comportamentali positivi di reazione alla tensione.

#### ***Il contributo fenomenologico di R. R. Parse***

Assistere una persona con problema depressivo significa aiutare la persona ad attraversare un mare oscuro di disperazione nella ricerca di un nuovo modo di essere al mondo. La comprensione di questo aspetto dell'assistenza può essere facilitato dalla teoria di Parse. I principi su cui ha fondata la teoria di Parse (1981,

1992) descrivono la persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione, nonché unica in grado di attribuire significato ad essa. Con questo l'autrice intende affermare che solo la persona è in possesso della chiave per poter modificare la direzione verso cui la propria esistenza sta evolvendo. L'infermiere, di conseguenza, può aiutare la persona solo facilitando il processo, che Parse definisce "illuminazione", di esplicitazione del significato che la persona stessa attribuisce alla esperienza di vita che sta attraversando. Una volta compreso questo l'infermiere deve facilitare la persona ad individuare quale direzione deve prendere l'evoluzione della propria esistenza, cioè deve aiutare a rendere esplicito verso quale modo di essere al mondo la persona si sente di dover tendere per sentirsi bene. Questo processo viene definito dall'autrice come "mobilitazione della trascendenza" (Barelli e Sansoni, 1996). La teoria di Parse aiuta l'infermiere a comprendere come sia importante non imporre alla persona assistita un percorso predefinito verso un modello di salute standardizzato, quanto piuttosto sia indispensabile aiutare la persona a trovare un proprio modo di attraversare il mare oscuro, maturando un proprio modo di essere sano, nel "nuovo mondo", avendo superato la "perdita" subita.

### **La relazione infermieristica**

Quanto esposto fino ad ora permette di comprendere quanto possa essere difficile, e spesso frustrante, instaurare una relazione d'aiuto con una persona che sta attraversando una esperienza depressiva, una persona che soffre profondamente, rinchiusa in un mondo dal quale non riesce a comunicare, che la isola dagli altri, dai quali non si sente compresa né accettata. Spesso, sebbene con intensità differenti, la persona che attraversa l'esperienza depressiva, entra in una spirale negativa caratterizzata dalla resistenza ad ogni tentativo di aiuto che induce, in chi porge aiuto, una reazione di rifiuto ed insofferenza, che lo può portare fino al punto di colpevolizzare la persona sofferente per la condizione in cui si trova. Un'altra frequente reazione di chi porge aiuto è la sovrastimolazione della persona depressa, attraverso continue incitazioni, per lo più superficiali o provocatorie, che tuttavia rinforzano il senso di colpa ed inadeguatezza provato dalla persona, creando così un circolo vizioso.

L'infermiere deve fondare la relazione terapeutica sulla accettazione della persona sofferente nella sua immobilità e nella sua impossibilità di progettare un futuro, consapevole che questo è dovuto alla condizione psicopatologica, e che la persona di questo si colpevolizza. Pur apparendo chiusa e refrattaria alle sollecitazioni relazionali, la persona depressa è molto recettiva ad ogni manifestazione di attenzione, per questo è necessario garantire al suo fianco una presenza sincera e disponibile (Drigo et al. 1993). L'infermiere deve anche aver cura di tutelare la persona da interazioni che rinforzino il senso di colpa e deve offrirgli la possibilità di vivere l'esperienza depressiva, permettendo la regressione, avendo cura di tutelarne la sicurezza. Nei casi più gravi una strategia utile può essere l'allontanamento temporaneo dalle situazioni, quali ad esempio il lavoro o la famiglia, che richiedono alla persona di assumere un ruolo sociale e relazionale eccessivamente impegnativo, per le risorse di cui attualmente dispone.

Nell'avvicinare la persona depressa è dunque necessario mostrare disponibilità all'ascolto, apertura, cercando di evitare l'intrusività. L'osservazione del comportamento e dei contenuti dei discorsi della persona sofferente sono per l'infermiere utile materiale per la valutazione dei progressi.

I principali problemi infermieristici che emergono nel corso di una esperienza depressiva sono la autostima cronicamente bassa, l'inefficace adattamento, la ridotta interazione o l'isolamento sociale, l'ansia, l'impotenza e la disperazione. Un corretto approccio assistenziale deve essere orientato al loro superamento. Gli obiettivi principali dell'intervento assistenziale saranno definiti in relazione alla severità della manifestazione. Sarà necessario anzitutto garantire la soddisfazione dei bisogni di base. Nelle situazioni più gravi infatti la persona è talmente immobilizzata nel vuoto della esperienza depressiva che non riesce nemmeno a prendersi cura di sé. Quindi diventerà importante cercare di recuperare il senso di autostima e delle capacità di adattamento, attraverso esperienze ed interazioni positive, fino al completamento del percorso di evoluzione verso la nuova vita ed il nuovo modo di essere al mondo. Chernomas (1997) a questo proposito afferma che potrebbe esser utile, nello stabilire una relazione terapeutica, utilizzare concetti che definiscono l'esperienza a partire dalla prospettiva della persona assistita. Questo facilita l'accettazione dell'infermiere da parte della persona ed il senso di essere compresa, migliorando e rafforzando l'alleanza terapeutica su di un obiettivo condiviso. L'autore continua affermando che il processo di guarigione potrebbe essere diretto al recupero o alla modificazione delle caratteristiche del sé così come desiderate dalla persona assistita. L'infermiere dovrebbe facilitare l'individuazione del sé desiderato avvalendosi delle strategie della comunicazione attiva. Questo in parte concorda con i concetti espressi da Parse (1981,1992).

In uno studio (Peden, 1996) sono stati individuati alcuni interventi assistenziali, di natura prevalentemente psicoeducativa, che persone con disturbi depressivi hanno riconosciuto essere di particolare efficacia. In particolare sono state ritenute importanti le interazioni tese ad infondere speranza nel futuro, nonché essere considerati come persone, da parte di chi offre aiuto. Molto importanti sono anche risultate l'educazione sanitaria e l'informazione circa i vari aspetti della esperienza depressiva. Fornire informazioni sulla

depressione e sul suo trattamento accresce il senso di controllo ed allevia la sensazione di essere indifesi, entrambe sensazioni comuni nell'esperienza depressiva (Feely, 1992).

Si è ricordato come la depressione influisca sulle capacità della persona di svolgere le attività di vita quotidiana: l'accrescimento dell'autostima, e lo sviluppo delle capacità di coping, possono essere favoriti supportando la persona nello svolgere, con successo, queste attività (Dyer et. al, 1994). Inizialmente l'infermiere dovrà adottare un atteggiamento di sostituzione che lentamente si trasformerà in supporto e quindi in stimolo nei confronti del paziente in un progressivo cammino verso il recupero dell'autonomia e della responsabilità di sé, avendo cura di sottolineare con rinforzi positivi i successi della persona. In questa attività è necessario porre attenzione alle reali possibilità della persona. Infatti proporre attività o impegni anche molto semplici, ma eccessivamente pesanti per le condizioni della persona, o il far leva su capacità di un tempo ed ormai perse, può risultare in un fallimento con la conseguente conferma della percezione distorta di sé, rinforzando il senso di inadeguatezza, comportando un aggravamento della sofferenza. Al contrario il corretto riconoscimento e l'accettazione delle possibilità della persona facilita il raggiungimento di piccoli successi che rinforzano la fiducia nell'infermiere e tutelano il paziente dallo sperimentare frustrazioni, che in questo momento sarebbero per lui intollerabili. La progressiva restituzione di responsabilità circa la cura di sé accresce la considerazione di sé ed il senso di controllo della situazione (Drigo et al., 1993; Dyer et. al, 1994).

Soprattutto nelle fasi iniziali dell'intervento assistenziale, l'infermiere dovrebbe assicurare alla persona ampia disponibilità di tempo, non legato a particolari attività assistenziali, nel quale poter parlare, favorendo così l'esplorazione interiore. Stimolare la persona ad esprimere i propri sentimenti con le persone in cui ha fiducia, aiuta a superare il momento più acuto (Dyer et. al, 1994). In un secondo tempo è utile aiutare la persona ad identificare le origini dei propri sentimenti. In questo modo si mette la persona nelle condizioni di comprendere meglio la situazione e la si facilita ad individuare le strategie più efficaci per farvi fronte. In questi momenti è importante favorire l'autoconsapevolezza ed attenuare ogni senso di minaccia nella persona, utilizzando espressioni che dimostrino accettazione non giudicante, interesse genuino e sincerità (Dyer et. al, 1994). Esprimere preoccupazione per l'aspetto fisico e per la salute della persona dimostra alla stessa di essere degna di cure e di attenzione. Successivamente è necessario aiutare la persona ad identificare i propri punti di forza, favorendo così il miglioramento dell'autostima e la costruzione di una percezione realistica del sé. E' possibile attenuare la percezione del senso di minaccia incoraggiando l'espressione delle emozioni negative come la rabbia, e prevenire il senso di inadeguatezza e un abbassamento ulteriore dell'autostima incoraggiando l'identificazione di aspettative non realistiche (Dyer et. al, 1994).

Anche l'utilizzo di tecniche cognitive e comportamentali, quali la sostituzione di pensieri irrazionali, il respiro controllato, e le tecniche di rilassamento si è dimostrato efficace nel migliorare le strategie di coping della persona (Dyer et. al, 1994; Beck, 1978; Peden, 1996), possono dunque essere ottime risorse di cui avvalersi. L'infermiere dovrebbe aiutare la persona ad apprendere queste tecniche, incoraggiandola al loro utilizzo e discutendone assieme l'efficacia per individuare la tecnica più adatta.

### *Interventi di gruppo*

Un importante ausilio all'intervento individuale sono gli interventi con gruppi di persone. Risultano efficaci sia i gruppi che prevedono interventi di tipo supportivo, che i gruppi con un approccio strutturato di tipo psicoeducativo. (Bottomley, 1997a; Huges, 1993; Peden, 1996). La partecipazione ai gruppi permette di esprimere e confrontare con gli altri i pensieri, le emozioni ed i comportamenti, aiutando la persona ad acquisire sempre maggior responsabilità di sé (Dyer et. al, 1994).

### *Il rischio di suicidio*

Uno dei rischi da non sottovalutare, specie negli episodi depressivi più gravi, è il suicidio, utilizzato come strategia di coping maladattiva che si verifica in presenza di livelli di autostima eccessivamente bassi (Dyer et. al, 1994). Il suicidio è una modalità per alleviare definitivamente il senso di inadeguatezza e di colpa. Il rischio maggiore non si verifica nella fase estrema della depressione, nel corso della quale la persona non ha la forza necessaria per progettare o mettere in atto il proposito suicidiario, bensì nei primi momenti di miglioramento, nei quali inizia a recuperare energie, che possono essere utilizzate per portare a termine l'intento autosoppressivo. E' dunque importante non sottovalutare il rischio e monitorare i segnali che possono indicare un aumento del rischio. Un improvviso rasserenamento, la esplicitazione di piani suicidiari dettagliati sono elementi che devono mettere in allarme l'infermiere. Prevenire il suicidio significa permettere alla persona di trovare un canale adeguato per sfogare l'aggressività. E' importante permettere di esprimere le intenzioni suicidiarie, evitando di negarle, minimizzarle o colpevolizzare la persona per quello che prova. In questo modo è possibile rinforzare la relazione di fiducia, e trovare assieme modalità adeguate per canalizzare l'angoscia.

E' necessario non sottovalutare questo rischio, e ricorrere all'intervento dello specialista appena si percepiscono i primi segnali.

### **Interventi rivolti alla famiglia**

Gli interventi rivolti alla famiglia sono di tipo essenzialmente informativo-educativi circa l'evoluzione del problema depressivo, e di supporto, finalizzati al coinvolgimento nel progetto di cura.

La persona che attraversa l'esperienza depressiva deve ricostruire un ruolo all'interno della famiglia, con importanti ripercussioni sul funzionamento del nucleo familiare, che a sua volta è costretto a ristrutturare, magari solo temporaneamente, i ruoli al suo interno. La relazione con i familiari deve permettere la facilitazione del riequilibrio dei ruoli all'interno del nucleo, considerando sia i bisogni che i sentimenti provati dai familiari nei confronti della persona depressa. La famiglia deve essere considerata una importante risorsa, da coinvolgere nel processo di recupero della salute. Per questo è importante aiutare i membri a trovare il giusto canale per esprimere le ansie e le preoccupazioni, evitando di incorrere in colpevolizzazioni di una o dell'altra parte. Sarà altrettanto importante far condividere a tutto il nucleo familiare le reali potenzialità ed i bisogni della persona assistita onde prevenire aspettative non realistiche, frustrazioni o eccessive stimolazioni, ponendosi in un ruolo di mediatore fra le diverse istanze dei membri, evitando allo stesso tempo di schierarsi con l'una o l'altra parte.

### **Supporto all'infermiere**

Assistere una persona mentre attraversa una esperienza depressiva è a sua volta una esperienza difficile, emotivamente coinvolgente, che può produrre vissuti di aggressività, rifiuto, e frustrazione. L'infermiere deve allora disporre di strumenti che gli permettano di acquisire consapevolezza dei vissuti che la relazione con la persona depressa induce in lui, ed allo stesso tempo che li possa utilizzare a fini terapeutici nella relazione stessa (Menthies Lyth, 1989; Wright et al. 1993). Oltre ad una buona consapevolezza e conoscenza di sé, il confronto e la discussione all'interno del gruppo di cura sono alcuni degli strumenti possibili. Altri strumenti più strutturati sono i gruppi di supporto e la supervisione. I gruppi di supporto permettono ai partecipanti di discutere delle emozioni provate nel corso di esperienze comuni correlate al lavoro, in un clima di mutua fiducia, producendo condivisione, confronto e identificazione. La supervisione invece è un processo che permette, con il supporto di un esperto esterno, di rielaborare esperienze e dinamiche relazionali, incoraggiando l'apprendimento e la comprensione degli avvenimenti (Wright et al., 1993).

L'utilizzo di questi strumenti di supporto implica la necessità di discutere in gruppo di aspetti che toccano la sfera più personale del professionista, come le emozioni che la relazione evoca. Questo richiede molta maturità e disponibilità a mettersi in discussione, cosa non sempre facile. Tuttavia solo attraverso questo processo di evoluzione personale è possibile maturare la capacità professionale di instaurare una efficace relazione orientata all'aiuto.

### **Conclusioni**

Intraprendere una relazione d'aiuto con una persona che sta attraversando una esperienza depressiva implica la capacità di far maturare alla stessa un processo di evoluzione da un modo di essere al mondo verso un modo nuovo, superando la sofferenza causata dalla perdita della immagine di sé, del proprio progetto di vita come lo conosceva fino a prima. Per poter fare questo è necessario che l'infermiere comprenda il significato di questa sofferenza, orientando il suo intervento al recupero delle capacità di adattamento alla realtà ed all'incremento dell'autostima, avvalendosi delle teorie dell'assistenza e delle teorie psicoeducative e cognitivo-comportamentali.

### **Bibliografia**

- Barelli P., Boni N., Marin M., Urli N., Area psichiatrica. In: Documenti Congressuali XI Congresso Nazionale IPASVI, p. 62-67; Firenze, 1996;
- Barelli P., Sansoni J., *La teoria di Rosemary Rizzo Parse "Umo in divenire", un approccio fenomenologico al nursing*. Professioni Infermieristiche, 4:49, p.20-26, 1996;
- Beck A. *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, TO, 1978;
- Beck C.T., Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*. 42, p. 42-48, 1993;
- Bottomley A. *Where are we now? Evaluating two decades of group interventions with adult cancer patients* Journal of psychiatric and mental health nursing, 4:4, p.251-265, 1997;
- Bottomley A. *Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems*, Journal of psychiatric and mental health nursing, 4:5, p.323-331, 1997;
- Chernomas W.M., Experiencing depression: Women's perspectives in recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4:6, p. 393-400, 1997;
- Cody W.K., The lived experience of grieving, for families living with AIDS, in: Parse R.R., *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*, National League for Nursing Press, p. 197-241, New York 1995;

- Drigo M.L., Borzaga L., Mercurio A., Satta E, *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio d'incontro tra operatori e pazienti*, CEA, Milano, 1993;
- Dyer J.G., Sparks S.M., Taylor C.M, *Psychiatric Nursing Diagnosis: a comprehensive manual of Mental Health Care*. Springhouse corp. PA, 1994;
- Feely M., *strategy to regain control: helplessness and depressive illness in women*. Professional Nurse, Nov., p.113-117, 1992;
- Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, I<sup>a</sup> ed. 1979, III<sup>a</sup> ed. 1994;
- Huges C. *A review of a psychological intervention for depression in elderly people*. In Brooker C., White E. *Community psychiatric nursing a research perspective vol. 2*. P. 117-133, Chapman & Hall, London, 1993;
- Jack D.C., *Silencing the self: Women and depression*, Harper Collins Publishers, New York; 1991;
- Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, I<sup>a</sup> ed. 1975, IV<sup>a</sup> ed. 1994;
- Karp D.A., Living with depression: Illness and identity turning points. *Qualitative Health Research*, 4, p. 6-30, 1994;
- Menthes Lyth I., *Staff support systems: task and antitask in adolescent institutions*. In: *Containing anxiety in institutions*, Free Associations Books, London, 1989;
- Parse R.R. *Man-Living-health: a theory of nursing*. Wiley, NY, 1981;
- Parse R.R. *Human becoming: Parse's theory of nursing*. Nursing Science Quarterly, 5, p. 35-42, 1992;
- Peden A.R., *Recovering in depressed women: Research with peplau's theory*. Nursing Science Quarterly, 6, p. 140-146, 1993;
- Peden A.R. *Recovering from depression: a one-year follow-up*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3, 289-295, 1996;
- Peplau H.E. Theory: the professional dimension. In: O'Toole A.W. & Welt S.R., *Interpersonal theory in nursing practice*, pp. 21-30, Springer, New York 1989;
- Peplau H.E. *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Una struttura concettuale di riferimento per un infermieristica psicodinamica*. Summa, PD, 1994;
- Wright H., Giddey M., *Mental Health Nursing from first principles to professional practice*. Chapman and Hall, London, 1993;

### **Testi consigliati per l'approfondimento**

- Borgna E. *Malinconia*. Feltrinelli, MI, 1992;
- Drigo M.L., Borzaga L., Mercurio A., Satta E, *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio d'incontro tra operatori e pazienti*, CEA, Milano, 1993;
- Zoli S., Cassano G. B., *E liberaci dal Male Oscuro*. Longanesi, MI, 1997, (15<sup>a</sup>ed.);