

Di.A.Psi. Piemonte – Difesa Ammalati Psicici, O.N.L.U.S. – Torino
Associazione Comunità Casa dell'Ospitalità, O.N.L.U.S. – Ivrea
Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali, O.N.L.U.S – Ivrea
A.V.U.L.S.S. - O.N.L.U.S. Sez. Psichiatria - Ivrea

Incontri informativi sulla malattia mentale

2001 - 2003

Si ringraziano vivamente le Istituzioni che hanno patrocinato l'iniziativa, la Compagnia di San Paolo e il Centro Servizi V.S.S.P. di Torino, che la hanno sostenuta economicamente e i Relatori, per aver gentilmente fornito i testi delle loro conferenze, che qui riportiamo nell'ordine cronologico con il quale sono state tenute.

PRESENTAZIONE

Nell'ambito del Progetto di prevenzione primaria della malattia mentale "*dall'essere umano all'Essere Umani*", le seguenti associazioni:

Di.A.Psi. Piemonte – Difesa Ammalati Psicici, O.N.L.U.S. – Torino

Associazione Comunità Casa dell'Ospitalità, O.N.L.U.S. – Ivrea

Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali, O.N.L.U.S. – Ivrea

A.V.U.L.S.S. - O.N.L.U.S. Sez. Psichiatria – Ivrea

hanno promosso una serie di *Incontri con le famiglie*, dal titolo "LA FAMIGLIA È SOLA: NOI NON L'ABBANDONIAMO", tenuti nell'autunno 2001 alla G.A.M. – Galleria d'Arte Moderna e Contemporanea di Torino, e una serie di *Incontri con gli insegnanti delle scuole medie superiori*, dal titolo "ESITI PROBLEMATICI DEL DIFFICILE PERCORSO ADOLESCENZIALE", tenuti presso la Scuola I.T.C. Arduino di Torino, a cura dell'U.T.S. - Unità Territoriale Servizi Professionali per Docenti, nella primavera 2003. Le due serie di incontri facevano parte del progetto biennale di prevenzione della malattia mentale "*dall'essere umano all'Essere Umani*", sviluppato a Torino e a Ivrea dall'autunno 2001 alla primavera 2003, finalizzato ai seguenti obiettivi primari: far prendere coscienza della malattia mentale, avvicinare la gente alla sofferenza da essa provocata, attenuare lo stigma tanto duro a morire e la persistente emarginazione sociale del malato mentale.

In quest'opuscolo sono pubblicate le relazioni presentate da alcuni Relatori nel corso dei suddetti incontri.

Il primo ciclo, "LA FAMIGLIA È SOLA, NOI NON L'ABBANDONIAMO", chiuso con gli interventi dei rappresentanti delle Istituzioni cittadine, provinciali e regionali, è stato dedicato alla famiglia del malato, alle enormi difficoltà che nascono dalla patologia del suo congiunto, alle dinamiche relazionali intra ed extra-familiari e ai conseguenti disagi, ai possibili percorsi terapeutici e infine alle informazioni indispensabili per affrontare alcuni aspetti della malattia.

Il secondo ciclo, "ESITI PROBLEMATICI DEL DIFFICILE PERCORSO ADOLESCENZIALE", rivolto agli insegnanti, è stato finalizzato a sensibilizzare gli insegnanti ai diversi modi in cui il disagio psichico può manifestarsi nell'età adolescenziale, quando sovente i primi sintomi, anticipatori di patologie mentali, si manifestano rischiando di compromettere, in maniera a volte irreparabile se non tempestivamente riconosciuti, un normale corso di studi e purtroppo la qualità dell'intera vita.

Le Associazioni promotrici, oltre alle Istituzioni che hanno sorretto l'iniziativa anche fornendo le sedi adeguate per le conferenze, ringraziano sentitamente i relatori che hanno contribuito con il loro impegno, di alto profilo professionale, alla buona riuscita delle manifestazioni, e sono altresì molto grate per l'autorizzazione a pubblicare i testi dei loro interventi

LA FAMIGLIA FERITA

La famiglia di fronte alla malattia di un suo congiunto,
risorse e limiti della nostra società

31 ottobre 2001

Relatori:

Dott. Giorgio Moschetti

Psicologo e Psicoterapeuta, Consulente presso la Casa dell'Ospitalità
di Ivrea

Dott.ssa Susanna Cielo

Psichiatra, Responsabile del Centro di Salute Mentale A.S.L. 9 (Ivrea)

Dott. Giorgio Moschetti

Psicologo e Psicoterapeuta, Consulente presso la Casa dell'Ospitalità di Ivrea

All'improvviso per strada incontriamo il folle. Capita, qualche volta. È sempre un'esperienza insolita: proviamo ansia, sgomento, sbigottimento, inquietudine, ci disorienta, ci turba profondamente. Qualche volta può farci francamente paura.

Perché ?

Siamo spaventati dall'irrompere di un intenso, sconvolgente senso di estraneità. Nell'ordine del mondo quotidiano fa irruzione all'improvviso una stranezza, irriducibile a qualsiasi nostra normalità. Giunti a casa, ne parliamo a qualcuno, o proviamo a farlo: ma è difficile, riusciamo solo a ricordare che è stato strano, quello che abbiamo visto. Per tanto che facciamo, non riusciamo a raccontare cosa diceva quella persona, non si capiva nulla, né come si muoveva, come si comportava, e neanche ciò che abbiamo provato al vederla. Non c'è linguaggio, certo non quello comune, per quanto abbiamo visto e provato.

Ma, attenzione! Il linguaggio è mezzo potentissimo, il più potente forse, per darci rappresentazione del mondo e dell'esperienza che ne abbiamo. Darci rappresentazione del mondo, orientarci nella complessità dell'esperienza è d'altronde la prima fonte della nostra sicurezza. Non a caso questa è così precaria quando non possediamo ancora il linguaggio (bastava, da bambini, che perdessimo di vista un attimo il papà o la mamma per strada: il mondo all'improvviso ci appariva minaccioso), mentre è abbastanza consolidata quando sappiamo farne un uso scaltrito. Ora, se pensiamo a situazioni per le quali non ci sono parole, o sono le più alte, o sono le più tremende. Qui ci occupiamo delle seconde. Chi è uscito vivo dal traforo del Gottardo o dalle Twin Towers non aveva parole per dire ciò che aveva vissuto.

Se vogliamo parlare di famiglia ferita dalla sofferenza di un membro psicotico, dobbiamo partire dall'esperienza di sofferenza di questo membro, tentare di farcene un'idea, per difficile che sia. La domanda cruciale è questa: qual è la rappresentazione del mondo (e della propria esperienza) per una persona in condizione psicotica? O, in altre parole: in che modo la condizione psicotica trasforma il mondo quotidiano?

Ricordiamo alcuni termini tecnici: delirio (pensiero disorganizzato, od organizzato secondo modalità fluide, continuamente cangianti, insalata di parole, creazione di neologismi ...), allucinazioni (tipicamente, sentire le voci, che insultano, maltrattano, provocano, talvolta però sono soavi; vedere mostri sulle pareti ...), insalata temporale (nel flusso delirante si mescolano e si amalgamano fatti percettivi di pochi istanti fa ed esperienze di venti anni prima ...), fragilità e abissi depressivi (piccole cose – che noi riteniamo piccole - appaiono montagne insormontabili, scatenano crisi depressive devastanti), condizione bipolare (dal letargo si è sbalzati all'iperattivismo frenetico, si parla di fuga di parole, di pensiero, anche i minimi gesti corporei diventano veloci e privi di controllo), e così via.

Prendiamo la condizione schizofrenica: possiamo avvicinarci a essa pensando a una radicale indistinzione, a una confusione prelinguistica fra me e mondo, fra interno ed esterno, fra dentro e fuori. Riusciamo a ricordarci la nostra esperienza prima dello stabilizzarsi del linguaggio, prima del terzo anno di vita? Abbiamo appena ricordato che la memoria è lacunosa e assente proprio quando non c'è ancora il linguaggio! Chi cade nella condizione schizofrenica scivola in quell'abisso prelinguistico che precede queste distinzioni, nell'abisso dal quale esse nascono. Prima le aveva (magari un po' incerte ...), all'improvviso le perde. È, credo, come un sentirsi risucchiati indietro verso il caos.

Riusciamo ad immaginarci - a ricordarcene? Eppure ci siamo passati tutti - la condizione precedente questa delimitazione, fra ciò che è nostro e ciò che è del mondo? Per coloro che hanno la sventura di cadere in questa condizione, sembra quasi che l'esperienza si materializzi, si letteralizzi. Uno schizofrenico non dirà IO ho paura (o comincerà a dirlo quando cesserà d'essere schizofrenico), perché non c'è IO che possa dire alcunché, ma griderà per i mostri che lo minacciano. Una donna tradita dal marito non riuscirà a dire sono gelosa, ma vedrà triangoli dappertutto, sarà ossessionata dai triangoli. Un ragazzo, sperimentando il delimitarsi dell'IO tremolante come una fiammella di candela investita dal vento, potrà dire: sono sparito, mi dica dottore, ci sono ancora? che brutto, sono sparito ...

Il linguaggio comune non racconta l'esperienza psicotica. Ma il linguaggio comune permette la condivisione dell'esperienza con gli altri. Quindi nella condizione psicotica non c'è condivisione con l'altro. D'altronde, per chi soffre in questo modo, l'altro rischia di essere soltanto uno dei mostri che lo perseguita. L'esperienza psicotica di regola non è condivisibile, o lo è infinitamente meno della nostra. Certo, attraverso il delirio qualcosa riesce pure a passare, se si ha la pazienza di ascoltare e se si è addetti ai lavori: una qualche desolata, desolante rappresentazione del mondo c'è, sconclusionata, devastata, deforme, insostenibile, mostruosa, ma pur sempre rappresentazione. Ma quanto è difficile per chi ascolta orientarsi in quel marasma: per molto tempo si è pensato che non avesse alcun senso il delirio del folle. Ora siamo più cauti, sappiamo che siamo noi a donare senso, anche a chi lo ha perduto: ma la condizione psicotica è in ogni modo caratterizzata da una disperata solitudine. Insomma, un mondo fatto di mostri, e nel quale siamo soli. Niente male!

Quale allora il riverbero di tutto ciò nella relazione con l'altro, e soprattutto con l'altro nella famiglia ? ecco la famiglia ferita.

Per rispondere, premettiamo qualche considerazione sui profondi nessi (di reciproca fondazione) fra relazione interpersonale e processo di individuazione (il divenire l'individuo particolare che io sono).

Noi esseri umani siamo intrinsecamente in relazione: nasciamo in relazione, proveniamo da un altrui ventre e per tutta la vita siamo in relazione con gli altri. La nostra vita è costruita sulle relazioni interpersonali. L'intrecciarsi nei decenni di una serie quasi sterminata di relazioni con gli altri genera il me attuale, quello che si presenta qui oggi davanti a voi. Non solo, ma dall'istante in cui io sono arrivato in questa sala, il me attuale scaturisce anche dall'intrecciarsi ulteriore di tutte le relazioni, attuali o potenziali, con voi qui presenti. Aspetti particolari e dettagliati della mia personalità sono evidenziati da ognuna delle vostre presenze, sono per così dire estratti e portati al mondo dalle loro particolarità, che pur senza parlare mi si annunciano con sguardi, posture, movimenti involontari, cenni degli occhi. Io sviluppo consapevolezza di me stesso, specchiandomi nei vostri volti che incontrano la mia presenza.

Io sono dunque fonte d'individuazione per l'altro e l'altro è fonte d'individuazione per me: la relazione interpersonale, che deve alle individualità il suo sapore specifico, è insieme il terreno dal quale si sviluppano, arricchendosi, le individualità. Il mio stesso venire al mondo istante per istante, manifestandomi nelle mie più caratteristiche particolarità, è in ampia misura dovuto alla presenza dell'altro, così come naturalmente in modo reciproco il suo venire al mondo.

Questo evocare nuovi modi della mia presenza, che sembra essere un effetto così importante della presenza dell'altro, avviene con maggiore dettaglio e ricchezza nella misura in cui io e lui condividiamo a livelli profondi una rappresentazione del mondo e un linguaggio per dirla. Poggiando su molteplici condivisioni, riusciamo a renderci, io e

lui, reciprocamente sfondo e occasione per la manifestazione della presenza.

Che cosa succede dunque quando la condivisione fra me e lui è drasticamente limitata? quando il nostro vissuto reciproco è di profonda, conturbante estraneità? - ricordiamoci sempre che se la sua presenza ci sgomenta, facilmente la nostra lo spaventa in un modo che non sappiamo neanche immaginare. Che cosa succede quando la capacità dei suoi occhi di rispecchiare la mia umanità si affievolisce, si appanna, perché nei suoi occhi si specchiano soltanto mostri?

Se sparisce la nostra reciproca condivisione, sparisce il comune fondamento del nostro reciproco manifestarci al mondo, io a lui e lui a me. Lui, immerso nel mondo psicotico, cessa di essere la felice occasione perché qualche aspetto nuovo della mia presenza venga alla luce (e viceversa). Piuttosto mi appare come sfondo nero, cieco, come abisso di angoscia, il cui sguardo non mi conferma nel profondo della mia umanità, non mi riconosce, non riesce neanche a vedermi. Quello che lui vede, sembra piuttosto un indistinto magma di umano e non umano (tornano in mente le Twin Towers, quello che vedevano i soccorritori).

Se tutto ciò vale per la relazione con il folle incontrato occasionalmente per la strada, figuriamoci quanto più profondamente varrà all'interno di relazioni familiari, che si dipanano nei decenni e costituiscono le linee fondanti dello sviluppo della personalità.

Quando la famiglia è ferita dalla sofferenza psicotica di uno dei suoi membri, tutti gli altri sono sottoposti ad un continuo regime di disconferme profonde, che genera loro un'angoscia perenne, invincibile. Devono continuamente difendersi dal rischio di "contagio" del modo psicotico di vivere. Si parla di contagio metaforico, certo, psichico, ma non per questo meno pericoloso. Diventa con il tempo sempre più difficile, per i membri della famiglia ferita, mantenere una loro normalità, che costituirebbe la base della salute mentale di ciascuno ed anche il fondamento dell'aiuto da portare al sofferente. La somma di continue frustrazioni e di laceranti ambivalenze genera una quotidianità logorante. I sentimenti positivi verso il membro malato (gli volevamo bene, una volta, prima ...) rischiano di scomparire, ma quelli negativi, inevitabili per i continui insuccessi nel tentativo di dialogo, per il comportamento incomprensibile, accendono sensi di colpa anche più torturanti. Ci sono varie vie di fuga: talvolta si hanno autentiche fughe, letterali, la famiglia si disgrega e qualcuno semplicemente se ne va. Oppure, si trasforma il malato: cessa d'essere malato, diventa cattivo per natura, diventa storto, nato sbagliato, diventa vizioso, non si riescono più a vedere le sue sofferenze e s'interpreta il suo dibattersi come cattiveria e intenzione di danneggiare gli altri.

Quale allora il danno profondo alla famiglia, attraverso la sofferenza e la paralisi dei suoi membri? La famiglia diventa sterile, o rischia di diventarlo. E' colpita nella sua creatività, con la paralisi profonda dei suoi membri. Cessa la crescita psicologica dei membri, lo sviluppo, la differenziazione e l'articolazione delle loro relazioni, che diventano rigide, ripetitive, stereotipate.

Ogni famiglia ha una sua potenziale creatività, con il suo stile di vita propone al mondo un modello di vita relazionale, un tessuto microsociale che consente alle individualità dei suoi membri di venire alla luce e di manifestare la propria particolare umanità con le sue opere. La creatività della famiglia poggia sulla sua plasticità, sull'essere luogo deputato a sviluppare l'umano, sul saper modellare relazioni che agevolino la manifestazione della presenza dei membri. E' proprio questa creatività a essere inibita. La famiglia, e i suoi membri, perdono o rischiano di perdere la capacità di creare la loro vita.

Non c'è scampo, si sviluppano anni di sofferenze sterili. Salvo che non compaia ad un certo momento qualche figura d'aiuto, altra rispetto all'ambiente familiare usurato, fi-

gura che riesca a porsi come sostegno per tutti i membri della famiglia, non soltanto per il cosiddetto paziente designato. Una figura che funga da mediatrice, da interprete per i lembi della famiglia ferita. Una figura, o più figure, che ristabiliscano la corrente comunicativa, che sappiano separare laddove la simbiosi ha paralizzato lo svolgersi delle vite, sappiano distinguere, creare distanze, laddove si è soffocati da una contiguità ambigua e ambivalente, per consentire che si riattivi il dialogo; che soprattutto sappia concepire e pensare la famiglia come un tutto umano, pulsante, vivente e creativo: la famiglia ha perduto la capacità di pensarsi in questo modo, dopo che l'ha perduta il malato.

Dott.ssa Susanna Cielo

Psichiatra, Responsabile del Centro di Salute Mentale A.S.L. 9 (Ivrea)

Un saluto a tutti voi e grazie. Ringrazio di cuore gli Organizzatori per questa iniziativa e per avermi invitata. Sono onorata di poter aprire questi incontri.

2001: ventitré anni dal 1978 – Legge 180, che sancisce la chiusura dei manicomi.

Uno dei motivi per cui provo ancora passione per il mio lavoro è una sorta di impegno, scommessa, sogno, che la Psichiatria, o meglio, la storia della Psichiatria mi propone e ci propone.

Il sogno è questo: pensate ad un teatro dove, sulla scena, prima scompaiono le maschere dei furiosi, dementi, tranquilli, idioti, (categorie con cui venivano raggruppati in una certa epoca i pazienti nei manicomi) e poi scompaiono le maschere gonfie, stralunate e sofferenti dei cosiddetti pazienti Psichiatrici “cronici”. Pensate a un teatro dove invece compaiono storie, storie di famiglie, storie di persone, famiglie, psichiatri, operatori, volontari, che cercano e costruiscono insieme un percorso per ridurre la sofferenza della malattia mentale.

Su questa nuova scena c'è un attore principale: LA FAMIGLIA.

La chiamate famiglia ferita. Pensate che al tempo dei manicomi era certo più protetta, ma esclusa, non ferita, ma amputata di una parte.

Ora vi propongo un percorso: da famiglia ferita a famiglia aiutata, a famiglia alleata, alleata con il Servizio, il terapeuta, in un progetto di cura.

Da famiglia ferita a famiglia alleata: questo il percorso proposto.

Ma la strada che porta dalla famiglia ferita (e quando parlo di famiglia, comprendo anche il paziente) a famiglia alleata è una strada lunga e faticosa, che non si costruisce in breve tempo, specifica per alcuni aspetti per ogni famiglia, ma, per altri aspetti, uguale nei suoi passaggi fondamentali.

Abbiamo provato a tratteggiarla nei suoi passi principali, emozionali, metodologici e operativi, con Marino Ossola, infermiere del Servizio con cui lavoro da 20 anni con le famiglie e con la Sig.ra Laura Calligaris dell'A.L.M.M., Associazione dei Familiari.

Proponiamo il Percorso:

DA FAMIGLIA FERITA A FAMIGLIA AIUTATA A FAMIGLIA ALLEATA.

Proprio come sulla scena di quel nuovo teatro sognato.

Percorso in tre atti – tre voci protagoniste: voce fuori campo, voce famiglia, voce psichiatria.

ATTO I – ESORDIO E CRISI

Ovvero: la famiglia ferita

(voce fuori campo):

L'irruzione del disagio mentale in una famiglia è come un cielo che va man mano annuvolandosi in previsione di un temporale. Poi la crisi irrompe sconvolgendo la apparentemente tranquilla vita familiare.

Ci avete segnalato e definito alcuni dei momenti emozionali che accompagnano la famiglia in questa tempesta, raccontateci cosa intendete con:

(voce famiglia):

INCREDULITA':

Non è possibile...; è un comportamento adolescenziale..., passerà con il tempo:

IRRICONOSCIBILTA':

Non è più la stessa persona, è cambiata.

SENSI DI COLPA:

Che cosa ho sbagliato? Dove e quando? Chi dei due genitori? E ci si palleggia un po':

“tu quella volta...”.

CONFLITTUALITA':

Colpevolizzazione reciproca, incomprensione, si arriva quasi a non capirsi più, freddo coniugale quasi irrespirabile.

DISORIENTAMENTO:

Come quando si è in montagna e c'è la nebbia; si è perso ogni punto di riferimento.

DISINTEGRAZIONE DELLA FAMIGLIA:

E' difficile convivere, i fratelli se possono se ne vanno.

TENSIONE – AGGRESSIVITA':

Il soggetto rifiuta la malattia, “io starei benissimo se, siete voi che non capite niente”.

ISOLAMENTO:

I rapporti con i parenti e gli amici si interrompono.

PERDITA DI STIMA:

Le persone più vicine danno consigli pressoché inattuabili.

TABU':

Non si riesce ad ammettere quello che sta succedendo, forse passerà.... È un po' di esaurimento.

IMPOTENZA:

Ogni proposta di intervento viene respinta e disprezzata.

PAURA:

Di fronte alle reazioni aggressive c'è paura per l'incolumità sia fisica che ambientale.

RIFIUTO DELLA CURA:

Non si ritiene malato, anzi... “ voi non capite niente ... aggiornatevi, i malati siete voi...”.

VERGOGNA:

C'è paura di un'etichetta che distrugge completamente ogni speranza per il futuro del proprio familiare.

(voce fuori campo):

Si tratta di situazioni drammatiche e d'intensa sofferenza: sembra difficile o addirittura impossibile capire ciò che accade e il mondo in cui si vive. Mondo che si trasforma, perde progressivamente quei modi di essere e di esprimersi prima consueti e familiari, rendendo il paziente sempre più estraneo e i parenti e gli amici sconcertati e spaventati. Sofferenza che man mano inghiotte la famiglia in solitudine, isolamento e vergogna; famiglia che si accascia nell'angolo più buio della casa sperando una quiete che non arriva mai.

(voce psichiatria - commento):

In questa prima fase, atto 1°, che segna profondamente la famiglia, sembrerebbe che la Psichiatria ancora non compaia. In realtà la Psichiatria, nonostante tutto che comporta a livello culturale, è già ben presente dietro le quinte.

In questa fase il peso della collettività e dei mass media è determinante soprattutto per quanto riguarda la connessione tra insorgenza - gravità - cronicizzazione.

Dobbiamo essere consapevoli che la Salute Mentale non è uno stato che si raggiunge una volta per tutte, ma un obiettivo ideale verso il quale tendere che coinvolge individuo e società. Così, altrettanto, dobbiamo essere consapevoli che l'insorgenza della malattia mentale non è correlata a una serie di fattori riferibili, a un arco di tempo anche molto lungo. Ci sono due aspetti, in questa fase dell'esordio, che pesano nella evoluzione dell'esordio stesso e della gravità verso cui può sfociare e nella successiva cronicizzazione:

1. IL PREGIUDIZIO

2. ATTIVITA' PSICHIATRIZZANTE delle prestazioni sanitarie non psichiatriche.

IL PREGIUDIZIO

Ci si riferisce al pregiudizio della cultura dominante, della collettività e del ruolo dei mass-media, ma anche al pregiudizio psichiatrico.

Il pregiudizio della cultura dominante riguarda la pericolosità sociale dei malati psichiatrici.

Certo esiste pericolosità legata soprattutto a quadri particolari di psicopatologia, ma dalle ricerche in Letteratura psichiatrica e giudiziaria emerge che, per quanto riguarda le situazioni di pericolosità sociale, quella causata da malati psichici è limitata rispetto ad altri tipi di pericolosità, anzi è ben più limitata di quanto le reazioni emotive del contesto ed il rilievo dato dai mass-media possano far pensare.

Ed ancora, dalle più recenti vedute, emerge che, nelle situazioni di effettiva pericolosità dei malati mentali, incidono massicciamente la natura e il tipo di assistenza, il grado di preparazione culturale ed emotiva del contesto familiare ed ambientale.

Comunque questo pregiudizio fa sì che la famiglia, per colpa e vergogna, tenda a nascondere la situazione talora per molto tempo prima di ricercare un aiuto.

E poi c'è il pregiudizio psichiatrico:

Di 1° tipo: consiste nella convinzione che un'unica categoria di cause (biologiche, relazionali..) possa spiegare in modo soddisfacente i disturbi psichiatrici.

Di II tipo: consiste nella ipotesi della specificità eziopatogenetica, cioè l'ipotesi in base

alla quale a ogni tipo di disturbo corrisponde una certa causa: ad esempio la psicosi maniaco depressiva (sbalzi dell'umore dalla depressione all'euforia) collegata ad alterazioni neurobiologiche (della catecolamine cerebrali), mentre ad es. la tossicodipendenza collegata a fattori sociali o relazionali.

Ormai i dati della letteratura tendono a mostrare che il disturbo psichiatrico ha una causa multifattoriale (un po' come le coronaropatie, in cui si ha predisposizione, ma conta anche l'alimentazione, lo stile di vita, lo stress...).

Comunque questo pregiudizio porta a trattare il disturbo in modo univoco: o solo farmaci o solo psicoterapia e dunque un trattamento parziale.

ATTIVITA' PSICHIATRIZZANTE delle prestazioni sanitarie non psichiatriche.

Ci si riferisce alla medicina di base, medicina ospedaliera, geriatria, pediatria, medicina scolastica, che possono, con una gestione inadeguata della sofferenza psicologica, avviarla su percorsi di aggravamento e cronicizzazione.

Una sottolineatura sulla medicina di base: la medicina di base (il medico curante), specie nella fase di esordio, è fondamentale nel fornire un riconoscimento e un indirizzo di trattamento adeguato. Con la diagnosi generica di "esaurimento nervoso", o con la prescrizione di psicofarmaci protratta (vedi ansiolitici e oggi anche antidepressivi di ultima generazione), si può, anche se si riducono momentaneamente i sintomi, cronicizzare lo stato di sofferenza sottostante, cristallizzando una falsa percezione del disturbo.

In conclusione, non va sottovalutata la Prevenzione.

LA PREVENZIONE PRIMARIA, che prevede la modifica dei fattori che possono essere parzialmente la causa di ogni tipo di disadattamento e disturbo, e dunque l'importanza dalla educazione scolastica, sessuale, civica, alla lotta contro la povertà, la disoccupazione, con adeguati interventi di politica sociale.

LA PREVENZIONE SECONDARIA, che consiste nella diagnosi, presa in carico e trattamento tempestivo e adeguato.

LA PREVENZIONE TERZIARIA, che riguarda un momento successivo del percorso, ma viene citata qui e comporta la lotta agli esiti delle malattie psichiche con programmi di risocializzazione e riabilitazione. Questo per il recupero di chi abbia attraversato o superato in parte uno stato di disturbo psichiatrico. Sono importanti programmi contro l'eccessiva ospedalizzazione, contro il rifiuto e l'isolamento sociale; a questo proposito va evidenziato in questi anni un grosso problema, che paradossalmente era per certi versi meno presente nel tempo dei manicomi e che aggiunge sofferenza alla sofferenza: la solitudine dei pazienti e su questa molto può fare il volontariato.

Il nostro Servizio ha da anni un rapporto consolidato con il volontariato con corsi di formazione e supervisione, volontariato che i volontari stessi chiamano non del fare, ma dell'essere, volontariato che abbiamo chiamato **IL PONTE DALL'ISOLA ALLA CITTA'**.

E infine sono importanti programmi e riflessioni contro la nuova cronicità, contro il tenere "a bagno maria" i pazienti nelle comunità senza prospettive e progetti. E anche questo comporta aspetti tecnici, ma anche politiche sociali e di cittadinanza attente e rispettose delle differenze.

ATTO II - LA RICERCA DI SOLUZIONI

ovvero: La famiglia aiutata

(voce fuori campo):

La famiglia ha colto la gravità della situazione, sceglie di uscire all'esterno con la propria sofferenza, inizia a cercare soluzioni, ma deve scegliere come e con chi intervenire, spesso inizia un doloroso calvario, prima di trovare un aiuto.

(voce famiglia):

QUALI SOLUZIONI:

Ricovero? Cure private? Sfiducia nell'intervento pubblico? Si ascoltano i consigli in più direzioni, lo stesso paziente vorrebbe soluzioni esclusive.

INCONTRO COL SERVIZIO:

Dopo un ricovero, può nascere la fiducia in un terapeuta e quindi nel servizio.

FIDUCIA:

La cura porta subito un miglioramento, e poi la possibile ricaduta può creare un senso di panico e sfiducia; troppa lentezza nel procedere verso la guarigione.

INCOMPRESIONE:

I terapeuti ti parlano e tu non capisci il loro linguaggio o ti sembra inadeguato il loro intervento che dovrebbe essere "miracoloso".

RICHIESTA DI CAMBIAMENTO:

Il malato è mio figlio, perché io devo cambiare qualcosa?

SFIDUCIA E CAMBIO DEL TERAPEUTA:

È un po' che si cura e le cose non cambiano, forse l'intervento è inappropriato... proviamo ad andare da un altro; in genere è la famiglia che decide di cambiare il terapeuta.

RICHIESTA DI AIUTO:

Anche noi stiamo male, fate qualcosa anche per noi.

(voce fuori campo):

Finalmente inizia un percorso terapeutico che continua e inizia la speranza.

In questa fase entra sulla scena direttamente il Servizio di Salute Mentale. Arrivano al Servizio talora famiglie alle prime prese con l'insorgenza del disturbo, spesso famiglie che hanno alle spalle un percorso datato di tentativi di soluzioni diverse, dallo specialista privato, alla medicina alternativa, al ricorso a maghi e maghetti. Sono famiglie sofferenti, disorientate, confuse, sfiduciate, incattivite da continui fallimenti, tentativi che le hanno depauperate in termini emozionali ed economici. Arrivano al Servizio anche famiglie che sono vissute per tanto tempo nell'isolamento, nel tentativo di risolvere da sole le questioni, di nascondere quella che sentono come colpa e vergogna.

(voce psichiatria - commento)

Allora il lavoro terapeutico non può eludere queste premesse.

È necessario un nuovo modo di lavorare, un intervento che, oltre al rapporto del terapeuta con il singolo paziente, includa un rapporto con la famiglia come protagonista essenziale del progetto terapeutico.

E questo non è un fatto così scontato nell'operatività della Psichiatria e lo dico con grande rispetto, convinta che nella maggior parte dei Servizi si faccia tutto il possibile. E anche se siamo ancora lontani dalla realizzazione, è oggi patrimonio comune della cultura dei Servizi la necessità del lavoro con le famiglie.

Ora, dopo anni di esperienza di lavoro con le famiglie, questo modo di lavorare (includere subito la famiglia nel progetto terapeutico, come protagonista essenziale), nella nostra operatività, si è andato rafforzando per la straordinaria possibilità terapeutica che possiede.

Cosa intendo per Lavorare con le Famiglie ?

1. Riconoscere la sofferenza, non solo del paziente, ma di tutto il nucleo familiare e su questa intervenire.

2. L'obbiettivo del lavoro è arrivare a costruire insieme con paziente e famiglia una dimensione esistenziale con la minor sofferenza per tutti.

Ma le cose non sono così semplici, perché spesso la famiglia è talmente rinchiusa nel proprio dolore che non vuole farsi coinvolgere: "il problema" dice "è lui/lei...". E allora allargare i confini dell'intervento alla famiglia, è difficile, talora richiede anni. E poi lavorare con la famiglia richiede più tempo che lavorare con il singolo paziente, anche se i risultati sono ben diversi.

Se penso alla mia esperienza personale, io non entro nelle famiglie da sola, ma con un collaboratore (infermiere, volontario..).

AVVICINARSI ALLA FAMIGLIA

LA DANZA

IL CAMBIAMENTO

Desideriamo ripercorrerli e raccontarli così.

L'AVVICINARSI ALLA FAMIGLIA

Ci viene in mente, permetteteci l'accostamento, la favola del Piccolo Principe di Saint – Exupèry quando il piccolo principe venuto da un altro pianeta sulla terra incontra la volpe. Ed è la volpe che gli insegna come avvicinarla.

Gli dice: "Avvicinarsi vuol dire creare dei legami, vuol dire che noi avremo bisogno l'uno dell'altro, per favore addomesticami" dice la volpe.

" Che bisogna fare? " domanda il piccolo principe.

" Bisogna essere molto pazienti " risponde la volpe;

" In principio tu ti siederai un po' lontano da me, nell'erba; io ti guarderò con la coda dell'occhio e tu non dirai nulla e ogni giorno tu potrai sederti un po' più vicino. Sarebbe meglio tornare tutti i giorni alla stessa ora"

Dunque questo insegna:

la pazienza

la costanza

la tenacia

la precisione negli incontri

e piano, piano ad avvicinarsi un po' di più alla famiglia.

Altro momento: la danza.

LA DANZA

Quando la famiglia si fida di noi ed è certa che noi rispetteremo la sua storia, i suoi miti,

i suoi progetti, allora ci apre la porta, entriamo e inizia la danza.

La danza è l'arte di associarsi alla famiglia, sperimentare la realtà come la sperimentano i suoi componenti e condurla intorno alle zone e ai problemi che la fanno soffrire.

Non è possibile evitare le questioni difficili;

“Che cosa possiamo fare?” ci chiedono. Non è la domanda giusta. La questione è come, rispetto al problema, sentirsi diversi ed essere diversi, cioè affrontare il problema in un modo diverso da quello con cui lo si è affrontato sinora.

Non dobbiamo privare la famiglia dell'ansia, ma trasformare quest'ansia in qualcosa di produttivo.

Dobbiamo aiutarla a sopportare quegli sforzi che implicano rischio e intensità e non scegliere la sedazione, la rinuncia. La nostra spontaneità è importante, possiamo muoverci, reagire, arrabbiarci, come uno strumento musicale che fa improvvisazioni, ma dentro la struttura armonica.

E così danzando, la famiglia ci porta con sé; e noi la portiamo via di là, da quel luogo angusto in cui si trovava.

IL CAMBIAMENTO

Così la famiglia aiutata, comincia il viaggio verso il cambiamento

Quando i componenti della famiglia hanno iniziato il viaggio, sono loro che ci guidano al cambiamento.

E' sufficiente superare la paura di provare a cambiare, aiutare a raggiungere la libertà di cominciare.

Il cambiamento è crescita.

La crescita non è l'eliminazione dei sintomi; riguarda il processo evolutivo della famiglia, riguarda la capacità dei suoi componenti di essere autenticamente più personali l'uno con l'altro.

La crescita comincia quando la famiglia trova il coraggio di rischiare contatti più personali tra i suoi componenti.

Poi quando la famiglia cresce, c'è un senso di spontaneità e apertura; c'è la capacità di accettare la diversità senza panico e terrore; la capacità di affrontare i problemi con minor angoscia; la capacità di ridere di sé e con gli altri; la capacità di arrabbiarsi senza paura di perdere amore.

Vi è una sensazione di poter affrontare il problema.

Si iniziano ad intravedere delle luci e si inizia ad avvertire una certa liberazione rispetto all'isolamento e al senso di irrealtà finora provati.

Questi sono i tre momenti, poi alcuni viaggi continuano per tanto tempo, ma nasce la forza per affrontare insieme i momenti di crisi e cercare insieme di volta in volta le soluzioni.

Altri viaggi, per fortuna, finiscono e quando la famiglia ci saluta ci regala sempre un segreto che è poi il segreto che la volpe regala al piccolo principe quando se ne va.

“ Addio, dice la volpe al piccolo principe, ti regalo un segreto; non si vede che col cuore, l'essenziale è invisibile agli occhi “.

ATTO III - E ORA?

Ovvero: la famiglia alleata.

(voce psichiatria – commento)

Oggi, dalla 180, la Psichiatria, soprattutto territoriale, ha sviluppato un ricco patrimonio

culturale ed operativo per affrontare la malattia mentale in termini di terapia farmacologica, di psicoterapia, di terapia riabilitativa.

C'è ancora molto da fare, ma abbiamo la possibilità di lavorare bene.

Tuttavia, sono indispensabili alcune condizioni contestuali:

1. Adeguata organizzazione dei Dipartimenti di salute Mentale, con le necessarie risorse di personale e risorse strutturali (Centro diurno, comunità, case appartamento...)

2. Formazione per gli operatori, tutti: psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, associazioni sociali, volontari. E due aspetti sottolineerei nella formazione:

a) formazione al lavoro di équipe, perché per lavorare bene è necessario il lavoro di squadra.

b) formare il singolo operatore al prendersi cura: deve sapere e imparare che qualunque sia il suo ruolo, prendersi cura della persona significa necessariamente mettersi in gioco e rischiare, perché prendersi cura, come educare, prevede una relazione e un legame affettivo. E l'operatore che evita il mettersi in gioco, diventa solo agente di controllo sociale.

Ora la situazione è molto difficile. Ci sono tagli della Sanità e la Psichiatria è sempre stata la Cenerentola della Sanità.

E certo solleva e dà gioia la gratitudine di tanti pazienti e famiglie e le tante cose che si imparano da loro, ma stanca il lavoro con mancanza di personale, mancanza di strutture, turnover continuo dei medici, carico eccessivo di lavoro, troppi pazienti, troppe famiglie, troppo pochi supporti da dare a loro.

(voce famiglia):

Lo sappiamo, ma anche noi siamo stanchi dell'eccessivo carico familiare emotivo ed economico, di promesse non mantenute, di scarso aiuto per i famigliari, delle speranze andate deluse, delle omissioni, dei ritardi, dell'indifferenza.

(voce fuori campo):

E allora cosa possiamo fare?

(voce psichiatria):

Vedo un'unica strada che può aiutarci in questo momento così difficile, per continuare un percorso che sia evolutivo.

E' la strada dell'alleanza:

Un patto sociale leale, profondo e solidale di alleanza: famiglie, Servizi, volontari, associazioni, cooperative, per costruire un coro di voci unite forte e chiaro: affinché i Progetti Obiettivo Tutela Salute Mentale e le Leggi vengano attuati e realizzati.

Affinché tutti, legislatori, tecnici ed amministratori facciano il loro dovere in modo onesto e rispettoso.

Perché investire sulla Salute Mentale significa investire sul progresso della civiltà esattamente come investire sulla giustizia e sulla pace.

BIBLIOGRAFIA

La Bottega della Psichiatria

A cura di Antonio Maria Ferro
Giovanni Jervis

Bollati Boringhieri 1999

I Servizi psichiatrici nella Sanità riformata

A cura di Pier Luigi Scapicchio
Marco Trabucchi

Il Mulino 1999

Questioni attuali in Psichiatria

A cura di V. Pastore
G. Bondi
M. Formichini

Del Cerro 1992

Il piccolo Principe

Antoine de Saint – Exupéry

LA SCOMPARSA DEL CANTO
Famiglia e società di fronte ai disturbi depressivi

7 novembre 2001

Relatrice:

Dott.ssa Antonella Martinetto
Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile A.S.L. 1 (Torino)

Dott.ssa Antonella Martinetto

Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile A.S.L. 1 (Torino)

Ognuno di noi sa cosa significano tristezza, malinconia o demoralizzazione perché in qualche momento della nostra vita abbiamo provato, per varie ragioni, queste emozioni. Gli eventi di separazione, di perdita o di lutto che capitano nella vita di ogni persona sono la causa principale di queste emozioni e sensazioni dolorose. Non solo, a volte una persona può sentirsi “giù di morale” o triste o avvilita senza una particolare ragione. Come fare allora a capire se questa è una condizione normale di un periodo della vita oppure una condizione patologica che va curata?

La risposta a questa domanda è importante perché il riconoscere una depressione-malattia ai suoi inizi permette una diagnosi ed una terapia precoci, risparmiando molte sofferenze al depresso ed ai suoi famigliari.

I criteri che possono servire da guida sono tre.

Il primo è cercare di comprendere la causa della depressione; cioè se la depressione non è legata in modo comprensibile ad una causa che possa spiegarla, è possibile che si tratti di una condizione con un significato patologico (ad es. la depressione che segue un lutto è normale, mentre quella di una madre durante l'allattamento di un figlio desiderato in genere non lo è più).

Questo criterio però non basta, è necessario che esistano le altre due condizioni.

Secondo criterio è la durata della depressione; infatti, anche se vi è un motivo comprensibile per una depressione, se questa si prolunga per un periodo di tempo eccessivo è probabile che si sia prodotta una condizione morbosa. Naturalmente è difficile stabilire l'intervento di tempo al di là del quale una depressione può assumere il carattere di patologia perché il termine della reazione “normale” è in rapporto con la gravità dell'evento accaduto.

Terzo criterio è la gravità della depressione; infatti, quanto più una condizione depressiva ostacola e rende difficile lo svolgimento delle attività abituali, tanto più è probabile che possa essere considerata come patologica.

I disturbi depressivi sono oggi i più diffusi tra i disturbi psichiatrici, possono assumere vari aspetti e diversi livelli di gravità, possono presentarsi a tutte le età della vita e, in ogni caso, sono fonte di disagio e di sofferenza profonda sia per i malati che per i loro famigliari.

Questa sofferenza ha un carattere molto particolare, e si differenzia da quella generata dai disturbi e dalle malattie di carattere fisico. Il depresso, infatti, cambia la sua visione del mondo, perde la capacità di combattere e di reagire, perde interessi e piacere per la vita, si distacca dal mondo degli affetti, abbandona ogni fiducia e speranza, arrivando talvolta a desiderare la morte.

Quando il depresso arriva dal medico a chiedere aiuto è pieno di dubbi e di perplessità. Egli, infatti, non capisce cosa gli stia accadendo, non capisce perché sia avvenuto questo cambiamento nel suo modo di essere e di sentire. In fondo ha il dubbio che sotto a questi sintomi si nasconde una malattia fisica, perché non concepisce che la “sua” mente possa ammalarsi.

Perché la depressione cos'è? una malattia del cervello o un problema psicologico? Da sempre in medicina lo studio delle malattie si è basato sull'individuazione delle cause e sulla ricerca dei rimedi specifici per combatterle. Questo è relativamente facile per or-

gani quali il cuore e il polmone che possono essere studiati direttamente. Non lo è altrettanto per il cervello.

In psichiatria si è sempre discusso sull'origine delle malattie. I modelli che da sempre si sono contrapposti sono quello "biologico", derivato dalla tradizione medica e neurologica, secondo cui il comportamento, i pensieri e le emozioni sono determinati da strutture cerebrali e dalla loro modalità di funzionare (ruolo dei vari neurotrasmettitori), e il modello "psicologico" che si riferisce più a fattori introspettivi e di sviluppo soggettivo per cui ciò che determina il nostro comportamento, i nostri pensieri e le nostre emozioni sono fattori psicologici, legati all'apprendimento da figure significative, alle interazioni sociali e alle elaborazioni soggettive delle esperienze.

I vari specialisti, a seconda del periodo storico, si sono schierati a favore dell'una o dell'altra teoria ma, aumentando le conoscenze sia in ambito biologico che in quello psicologico, è diventato evidente che questi due fattori interagiscono continuamente tra loro. Qualsiasi fenomeno psichico, infatti, induce modificazioni biologiche rilevabili a livello cerebrale, così come modificazioni della struttura o delle funzioni del cervello inducono modificazioni psicologiche. Perciò chiedersi se la depressione sia una malattia del cervello o psicologica è un falso problema, in quanto i fattori biologici e quelli psicologici sono due aspetti di uno stesso fenomeno in cui uno può essere causa dell'altro e viceversa. Per una maggiore comprensione del paziente e della sua malattia è perciò indispensabile considerare entrambi le cause.

Prima abbiamo parlato della sofferenza del depresso, ma quali sono i sintomi della depressione?

La depressione può presentarsi con vari sintomi diversamente combinati fra loro. I sintomi principali sono la tristezza, il senso di abbattimento e l'incapacità di provare emozioni piacevoli. A questi in genere si associano la perdita dell'interesse per le attività abituali e l'incapacità a prendere qualsiasi iniziativa o decisione, tutto sembra problematico o non risolvibile e progressivamente si sviluppa un senso di incapacità e di inadeguatezza. Il depresso in genere si sente in colpa perché non riesce più a svolgere i propri compiti, spesso interrompe le attività abituali e se continua ad occuparsene afferma di non riuscire più a farlo come quando stava bene o di farlo con estrema fatica. Il paziente lamenta, infatti, riduzione della propria energia fisica, difficoltà nel pensare, nel concentrarsi. E' distaccato da ciò che lo circonda e sembra indifferente anche di fronte a situazioni o eventi che normalmente gli davano gioia; questa indifferenza è solo apparente ed è causa di sofferenza per il fatto di non riuscire più a provare emozioni e sentimenti.

Ad una osservazione esterna il depresso può apparire affaticato, mostrare un rallentamento di tutti i movimenti, il viso è triste, difficilmente cambia espressione, i colloqui spontanei diventano rari e, se gli vengono rivolte delle domande dirette, risponde brevemente.

Le abitudini alimentari diventano irregolari, il paziente mangia poco o solo particolari tipi di alimenti e non rispetta i pasti principali.

Anche il sonno presenta delle alterazioni. In genere il depresso dorme meno e si sveglia molto presto (insonnia terminale), altre volte ha difficoltà ad addormentarsi (insonnia iniziale) o ha frequenti risvegli durante la notte.

Spesso alla sintomatologia depressiva si accompagna l'ansia oppure l'ansia può rappresentare il sintomo dominante e mascherare il quadro depressivo.

Come si manifesta l'ansia? L'ansia può manifestarsi sia con sintomi psichici che con sintomi somatici.

I sintomi psichici sono caratterizzati da sensazioni di pericolo o di minaccia che danno

luogo a preoccupazioni immotivate riguardo a ogni settore della propria vita: preoccupazioni per la salute, per il futuro, per il lavoro o le persone care, che determinano uno stadio di continua apprensione. Talvolta si associano difficoltà di concentrazione, senso di testa vuota o di confusione.

I sintomi somatici possono coinvolgere ogni sistema o apparato. Quelli più frequenti sono i cosiddetti “sintomi neurovegetativi” quali sudorazione, sensazione di caldo o di freddo, bocca secca, senso di vertigine o di sbandamento. Spesso si manifestano sintomi cardiovascolari con tachicardia, palpitazioni, dolore al torace, variazioni dei valori pressori, oppure possono essere presenti disturbi respiratori con improvvise sensazioni di soffocamento o di mancanza di respiro.

Oltre alle differenze individuali i sintomi variano anche a seconda dell'età di insorgenza: infatti la depressione può manifestarsi a qualsiasi età dal bambino all'anziano.

Anche se si è a lungo discusso sulla reale esistenza dei disturbi depressivi nell'età infantile, sembra che un bambino abbia una probabilità di ammalarsi di circa l'1-2%.

Le manifestazioni più frequenti, oltre al pianto, sono la riduzione dell'interesse per il gioco, la tendenza all'isolamento dai compagni di scuola e la difficoltà nel rendimento scolastico. Talvolta è presente anche irritazione, aggressività e disturbi della condotta a scuola. Raramente un bambino lamenta tristezza o senso di incapacità, mentre presenta spesso riduzione dell'appetito, dimagrimento e disturbi del sonno.

Teniamo presente due aspetti che hanno a che fare con la particolare condizione del bambino: in primo luogo il bambino è immerso in un contesto fatto da adulti (genitori, maestri) che rappresentano le sue figure di riferimento. Quindi qualsiasi disturbo psichico è condizionato nella sua espressione dal contesto familiare o scolastico. Secondo aspetto è che il bambino è un individuo in “continuo cambiamento”: questo rende particolarmente difficile distinguere i comportamenti “normali”, dovuti al continuo adattamento ai cambiamenti, da quelli “patologici” che possono rappresentare invece un blocco di questo processo di adattamento.

Considerando che la depressione del bambino non viene riferita direttamente, come invece avviene nell'adulto, è di fondamentale importanza che i genitori o gli insegnanti osservino attentamente i comportamenti e le manifestazioni del bambino e segnalino la situazione qualora abbiano dei dubbi sulla “normalità” del cambiamento in corso.

Nell'adolescente la sintomatologia depressiva classica resta spesso in secondo piano. Possono essere presenti, invece, condotte o sintomi che ci possono solo far sospettare una sindrome depressiva. Ad es. disturbi del comportamento (assenze ingiustificate, fughe, ...), stanchezza, noia, nervosismo, tossicomania, tendenza ad attirare l'attenzione anche con passaggi all'atto, disturbi del sonno, anoressia.

Nelle fasce di età più avanzate la depressione, soprattutto in fase iniziale, può essere caratterizzata da sintomi fisici che possono trarre in inganno sulla reale natura del disturbo, inoltre questi disturbi fisici si accompagnano alla logica paura di essere affetto da una grave malattia. In questi casi quasi mai la visita del medico e gli esami diagnostici negativi hanno un effetto rassicurante, e il paziente appare sempre più convinto di essere affetto da un male incurabile. Questo sintomo si chiama ipocondria e con il rallentamento motorio, il senso di incapacità e di colpa, l'ansia e i disturbi del sonno, caratterizza la sindrome depressiva dell'anziano.

I quadri sintomatologici sono soggetti, come abbiamo visto, a molteplici variabili.

Allora quanti tipi di depressione esistono?

I manuali di psichiatria riportano un lungo elenco di forme cliniche. Teniamo presente che i tipi di depressione più frequenti sono fondamentalmente due: l'Episodio depressivo maggiore e la Distimia.

L'episodio depressivo maggiore è quello che in passato veniva chiamato "depressione endogena", in quanto non era possibile trovare un'apparente causa esterna. E' un disturbo depressivo caratterizzato da sintomi depressivi di una certa gravità che durano per un certo periodo di tempo; il termine episodio indica, infatti, che i sintomi hanno un inizio, un periodo in cui si mantengono ed una progressiva risoluzione fino alla loro scomparsa. Un paziente che guarisce da un primo episodio con delle terapie specifiche, può ripresentare nel corso della vita episodi successivi con caratteristiche analoghe e senza apparenti cause. Questo tipo di depressione è scarsamente influenzata dagli eventi esterni sia positivi che negativi.

La distimia presenta sintomi depressivi meno gravi rispetto a quelli dell'episodio depressivo maggiore e con carattere di maggiore variabilità, ma più persistenti nel tempo (per la diagnosi sono richiesti almeno due anni). Nel corso di questo periodo si possono verificare dei miglioramenti con brevi periodi di benessere, così come si possono verificare cambiamenti d'umore nell'arco della giornata.

A differenza della precedente, questa forma di depressione risente spesso degli eventi esterni, per cui un fatto positivo può influenzare sensibilmente il decorso dei sintomi determinando stati di benessere transitori e al contrario eventi negativi possono far peggiorare il quadro clinico, vanificando i risultati della terapia.

La distimia è un disturbo depressivo che inizia abbastanza precocemente (20-30 anni), ha un inizio molto lento e un decorso generalmente lungo.

Un altro tipo di distinzione che viene fatta è tra depressione unipolari e bipolari. Quelle unipolari caratterizzano quei pazienti che nella loro vita hanno avuto vari episodi solo di tipo depressivo. Le depressioni bipolari si trovano in quei casi dove il decorso del disturbo è stato caratterizzato da episodi sia di depressione che di eccitamento maniacale.

Come si cura la depressione? Quale la terapia più indicata?

In genere, quando il medico prescrive una terapia farmacologica, il depresso si chiede come un farmaco possa togliere una sofferenza psichica e inoltre se questo potrà dargli effettivamente dei giovamenti, o solo spiacevoli "effetti collaterali". Qualora accetti di assumere la terapia, in genere, si chiede perché questa non ha avuto effetto immediato, per quanto tempo dovrà assumerla e se diventerà "farmacodipendente".

Oggi sono disponibili in commercio numerosi farmaci, tutti considerati efficaci nella terapia della depressione.

Fino agli anni '50 la depressione veniva curata esclusivamente con l'elettroshock, quindi vennero scoperti gli antidepressivi triciclici che ancora oggi sono considerati importanti, nonostante possano procurare al paziente alcuni effetti collaterali spiacevoli (stipsi, secchezza delle fauci) e siano sconsigliati nei pazienti cardiopatici.

A partire dagli anni '80 sono stati introdotti in commercio gli SSRI, cioè gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina. Essi agiscono direttamente sulla serotonina che è il principale neurotrasmettitore implicato nella depressione.

Nonostante possano dare alcuni effetti indesiderati (nausea, sonnolenza), questi farmaci sono più maneggevoli e possono essere somministrati anche ai pazienti anziani.

Più recentemente sono stati introdotti gli SNRI, Inibitori della Ricaptazione di Serotonina e Noradrenalina, analoghi ai precedenti ma che agiscono sia sulla Serotonina che sulla Noradrenalina.

Il panorama dei farmaci antidepressivi è molto ampio e tutti gli strumenti disponibili sono efficaci e sicuri. Tocca allo specialista scegliere, tra tutte queste possibilità, la più adeguata al tipo di depressione in esame, in base anche alle caratteristiche individuali del paziente.

La psicoterapia può servire per curare la depressione?

La psicoterapia è certamente utile quando vi è motivo di ritenere che alla base della depressione vi siano problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con altre persone, reazioni eccessive a eventi o situazioni stressanti e, più in generale, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente. Sicuramente è molto utile in età infantile e in adolescenza dove i conflitti e i cambiamenti sono così frequenti e talvolta importanti da necessitare un supporto psicologico per affrontarli. A maggior ragione è utile nei ragazzi che presentano un “temperamento depressivo”, cioè che fin da piccoli tendono ad avere una visione pessimistica della vita, una bassa opinione di sé, a considerare ogni problema insuperabile e a reagire agli eventi stressanti con sentimenti e comportamenti di tipo depressivo.

Nel paziente anziano, invece, è più utile un sostegno terapeutico di una psicoterapia con ritmi fissi e programmati di sedute, primo perché l’anziano non ha spesso l’autonomia sufficiente, né la motivazione adeguata per seguire ritmi e regole di una terapia sistematica; inoltre perché è caratteristica dell’età avanzata, potenziata dalla condizione depressiva, quella di resistere e di rifiutare ogni novità e ogni richiesta di adattamento a nuove situazioni.

Secondo me, la psicoterapia potrebbe essere superflua negli Episodi depressivi maggiori e più in generale in tutti gli episodi depressivi che non paiono essere in rapporto ad eventi, situazioni o conflitti personali del paziente.

Non dimentichiamo che una psicoterapia, nei casi in cui è indicata, può essere associata con utilità per il paziente ad una farmacoterapia.

Queste sono solo alcune delle domande che si pongono i depressi e i loro famigliari, ma quanti altri interrogativi, dubbi essi hanno?

A volte questi dubbi sono espressi apertamente e viene chiesto al curante una risposta in grado di ridurre la loro ansia; altre volte i pazienti non riescono a parlare apertamente e rimangono così senza risposta.

Non sempre il medico riesce a comprendere quali siano i dubbi che assillano il depresso e i suoi famigliari, oppure dà per scontate le informazioni sulla malattia e sulla terapia che in realtà egli non possiede.

Talvolta le spiegazioni che lo specialista dà sono troppo tecniche, di conseguenza non sempre sono comprese correttamente dal malato che non riesce a chiedere chiarimenti; oppure, per banali ragioni di tempo, il medico non spiega in modo approfondito ed adeguato alla comprensione del paziente le possibili cause di malattia, la sua evoluzione, la possibilità di intervento terapeutico, i meccanismi con cui questi interventi agiscono e quali accorgimenti possono essere messi in atto per ridurre il livello di sofferenza e potenziare la possibilità di recupero e di guarigione .

Le risposte a questi dubbi dove vengono allora cercate? Sui giornali, sulle riviste, nelle trasmissioni radiofoniche o televisive, in Internet dove l’informazione viene spesso filtrata, distorta o data in modo incompleto, favorendo così l’insorgenza di nuovi dubbi, nuovi interrogativi e nuove paure che aumentano la sofferenza e l’incertezza del malato e della sua famiglia .

Una completa ed adeguata informazione è invece un fattore essenziale per rendere efficace al massimo qualunque intervento terapeutico.

**NON SO PIU' CHI SEI,
NON SO PIU' CHI SONO**
Famiglia e società di fronte ai disturbi schizofrenici

14 novembre 2001

Relatori:

Dott.ssa Paola Rocca

Psichiatra, Ricercatrice Dipartimento Neuroscienze Università degli
Studi di Torino

Prof. Donato Munno *

Psichiatra, Docente di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Medicina e
Chirurgia Università degli Studi di Novara

* ha collaborato Monero A.

Dott.ssa Paola Rocca

Psichiatra, Ricercatrice Dipartimento Neuroscienze Università degli Studi di Torino

Introduzione

La schizofrenia è un disturbo serio, invalidante, associato a una significativa morbilità e mortalità. Con il termine schizofrenia si intende un insieme di quadri clinici caratterizzati da una evoluzione cronica, deterioramento della personalità, sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, catatonìa, disorganizzazione del pensiero) almeno in alcune fasi del decorso. Poiché il disturbo ha esordio in età giovanile e ha un potenziale molto invalidante, rappresenta un alto costo sociale e uno dei maggiori impegni per i servizi psichiatrici e assistenziali. Il nucleo psicopatologico primario della schizofrenia è la scissione dei processi associativi, di conseguenza le funzioni psichiche operano indipendentemente (Spaltung) fino alla disintegrazione della vita mentale.

La psichiatria ottocentesca di Emil Kraepelin aveva definito “dementia praecox” la malattia mentale caratterizzata da due fondamentali elementi clinici: la precocità d’esordio e l’esito in demenza. Eugene Bleuler, introducendo il termine “schizofrenia”, capovolse l’impostazione che la cultura psichiatrica aveva sino a quel momento: da una classificazione essenzialmente nosologica, quale era quella kraepeliniana, Bleuler formulò una definizione essenzialmente psicopatologica. Nella sua monografia del 1911, Bleuler faceva notare che non tutti i pazienti avevano un esito in deterioramento e che l’età di inizio non poteva essere considerata un elemento specifico. L’intuizione bleuleriana fu quella di spostare l’attenzione dal piano dell’espressività clinica a quello psicopatologico: la scissione, la dissociazione, la “spaccatura” della vita mentale è il nucleo essenziale del processo schizofrenico.

La schizofrenia è la malattia mentale propriamente detta, è la rappresentante più profonda e totale della follia umana. Della vita psichica dello schizofrenico si può avere una conoscenza indiretta, ma non una effettiva comprensione poiché non si tratta di esperienze mentali affini o in continuità con quelle da noi tutti comunemente esperite: l’esperienza mentale schizofrenica comporta un salto di qualità che solo la malattia induce e che non è riproducibile o immaginabile in tutti i suoi aspetti.

Epidemiologia

La schizofrenia ha una distribuzione epidemiologica ubiquitaria nelle diverse aree geografiche e nei vari strati sociali. Anche la distribuzione tra i sessi non rivela differenze significative. Vengono riportati in letteratura valori di prevalenza (numero totale di casi in un dato momento) della schizofrenia tra 0,5 e 1,5%, e di incidenza (numero di nuovi casi annui) tra 0,009 e 0,09%. Il rischio di contrarre il disturbo nell’arco della vita è valutato intorno all’1% (in assenza di famigliari di I grado), ha un picco massimo tra i 15 ed i 45 anni e decresce poi progressivamente con l’età. E’ ovvio che la determinazione di tali valori risente sia dei criteri diagnostici impiegati che della modalità di raccolta dati. La diagnosi è stata effettuata con grande variabilità, secondo criteri più o meno restrittivi, fino a tempi recenti in cui è aumentata l’affidabilità diagnostica con il ricorso a criteri operativi (intervista strutturata standardizzata D.S.M. IV).

Fattori di rischio

Non essendo al momento conosciute le cause della schizofrenia, è più opportuno citare i fattori di rischio accertati per il disturbo. L’analisi di questi fattori suggerisce che la

malattia schizofrenica sia determinata da varie concause di tipo biologico, psicologico e sociale che agiscono in modo sinergico o per reciproco potenziamento. Il modello bio-psico-sociale ipotizza che determinanti di tipo biologico condizionano la reattività basale delle strutture encefaliche a eventi di altra natura quali gli eventi stressanti, le interazioni sociali e l'elaborazione intrapsichica dell'esperienza.

Gli studi di neuroimmagine hanno evidenziato alterazioni strutturali o funzionali a livello di alcune aree cerebrali (allargamento dei ventricoli, riduzione dell'ippocampo e del lobo temporale, alterato metabolismo a livello della corteccia prefrontale). Sulla base di questi dati, la schizofrenia è stata definita una sindrome neurocomportamentale riconducibile a un alterato sviluppo del Sistema Nervoso Centrale. Le teorie neuroevolutive ipotizzano che si verifichi una alterazione del normale programma di formazione delle sinapsi e della migrazione dei neuroni, nel corso della costituzione delle strutture cerebrali e delle loro connessioni durante il periodo prenatale e l'infanzia. Il circuito neuronale maggiormente coinvolto sembrerebbe essere quello cortico-talamo-cerebello-corticale.

Si considera fattore di rischio di una malattia quella caratteristica individuabile nel soggetto, o quella condizione esterna associata a un incremento del probabile sviluppo della malattia stessa. Tra i fattori citati l'ereditarietà è senz'altro uno dei più importanti. Per un soggetto che abbia un familiare di I grado con schizofrenia il rischio aumenta: infatti da un rischio pari all'1% che è quello della popolazione generale, si sale al 4-5% se si ha un genitore ammalato di schizofrenia, al 7-8% se si tratta di un fratello, fino al 30% se si tratta di entrambi i genitori. Le ipotesi più accreditate per spiegare questo fenomeno sono quelle poligeniche multifattoriali: i geni coinvolti sarebbero multipli e codificherebbero una vulnerabilità al disturbo su cui agiscono altri fattori eziologici di tipo ambientale. Anche l'età è considerata un fattore di rischio per la schizofrenia nel senso che la stragrande maggioranza dei casi del disturbo ha inizio tra i 15 ed i 45 anni con due picchi di incidenza che si correlano al genere: il picco più precoce è maschile (14 – 24 anni), il secondo è quello femminile (25 – 35 anni). Un altro fattore di rischio accertato è la stagionalità della nascita, in quanto nei soggetti nati nell'ultimo periodo della stagione invernale l'incidenza di schizofrenia è più elevata. Sembrano aumentare il rischio per la malattia anche lo stress materno in gravidanza (causato da gravi eventi psicosociali stressanti, quali eventi bellici o morte di un coniuge), complicanze ostetriche alla nascita del bambino e lo stress da separazione materna precoce.

Per quanto concerne la classe socioeconomica, molti studi recenti confermano la maggior prevalenza di schizofrenia nelle classi sociali più disagiate ma negano che l'incidenza del disturbo sia maggiore negli strati più bassi della popolazione. L'interpretazione più verosimile è pertanto quella della deriva sociale: il numero di nuovi casi potrebbe essere ugualmente distribuito tra tutte le classi sociali, ma la schizofrenia porta più frequentemente verso condizioni socioeconomiche più svantaggiate giustificando un maggior numero di malati negli strati più bassi della popolazione.

Quadro clinico

Le manifestazioni cliniche sono molteplici e mutevoli nel tempo. L'essenza della schizofrenia è rappresentata dalla dissociazione mentale, cioè la perdita dell'unità della vita psichica (scissione) e la frammentazione delle sue diverse componenti, intellettive, emotive e volitive. Da un punto di vista clinico-descrittivo, i sintomi schizofrenici possono venire divisi sulla base delle loro caratteristiche in:

- sintomi positivi;
- sintomi negativi;

- sintomi di tipo disorganizzato;
- sintomi catatonici.

Sintomi positivi

I sintomi positivi (deliri e allucinazioni) rappresentano un'abnorme e patologica produzione rispetto al normale funzionamento mentale.

Allucinazioni: sono delle percezioni patologiche in cui viene percepito un oggetto inesistente. Sono considerate una caratteristica importante della schizofrenia, specie in fase acuta e subacuta, più frequentemente uditive, ma anche visive, cenestesiche, tattili, gustative, olfattive, anche in combinazione. Le allucinazioni uditive consistono essenzialmente in voci, sussurrate o distinte, che si esprimono con parole, o frasi, e possono essere talora udite dalle diverse parti del corpo. Frequente è l'esperienza di voci dialoganti tra loro che si esprimono in maniera offensiva e denigratoria nei confronti del paziente. Caratteristiche delle psicosi schizofreniche, anche se meno frequenti delle allucinazioni uditive sono le allucinazioni somatiche che possono essere di tipo tattile (il paziente avverte sensazioni particolari sulla propria superficie corporea, quali lo strisciare di un serpente, l'essere accarezzato, toccato o percosso) o cenestesico-viscerali (sensazioni somatiche interne quali mani che stringono organi interni o animali che mordono). Possono essere anche presenti allucinazioni dello schema corporeo, in cui il paziente percepisce delle trasformazioni del proprio corpo, delle asimmetrie, degli spostamenti di parti. Le allucinazioni olfattive e gustative hanno spesso la caratteristica di sapori e odori sgradevoli.

Delirio: è un pensiero patologico, un'idea o una convinzione che non trae origine da alcun dato reale né da un'esperienza concreta e che ha le caratteristiche di un'intuizione propria (intuizione delirante) oppure di una erronea interpretazione di una percezione (percezione delirante). Un'altra caratteristica del delirio è che è un pensiero non criticabile da parte del paziente, la convinzione non recede di fronte ad alcun tipo di obiezione né di fronte ad alcun tentativo di ripensamento critico. Spesso, ma non necessariamente, i deliri sono caratterizzati da un contenuto anomalo, originale, incongruo o bizzarro. I deliri più caratteristici della schizofrenia esprimono una perdita del controllo sulla mente e sul corpo e sono generalmente considerati bizzarri (risultano chiaramente non plausibili e non comprensibili, e non derivano da esperienze comuni di vita). Questi includono il delirio di furto del pensiero (il paziente è convinto che i suoi pensieri siano stati portati via da certe forze esterne), i deliri di influenzamento o di controllo (il paziente è convinto che le sue percezioni, i suoi pensieri e le sue azioni siano agite o manipolate da certe forze esterne), i deliri di diffusione del pensiero (il paziente è convinto che i suoi pensieri si diffondano al di fuori di lui in modo che egli stesso o gli altri possano udarli) e i deliri di inserzione del pensiero (il paziente è convinto che pensieri estranei siano stati messi dentro la propria mente). Altre tematiche deliranti peculiari ma non esclusive delle psicosi schizofreniche sono quelle di persecuzione e di riferimento. Nei deliri di persecuzione la persona è convinta di essere tormentata, inseguita, ingannata, spiata o messa in ridicolo. Nei deliri di riferimento la persona è convinta che certi gesti, commenti, passi di libri, giornali, parole di canzoni, o altri spunti provenienti dall'ambiente siano diretti specificatamente a se stesso. Sono talora riscontrabili anche tematiche di grandezza (il paziente è convinto di avere poteri o capacità eccezionali) che possono assumere contenuti di tipo mistico-religioso (il paziente ha false convinzioni di natura religiosa), pseudoscientifico (il malato elabora teorie scientifiche false o prive di significato), genealogico (il paziente ritiene di essere strettamente imparentato con note e importanti personalità) o erotomanico (il paziente crede di essere amato e/o di attrarre

sessualmente un importante personaggio). I deliri somatici, in cui il paziente crede che il suo corpo sia cambiato o anormale, possono essere presenti, ma poco frequenti, così come i deliri meno tipici delle psicosi schizofreniche, quali il deliro di gelosia e di colpa.

Sintomi negativi

Nel corso della malattia schizofrenica possono comparire i cosiddetti sintomi negativi rappresentati dalla povertà d'eloquio (alogia), dall'appiattimento affettivo, dall'apatia, dall'assenza di volizione, dall'anedonia e dal ritiro sociale. Tali sintomi sono elementi indicativi di un impoverimento ideoaffettivo e motorio. Rappresentano sia la diretta conseguenza della disorganizzazione concettuale e dell'incoerenza affettiva propria dello schizofrenico che non consentono un buon funzionamento sociale, sia uno pseudocompenso comportamentale per contenere i vissuti di disintegrazione che un normale funzionamento relazionale indurrebbe.

Alogia: forma di impoverimento dell'eloquio con riduzione dell'espressione verbale spontanea, aumentata latenza di risposta alle domande e povertà dei contenuti dell'eloquio che tende ad essere breve ed essenziale.

Appiattimento affettivo: indifferenza emotiva all'ambiente circostante e scarsa reattività emotiva agli stimoli. L'anaffettività si evidenzia sia nella espressività verbale che in quella non verbale, con riduzione della mimica, della gestualità e della motilità spontanea che appaiono fisse, poco espressive.

Apatia-avolizione: riduzione dell'iniziativa, dell'interesse e stato di inattività per la maggior parte del tempo. Il paziente appare trascurato nell'igiene e nella cura di sé per assenza di iniziativa e di volontà.

Anedonia: diminuzione del piacere e interesse scarso o nullo per molti aspetti della vita, quali svaghi, attività ludiche o ricreative, sessualità, socializzazione.

Ritiro sociale: ridotta e coartata capacità di socializzazione.

Sintomi di tipo disorganizzato

I sintomi di tipo disorganizzato esprimono sia la perdita dei confini del sé che disturbi del pensiero e dell'affettività. Sono espressioni sintomatologiche di tipo disorganizzato i disturbi formali del pensiero, i comportamenti bizzarri e l'incongruità affettiva.

I disturbi formali del pensiero comprendono tutte le alterazioni dei nessi associativi (processi che regolano il succedersi delle idee). Il "deragliament" si manifesta con un discorso spontaneo in cui le idee passano da un tema all'altro correlato marginalmente o completamente non correlato con il primo. Per "tangenzialità" si intende invece il dare una risposta priva di senso ad una domanda. "L'incoerenza" consiste nell'esprimere un discorso essenzialmente incomprensibile. "L'illogicità" è quel tipo di pensiero in cui si giunge ad una conclusione attraverso un procedimento deduttivo non logico. La "circo-stanzialità" è un tipo di discorso inconclusivo, dispersivo, esitante nel venire al dunque. "L'assonanza" è un tipo di discorso in cui i suoni, piuttosto che le relazioni di significato, governano la scelta delle parole. I comportamenti bizzarri consistono in tutti quegli atteggiamenti o manifestazioni che appaiono non adeguati alla situazioni. Le bizzarrie possono coinvolgere l'aspetto fisico e l'abbigliamento, il comportamento sociale e quello sessuale. Anche le stereotipie (movimenti ripetitivi e senza finalità) rientrano tra questi sintomi.

Infine l'incongruità affettiva si manifesta come un palese e incomprensibile contrasto tra il vissuto emotivo e il pensiero del soggetto stesso. Si va da una generica fatuità nell'atteggiamento del soggetto, sino all'inappropriatezza delle reazioni emotive (ag-

gressività a seguito di una manifestazione affettuosa, risata incongrua in una situazione di dolore e tristezza).

Sintomi catatonici

I sintomi catatonici appartengono sia al corredo sintomatologico negativo sia a quello disorganizzato. Lo “stupor” catatonico consiste in uno stato di immobilità senza apparenti manifestazioni di vita psichica: il paziente può però assumere delle espressioni mimiche fatue ed è sempre osservabile uno sguardo vivace che entra in contatto visivo con l’interlocutore. La catalessia e la catatonia propriamente detta sono fenomeni che si possono osservare quando si tenta di spostare la posizione del corpo del paziente. Nella catalessia si ha una resistenza plastica ai movimenti passivi (flessibilità cerea); nella catatonia vi è uno stato di immobilità con assunzione di posture stravaganti che il paziente difende con rigidità muscolare qualora si tenti di modificarle. Il negativismo è un complesso comportamento di opposizione che il paziente schizofrenico può mettere in atto nei confronti di qualsiasi stimolo.

Decorso

L’età media di insorgenza per il primo episodio psicotico della schizofrenia si situa tra i 20 e i 25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne. L’esordio può essere brusco o insidioso, ma la maggioranza dei soggetti presenta un tipo di fase prodromica caratterizzata dallo sviluppo lento e graduale di una varietà di segni e di sintomi (ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola o nel lavoro, deterioramento nell’igiene e nell’ordine, comportamento inusuale, scoppi di rabbia). I famigliari possono trovare questo comportamento di difficile interpretazione, e presumere che la persona “stia attraversando una particolare fase”.

La maggior parte degli studi di decorso e di esito della schizofrenia indicano che il decorso può essere variabile, con certi soggetti che mostrano esacerbazioni e remissioni, mentre altri rimangono cronicamente ammalati. A causa della variabilità di definizione e di accertamento, un accurato sommario degli esiti a lungo termine della schizofrenia non è possibile. Alcuni soggetti sembrano avere un decorso relativamente stabile, mentre altri mostrano un progressivo peggioramento associato a grave disabilità. All’inizio della malattia i sintomi negativi possono essere rilevanti, apparendo primariamente come manifestazioni prodromiche. Successivamente, compaiono i sintomi positivi. Poiché questi sintomi positivi rispondono bene al trattamento, essi tipicamente si risolvono, mentre in molti soggetti persistono i sintomi negativi tra un’esacerbazione e l’altra. Vi sono dati che indicano che i sintomi negativi possono diventare stabilmente più rilevanti in certi soggetti durante il decorso della malattia. Numerosi studi hanno indicato un gruppo di fattori associati a una prognosi migliore. Questi comprendono: buon adattamento premorbo, esordio acuto, età di esordio più tardiva, assenza di anosognosia (scarsa consapevolezza), sesso femminile, presenza di fattori scatenanti, disturbi dell’umore associati, il trattamento con farmaci neurolettici subito dopo l’esordio della malattia, buona compliance al trattamento (cioè, il precoce e costante trattamento predice una migliore risposta ad un successivo trattamento con farmaci antipsicotici), breve durata dei sintomi della fase attiva, buon funzionamento intercritico, minimi sintomi residui, una storia familiare di disturbo dell’umore, e anamnesi familiare negativa per schizofrenia.

Terapia

La schizofrenia è una delle più gravi malattie psichiatriche ed è anche quella che pone maggiori problemi sul piano terapeutico anche se negli ultimi anni si sono resi disponibili numerosi strumenti di intervento. Il progetto terapeutico deve tenere conto di numerose variabili: caratteristiche della sintomatologia, fase del decorso, compliance del paziente (la ridotta o assente coscienza di malattia riduce l'adesione al trattamento terapeutico), affidabilità del nucleo familiare di riferimento, disponibilità di presidi terapeutici e di personale. Le strategie di intervento devono essere di conseguenza multiple e flessibili e più tipi di trattamento dovranno essere applicati contemporaneamente e in modo coordinato.

Nella terapia della schizofrenia vi sono comunque alcune linee guida generali che è opportuno tenere presente prima di iniziare qualunque tipo di intervento.

Una diagnosi corretta è la condizione base per qualunque terapia sia medica che psichiatrica, ma nel caso della schizofrenia essa può presentare a volte notevoli difficoltà dato il carattere sindromico del disturbo e la variabilità delle caratteristiche sia di stato che di decorso. Il medico, il paziente e i familiari devono avere la consapevolezza che la terapia della schizofrenia richiede in genere tempi lunghi di intervento. Di conseguenza la durata di un trattamento deve essere spesso prevista in termini di anni e talvolta può coprire tutta la vita del paziente. Il paziente schizofrenico, anche quando si è avuta una remissione della sintomatologia, resta infatti un soggetto "a rischio" per molto tempo e solo una terapia protratta e adattata continuamente in modo flessibile all'evoluzione del quadro clinico può permettere una prevenzione delle ricadute. La durata del trattamento, il rischio delle ricadute e il rischio di cronicizzazione possono essere minimizzati con il trattamento precoce.

Per un corretto trattamento è necessaria l'integrazione delle terapie farmacologiche con gli interventi di tipo riabilitativo, familiare e psicosociale. Di volta in volta possono essere scelti come forma prevalente o unica di trattamento o possono variamente associarsi in rapporto alle condizioni di stato e di decorso. Spesso infatti risultati migliori si ottengono attraverso strategie di intervento combinate e flessibili.

Farmacoterapia

Nella schizofrenia la terapia farmacologica è la terapia d'elezione.

La complessità della cura della schizofrenia è la sua multiforme manifestazione sintomatologica in funzione del decorso. In passato, la disponibilità di un'unica classe di farmaci non permetteva di adattare l'intervento al particolare stadio della malattia. Oggi questo è possibile in quanto nel giro di pochi anni sono entrati in commercio diversi nuovi farmaci, con profilo di azione farmacodinamica e clinica diversa dai farmaci della vecchia generazione con notevoli differenze di efficacia e di tollerabilità tra di loro.

I farmaci d'elezione e specifici per questi disturbi sono gli antipsicotici che si distinguono sostanzialmente in due categorie: i neurolettici classici e gli antipsicotici di nuova generazione. Tra i farmaci di nuova generazione ricordiamo il risperidone, l'olanzapina, la quetiapina e la clozapina che sono degli ottimi antipsicotici, di efficacia almeno pari ai neurolettici sui sintomi positivi e appaiono lievemente più attivi nel trattamento dei sintomi negativi. Rispetto alla tollerabilità questi nuovi antipsicotici sembrano molto meno sedativi, ed è decisamente più basso il rischio di comparsa di effetti indesiderati extrapiramidali e anticolinergici neuroendocrini.

I neurolettici vengono comunque ancora ampiamente utilizzati in quanto alcuni di essi sono sedativi e tale effetto può essere necessario sul piano terapeutico soprattutto in

acuto, nel trattamento dell'agitazione psicomotoria e dei comportamenti aggressivi e violenti; inoltre dei neurolettici esistono preparazioni long-acting (somministrazione intramuscolo 1 volta ogni 3-4 settimane) che sono estremamente utili nei trattamenti a lungo termine di pazienti con scarsa adesione alla terapia. Si rammenta che mentre l'efficacia dei neurolettici tradizionali sui sintomi positivi è molto buona, più scarsa è l'azione di controllo dei sintomi disorganizzati e, soprattutto, dei sintomi negativi che possono anche risultare aggravati.

Trattamenti socio-riabilitativi e terapie familiari

Si tratta di interventi da riservare alle fasi post-attive, subcroniche e croniche, oltre che agli stati difettuali o residui. La caratteristica comune è l'utilizzo di tecniche comunicative e/o di modificazione ambientale. L'intervento psicoterapeutico deve avere le caratteristiche essenziali di appoggio per il paziente e di rafforzamento delle parti integre della sua personalità, evitando interventi (ad es., di carattere interpretativo) suscettibili di aumentare il suo livello di ansia e la sua soglia di attivazione emozionale. Basandosi su un approccio pragmatico, lo psichiatra deve assistere empaticamente il paziente nella valutazione della realtà, nella elaborazione di nuove strategie comportamentali, nella risoluzione di problemi concreti, nella identificazione di fattori di stress e di sintomi prodromici di ricaduta. Le cosiddette terapie di insight (psicoanalisi e terapie a orientamento psicoanalitico) offrono scarsi risultati e possono talora provocare peggioramento in mani inesperte.

Le terapie familiari hanno oggi subito un netto ridimensionamento rispetto al recente passato, quando erano addirittura indicate per rimuovere i fattori eziologici. Attualmente vengono positivamente valutati interventi di consulenza familiare. Ai membri della famiglia vengono fornite delucidazioni relative alle caratteristiche del disturbo, alle modalità per favorire il progetto terapeutico a lungo termine mantenendo aspettative realistiche. Vengono inoltre impartite delle regole per ridurre l'emotività espressa, considerata fattore precipitante di ricadute, e vengono favoriti i contatti con le locali associazioni di familiari dei malati psichiatrici. Sono anche consigliabili, con alcune cautele, gruppi terapeutici, finalizzati al rinforzo dei comportamenti positivi, e tecniche tendenti a migliorare il livello di autonomia sociale per la vita in comunità. Le terapie ambientali, comunità e centri diurni, hanno acquisito grande rilievo, con particolare indicazione per i pazienti incapaci di vivere in famiglia o con specifici problemi relazionali o sociali. Il principio conduttore è di evitare strutture spersonalizzanti, autoritarie ed emarginanti, in favore di ambienti che stimolino la socializzazione e riducano la noia, minimizzino gli stress psicosociali, offrano esperienze di lavoro protetto. A questo proposito, appare necessario il coinvolgimento dei servizi sociali, con la messa a punto di attività lavorative semplici e ripetitive.

BIBLIOGRAFIA

- Elementi di Psichiatria*. 2000. Bogetto F., Maina G.
Psichiatria Psicodinamia. 1995. Gabbard G. O.
Manuale di Psichiatria. 1998. Cassano G.B.
La schizofrenia. 2000 (estratto da Trattato Italiano di Psichiatria). Cassano G.B. et al.
Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision. 2001. Andreoli A, Cassano G.B., Rossi R.

Prof. Donato Munno *

Psichiatra, Docente di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Novara

Introduzione

Ogni esperienza psicotica si sviluppa all'interno di contesti relazionali, interpersonali ed ambientali. Pertanto la psichiatria non può limitarsi a considerare soltanto la "malattia psichica", ma dovrebbe occuparsi dell'individuo nella sua interezza, tenendo conto della sua unicità, complessità, delle sue relazioni con gli altri e col mondo e del suo retroterra socio-culturale.

La psichiatria si fonda come "scienza dell'intersoggettività", abbattendo le barriere che separano l'io dal mondo, dando un senso ad esistenze ed esperienze psicotiche apparentemente insignificanti: "noi non comprendiamo nulla del delirio fino a quando di-
nanzi al paziente che delira ci comportiamo come soggetti disinteressati o [...] fino a
quando ci poniamo davanti a noi il paziente che delira come un oggetto" (Binswanger,
1957).

L'esperienza psicotica si sviluppa all'interno di una dialettica fra soggettività e alterità che si influenzano reciprocamente delineando, dunque, un disturbo relazionale. In questo contesto, le stesse esperienze deliranti ed allucinatorie diventano significative, se viste all'interno di una modalità di comunicazione distorta o compensativa. L'incomunicabilità è però solo apparente: i contenuti e le manifestazioni psicopatologiche riflettono la forte esigenza di comunicazione esperita dal paziente.

All'interno della relazione psicoterapeutica non si può prescindere dalla comprensione delle parti "sane" nel paziente e delle parti "malate" in noi.

Il dolore mentale e il dolore della famiglia

Il dolore mentale si esprime non solo come sentimento di afflizione, ma anche come incapacità di elaborare emozioni e vissuti che l'organizzazione psichica del soggetto non può tollerare: la mancanza di contenimento genera affetti che possono soltanto essere negati o proiettati verso lo spazio esterno o lo spazio interno corporeo psicosomatico. Tali meccanismi provocano un "dolore senza nome", che, unitamente all'incapacità di confrontarsi con la realtà, possono far cadere il soggetto nel mondo caotico delle psicosi, arrivando a provocare terrore, panico pre-psicotico, vissuto fusionale, venendo a mancare la capacità di percepirsi come distinto e separato dal mondo esterno.

L'identità dello psicotico può svanire nel nulla, caratterizzando una "perdita di senso del mondo" alla quale il paziente risponde attraverso la costruzione di un delirio che "protegge" il soggetto dal dolore mentale attenuando l'angoscia. Tale valenza difensiva che assume la costruzione delirante spesso genera dubbi da parte del terapeuta circa l'opportunità di intervenire. Il trattamento, infatti, può favorire l'instaurarsi, in sostituzione del delirio, di una depressione da svuotamento dell'io: il senso di "vuoto interiore", unitamente alla nostalgia per il "falso Sé psicotico", provocano una sensazione di spaesamento decisamente più intensa di quella esperita durante una crisi esistenziale.

Il contenimento del dolore mentale si attua attraverso meccanismi difensivi psicotico e/o depressivi che possono essere ritrovati nelle varie condizioni morbose, ma si esprimono in differenti modi. Assumono una valenza negativa, "insana", nel momento in cui comportano un diniego dalla realtà tale da determinare una scarsa adesione al trattamento.

* ha collaborato Monero A.

Le sensazioni provate dai famigliari di soggetti schizofrenici possono essere paragonate, per la loro intensità, al dolore per la morte di un figlio piccolo o al senso di perdita che può sperimentare il genitore di un figlio tossicomane: un dolore continuo, un lutto senza fine. Ciascuna storia familiare è diversa dalle altre perché unica è la patologia e unico è l'individuo che ne è affetto e peculiari sono le relazioni che si instaurano all'interno del contesto familiare di appartenenza.

La sintomatologia dello spettro schizofrenico, sia essa positiva o negativa, il deterioramento cognitivo che la accompagna, unitamente alla vergogna e all'umiliazione dovuti allo stigma sociale della malattia mentale causano intensa sofferenza nella famiglia. Non si può, inoltre, non considerare la prognosi sfavorevole della schizofrenia e l'eventualità, tutt'altro che rara, che i pazienti, o gli stessi genitori, mettano in atto propositi anticonservativi.

Tuttavia, una volta superata la fase acuta della malattia (che può durare anche diversi anni) subentra una fase di stabilità che consente ai famigliari di sviluppare un sentimento di accettazione che gradatamente sostituisce l'intensa angoscia, delusione, rabbia e disperazione provate fino a quel momento. Infatti, la malattia mentale quando cronicizza muta: la diagnosi e le terapie assumono un'importanza minore, mentre prevalgono gli aspetti comuni di vita, come se alla schizofrenia andasse stretta la cornice di sola "malattia".

Dinamiche relazionali intrafamiliari ed extrafamiliari

La famiglia può essere considerata come campo patogeno che si caratterizza in relazione ai diversi livelli di sviluppo dell'Io. Non è tanto un singolo trauma, una figura genitoriale in particolare, né tanto meno un singolo periodo di vita a causare lo svilupparsi della malattia, quanto il sistema familiare che facilita la perdita dell'autoidentità, dei legami fra sé e il mondo esterno. Una madre protettiva e simbiotica condiziona lo sviluppo di un bimbo iperadattato, passivo, docile che sembra vivere per soddisfare l'Io ideale dei genitori e che solo in seguito entrerà in conflitto con se stesso e con le figure parentali.

Gli studi e le osservazioni cliniche che si occupano delle complesse dinamiche interattive all'interno della famiglia dello psicotico hanno superato il riduzionismo psicanalitico (disgiungere il singolo dalle sue interazioni) ed il riduzionismo sistemico (disgiungere la famiglia come sistema dai suoi componenti) per decollare verso un pensiero multidimensionale che coniughi tra loro, pur mantenendole distinte, concezioni ritenute incompatibili.

La ricerca, infatti, da anni tende ad individuare uno schema generale dei processi interattivi psicotici nella famiglia, che siano intelleggibili, storicizzabili, che tengano conto sia degli individui che dei sistemi a cui appartengono come momenti autoregolantesi reciprocamente. A tale scopo, consci della semplificazione attuata, alcuni Autori hanno introdotto la metafora del gioco come artificio per organizzare e comprendere le relazioni della famiglia.

Una volta individuati i comportamenti significativi, questi vengono considerati "indizi di un gioco" che, raggruppati e scanditi in un processo, sfociano in un sintomo e nella sua cronicizzazione.

Ma pensare e capire un gioco non equivale sempre a saperlo interrompere, visto l'enorme vortice delle compromissioni e degli influenzamenti del processo familiare.

Quasi tutti i modelli teorici semplificanti non sono in grado di reggere la sfida dell'estrema complessità delle psicosi, per cui, per procedere nella conoscenza di tali organizzazioni, bisogna escogitare un metodo che consenta di far dialogare la molteplicità

cià con l'eterogeneità.

Neppure si deve credere che i "giochi" li abbiano solo le famiglie patologiche. Non giocare è impossibile, ogni famiglia organizza la propria interazione indipendentemente dalla consapevolezza dei singoli. Di fatto, il sintomo segnala un disagio relazionale insostenibile. La comprensione dei giochi psicotici si snoda in una dimensione temporale ricostruibile a posteriori attraverso una serie di fasi che vanno dallo stallo della coppia coniugale, all'invischiamento del figlio nel gioco della coppia, al comportamento sintomatico, fino all'esplosione della psicosi, che coinvolge dinamiche anche tra fratelli e con membri delle famiglie estese più difficilmente inseribili in un modello generale.

Percorsi clinici e terapeutici

Ciascun individuo che non abbia parenti di primo grado affetti da schizofrenia ha un rischio di ammalarsi dell'1%. Tale percentuale appare bassa, soprattutto in relazione al rischio di morbilità di altre patologie somatiche o psichiatriche, tuttavia l'esordio giovanile ed il carattere cronico della malattia, alterando sensibilmente la rete dei rapporti familiari e sociali, implicano un coinvolgimento di un numero di nuclei familiari sostanzialmente sovrapponibile a quello dei malati.

Il modello bio-psico-sociale è basato sull'ipotesi che determinanti di tipo biologico condizionino la reattività basale delle strutture encefaliche a eventi di altra natura quali gli eventi stressanti, le interazioni sociali e personali o l'elaborazione intrapsichica dell'esperienza.

I fattori di rischio si distinguono in:

- Fattori predisponenti (attivi durante il primo periodo di vita o per un lungo tempo):
 - Genetici: i geni coinvolti sarebbero multipli, localizzati in particolare a livello dei cromosomi 6, 11, 8 e 22
 - Complicanze perinatali: stress materno in gravidanza, complicanze ostetriche, stress da separazione materna precoce
 - Abuso di sostanze
- Fattori concomitanti:
 - Età: la maggior parte dei casi esordisce tra i 15 ed i 45 anni
 - Sesso: nel sesso maschile il picco d'esordio si colloca fra i 14 ed i 24 anni e la prognosi è meno favorevole; nel sesso femminile fra i 25 ed i 35 anni con prognosi migliore
 - Razza: non vi sono differenze rilevanti in termini di incidenza e prevalenza, tuttavia alcune aree (es. Irlanda e Croazia) hanno un tasso di morbilità inspiegabilmente elevato
 - Classe sociale: la malattia ha maggiore incidenza nelle classi sociali più basse, ma non è chiaro se si tratti in realtà di una conseguenza della malattia più che di una causa (deriva sociale)
- Fattori precipitanti (accadono immediatamente prima dell'esordio):
 - Eventi di vita stressanti
 - Condizioni legate allo sviluppo.

Le situazioni nelle quali viene di solito richiesto l'intervento dello psichiatra sono:

- la famiglia richiede l'intervento dello specialista in seguito a manifestazioni sintomatologiche evidenti (deliri e allucinazioni) della patologia ("paziente designato"); si tratta dell'evenienza più comune;
- il giudizio clinico può essere richiesto prima dell'esordio, periodo in cui sono co-

muni situazioni che vanno da un generico “non c’è nulla di preciso che non va e tuttavia le cose non vanno così come dovrebbero andare”, fino a stranezze comportamentali o quadri di depressione pre-psicotica;

- la terza evenienza è un conflitto aperto nel quale i comportamenti antisociali dell’adolescente determinano reazioni di panico nei genitori; lo psichiatra si trova davanti una famiglia nella quale ciascun membro attribuisce agli altri le cause del disagio;
- l’intervento viene richiesto all’interno di una “istituzione” (reparto, carcere, comunità).

L’intervento del terapeuta sarà certamente influenzato dal suo modello teorico di riferimento (modello medico, psicoanalitico, sistemico, ecc.).

L’intervento psicoterapico varia a seconda della condizione patogenetica.

I dati riportati in letteratura relativi al trattamento della schizofrenia indicano che:

- l’approccio maggiormente efficace è quello che combina la psicoterapia con la prescrizione psicofarmacologica e gli interventi di riabilitazione
- i neurolettici sono positivi al 50-75%
- non è indicata una psicoterapia psicodinamica
- le tecniche di tipo cognitivo sono raramente positive
- una terapia supportiva risulta essere di grande utilità
- gli interventi sulla famiglia riducono il rischio di ricadute

Nonostante la buona efficacia degli interventi psicofarmacologici, alcuni pazienti vengono annoverati fra i non responders. È importante tenere presente che un individuo può essere definito non responder solo se non si evidenziano differenze nella sua condizione quando è in terapia e quando non lo è.

È quanto mai necessario identificare meglio le combinazioni di trattamenti più vantaggiose per i pazienti, valutare l’utilità dei servizi psicologici sui tassi di ricaduta e prendere in esame con maggior attenzione gli interventi riabilitativi, cardini fondamentali della terapia.

L’attenzione sull’aspetto della riabilitazione è giustificata dall’invalidità a lungo termine che la malattia comporta, rendendo indispensabile il raggiungimento di obiettivi quali incremento dell’autonomia, dell’adattamento sociale, fino al semplice soddisfacimento delle basilari necessità umane.

L’èquipe aiuta il paziente ad organizzare la sua vita soprattutto intorno ai problemi pratici legati agli obiettivi terapeutici.

Le famiglie sono passate, negli ultimi 20 anni, dall’essere considerate come parte del problema ad essere attivamente integrate nell’èquipe di trattamento come parte della soluzione.

Bibliografia

- Andreasen, N.C. (1998) *Schizofrenia. Dalla mente alle molecole*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Benedetti, G., Corsi Piacentini, T., D’Alfonso, L., Elia, C., Medri, G., Saviotti, M. (1979) *Paziente e analista nella terapia delle psicosi. Dalla non esistenza all’incontro terapeutico*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Bogetto, F., Maina, G. (2001) *Elementi di psichiatria*, Minerva Medica, Torino.
- Cancrini, L., Ciani, N. (1969) *Schizofrenia. Dalla personalità alla malattia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cassano, G.B. et al. (1999) *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Roth, A., Fonagy, P. (1997) *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

ABULIA e ONNIPOTENZA
Famiglia e società di fronte ai disturbi bipolari

21 novembre 2001

Relatori:

Dott. Paolo Arnaud
Responsabile del Centro di Salute Mentale A.S.L. 8 (Nichelino)

Dott.ssa Beatrice Paterlino
Psicologa e Psicoterapeuta

Dott. Paolo Arnaud

Responsabile del Centro di Salute Mentale A.S.L. 8 (Nichelino)

UMORE: tonalità di base dell'affettività, caratteristica costante della personalità, relativamente indipendente dalle situazioni e dagli stimoli ambientali (umore di fondo).

STATO DELL'UMORE: varia per lo stesso soggetto di momento in momento in base all'equilibrio somato-biologico (circostanze, fatti, malattie ecc.). (1)

Parlare dell'umore è in realtà parlare di un qualcosa che sottende e partecipa la nostra vita; per esser più chiari ciascuno di noi vive nel mondo con altre persone, stabilisce con queste rapporti o legami, vive o subisce circostanze più o meno favorevoli, vive la propria salute o malattia. Tutto ciò si riverbera nel nostro modo di essere, di sentirci, diviene il nostro umore.

Ciascuno di noi è una persona singola, non replicabile, ciò che concerne la nostra personalità è l'umore di fondo, che può essere legato sia a componenti biologiche (genetiche) che situazionali (famiglia, il trovarsi in un mondo dove "le regole sono già stabilite ecc."); il nostro reagire alle circostanze crea uno stato d'animo che a questo si sovrappone e che lo riverbera, lo stato dell'umore, che in ogni caso è sempre nelle sue manifestazioni legato alla nostra personalità.

Potremmo ancora definire l'umore come il "come viviamo" la nostra vita dagli accadimenti più comuni a quelli più importanti, l'umore insomma è ben diverso dalla "ragione" che per sua natura è fredda e lucida, anzi spesso l'influenza e la travalica.

Anche il tempo "cambia" a seconda dell'umore; lo scorrere delle lancette sul quadrante dell'orologio non è uguale per tutti; intendiamoci, nel tempo matematico ore, minuti, secondi sono matematicamente identici, è il "come li viviamo" che cambia radicalmente il problema: allora un'ora può per noi esser lunghissima o terribilmente breve. Questa è un'esperienza che ciascuno di noi ha sicuramente provato.

Lo stesso dicasi per la rievocazione dei ricordi. C'è sempre un qualcosa, un certo "sale" che fa sì che ricordare non sia un mero riemergere "fotografico", ma rimandi a moti del nostro animo, alla nostra storia.

L'umore fa quindi parte della nostra vita (anche quando dormiamo, i sogni hanno sempre contenuto affettivo), è inscindibile da noi; va da sé che quando la malattia irrompe in un'esistenza anche l'umore, in tutte le sue risonanze, si modifica.

Quali sono allora le varianti patologiche dell'umore?

Prima di parlare di queste è indispensabile anticipare un concetto: nelle psicosi l'umore, in un certo senso, si svincola dal contesto reale, non è più in grado di misurarsi e rapportarsi con la realtà ma segue nuove vie, quelle della malattia.

Comprendere questo è importantissimo, da questo "esser slegato dai fatti e dalle circostanze" relativamente al proprio comportamento nasce "l'immagine popolare" della follia; è proprio questa estraneità, quest'incongruità nel comportamento ad esser "segno" della pazzia secondo la "concezione comune" che ancora si perpetua. Infatti "il matto" è l'"agitato", quello che "non dorme di notte e parla troppo forte" o, al contrario, quello che "non esce più di casa", che "sta sempre a letto e non mangia" e così via. Dello star male viene colta solo la bizzarria, l'apparente incongruità dell'agire.

Come si vede qui "il pensiero" ha poco conto, è invece "il baccano" o al contrario l'eccessivo "silenzio" ad esser segno della malattia. Del resto il fatto che anche

¹ U. Galimberti – *Dizionario di Psicologia* - UTET

l'ubriaco sia "clamoroso" la dice lunga sull'atteggiamento squalificante con cui viene considerato il malato di mente.

Svincolato nella psicosi dal rapporto con il reale l'umore allora oscilla tra l'euforia estrema (la mania) e l'annullamento assoluto (la depressione), legandosi (ed essendo con questa profondamente coerente) con una nuova modalità (psicotica) d'esistenza.

E' questo il punto di vista da cui si deve partire per comprendere le alterazioni dell'umore che costituiscono quell'insieme di malattie un tempo definite come Psicosi Maniaco – Depressive ed ora Disturbi Bipolari.

EUFORIA – ONNIPOTENZA (maniacalità)

EUFORIA: stato emotivo caratterizzato da allegria, esuberanza e felicità in corrispondenza di un evento positivo e gratificante. Spesso accompagnata da un eccitamento psicomotorio, l'euforia può assumere un significato patologico quando la risonanza emotiva è sproporzionata ai dati di realtà, come spesso accade nella mania. (2)

Tratto portante di questo disturbo è la concezione di onnipotenza che hanno di sé questi malati; il loro star bene s'esplicita:

a) sul piano fisico:

con sensazioni di straordinario benessere, eccezionale resistenza alla fatica, scarsissimo o nullo bisogno di sonno, iperattivismo. Si ha l'impressione di aver riacquisito le forze precedenti, nei soggetti più avanti negli anni pare di "esser tornati giovani", del resto non si avverte più alcuna stanchezza.

b) sul piano intellettuale:

il pensiero scorre liberamente, si è "più svegli", più intuitivi e capaci, inoltre si perde ogni timidezza, si è "più spontanei"; questa sensazione, unita al benessere sul piano fisico, ingenera una condizione di profondo ottimismo ed illimitata fiducia nelle proprie possibilità.

Del resto questo mondo dove "tutto è rosa", dove l'avvenire presenterà soltanto "cose buone", induce allegria e fiducia, scompaiono gli ostacoli (o sono perlomeno tutti superabili) e tutto diventa possibile, si giunge cioè ad una condizione di onnipotenza.

Naturalmente questa "onnipotenza" non si misura con il reale, ma ha per riferimento un mondo psicotico dove la realtà è "altra". Per lo psicotico però questo, e non il mondo reale, è la realtà, per cui "intromissioni" di altri che tendano a frenarlo e a limitarlo nelle sue capacità sono vissute come ostacoli al suo sistema di vita; da qui possono nascere anche reazioni violente con atti d'eteroaggressività.

L'assenza di critica, specialmente nei primi episodi, è totale, del resto "ci si sente veramente bene" e non si comprende perché altri cerchino di porre un limite alle proprie capacità. Solo in pazienti che abbiano più volte sperimentato questo effimero benessere esiste una certa critica, ci si accorge cioè di "stare troppo bene" come segno di stato di malattia.

Caratteristico è il corso del pensiero che non riesce mai a soffermarsi su un particolare, l'attenzione è labile, superficiale, il pensiero perde la capacità di compiere un corretto esame del reale e sprofonda in una condizione d'ottimismo dilagante. Alla mente giungono mille idee, mille progetti, ma nessuno è più importante dell'altro, la mente non seleziona più, non è più capace di discernere cosa è più importante e cosa no.

² U. Galimberti – *Dizionario di Psicologia* - UTET

Proprio per questa impossibilità a riflettere del soggetto maniaco la situazione diviene oltremodo difficile, in pratica viene a mancare ogni possibilità di dialogo per cui i rapporti divengono difficili e conflittuali, l'esito di un episodio maniaco è quasi sempre l'ospedalizzazione proprio per questa "convinzione" indiscutibile del malato circa il proprio "meraviglioso" stato di salute.

Occorre comprendere che la resistenza di questi pazienti all'assunzione delle terapie proposte nasce proprio da questa constatazione, davvero reale, di benessere fisico; in effetti qui "il corpo" è davvero "servo della mente", diviene possibile ciò che il fisico o l'età naturalmente impediscono, la resistenza alla fatica di queste persone è veramente straordinaria! Chiunque abbia avuto a che fare con uno di questi malati resta colpito dalla sensazione dell'inesauribile energia che li anima, energia però che travolge seco il pensiero e l'eloquio. Da questo "star bene" nasce il rifiuto di curarsi, accompagnato del resto dalla constatazione della "favorevolezza" del periodo di vita che si attraversa.

ABULIA – DEPRESSIONE

Abulia: dal greco "a – boulè", mancanza di volontà, si riferisce o ad un disturbo dell'attività intenzionale, per cui l'individuo si rivela incapace di decidere anche quando si tratta di scelte di scarso rilievo, o ad un disturbo della motivazione, per cui l'individuo non è in grado di iniziare e di proseguire nell'azione anche quando questa è desiderata ... (3)

Se possiamo paragonare la mania ad un fiume in piena che travolge ogni argine, la depressione, suo contraltare, è simile ad un fiume che scorre lentamente tra argini fangosi: così come è "impetuoso" l'agire del maniaco così è lento ed impacciato il vivere del depresso.

Dico "vivere" volutamente e non "agire", perché il depresso non agisce ma si lascia vivere in una condizione di profonda stanchezza e sofferenza.

Ciò che pervade e modifica l'esser al mondo del depresso è un profondo cambiamento non solo di pensiero ma anche di stato fisico: non si è solo tristi (e questo neppure nella maggior parte dei casi) ma soprattutto stanchi.

Questa "stanchezza" che invade tutto il vivere, questa "vivenza" (Lopez Ibor) che è priva di ogni vitalità, connota un mondo dove tutto è fermo ed immutabile; per noi tutti è possibile un futuro o, quantomeno, è pensabile; anche la morte è un futuro quando lo spegnersi è nel sapersi rivivere nella memoria degli altri.

Proprio nella "dimensione morte" risalta la differente concezione esistenziale del depresso, per il malato la morte è la parola "fine", lo spegnersi di ogni sofferenza, è il "chiudere l'interruttore" per porre un termine ad una condizione d'esistenza senza più senso. In altri termini la morte non ha più un "futuro" nella memoria ma è un volontario annientamento di una sopravvivenza impossibile. Ci si sente del tutto immotivati o meglio deprivati di volontà, da soggetti attivi si diviene soggetti passivi, tutto scorre sopra di noi e non possiamo far nulla per cambiare o modificare le cose.

Da ciò deriva la riduzione o l'annullamento di ogni iniziativa, vivere diviene una costante "via crucis" dove non è possibile né ricevere aiuto né chiederlo, vi è cioè la perdita di ogni speranza e con essa la perdita di ogni futuro.

³ U. Galimberti – *Dizionario di Psicologia* – UTET

Le sensazioni di tristezza, mancanza di volontà, perdita di ogni sentimento vitale non si limitano “all’animo” ma si estendono anche alla sfera corporea; il corpo diventa “pesante”, “ammalato” nel suo funzionamento (sono frequenti le lamentazioni ipocondriache), richiede un riposo che non è riposo (il sonno non è più un sonno ristoratore), è “dolorosamente pigro” nel muoversi quotidiano.

Solitamente è il mattino la parte peggiore della giornata, quando davanti si prospettano lunghe ore “da far passare” (per il depresso il tempo è lentissimo a scorrere, è “eterno”), verso sera la speranza di dormire (quando ciò è possibile) allevia un poco questo stato di cose.

Anche il corso del pensiero si impoverisce e s’incepta, pensare è faticoso, i temi del pensiero sono pochi (oligotematico) o unici (monotematico), concernono quasi sempre la malattia, l’ineluttabilità della propria condizione ecc., all’estremo si giunge persino alla condizione di non provar neppure più sentimenti, il che genera un deserto esistenziale.

A questa condizione s’associa a volte il delirio con temi di colpa, rovina, persecuzione ecc., temi questi riconosciuti come “giusti e meritati” dal paziente (a differenza delle tematiche schizofreniche).

DELIRIO

Trattiamo a parte e, per forza di cose, brevemente questo tema cercando di darne alcune idee essenziali; innanzitutto il delirio è un disturbo del pensiero, cioè della nostra attività raziocinante che ci consente di distinguere la realtà dalla non realtà, il che implica comunque che per comprendere la realtà bisogna “viverci dentro”. Questa, che sembra una banalità, è invece essenziale per comprendere che il nostro pensiero vive in relazione con il mondo che ci circonda mentre il pensiero delirante vive in relazione unicamente al mondo psicotico che non ci è partecipabile, ciò spiega la “bizzarria” del pensiero delirante ed anche la sua “incrollabile certezza” (Kraepelin sosteneva che il delirio “è un atto di fede”).

Ovviamente le cose non sono così semplici. Il delirio ha una sua precisa funzione che è essenziale per lo psicotico; ricordiamo ad esempio che in un mondo di “confusione ed incertezza” il delirio crea comunque una situazione di stabilità e di “spiegazione” per quanto accade.

Quello che qui ci interessa è distinguere tra delirio maniaco e delirio depressivo, tenendo conto che essi possono anche non esser presenti.

DELIRIO MANIACALE

già il termine stesso di delirio, come disturbo del pensiero, può essere contestato; in effetti i temi (di grandezza, fortune economiche o amorose ecc.) sono piuttosto superficiali e cangianti; del resto “il pensiero corre troppo” perché possa soffermarsi a “creare” un mondo diverso, viene maggiormente interpretato come una proiezione dello sconfinato ottimismo del paziente che, avendo ormai “bruciato” passato e presente, vive in un costante futuro.

DELIRIO DEPRESSIVO

qui la “profondità” è ben altra; il malato vive una condizione di sofferenza e dolore per “colpe” od “omissioni” ecc. commesse nel passato a cui oggi non può più in alcun modo rimediare. Tratto essenziale è che il malato ritiene di soffrire giustamente per ciò che ha commesso, è una sorta di “espiazione senza che mai vi sia espiazione” perché

non v'è speranza, il “danno originario” è stato ormai commesso!

Qui è il passato a dominare il quadro, ad imporsi sul presente e ad “amputare” il futuro. I temi sono “pochi” rispetto alla maniacalità ed alla schizofrenia, solitamente “colpe religiose”, “rovina economica”, “comportamenti censurabili” ecc.

Per ultimo occupiamoci brevemente del LINGUAGGIO: nella mania e nella depressione esso perde la vera finalità che è quella dell' “interscambio”, della “relazionalità” tra le persone, diviene mero fattore di comunicazione tra la realtà psicotica del malato e l'interlocutore, si trasforma andando dall'estremo dell' “insalata di parole” della maniacalità al “mutismo” della depressione. Naturalmente tra i due estremi vi sono molti “passaggi intermedi”, ed anche qui occorrerebbe molto più spazio a disposizione, ma ciò che preme evidenziare è la perdita del contenuto relazionale che fa sì che in ogni relazione, anche la pur minima (del resto si parlava di “umore”) vi sia “qualcosa” di vitale.

Nulla evidenzia meglio l' “umanità” del linguaggio di quanto espresso da M. Heidegger:

“Il linguaggio è la casa dell'Essere; al suo riparo abita l'uomo”

Dott.ssa Beatrice Paterlino

Psicologa e Psicoterapeuta

Vi parlerò del disturbo bipolare, non dal punto di vista dei sintomi, delle dinamiche affettive, dei processi difensivi e dell'etiologia ma di come provare a rapportarvi con questi "malati", come cercare di capirli al fine di aiutarli il più possibile e come cercare di preservare voi stessi dall'impatto emotivo faticoso e sovente devastante che la loro vicinanza implica nei famigliari.

Per prima cosa voglio dire che, se è molto difficile accettare che una persona cara abbia una malattia che la rende infelice e le ostacola la vita, è ancora più difficile accettare che abbia un disturbo mentale, soprattutto poi se si tratta di un figlio.

Intanto già sappiamo come il disturbo mentale sia stigmatizzato, come sia considerato ancora una vergogna, una colpa, una disgrazia che viene da chissà dove ... "ereditaria"? ... "curabile"? ... "pericolosa"? ... Ancora troppo poco conosciuta, persino da una parte della classe medica, nelle sue cause: genetiche? ambientali?; nelle sue forme e manifestazioni: diagnosi diverse e talvolta oscure; nei metodi di cura oggetto di diatribe continue fra un approccio farmacologico e psicoterapia, fra assistenza ambulatoriale e ricovero ... Una babele che confonde, angoschia chi si prende cura della persona malata.

Sovente ognuno dice la sua: il medico curante, l'omeopata, l'assistente sociale, lo psicologo, persino l'insegnante (se si tratta di un ragazzo) esprimono giudizi sugli interventi farmacologici o psicoterapici ... E il famigliare si sente disorientato, impotente e in colpa. Soprattutto se il paziente è un figlio, è pressoché impossibile, a mio avviso, che un sentimento di colpa, conscio o inconsapevole, non attraversi l'animo della madre e del padre.

Faccio questa affermazione perché la colpa, l'idea che ci sia sempre una "colpa di qualcosa" o "di qualcuno" di fronte ad un evento doloroso o traumatico della vita è parte integrante della nostra cultura e della storia dell'umanità fin dall'antichità.

Consentitemi dunque una breve divagazione su questo tema, ma io credo che nella relazione con l'altro sia importante porre l'attenzione sul nostro vissuto.

Colpa è sinonimo di causa responsabile del danno o dell'evento tragico e individuare la colpa o il colpevole permette di esprimere un giudizio, una condanna che in un certo senso ci mette in pace, chiude il cerchio. La fortuna della ideologia della colpa è certamente dovuta al suo grande potenziale semplificatorio poiché soddisfa quel bisogno di spiegazione, di verità certe e sicure di cui l'essere umano ha bisogno. La realtà della vita stessa è un mistero, molti fenomeni sono inspiegabili, certamente molto complessi e ciò turba profondamente l'animo umano che da sempre cerca di scoprire le leggi che regolano la vita.

Indubbiamente la possibilità di stabilire una colpa consente di dividere il bene dal male e ciò ha posto le basi della società civile che ha bisogno di regole per la convivenza. Un conto però è la colpa oggettiva, commessa realmente, sulla quale deve intervenire la giustizia, con una condanna ed eventualmente una punizione; altro conto è la colpa morale: qui occorre porre attenzione, oltre che alle realtà del fatto, a quelli che possono essere i motivi scatenanti: per esempio provocazioni antecedenti messe in atto dalla stessa vittima ..., altri fattori socio-ambientali che possono aver influito sull'evento ..., quelle che si chiamano attenuanti nel processo penale. La colpa morale è molto difficile da indagare e, in ultima analisi, è la valutazione soggettiva quella vera: solo "l'assassino" sa perché, come e se, è colpevole o no.

Qui arriviamo al concetto di "senso di colpa" che è sempre soggettivo e non corrisponde

affatto alla colpa reale commessa. Sovente “l’assassino”, il mafioso, per esempio, non si sente affatto in colpa per ciò che ha commesso e attribuisce la “colpa” alla società, alla vittima stessa, sentendosi addirittura nel diritto e nel giusto. Così ci può essere una madre che si sente in colpa per aver messo al mondo un figlio handicappato oppure per averne causato la malattia mentale in conseguenza di errori educativi, di punizioni o di assenze affettive, ... anche se il fatto, come si dice, non sussiste. Il senso di colpa nasce da quella ideologia della colpa in cui tutti siamo cresciuti e che, si badi bene, è indispensabile per avere un senso morale che distingue il bene dal male, una coscienza morale.

Si comincia col dire al bambino che questo certo comportamento è male, che non vogliamo che sia fatto; che quest’altra cosa è buona e che noi saremo contenti di lui e gli vorremo molto bene se ci si atterrà. Tutto molto normale, vero? Pian piano queste idee saranno interiorizzate e il bambino, anche quando non glielo diremo esplicitamente, farà sue queste regole e questi parametri di valutazione considerandosi buono o cattivo a seconda dei fatti o anche dei pensieri o desideri che proverà. Parimenti giudicherà, in cuor suo, buono o cattivo il comportamento degli altri, genitori compresi, sulla base di queste regole. Qui possono cominciare a instaurarsi i primi malintesi o fraintendimenti che si struttureranno come convinzioni errate nella sostanza, ma vere per la soggettività di un bambino.

Farò un esempio: un padre è assente per lavoro per un lungo periodo, il bambino nella logica semplicistica del bene/male, poiché questa situazione crea del dispiacere, stabilirà che è colpa del papà: che è cattivo perché è lontano e perché fa essere triste la mamma (che sarà dispiaciuta, ma comprensiva della necessità del distacco del marito).

Accumula risentimento fino a desiderare di punirlo. Quando ritorna il babbo, anziché accoglierlo con gioia, starà muto e farà i capricci. Il babbo probabilmente dirà “Non sei contento? Perché fai il cattivo?” ... Il “povero Pierino” è caduto nella trappola mentale del senso di colpa e stabilirà che è vero, lui è un bambino cattivo ... e il papà è buono ... e lo punirà. I bambini proiettano le proprie reazioni sugli oggetti d’amore che li abbandonano, immaginando che siano arrabbiati od offesi. Comunque è meglio sentirsi cattivi piuttosto che pensare che lo siano le persone da cui dipendiamo per la nostra vita. Alla prima situazione c’è rimedio con l’impegno personale di diventare migliori, per la seconda non c’è che affidarsi alla buona sorte.

Ritornando al senso di colpa, su cui, a mio avviso, è bene che pongano attenzione i famigliari dei nostri pazienti per renderlo esplicito alla loro coscienza, si può dire che anch’esso nasce da questa idea che occorrere sempre cercare la colpa: o la diamo a qualcuno o la assumiamo noi; se non riflettiamo su questo meccanismo ci sentiremo prigionieri di questo circuito-trappola.

Attenzione, io credo che sia bene interrogarsi se, consapevolmente o no, alcuni nostri comportamenti hanno influenzato l’altro o l’hanno danneggiato, non tanto al fine di emettere una condanna, ma quanto al fine di modificarci per aiutare l’altro che ha bisogno e noi stessi nella relazione. (Più ci si comprende, più si sta meglio dalle due parti). E’ inutile dire “è stata tutta colpa mia”, o al contrario “non mi posso colpevolizzare di nulla, se ho sbagliato ero in buona fede”. Se ci fermiamo a questo punto è inutile: è quel meccanismo di semplificazione, riduttivo di una realtà fenomenologica molto più complessa che occorre comprendere per migliorare la situazione e non solo per far tacere la nostra coscienza scaricando le responsabilità o autoflagellandosi masochisticamente.

Veniamo ora a parlare del disturbo bipolare, una volta definito psicosi maniaco-depressiva. Si tratta di un quadro clinico caratterizzato da sbalzi d’umore molto gravi che

oscillano fra i due poli della Mania e della Depressione. Tutti abbiamo sbalzi d'umore. Passiamo momenti di gioia, euforia, ed altri di profondo dolore o tristezza, ma in questi pazienti il meccanismo che regola questo equilibrio è difettoso: l'esempio che faccio sempre è quello di un termostato che non funziona.

La depressione si manifesta con uno stato di tristezza invincibile, mancanza di energia, disturbi vegetativi, abulia.

I sintomi della mania sono grandiosità, fuga di idee, ridotto bisogno di sonno, eloquio accelerato, mancanza di giudizio, coinvolgimento in attività rischiose, sovente alterato esame della realtà.

Questo quadro di sintomi rende immediatamente evidenti la pesantezza e la difficoltà di approccio con questo disturbo, sia da parte dei familiari, che degli psichiatri e operatori del settore. Se si considera l'alternarsi delle fasi, è come se ci si trovasse di fronte a due personalità diverse, e tutto ciò è molto destabilizzante.

Veniamo ora a parlare di quello che possono fare i familiari nella fase depressiva: il dolore del depresso, la profonda disistima, la disperazione e l'assenza di speranza pesano come macigni su chi ascolta, facendolo sentire impotente e quasi "contagiato" da tanta mortale tristezza. Questo stato d'animo è accompagnato alla profonda convinzione del depresso di essere fundamentalmente cattivo, incapace, inaffidabile, ecc.: in colpa, insomma. Il senso di colpa, è qui il punto centrale.

Le normali esperienze di perdita-separazione, proprie del processo evolutivo, sono state qui elaborate nella convinzione che è stato qualche cosa in loro ad allontanare l'oggetto d'amore, a provocare la frustrazione o il fallimento. Sentono, inconsciamente, di aver meritato quel rifiuto, quel danno, oppure sentono di averlo provocato con le proprie mancanze o con pensieri aggressivi-cattivi. Non si permettono di sentire rabbia o risentimento verso gli altri se non in condizioni estreme di esasperazione o cumulo: il loro senso di colpa è incommensurabile. Da ciò deriva che essi sono personalità molto suscettibili e vulnerabili e che le critiche possono devastarli: perciò le esortazioni un po' forti a reagire, come viene istintivamente di fare per "scuoterli", suonano come critiche che non solo sono inutili, ma peggiorano la situazione facendoli sentire ancora più colpevoli e negativi. Con un depresso dovremo passare molto tempo a dimostrare la nostra accettazione e la nostra comprensione del suo stato di sofferenza e di impotenza. Rassicurarli sul fatto che li amiamo e non li giudichiamo anche se stanno male. Poiché non riescono ad entrare in contatto con la loro rabbia e con i loro sentimenti negativi, è importante far loro capire che la libertà di ammettere i propri sentimenti negativi, accresce l'intimità e non provoca la rottura o la perdita del rapporto.

Talvolta l'approvazione e la comprensione non funzionano e finiscono col ritorcersi contro, nel senso che spesso pensano che siamo noi ad essere troppo buoni, che se li conosciamo veramente nel profondo, non diremmo le cose incoraggianti che esprimiamo. Allora può essere utile mostrare loro che sono troppo severi con se stessi, troppo perfezionisti, e ciò che considerano catastrofico è la normale incapacità di tutti. E' utile parlare loro di come la depressione è un disturbo neurochimico oltre che psichico, che può capitare a tutti e che può essere curato con i farmaci e con la psicoterapia. Chiedere al medico che spieghi loro, semplicemente, il funzionamento dei farmaci (serotoninici) e il significato della psicoterapia come di un modo diverso, più funzionale di vedere la realtà, volto al superamento di quegli inconsapevoli malintesi di cui parlavo prima.

Comprensione, incoraggiamento, accettazione paziente sono gli ingredienti che più funzionano, e se talvolta noi proveremo sentimenti di rabbia, fastidio o intolleranza, è bene

ammetterli con autenticità, come reazioni umane, ma sottolineando con chiarezza che nulla cambia nel rapporto di affetto e stima: che non si rompe nulla, né si distrugge il legame.

Nella maniacalità le difese fondamentali sono il diniego e la fuga. Il diniego si esprime nel bisogno di ignorare eventi che creerebbero dolore e allarme nelle altre persone. La fuga, nello sfuggire qualsiasi occasione di sofferenza emotiva e di attaccamento (coinvolgimento) perché ciò può preludere inconsciamente ed una perdita vissuta come devastante. Tutto è concentrato sul fare e centrato sul concreto perché quello che si teme di più è il significato emozionale. Una mia paziente si descriveva come un “moto-perpetuo” consapevole del suo bisogno di continuare a muoversi, inventarsi nuovi problemi, impegni, “come una trottola”, perché fermarsi le avrebbe fatto sentire dolorosamente quei problemi che non voleva vedere dentro di sé.

Un primo problema è far loro riconoscere il bisogno di cure soprattutto in questa fase in cui si sentono bene, forti, nel giusto ... Direi che questo è il problema fondamentale in questo disturbo. Con pazienza, molta pazienza, e con fermezza occorre cercare di far leva sulla loro parte capace di critica, quella “parte sana” talvolta sommersa, ma che esiste anche nel paziente più compromesso. A mio parere è utile parlare proprio di “parti della mente” che sono presenti dentro ciascuno di noi, e di come è importante parlare, allearsi con quella parte che è capace di vedere, di ricordare l’alternarsi delle due fasi per trovare un modo, emotivamente più appropriato, di porre fine a questa situazione.

Il lavoro psicoterapico utile quanto l’aiuto farmacologico, contrariamente a quello che si è sempre pensato, è centrato proprio sullo sforzo di promuovere questa alleanza e sulla elaborazione del diniego dell’angoscia e dei sentimenti negativi in genere. Senza questo processo quei pazienti non riescono a rielaborare l’angoscia, la paura sottostanti e a coinvolgersi nelle emozioni senza il terrore che li blocca.

Come aiutare le persone in questa fase di mania? E’ più facile aiutare quelli manifestamente più malati e i meno giovani perché sono più motivati alla cura dato l’elevato grado di sofferenza. I farmaci sono estremamente utili, direi indispensabili e gli attuali progressi scientifici li rendono altamente adattabili alla personalità di ciascuno. E’ comunque faticoso prendersi cura o vivere accanto ad una persona in questo stato. Personalmente ho notato che dopo le sedute con questi pazienti, sovente provo una forte sensazione di tensione, aggressività ed irritazione. A volte ho avuto la sensazione di avere molta confusione in testa, di sentirmi come in una centrifuga ... E’ come se l’angoscia, la paura, la tempesta emotiva del paziente fossero entrate dentro di me. Ed è proprio quello che avviene a causa di quel fenomeno di identificazione proiettiva che i terapeuti ben conoscono.

Che fare? Ci sarà d’aiuto condividere e partecipare al mondo maniaco, giustificandolo come un tentativo di esistenza, come un disperato sforzo di tenere in piedi un Io che sta morendo: andare al di là della euforia, degli atteggiamenti aggressivi e provocatori percependo la depressione sottostante che incombe.

Lasciare la “Mania” ragionare sulla realtà rappresenta un pericolo di caduta che produce una pena terribile poiché la mania è l’unica via, la sola difesa che il paziente ha in quel momento per riuscire a tenere a bada l’angoscia depressiva e la sensazione di disfaccimento dell’Io. La mania non va vista però solo come una difesa: la sua perdita suscita altresì una nostalgia che occorre capire. La sensazione grandiosa di forza, di invincibilità è dura da abbandonare e se il paziente più o meno coscientemente si rende conto che si tratta solo di una facciata, si oppone tenacemente a qualsiasi riflessione che possa metterla in discussione.

Il problema fondamentale è di “servirsi” della mania, del suo potenziale ludico-energetico, e della ambizione intesa come spinta in avanti, come di un motore che può aiutare la ripresa di un Io troppo fragile, a patto che si riducano i livelli di aspirazione irreali, l’invasività delle pulsioni, nell’incontro con un terapeuta che farà da contenitore e aiuterà ad integrare le due parti.

PER NON ESSERE SOLI
La famiglia tra il diritto alla “richiesta di aiuto”
e il dovere di pretendere aiuto

5 dicembre 2001

Relatrice

Maria Luisa Gentile
Presidente Di.A.Psi. Piemonte – Torino

Maria Luisa Gentile

Presidente Di.A.Psi. Piemonte – Torino

L'Associazionismo nel mondo del volontariato è diventato una realtà di fatto, presente e operante in tutti i settori, culturale, ambientale, assistenziale e sanitario, e risponde alla sentita esigenza di contrapporre, solidalmente, all'indifferenza e all'individualismo imperante valori e ideali oggi fortemente appannati. Soltanto nella nostra Regione sono attive ben 2500 associazioni.

Nell'ambito della salute mentale l'Associazionismo di famigliari di malati psichici diventa poi una assoluta necessità non solo dal punto di vista sanitario, ma anche e soprattutto da quello personale, privato e dell'ambiente sociale.

E' significativo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia dedicato la giornata mondiale della salute dell'anno 2001 alla "salute mentale". In questa occasione il direttore generale dell'O.M.S. dott.ssa Brundtland dichiarava che circa il 25% della popolazione mondiale soffrirà, in un momento della vita, di un disturbo mentale più o meno rilevante. Solo in Italia circa un milione di persone sono colpite da psicosi maggiori cosiddette "funzionali", cioè disturbi gravi, e queste non sono che una ristretta fascia dei diversi disturbi psichici meno gravi, ma non per ciò meno tragici. E la malattia mentale è la sofferenza più crudele, temuta e perciò "negata" sia dal malato, per vergogna e paura dello stigma, sia dal "sano", per inconfessato bisogno di rimozione.

Nella sua relazione la dott.ssa Brundtland stimola istituzioni governative, nazioni e popoli ad affrontare la cruda realtà facendo della salute mentale una priorità assoluta. Noi, Di.A.Psi., e tante Associazioni unite a noi attendiamo che il nostro governo accolga l'appello e colmi infine ventennali ritardi, gravissime lacune normative, finanziarie e di risorse. Sollecitiamo dalle istituzioni un'attenzione fino ad oggi negata e alla quale sappiamo di avere sacrosanto diritto.

Per chi non lo prova, è assai difficile immaginare cosa avvenga nella famiglia al primo insorgere di un grave disturbo psichico di un congiunto e come si possa farvi fronte. Si è disperatamente impotenti di fronte alla sofferenza per lo più inespressa del congiunto, che sovente gli stessi famigliari non riescono a capire e si limitano ad accusare (e con lui chi se ne prende cura, leggi la madre) di "cattiva educazione" o iperprotezionismo, e al quale, non riuscendo a comunicare, non si può dare aiuto. Disinformazione, angoscia, sensi di vergogna e colpa, paura del malato in crisi, paura per quanto può succedere a lui, ai fratelli, ai genitori, causano un pesantissimo senso di solitudine e la conseguente chiusura in se stessa della famiglia. E tutto ciò contribuisce a creare un ambiente di "elevata temperatura emotiva" assolutamente negativo per il malato.

Un primo passo per trovare qualche risposta agli interrogativi e una indicazione costruttiva per affrontare il durissimo cammino al fianco del malato è l'avvicinarsi ad una Associazione di Famigliari che, vivendo sulla propria pelle il dramma comune, è in grado non solo di offrire comprensione e solidarietà, ma di far conoscere leggi, diritti e doveri della famiglia e di aiutarla a non soccombere. La sofferta convivenza, il timore per la sopravvivenza del malato o degli altri membri del nucleo familiare nei momenti più gravi, l'assistere all'avanzare della malattia e alla perdita progressiva delle qualità

intellettive e culturali del malato ossessionato da rabbie, ire, paure dei fantasmi che lo annullano, o irrimediabilmente colpito da apatia totale e rifiuto anche per le più elementari funzioni di routine, come una doccia o un pranzo, possono annientare la famiglia distruggendone le capacità reattive. E qui l'Associazione, composta da persone che condividono lo stesso dramma, può sostenerla e salvarla dal peggio. Far parte di un'Associazione è la grande possibilità "per non essere soli", per non soccombere al peso di una responsabilità impossibile da sopportare individualmente: il parlare, il confrontarsi, l'esprimere liberamente le proprie angosce senza provare vergogna, danno la forza di sconfiggere ingiustificati sensi di colpa e di reagire.

Il dolore, quando ha cause così profonde e assolute, non si può eliminare. Ma si può lenire. E la Di.A.Psi. offre alle famiglie accoglienza e ascolto terapeutico quotidiano, sportello informativo per la consulenza assistenziale, previdenziale, legale e corsi d'informazione e di sostegno per una convivenza migliore con il malato. E il malato vi può frequentare il Centro d'incontro e svolgere attività risocializzanti e conviviali e può trovare compagnia e accompagnamento individuale mediante il servizio di Volontari-Amici. Annualmente vi si tengono anche corsi di formazione per i Volontari e successiva Formazione Permanente.

L'Associazione dispone altresì di un sito internet : " www.sospsiche.it" volto ad aiutare le famiglie con il sistema "help-line", lo sportello informativo consultabile in rete 24 ore su 24 su leggi nazionali e regionali riguardanti l'assistenza sanitaria, costantemente aggiornate, letteratura, strutture, associazioni, indirizzari. Da alcuni mesi è stata aperta una nuova rubrica: "ultimissime" che offre una rassegna stampa delle notizie sulla salute mentale giornalmente aggiornate.

La posizione della famiglia nei confronti del molto imperfetto mondo della Sanità Pubblica, e pure di quella privata, nell'ambito psichiatrico è infatti ancora troppo debole. Non più colpevolizzata e demonizzata come negli anni '70 e '80, ritenuta oggi, almeno nei comunicati ufficiali e nei convegni, "risorsa irrinunciabile nel percorso terapeutico", la famiglia "ferita" è in realtà lasciata sola, senza informazione, supporto terapeutico, psicologico o economico. La semplice presa in carico della persona disturbata da parte del Servizio Psichiatrico avviene spesso con difficoltà, quasi con ritrosia, a volte unicamente grazie alla capacità combattiva del familiare, e quindi chiaramente quelle che più ci rimettono sono le fasce più deboli, meno informate e meno istruite, perciò meno energiche.

Per affermare il sacrosanto diritto all'assistenza di malato e famiglia e passare dalla "famiglia ferita" alla "famiglia aiutata" e quindi alla "famiglia alleata", attuando quel percorso ottimale così bene illustrato dalla Dr.ssa Cielo nel primo incontro del nostro Ciclo di conferenze informative, la Di.A.Psi. ha elaborato una "Carta dei diritti dei familiari dei malati psichici". E' frutto di quindici anni di lavoro e si basa sulla nostra esperienza diretta di familiari e sulla raccolta di migliaia di amarissime testimonianze di persone che vivono o convivono con la malattia psichica. Noi lotteremo, e invitiamo ad unirsi a noi tutte le Associazioni di familiari in Italia, per il riconoscimento ufficiale di questa Carta. E' il proclama dei nostri diritti, sono le condizioni indispensabili per un futuro più vivibile per malati di mente e famiglie, è la base irrinunciabile per alimentare la nostra speranza di maggiore serenità ed equità.

**LA MALATTIA MENTALE
NELLA SCOLARITA' ADOLESCENZIALE**

18 febbraio 2003

Relatrice

Prof.ssa Graziella Coisson
Consigliere Di.A.Psi. Piemonte

Prof.ssa Graziella Coisson

Consigliere Di.A.Psi. Piemonte

Per quarant'anni sono stata insegnante di francese e di tedesco nelle scuole medie superiori ad Aosta, Milano e Torino.

Ora sono in pensione. Gli ultimi vent'anni li ho trascorsi proprio qui all'Arduino. Sono molto affezionata a questa scuola, dove si è potuto lavorare bene in ambiti diversi oltre a quello dell'insegnamento della propria materia, perché c'è una notevole sensibilità, che non ho colto in altre scuole, per tutte le problematiche concernenti i ragazzi.

Desidero puntualizzare alcune cose in merito a questi incontri formativi. Questo Progetto è organizzato dall'Associazione Di.A.Psi. Piemonte (Difesa Ammalati Psicici) di Torino, Associazione che è sorta nel 1988 per la difesa degli ammalati psicici e dei loro famigliari. È un'associazione di volontariato formata da famigliari e volontari con contributi esterni di psicologi, psichiatri e proprio il Dott. Arnaud ci ha dato e ci dà un valido aiuto. Inoltre, al Progetto hanno contribuito l'A.V.U.L.S.S., Associazione di Volontariato nelle Unità Locali Socio-Sanitarie, di Ivrea che si occupa di visite negli ospedali, ai malati a domicilio, nelle strutture per anziani ed è anche molto attiva nell'ambito psichiatrico; l'A.L.M.M., Associazione per la Lotta contro la Malattia Mentale, di Ivrea; l'Associazione "Comunità Casa dell'Ospitalità" di Ivrea, casa che si propone come luogo di accoglienza e cura di persone con disagio psichico.

Il lavoro di contatti con l'esterno e di segreteria è stato svolto dall'U.T.S. (Unità Territoriale di Servizi professionali per docenti) che ha sede qui all'Arduino.

Il Progetto è finalizzato alla prevenzione primaria della malattia mentale ed i suoi obiettivi sono: far conoscere la malattia mentale nel tessuto sociale; avvicinare alla sofferenza della malattia mentale; attenuare lo stigma, il ripudio, il pregiudizio e l'allontanamento provocati dalla malattia mentale.

Desidero mettere l'accento sul fatto che la malattia mentale non è un handicap intellettuale, non è un ritardo mentale, ma un disagio psichico, un malessere esistenziale. Questa differenza deve essere chiara per distinguere aree diverse di disabilità. La disabilità fisica o intellettuale è visibile, tangibile e quindi spaventa meno, mentre la malattia mentale è sfuggente, molto complessa e crea attorno a sé timore, allontanamento.

Oltre ad essere insegnante sono anche famigliare: oggi, però, vi parlerò di quanto ho vissuto nella scuola, quindi come insegnante.

Nel 1968 insegnavo a Milano e vi assicuro che era molto più semplice insegnare allora a ragazzi che avevano degli ideali, che non potevo forse condividere, ma con i quali potevo avere un dialogo e un confronto, con rispetto reciproco.

Erano ragazzi in movimento, ragazzi che pensavano, molto meno problematici di quelli del giorno d'oggi. Le mie colleghe ed io constatiamo che negli ultimi quindici anni il numero dei ragazzi con disagio psichico è notevolmente aumentato.

Per me la cosa importantissima in ogni ambito, e tanto più ambito scolastico, è considerarci innanzi tutto persone. Essere persone significa accettarci; noi insegnanti dobbiamo considerare i ragazzi prima di tutto come persone e poi come allievi. Nella scuola le persone hanno ruoli diversi; questi ruoli, per quanto concerne tutti gli operatori scolastici, devono rimanere ben distinti, non devono mai confondersi: ognuno impersona il proprio ruolo, lo studente compreso.

Il nostro compito precipuo è quello di insegnare la nostra materia e far sì che i ragazzi l'imparino. Oltre che tecnici siamo anche degli educatori; nel nostro percorso con gli studenti dobbiamo essere degli osservatori sensibili. Sensibili nel senso che abbiamo

davanti persone diverse, con caratteri diversi, con comportamenti diversi, con basi familiari diverse, con ambienti sociali e culturali diversi: dobbiamo saperli osservare.

Per quanto concerne segnali di disagio penso a:

- ragazzi che sono fisicamente in classe, ma non sono presenti alla lezione, non partecipano;
- ragazzi che guardano nel vuoto, fuori dall'aula (ricordo un ragazzo che scriveva poesie in tedesco esprimendo sentimenti, sensazioni; non riusciva, invece, a tradurre, a rispondere nelle interrogazioni. Il suo mondo non era quello della classe);
- ragazzi isolati in una classe in pieno movimento durante l'intervallo;
- ragazzi iperattivi, presenti in tutti i gruppi, anche facoltativi;
- ragazzi che non fanno nulla se non sono al centro dell'attenzione;
- ragazzi che frequentano irregolarmente;
- ragazzi sempre stanchi e svogliati.

Da questi ragazzi ci vengono dei segnali; avendoli colti noi insegnanti dobbiamo cautamente e serenamente avvicinarli e interagire con loro. È importante che i ragazzi sentano la nostra presenza e la nostra partecipazione. Con tutti i ragazzi dobbiamo agire così, cercando di essere più attenti con quelli che ci mandano dei segnali. I ragazzi non devono sentirsi giudicati, quindi evitiamo anche tra di noi giudizi troppo affrettati. Avviciniamo i ragazzi con affetto e fermezza. Se perseveriamo, risponderanno alle nostre richieste e noi dovremo essere in grado di ascoltarli.

L'ascolto, al giorno d'oggi, è fondamentale perché viviamo in un mondo dell'immagine. Anche nelle famiglie non c'è, generalmente, un rapporto di ascolto, di confronto, di dialogo. Il nostro compito è di insegnanti attenti, sensibili, ma non di psicologi. Se cogliamo dei segnali di disagio, dobbiamo parlarne con il Preside, con i colleghi. Gli insegnanti possono e devono essere accompagnatori che sanno indirizzare i ragazzi agli psicologi.

Ragazzi con malessere psichico, appartenenti ad una famiglia non sensibile o che ne nega il malessere, possono, nel passaggio tra la scuola media inferiore a quella superiore, manifestare un forte disagio che si cronicizza e diventa malattia, se non si interviene a tempo. Noi insegnanti dobbiamo, con molto tatto, parlare con le famiglie e far sì che accettino il disagio del figlio e permettano di contattare uno psicologo.

È altresì importante che, colti certi segnali, non psicologizziamo immediatamente i ragazzi, ma agiamo con prudenza. Il nostro compito è di suscitare la fiducia dei ragazzi, avvicinandoci a loro con mitezza, lasciando che il nostro comportamento autoritario scompaia, pur mantenendo una grande fermezza e coerenza. I ragazzi richiedono ascolto, affetto, fermezza, accompagnamento, partecipazione. Ricordo, a questo proposito, un ragazzo di 18 anni, molto maturo, con molti interessi, con un comportamento corretto, che per due volte di seguito non si presentò alle mie lezioni, dato che il tedesco non lo entusiasmava. Non lo rimproverai più di tanto ed egli mi disse: "Signora, anche con me che lei considera maturo e responsabile, sia molto ferma, decisa, mi richiami, altrimenti mi perdo."

Prima di concludere desidero ancora mettere l'accento su quanto segue: lo studio, l'essere attivo, il lavoro non devono assolutamente essere considerati il toccasana per risolvere il disagio psichico. Nel momento di sofferenza ci si deve concentrare su di essa cercando di lenirla e di risolverla, impiegando il tempo necessario.

**PSICOSI ADOLESCENZIALI 1:
condizioni borderline e disturbi alimentari**

25 febbraio 2003

Relatori

Dott.ssa Beatrice Paterlino
Psicologa, Psicoterapeuta

Dott. Paolo Calvarese
Psicologo

Dott.ssa Beatrice Paterlino

Psicologa, Psicoterapeuta

Anoressia e bulimia: con questo termine si intende un sintomo. Letteralmente per anoressia si intende "mancanza di appetito"; bulimia: fame da buie. È un sintomo che non va confuso con quello che invece è l'anoressia e la bulimia nervosa: quadri psicologici gravi cui probabilmente facciamo riferimento quando pensiamo all'anoressica magrissima, o alla bulimica che vomita...

Sintomi di anoressia e di bulimia, sono sovente presenti in altri quadri clinici... quali la schizofrenia e la depressione, oppure possono presentarsi in malati terminali, in alcune fasi della loro malattia.

Quindi distinguiamo il sintomo, che è una cosa temporanea, che si può strutturare all'interno di una situazione di normalità; per esempio di fronte ad una situazione di grossa ansia, qualcuno di noi si abbuffa oppure non mangia perché sente lo "stomaco chiuso".

Invece, per anoressia nervosa e bulimia nervosa intendiamo un grave, un serio disturbo psichico. Intanto c'è da dire che è un fenomeno relativamente nuovo, nel senso che è studiato nella moderna psichiatria relativamente da poco.

I primi casi che sono stati diagnosticati risalgono al 1970; ma è solo dagli anni '80 che il disturbo dilaga e ce ne si occupa. Riandando alla mia esperienza di lavoro (ho lavorato lunghi anni in un Servizio di Salute Mentale) ricordo che i primi casi che apparvero furono verso l'82, '83. Ma veramente poco numerosi all'interno della casistica del servizio. Negli ultimi anni c'è stato un incremento fortissimo di questo tipo di patologia. A ben vedere in realtà questo tipo di disturbo c'è sempre stato, e sono le forme anoressiche delle Sante: Teresa di Lisieux, Santa Caterina o personaggi storici come la Principessa Sissi, Simone Weil e altre... In realtà, è stato codificato e recepito all'interno della psichiatria da poco, ma non si può dire che come fenomeno sia del tutto nuovo.

I dati che forniscono l'entità del fenomeno: questa sindrome colpisce lo 0,36% delle ragazze, delle adolescenti, intendendo adolescenza dai 14 ai 20 anni. 0,36% ciò significa che una ragazza su 300 presenta un disturbo di questo tipo.

I punti importanti perché si possa fare una diagnosi di anoressia nervosa sono, secondo D.S.M. IV:

1. Un rifiuto del cibo con una perdita notevole del peso.
2. Una paura estrema di ingrassare, nel senso che è proprio una vera e propria ossessione: la paziente pensa praticamente tutto il giorno a cosa mangiare, cosa non mangiare, a come evitare le occasioni in cui c'è l'occasione del cibo.
3. Una dispercezione corporea: questo significa che la paziente si vede enorme, grassa come se ci fosse un vero e proprio difetto di percezione visiva anche se ciò non corrisponde a realtà.
4. Amenorrea. Sovente l'inizio dell'anoressia coincide con una dieta ferrea che viene mantenuta con notevoli rinforzi da parte del sociale e della famiglia: "come sei stata brava, sei più carina, sei dimagrita", eccetera. Sovente questo è il fattore scatenante che però non vuol dire che ne sia la causa. Le cause sono tante e complesse. Va detto che la personalità dell'anoressica è molto diversa da quella della bulimica.

L'anoressica è una ragazza che attribuisce, per tutta una serie di motivi che vedremo poi, alla magrezza un valore estremamente positivo. I suoi ideali sono una figura eterea, angelica, asessuata, al di sopra delle umane passioni.

Riuscire a seguire la dieta per l'anoressica è una lotta estrema poiché, "anoressico" non

vuol dire mancanza di appetito. L'anoressica ha uno sfrenato appetito; fa una lotta disumana contro la fame soprattutto nei primi tempi, sente i crampi della fame. Ma il controllo dei suoi impulsi le dà una sensazione di grande potenza, forza. Un vero trionfo sugli altri che non riescono a dominarsi.

Potenza e trionfo di cui ha bisogno, un sé molto fragile e vulnerabile come quello di queste pazienti che sovente presentano una modalità di funzionamento della personalità del tipo borderline.

Voi capite che allora quando c'è una personalità di questo tipo soprattutto in adolescenza, quando il senso di fragilità, di inadeguatezza è particolarmente accentuato, la possibilità di vincere sullo stimolo della fame dà una forza e un senso di trionfo notevoli. "Mi dimostro di essere forte, mi qualifico e mi identifico con una che ha una forza di volontà titanica. Tutti mangiano 30 pasticcini di panna, ma io che sono golosissima, sono l'unica in questa sala che non li mangia..."

Quindi è una sensazione di grande forza che si autoalimenta e finisce per essere sostitutiva di quella forza del sé che non c'è. "Non sono buona a niente, però questa cosa la so fare".

L'anoressica non si piace, non si stima, e ha bisogno di questo supporto di autostima.

Questo ha a che fare con il rifiuto di diventare adulta, di diventare una donna. Quando c'è un sé così fragile la prospettiva di diventare una persona adulta crea grande paura, confusione, inadeguatezza, precarietà; c'è un'identificazione con un femminile (ci tornerò perché questo secondo me è uno dei punti fondamentali) svalutato, impossibile da abitare, perché considerato in qualche modo negativo.

Allora, ecco qui la difesa: "Io questo mondo lo vedo, ma mi fa schifo. Non mi interessa. Io sono forte, pura, non ho appetiti, domino le passioni umane. Ci sto bene in questo mondo; sarò come un asceta che si ritira su una montagna". Una paziente mi diceva "mi sembra di essere in cima a 8.000 metri e di guardare tutti giù". C'è questo senso di grande superiorità e di orgoglio, di alterigia, in queste pazienti. Sono state anche definite le indomabili.

Questo nasconde, in realtà, una grande fragilità e la sensazione di non riuscire a stare nel mondo, di non riuscire ad affrontare le sfide psicosessuali di crescita dell'adolescenza.

La famiglia dell'anoressica?... adesso io generalizzo un po', ovviamente descrivendone i tratti più ricorrenti. Sono famiglie con una forte spinta al successo e all'ascesa sociale: sia che siano benestanti, sia che non lo siano, sono protese al fare carriera, avere soldi e mostrarli. Questo è sovente il valore portante della famiglia.

C'è poi in queste storie familiari una sorta di analfabetismo emozionale, per cui non si parla mai di emozioni, stati d'animo. Voglio dire che in questa famiglia non si dice "ma come stai... ma come ti senti... sei contenta... sei triste... mi sembri scoraggiata... ti è piaciuta questa cosa... cosa hai provato..." Ecco, questo linguaggio, che segnala degli stati d'animo o delle emozioni, è assolutamente assente o molto, molto povero. Un terapeuta se ne accorge perché quando parla con la paziente o con la famiglia, e chiede loro come stanno, questi non sanno che dire BENE – MALE - o parlare del sintomo. I tentativi di approfondire falliscono perché mancano loro le parole. E quando mancano le parole per dirlo, mancano anche i concetti, manca anche la consapevolezza della sostanza delle emozioni. Si guardano i fatti concreti: bravo, cattivo, giusto, sbagliato, bene, male. Paura, non paura, scoraggiamento... insomma, tutte le cose che noi sappiamo essere l'enorme gamma delle emozioni, non possono essere dette. Quindi non se ne parla, non sono riconosciute...

Nella vita di queste pazienti la figura femminile non è un modello da imitare, dal punto

di vista della bambina. C'è una madre... una nonna, le zie (perché contano tutte le figure femminili di riferimento), con cui non è possibile identificarsi. Perché sono figure o sacrificate o depresse, o infelici... o ... sovente c'è una madre che svalorza le donne a favore degli uomini. È la madre che (racconta una paziente), "quando entra mio padre, non è ancora entrato, ha già il piatto davanti. E se aspetta due minuti e lui si arrabbia e lei non gli risponde! Lei non gli risponde, capisce dottoressa?! Mai, è succube! Mi dice "in fondo papà lavora, porta i soldi e ha sempre ragione!". In realtà sovente la madre stessa è insoddisfatta e scontenta, ma non lo ammette neanche con sé stessa.

C'è ambivalenza: da un lato dice è giusto, è normale, va bene così la vita familiare, però ha mal di testa, dice che non ne può più... di tanto in tanto.

Prima di andare a parlare delle cause, faccio brevi accenni alla personalità della bulimica che vedrete è molto diversa. Allora, la bulimica è quella che fa delle grandi abbuffate in modo incontrollato; mangia quantità incredibili di cibo che ti confessa solamente dopo che hai instaurato un rapporto di fiducia con lei poiché se ne vergogna.

Dopo tanto cibo, ovviamente, devono vomitare; queste abbuffate sono accompagnate sovente dal vomito, molto sovente anche da uso e abuso di lassativi, di diuretici... tutta una serie di pratiche per poter buttare fuori questo cibo o consumarlo, ma fondamentalmente si cerca di buttarlo fuori. La modalità privilegiata è il vomito auto indotto.

La personalità di questa ragazza appare diversa, anche se in fondo partiamo sempre dalla stessa inconsistenza e fragilità. È una persona che appare efficiente, di bell'aspetto... (tenete conto che la bulimia ha una incidenza cinque volte superiore all'anoressia).

Si presenta sovente anche in età più tarda alle medie superiori ed è sovente nascosta. Perché? Si tratta di una ragazza efficiente, carina; non è né troppo grassa né troppo magra, generalmente snella.

Generalmente va bene a scuola e nel lavoro; si impegna, non ha dei comportamenti dissattivi. Dietro questa apparenza c'è una grande fragilità e dipendenza. Potrete riconoscerla dal fatto che ha un grande bisogno di attaccarsi. È molto compiacente: è la ragazza che cerca di essere carina con tutti, gentile con tutti. È molto seduttiva; proprio per questo suo grande bisogno di attirare l'attenzione, ha comportamenti fortemente seduttivi con donne e con uomini. Sovente, quindi, fa della sessualità un mezzo di scambio per poter ottenere delle attenzioni e sovente ne fa un uso eccessivo. Sovente fa abuso di alcool e di droghe leggere.

E' una persona che ha una grande fame: una grande fame di amore.

E utilizza il cibo un poco come lo utilizzavamo noi da piccoli per tutti: il cibo è consolazione, è rifugio. Solo che, accompagnato a questo bisogno di cibo, di affetto, di amore, di attenzione... c'è tutta la rabbia per non averlo ricevuto. Non è un processo sano, di normale consolazione come abbiamo un po' tutti. "Mi sento triste, mi compro qualcosa, mi mangio una brioche; una sana auto consolazione che tutti ci procuriamo..."

Nella bulimica è come se ci fosse un buco senza fondo una rabbia, un risentimento, un rancore verso la famiglia, la vita, nascosto ma intenso.

Questo tormento non si placa, non basta svuotare il frigo, vomitare e poi sentirsi in colpa.

È un processo che si autoalimenta e tende a cronicizzare. Sia l'anoressia che la bulimia creano (probabilmente su una base di meccanismi non ancora esplicitati e anche prettamente fisiologici) una dipendenza vera e propria quando il disturbo si perpetua per un certo numero di anni.

D'altra parte, il digiuno dà quelle sensazioni di forza, di enfasi; le Sante ne parlano.

Dopo un certo periodo l'anoressica quando non mangia sta bene. All'inizio fa una fatica

tremenda; poi ha proprio una sensazione di forza fisica. Quindi, tenete conto che abbandonare questa auto gratificazione è un problema, perché se diventa una dipendenza fisica come diventa una dipendenza il fumo, l'alcool, l'eroina, il problema è molto difficile da risolvere.

Entrambe queste due patologie presentano - e questo ce lo dicono proprio le pazienti - un senso di vuoto, di nulla; un senso incompleto di sé. Ti dicono "io sento che non sono protagonista della mia vita. È come se viaggiassi su una macchina, ma io non sono al volante".

È una sensazione terribile, perché andare su una macchina in giro per il mondo, senza sapere chi c'è al volante, farebbe paura a chiunque. C'è proprio questo senso di non essere agenti della propria vita, di un vuoto. Vuoto che si è riempito di rabbia, perché il vuoto non rimane mai vuoto. Il vuoto non esiste, il vuoto si riempie di rabbia, di rancore, di paura, di pensieri...pieno dell'ossessione del peso e del cibo. Capite? Si è riempito di questa cosa.

Ovviamente anche queste pazienti dimostrano una grande incapacità di sentire le emozioni, di identificare i loro sentimenti. Di dire cosa provano, cosa pensano. Nella relazione terapeutica si può notare che non sanno dire, sentire, esprimere e dare voce a questa parte delle emozioni. La pratica del vomito e l'uso dei lassativi provocano effetti dannosi all'organismo; anche i diuretici provocano gravi disturbi fisici. Il vomito, forse è bene saperlo, provoca l'erosione dello smalto, lesioni dell'esofago, crampi allo stomaco, ipertrofia delle ghiandole carotidi, anemia. Disturbi, anche esteticamente invalidanti, che incidono negativamente sullo stato psichico delle ragazze...

Le cause? L'abbiamo già detto e lo ridico, nessun vissuto psichico ha una singola causa. Allora, si tratta di un disturbo che ha origine da più fattori; oltre a quelli personali, quale il patrimonio genetico che indubbiamente, in qualche modo, dà una predisposizione di fondo, come per tutte le patologie.

Si sono evidenziati quattro fattori:

1. il cambiamento del ruolo sociale della donna, con una conseguente problematicità dell'identità femminile. Considerato che questo è un fenomeno al 95% al femminile, io credo che questo fattore sia uno di quelli più pregnanti e significativi.
2. poi c'è il problema del passaggio all'età adulta, con quelle richieste di autonomia, di successo, pressanti, molto forti, molto intense che noi sappiamo... di cui abbiamo consapevolezza tutti: "bisogna riuscire, essere bravi, essere belli, fare tanti soldi..." Quindi, per un adolescente, diventare grandi ed entrare nel mondo degli adulti è difficile, perturbante e fa un po' paura. Lo ha sempre fatto, perché non a caso ben si conosce la crisi dell'adolescenza. Forse adesso bisogna tenerne conto ancora un po' di più.
3. Poi il fenomeno estremamente diffuso dell'analfabetismo emozionale; del come, nella nostra vita non ci sia spazio, riconoscimento e integrazione per le emozioni.
4. L'importanza attribuita al corpo, all'estetica, al fuori, all'immagine; questo è tipico del nostro tempo; questo valore, unitamente al problema dell'identità femminile, crea una situazione impossibile, difficile, impossibile per la ragazza. Lo sviluppo della personalità ha una grande identificazione con l'immagine: immagine è ciò che appare, quanto valgo davanti agli altri, alla TV, sul giornale... L'aspirazione è fare le veline, è molto triste... anche se la cosa ancora più triste, è l'ambizione della madre.

Questo dell'immagine, è un discorso che riguarda molto il nostro tempo, che proprio è cultura dell'immagine... Tradizionalmente, nel femminile, un bel corpo è elemento portante, cui la ragazza dà estrema importanza. Culturalmente la donna è oggetto di deside-

rio da sempre.

Diverso è per i maschi. Se si chiede ad un ragazzo “come stai?”, lui ti dirà “bene, male, mi sento in forma... non lo so”. Se chiedi ad una ragazza come stai?, ti dirà: bene, male... ho i capelli così, sono ingrassata, sono dimagrita... Sta parlando, identificandosi con quello che io vedo da fuori. L'altro si identifica con quello che sente dentro.

Nonostante l'emancipazione del femminile, c'è molta sottomissione camuffata da trionfo nel mondo della donna.

C'è la convinzione autoingannevole di essere protagoniste di scelte che sono in realtà vere e proprie “oggettificazioni” della persona.

C'è un'identificazione con l'immagine esclusivamente con il fuori. Come se il “dentro” non ci fosse e il dentro spesso non c'è, perché, abbiamo detto, sovente le famiglie danno pochi valori.

E i valori cui mi riferisco sono: l'intelligenza, la cooperazione, l'impegno politico, culturale... Questo è quel dentro che non c'è. La nostra è una cultura dell'immagine, dell'effimero, è una cultura che oggettifica la donna. Calendari e quant'altro, veramente portano a far sì che la ragazza si identifichi con il fuori, con quello che l'altro vede o che lei vede. La scena è: lei sta davanti allo specchio e si guarda. Questo vedersi riflessa nello specchio o negli occhi dell'altro, rimanda ad un'identificazione esclusivamente con l'immagine e non quello che sente più profondamente dentro di sé e di essere.

Quando fenomeni come l'anoressia e la bulimia si sviluppano con tanta rilevanza epidemiologica bisogna introdurre il concetto di disturbo etnico. Con ciò intendiamo un disturbo che si presenta in un certo tempo, intensamente, dilaga, si contagia quasi e che esprime uno stato conflittuale della situazione culturale del tempo; una situazione culturale che esprime con quel sintomo un determinato suo, proprio, conflitto culturale.

Ai tempi di Freud era predominante il quadro clinico dell'isteria. Ai giorni nostri le isteriche di un tempo non ci sono più, sono cambiate le patologie psichiche, è cambiato il modo di esprimere il disagio psicologico delle persone: abbiamo più disturbi di somatizzazione, più disturbi di attacco di panico, più disturbi depressivi. Perché ai tempi di Freud era più presente il disturbo isterico?

L'etnopsicologia ci dà questo tipo di risposta; in realtà il sintomo isterico esprimeva il disagio di quella società che aveva una doppia morale: da un lato reprimeva le donne, le voleva assolutamente succube, asessuate, dipendenti, inferiori... dall'altro ne enfatizzava gli aspetti più seducenti: dovevano essere belle, attraenti... Da un lato dovevano essere sottomesse al padrone di casa, dall'altro, quando il signore andava in guerra, perché a quei tempi le guerre erano quotidiane... doveva gestire la casa, la fabbrica, la campagna, i figli.

Queste richieste così contraddittorie e repressive mettevano la donna in una condizione di grande confusione, di grande conflitto. Il sintomo isterico era un modo per ribellarsi. Dalla comprensione di questa sofferenza psichiatrica indubbiamente ha tratto forza la presa di coscienza del fenomeno.

Ai giorni nostri, il tema della identità femminile presenta ancora molte conflittualità: alla ragazza è richiesta, io dico, una identità molto difficile, impossibile, sovente: devi essere bellissima, magrissima come le veline; però non basta, devi essere intelligente...capace. Le due cose difficilmente si conciliano.

Questo è il mondo esterno e questo, secondo me, è grave per una ragazza che ha già difficoltà ad identificarsi per la sua storia familiare o per sua sensibilità.

Nella storia familiare sovente c'è una madre, che non fornisce l'orgoglio di essere una donna. Sovente è una donna che dà un'immagine di femminilità passiva, vinta, rassegnata, scontenta. Una donna che valorizza molto il maschile. Allora, questa bambina

che vede il padre che va fuori di casa che ha più prestigio e la mamma che sta sempre lì a casa con le ciabatte, scontenta, e in più vede il maggior valore maschile, veramente comincia a pensare di appartenere ad un genere “inferiore”.

Se unitamente a questi valori di fondo non ci sono dei modelli reali di prestigio da seguire, veramente diventa difficile identificarsi con il ruolo di donna. Per essere una donna che conta bisogna essere perfette, bisogna essere tutto; per far carriera bisogna essere bravissime, essere belle, intelligenti, ma non troppo, un poco, di più, di meno... insomma, veramente è un po' problematico per una futura donna.

Se nell'ambito della famiglia la mamma è una figura che non valorizza la propria femminilità e il padre svaluta la madre... questo è un peggiorativo. Se questa non è la totalità delle situazioni familiari certo è molto diffusa, come tutti possiamo rilevare.

Voglio precisare che se anche questo atteggiamento non è esplicitato, ma se è nella testa della madre - (in questo senso è la madre che trasmette) se è nell'inconscio della madre che una bambina deve avere più pazienza, deve assoggettarsi di più, deve soffrire di più... anche se non è detto, poiché noi sappiamo che quello che passa tra madre e figli non è tanto quello che la madre vuole fare passare, ma quello che la madre sente, soprattutto nei primi anni, questo è assorbito nella psiche del piccolo.

Quindi se c'è questo atteggiamento interno, anche se esteriormente corretto, si produrrà comunque un'identificazione svalutante nella bambina. Collegato a quanto detto, altro punto fondamentale è la maternità.

La maternità dovrebbe essere fonte, per la donna, di orgoglio: fare i bambini è una cosa veramente molto importante. Oltre che molto bella, è molto importante. In questo nostro tempo, la maternità sembra essere più un elemento di disturbo per lo sviluppo economico che quel valore che invece è. Parimenti tutto quello che è collegato alla cura dei bambini (insegnanti, educatrici) è meno valutato di altre professioni più tecniche o funzionali. Questo scarso riconoscimento per il futuro ruolo di madre toglie alla bambina e all'adolescente la possibilità di una positiva identificazione con il genere femminile. Se facciamo la somma del: devi aver pazienza, devi essere dolce, comprensiva, devi portare le pantofole al papà perché questo è il tuo ruolo di bambina, e aggiungo che all'insegnante, alla tata, alla maestra d'asilo, do una valutazione e una rilevanza anche dal punto di vista economico, poco significative, e valorizzo invece molto di più l'ingegnere, il politico, ecc. orienterò in modo svalutativo il femminile rispetto al maschile.

Nascere femmina è avere: da un lato questa svalutazione di genere e la spinta a usare il proprio corpo per avere successo, e dall'altro sentirsi richiesta di intelligenza e autonomia inconciliabili. Tutto ciò genera confusione nelle adolescenti femmine e questo quadro fa da sfondo ad un disturbo tipicamente femminile quale quello di cui stiamo parlando.

Dott. Paolo Calvarese

Psicologo

Personalità, temperamento, carattere.

Dare una definizione univoca e completa di “personalità” non è affatto semplice, anche perché storicamente sono state formulate differenti concettualizzazioni che si rifanno a modelli teorici di varia natura (psicoanalitico, comportamentale, cognitivista, fenomenologico – esistenziale, sistemico – relazionale).

Una definizione semplificata descrive la personalità come un sistema complesso di caratteristiche psicologiche profonde di un individuo che sono in gran parte inconsapevoli, che sono essenzialmente stabili nel senso che non possono essere facilmente mutate, e che si esprimono automaticamente in ogni aspetto del funzionamento psichico e comportamentale.

Concorrono a determinare la personalità di un individuo sia elementi di tipo ereditario-ambientale, fondabili su base biologica, che elementi acquisiti che derivano da un processo di apprendimento indotto dall’esperienza all’interno del contesto relazionale. Gli aspetti biologici che concorrono a determinare la personalità si esprimono con il “temperamento” del soggetto, mentre il “carattere” comprende gli aspetti psicologici acquisiti dall’esperienza mutuata dai rapporti interpersonali.

Il temperamento è la disposizione affettiva fondamentale e caratteristica di ogni persona, il tono emotivo di fondo che precede l’esperienza e che ad essa predispose. I tipi più comuni di disposizioni temperamentali sono i seguenti:

- a) **temperamento depressivo o distimico**: è proprio del soggetto tendenzialmente triste e ripiegato su di sé, che tende a isolarsi e a chiudersi in se stesso, che frequentemente è insoddisfatto, frustrato, e che ha un difficile rapporto con il piacere. L’individuo con temperamento depressivo ripone scarsa fiducia in se stesso e tende al pessimismo;
- b) **temperamento ipertimico**: è tipico del soggetto intraprendente, molto attivo, infaticabile, ma anche estroverso e tendente alla socialità. E’ una condizione non patologica, stabile e attenuata di ipomaniacalità (che per definizione è invece patologica ed episodica);
- c) **temperamento ciclotimico**: è una condizione in cui il tono affettivo di fondo dell’individuo fluttua, indipendentemente dagli accadimenti esterni, da una condizione sfumatamente depressiva ad una ipertimica;
- d) **temperamento irritabile o disforico**: è proprio del soggetto irascibile, spesso insofferente e insoddisfatto, che reagisce con rabbia ad ogni difficoltà o avversità.

Il carattere, come già detto precedentemente, comprende invece quella parte di disposizioni psicologiche che vengono acquisite dalla vita esperienziale. Il carattere si sviluppa pertanto dal momento in cui il soggetto incomincia ad interiorizzare e a far propri i complessi modelli di regole sociali del gruppo a cui appartiene. Nella formazione del carattere, il peso che ogni singola esperienza acquisisce nel determinarlo segue alcune regole. Una delle più importanti è il criterio temporale: ogni apprendimento esperienziale è tanto più determinante nella formazione del carattere quanto più avviene precocemente. Nell’età adulta il carattere è formato, ma non è mai del tutto immutabile dal momento che ogni nuova esperienza interiorizzata può modularne o modificarne alcuni aspetti.

La personalità - intesa pertanto come insieme delle disposizioni temperamentali e del

carattere dell'individuo – progressivamente si sviluppa ed evolve dalla nascita sino all'età adulta. A partire dai 18 anni si ritengono definitivamente compiuti lo sviluppo e la maturazione dei sistemi biologici che determinano il temperamento e sono, inoltre, avvenute le fondamentali esperienze che formano il carattere. La variabilità individuale e tra i diversi gruppi sociali è naturalmente piuttosto ampia e di questo occorre tener conto nella pratica clinica.

In conclusione, la personalità di un individuo è definibile nelle sue caratteristiche essenziali ed eventualmente diagnosticabile come patologica solamente a partire dall'età adulta. Prima del completo e definitivo sviluppo del temperamento e del carattere non è possibile e non è corretto "etichettare" una personalità come patologica.

I disturbi di personalità

Una personalità è patologica quando presenta tre livelli di devianza:

- a. **statistica:** la personalità dell'individuo è abnorme, nel senso che le sue reazioni emotive e comportamentali si discostano statisticamente da quelle più frequentemente osservabili nella popolazione generale. Il concetto di abnormità è quindi statistico e non etico o di valore. La devianza statistica può manifestarsi sul piano cognitivo (modo di percepire se stessi, gli altri, gli eventi), affettivo (reazioni emotive, sentimenti), del funzionamento interpersonale, del controllo degli impulsi;
- b. **funzionale:** l'individuo non riesce ad avere un funzionamento lavorativo, relazionale e sociale adeguato o in cui possa pienamente esprimere le proprie potenzialità intellettive;
- c. **clinica:** l'abnormità statistica e/o funzionale della personalità determina sofferenza o disagio all'individuo o agli altri (famiglia del paziente, società).

I disturbi di personalità comprendono un gruppo di condizioni psicopatologiche in cui non è l'emergere di una costellazione sintomatologica psichica o comportamentale che caratterizza il quadro clinico ma una modalità pervasiva e complessa di rapporto patologico con i propri vissuti soggettivi, con gli altri, con gli eventi esistenziali e gli accadimenti esterni.

Il paziente che presenta un disturbo di personalità è un individuo che ha un abnorme modo di essere, di comportarsi e di funzionare socialmente.

Per quanto concerne i diversi tipi di disturbo della personalità, il D.S.M. – IV (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Psicici, condiviso a livello internazionale) ne propone tre gruppi:

- cluster A, gruppo di disturbi di personalità caratterizzati dalla stravaganza e dall'eccentricità ("Odd cluster"). Si tratta di personalità patologiche che contengono degli elementi sfumati di dissociazione che non si traducono in manifestazioni sintomatologiche:
 - disturbo paranoide di personalità;
 - disturbo schizoide di personalità;
 - disturbo schizotipico di personalità;
- cluster B, gruppo di disturbi di personalità caratterizzati dalla marcata espressività delle manifestazioni cliniche ("Dramatic cluster"). Sono alterazioni patologiche della personalità in cui è in qualche modo riconoscibile un'alterazione affettiva e/o del controllo degli impulsi:
 - disturbo antisociale di personalità;
 - disturbo borderline di personalità;
 - disturbo istrionico di personalità;
 - disturbo narcisistico di personalità;

- cluster C, gruppo di disturbi di personalità caratterizzati dall'ansietà e da problemi di controllo emotivo ("Anxious cluster"). Si tratta di personalità patologiche riconducibili ai disturbi d'ansia per l'insicurezza che li contraddistingue, il timore di fondo e il controllo emotivo troppo scarso oppure ottenuto con forte repressione:
 - disturbo evitante di personalità;
 - disturbo dipendente di personalità;
 - disturbo ossessivo - compulsivo di personalità.

Nella mia relazione mi occuperò solo di uno di questi disturbi, vale a dire il Disturbo Borderline di Personalità, che secondo il D.S.M. - IV TR deve rispondere ai seguenti criteri:

Tabella 15.4 Criteri del D.S.M. – IV per il disturbo borderline di personalità

Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'affettività con impulsività notevole, comparsa entro la prima età adulta e presente in vari contesti come indicato da almeno cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) tentativi esagitati di evitare un reale o immaginario abbandono (non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati in 5);
- 2) modalità di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
- 3) disturbo dell'identità: l'immagine di sé o il senso di sé sono disturbati in maniera marcata e persistente, o instabile;
- 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, uso di sostanze, guida spericolata, abbuffate) (non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati in 5);
- 5) ricorrenti minacce, gesti o comportamenti suicidari, o comportamento automutilante;
- 6) instabilità affettiva causata da una marcata reattività dell'umore (ad esempio, intensa disforia episodica, irritabilità o ansia che di solito dura poche ore e soltanto di rado supera pochi giorni);
- 7) sentimenti cronici di vuoto;
- 8) rabbia immotivata e intensa o mancanza di controllo della rabbia (ad esempio, frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);
- 9) gravi sintomi dissociativi o transitoria ideazione paranoide correlata a eventi stressanti.

I Disturbi di Personalità sono uno dei capitoli della psichiatria più difficili e più discussi; ogni successiva edizione del D.S.M., ad esempio, ha sempre comportato delle modifiche piuttosto radicali della sistematizzazione e soprattutto nella definizione dei singoli disturbi di personalità.

Sfortunatamente, la crescente popolarità della diagnosi di borderline nelle ultime due decenni l'ha fatta diventare una sorta di "cestino dei rifiuti" psichiatrico – spesso usato troppo e male. I pazienti per i quali sussiste una confusione diagnostica possono ricevere l'etichetta di borderline per difetto.

Il Disturbo Borderline di Personalità è incluso, come abbiamo visto, fra i disturbi di personalità, in quella sezione del D.S.M. IV-TR definita Asse II. La descrizione che nel Manuale viene fatta di questo disturbo assimila e riprende alcuni elementi descritti da Gunderson e da Kernberg. Il D.B.P. (Disturbo di Personalità Borderline) viene definito come una "modalità pervasiva di instabilità" che riguarda tre aree principali:

- l'umore;
- l'immagine di Sé;

- le relazioni interpersonali.

La descrizione del disturbo borderline viene a corrispondere a un paziente con un'instabilità dell'immagine di Sé e un'identità disturbata, che ha difficoltà nelle scelte dei progetti di vita e delle mete esistenziali.

Le difficoltà si esasperano nei rapporti interpersonali, difficili, instabili e intensi. Il rapporto con gli altri oscilla tra gli estremi dell'idealizzazione e della svalutazione. Il sentimento di solitudine e di vuoto e la depressione che a questo si accompagna possono essere penosi e difficili a sopportarsi, uniti ad ansia e irritabilità. Il paziente borderline prova poi sentimenti di rabbia intensa, con eccessi d'ira e sfuriate, senza possibilità di esercitare su di queste un controllo. La rabbia e la perdita di controllo degli impulsi si traducono talora in abuso di sostanze (droghe, alcol), promiscuità sessuale, condotte marcatamente antisociali (guida spericolata, furto, ecc.).

Nelle forme più gravi del disturbo vi possono essere minacce o gesti suicidari. In altre occasioni i gesti sono semplicemente autolesivi (tagliarsi, graffiarsi, ecc.). I comportamenti autolesivi possono rappresentare un tentativo di manipolare e controllare gli altri, oppure essere impulsivi e frutto della rabbia, intensa e incontrollabile.

È importante osservare che fra i criteri diagnostici del D.S.M. – III – R non erano stati inclusi gli episodi psicotici brevi che possono manifestarsi nella storia clinica di questi pazienti. Il D.S.M. – IV TR ha corretto questa impostazione e posto come criterio (n. 9) la presenza di gravi sintomi dissociativi o transitoria ideazione paranoide correlata a eventi stressanti.

Il D.B.P., come inteso nel D.S.M., sembra essere prevalente nelle donne, con esordio in genere in età giovanile (tarda adolescenza o prima età adulta). La prognosi a lungo andare può essere benigna. La psicoterapia orientata psicoanaliticamente dopo un lungo periodo di trattamento (5 – 10 anni) può portare a sostanziali miglioramenti. Bisogna tuttavia tenere conto che il trattamento psicoterapico dei pazienti borderline è difficile, con un'alta frequenza di drop out e di interruzione di trattamento. Talora sono necessari ricoveri ospedalieri e frequentemente occorrono interventi psicofarmacologici complessi.

Sono stati anche descritti miglioramenti "naturali", in genere dopo una quindicina di anni dall'insorgenza del disturbo. Una temibile complicanza tuttavia è rappresentata dal pericolo di suicidio: una percentuale fra il 3% e il 10% dei pazienti affetti da D.B.P. si suicida.

Interpretazione psicodinamica del D.B.P.

Una breve rassegna storica del termine borderline nella psichiatria americana può fare luce sulla questione del disturbo borderline di personalità nella nomenclatura corrente.

Gunderson e Stinger (1975) riesaminarono la letteratura descrittiva e delinearono sei caratteristiche fondamentali per una diagnosi razionale di pazienti borderline: 1) affettività intensa di natura prevalentemente depressiva o rabbiosa, 2) impulsività, 3) adattamento superficiale nelle situazioni sociali (il che aiuta a differenziare questi pazienti dagli schizofrenici), 4) episodi psicotici transitori, 5) tendenza a perdere i nessi associativi se sottoposti a test proiettivi o ad altre situazioni non strutturate, 6) modelli relazionali patologici. Rispetto a quest'ultimo punto, all'interno di una relazione si attivano due tipologie di ansie: da un lato, questi pazienti cominciano a temere di essere fagocitati da un'altra persona e di perdere la propria identità in una primitiva fantasia di fusione. Dall'altro, speriscono un'angoscia, che confina nel panico, in relazione all'idea di poter essere abbandonati in qualsiasi momento. È come dire che quando si è vicini al paziente si è già troppo vicini e se ci si allontana si è già troppo lontani. Sembra che non si

riesca a costruire una giusta e flessibile distanza relazionale. Per prevenire la solitudine, possono ricorrere al taglio dei polsi o ad altri comportamenti autodistruttivi instabili che dall'estrema dipendenza scivolano verso la superficialità.

I pazienti borderline si consumano nel tentativo di stabilire delle relazioni esclusive con un'unica persona con cui non vi sia alcun rischio di abbandono. Possono esprimere il bisogno di tale relazione con un'aria di concessione che schiaccia e aliena gli altri. Inoltre, una volta che si sia stabilita un'intimità con un'altra persona, subentra la paura di essere abbandonati che minaccia e spesso distrugge il rapporto. Le distorsioni cognitive, come il pensiero "quasi-psicotico" (caratterizzato da transitori, circoscritti e/o atipici strappi nell'esame di realtà), possono anche verificarsi nel contesto delle relazioni interpersonali. Sono comuni percezioni "quasi - deliranti".

Otto Kernberg (approccio psicoanalitico) osservò in questi pazienti una varietà di sintomi comprendenti un'ansia liberamente fluttuante, sintomi ossessivo-compulsivi, fobie multiple, reazioni dissociative, preoccupazioni ipocondriache, sintomi di conversione, spunti paranoidei, sessualità perversa polimorfa e abuso di sostanze. L'autore ha avvertito, comunque, che i sintomi descrittivi non erano sufficienti per una diagnosi definitiva. Riteneva invece che la diagnosi si fondasse su una sofisticata analisi strutturale che rivelava quattro caratteristiche chiave.

- 1) Manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io. Un aspetto del funzionamento dell'Io risiede nella capacità di posticipare la scarica degli impulsi e di modulare affetti come l'ansia. I pazienti borderline sono incapaci, dal punto di vista di Kernberg, di ordinare le forze dell'Io in modo da permettere che queste funzioni si realizzino, a causa di una debolezza intrinseca non specifica. Allo stesso modo, essi fanno fatica a sublimare intense pulsioni e utilizzare la loro coscienza per finalizzare il loro comportamento.
- 2) Scivolamento verso processi di pensiero primario. Kernberg notò che questi pazienti tendono a regredire a un pensiero simil-psicotico per l'assenza di struttura o per la pressione di affetti intensi. Comunque, questi scivolamenti si verificano principalmente nel contesto di una capacità generalmente conservata di valutazione della realtà.
- 3) Operazioni difensive specifiche. Principale operazione difensiva è la scissione, che Kernberg descrisse come un processo attivo in grado di separare affetti tra loro contraddittori. Le operazioni di scissione nel paziente con disturbo borderline di personalità si manifestano clinicamente nel modo seguente:
 - a) c'è un'espressione alternante di comportamenti e atteggiamenti contraddittori che il paziente considera con mancanza di preoccupazione e con blando diniego;
 - b) c'è una divisione in compartimenti di tutte le persone che fanno parte dell'ambiente del paziente in un settore di "tutti buoni" e in un settore di "tutti cattivi", con frequenti oscillazioni di settore per un determinato individuo;
 - c) coesistono prospettive e immagini di sé (rappresentazioni di sé) contraddittorie che si alternano nel loro predominio di giorno in giorno e di ora in ora (es. posso fare tutto/ non riesco a fare niente).Altre difese, come idealizzazione primitiva, onnipotenza e svalutazione, riflettono in modo analogo le tendenze alla scissione (ad esempio, gli altri vengono considerati in termini del tutto negativi o del tutto positivi).
- 4) Relazioni d'oggetto patologiche interiorizzate. Per effetto della scissione gli individui con organizzazione di personalità borderline non considerano negli altri

l'insieme delle qualità positive e negative. Piuttosto, essi vengono suddivisi secondo polarità estreme e sono considerati, secondo le parole di un paziente, "o dei o demoni". Questi individui non possono integrare gli aspetti libidici e aggressivi degli altri, il che impedisce loro di poter apprezzare sinceramente le esperienze interne degli altri. Le percezioni che hanno degli altri possono alternarsi giornalmente tra idealizzazione e svalutazione, il che può rivelarsi fortemente disturbante per chiunque entri in relazione con queste persone. Allo stesso modo, la loro incapacità di integrare rappresentazioni di sé positive e negative genera una grave diffusione di identità.

Kernberg individuò nella sottofase del riavvicinamento, approssimativamente tra il sedicesimo e il trentesimo mese, il momento cruciale di questa crisi evolutiva. In questa fase, il bambino è preoccupato che la madre scompaia, dimostrando nel contempo una frenetica preoccupazione relativamente ai suoi spostamenti. Da questa prospettiva evolutiva, i pazienti borderline possono essere considerati come se rivivessero continuamente una crisi infantile precoce in cui temono che i tentativi di separarsi dalla madre provocheranno la sua scomparsa. Nella riedizione adulta di questa crisi infantile, l'individuo è incapace di tollerare periodi di solitudine e teme di essere abbandonato dalle figure significative. I pazienti con disturbo di personalità borderline possono essere sopraffatti dall'angoscia nei momenti cruciali di separazione dai genitori o dalle altre figure che si prendono cura di loro. Le ragioni per la fissazione alla sottofase del riavvicinamento sono in relazione, secondo Kernberg, a un disturbo nella disponibilità emozionale della madre durante questo periodo critico, dovuto o a un eccesso di aggressività costituzionale nel bambino o a problematiche materne legate alla funzione genitoriale o anche a una combinazione di entrambi i fattori. Quest'ultima ipotesi sembra essere la più accreditata, dove si assiste all'incontro tra dei genitori in difficoltà, "poco equipaggiati", e un bambino "particolare".

Il paziente Borderline possiede una ridotta abilità nell'integrare le immagini buone e cattive di sé e degli altri; egli è convinto che l'eccessiva "cattiveria" distruggerà "ogni cosa buona" in sé e negli altri. Quando i propri vissuti cattivi sono proiettati fuori, questi pazienti si sentono alla mercé di persecutori malvagi, è come se le loro parti cattive attribuite ad altri divengono dei temibili nemici. Quando vengono reintroiettati (il paziente se ne riappropria), questi vissuti cattivi fanno sentire questi soggetti privi di valore e deprecabili, spingendoli talora a pensieri di suicidio.

Mentre molte delle teorie psicodinamiche concentrano la loro attenzione sui fallimenti materni nell'eziologia e nella patogenesi della patologia borderline, vari studi indicano che entrambi i genitori nei ricordi dei pazienti hanno creato delle difficoltà durante la loro infanzia. C'era una sorta di "controllo anaffettivo" per cui entrambi i genitori fallivano nel fornire un supporto emozionale e ostacolavano la separazione dei loro figli. Zweig – Frank e Paris (1991) sottolineavano che come figli, i pazienti borderline erano sfortunati poiché le loro esperienze negative con un genitore non erano mitigate dalle esperienze positive controbilancianti con l'altro genitore.

I risultati di tutte queste ricerche empiriche prese insieme suggeriscono una prospettiva eterogenea e complessa dell'eziologia e della patogenesi del D.B.P.. È chiaro che vi sono molti percorsi nell'evoluzione della psicopatologia borderline. Sebbene molti pazienti abbiano esperito una certa combinazione di perdite, trascuratezza, abuso fisico, verbale e sessuale, il 20%–40% dei pazienti borderline non ha esperito né abuso né trascuratezza. Nessun fattore eziologico considerato separatamente sembra che sia sufficiente o specifico per lo sviluppo di un D.B.P.. Con questo discorso s'intende

precisare quanto sia errato e fuorviante considerare il D.B.P. esclusivamente ancorato all'inadeguatezza dei genitori ed in particolare della madre.

I disturbi di personalità sono spesso associati a disturbi psichiatrici di asse I: la frequenza di comorbidità tra un disturbo di asse I (Schizofrenia, Disturbi dell'Umore, Disturbi dell'Alimentazione, ecc...) ed un disturbo di personalità è elevata e significativa sul piano statistico. La coesistenza in uno stesso individuo di un disturbo psichiatrico e di una personalità patologica può venir interpretata in due modi diversi:

- a) il disturbo di personalità è una condizione patologica di base che ha predisposto allo sviluppo del disturbo psichico di asse I;
- b) il disturbo di personalità ed il disturbo psichico di asse I sono epifenomeni della stessa condizione patologica, sono differenti quadri clinici che si sovrappongono con analoghi eziopatogenesi.

In ogni caso, qualsiasi sia l'ipotesi che si vuole considerare – la discussione è apertissima – si può concludere che la presenza di un disturbo di personalità in un individuo aumenta il rischio di osservare nello stesso soggetto un disturbo psichico anche sul piano sindromico – sintomatologico.

La terapia dei disturbi di personalità

La cura dei disturbi di personalità è un argomento complesso e di difficile trattazione per vari motivi: primo, perché nel caso dei disturbi di personalità è particolarmente difficile stabilire in modo chiaro e univoco quali siano i risultati attesi e che cosa si intenda modificare o migliorare; secondo, perché la trattazione andrebbe condotta distinguendo a seconda del tipo di disturbo; terzo, perché non esistono dati provenienti da sperimentazioni condotte con modelli sperimentali controllati su ampie casistiche.

In generale, si può affermare che è complesso e difficile curare una personalità patologica, ma non è impossibile: sia perché una disposizione temperamentale può venir modificata farmacologicamente, sia perché una psicoterapia efficace può entrare nel bagaglio esperienziale dell'individuo che concorre a formare o a modularne il carattere.

L'intervento farmacologico di modulazione delle disposizioni temperamentali è un dato clinico di recente acquisizione che riguarda soprattutto gli psicofarmaci di ultima generazione e che deve essere studiato più approfonditamente. Nella pratica clinica, non è raro osservare che un paziente con un disturbo di personalità che non ha tratto sostanziale giovamento da un intervento psicoterapico prolungato, risponde positivamente alla somministrazione di un inibitore selettivo del reuptake della serotonina. A parte gli eventuali sintomi che il farmaco controlla (es. sintomi depressivi, ossessioni, bulimia), è proprio la modalità pervasiva del paziente di esperire i propri vissuti e di comportamento che cambia: la struttura di personalità viene modificata da un intervento biologico sulla disposizione temperamentale.

È opportuno verificare nel prossimo futuro se il venir meno dell'azione farmaco – indotta comporti inesorabilmente il ritorno alla condizione morbosa o se, dopo un congruo periodo di tempo, l'individuo riesca a modificare stabilmente i propri sistemi cognitivi e i propri modelli comportamentali. Sul piano teorico è possibile fondare questa ipotesi: il temperamento rappresenta la disposizione affettiva che precede l'esperienza, quindi una modifica di esso può determinare il cambiamento dell'atteggiamento pregiudiziale con cui l'individuo si appresta a fare esperienza e favorire l'interiorizzazione di esperienze positive. Una serie di esperienze positive interiorizzate può poi anch'essa modificare, da un altro versante, la pregiudiziale emotiva con cui l'individuo si appresta a fare ulteriori nuove esperienze.

L'intervento psicoterapico permette invece di ottenere una modulazione o una modifica

del carattere dell'individuo con la promozione diretta di nuove esperienze positive: le psicoterapie di tipo psicodinamico attraverso il rapporto interpersonale con il terapeuta e la rielaborazione dei propri vissuti, le psicoterapie cognitive attraverso l'acquisizione di nuovi schemi e automatismi di pensiero, le psicoterapie comportamentali attraverso l'apprendimento di modelli comportamentali alternativi e più adeguati.

Benché queste ipotesi siano interessanti e con dei fondamenti teorici validi, non possiamo dimenticare alcuni precedenti storici che ci obbligano a vedere il farmaco sia come molecola, sia come uno strumento denso di significati psicologici per il paziente e per il terapeuta.

Prima di concludere, credo sia importante fare alcune precisazioni sui vissuti depressivi di questi pazienti, depressione che come vedremo ha delle tinte differenti da quelle che comunemente conosciamo. Il termine "borderline" apparve per la prima volta nella letteratura psichiatrica negli anni '50 e '60, definiva chiaramente un'entità clinica che era "al confine" della psicosi o più specificamente della schizofrenia. Con il passare del tempo e l'accumularsi dei dati di follow-up a lungo termine sul decorso del disturbo di personalità borderline, esso è stato messo in relazione soprattutto con i disturbi affettivi piuttosto che con la schizofrenia.

Un problema comune con cui si confronta la clinica è la differenziazione della depressione caratterologica tipica della personalità borderline dal disturbo affettivo maggiore che può coesistere con il disturbo di personalità borderline. Conoscere le specifiche caratteristiche di ciascun tipo di depressione può aiutare il clinico a definire tale differenziazione. I pazienti borderline possono utilizzare il termine "depressione" per descrivere sentimenti cronici di noia, vuoto e solitudine ma, da un punto di vista diagnostico, possono non avere i segni vegetativi della depressione maggiore dell'asse I. Inoltre, sentimenti di rabbia consci si alternano spesso alla depressione caratterologica del paziente borderline, contrariamente a quanto avviene nel paziente affetto da un tipo di depressione più autonoma ed endogena. I clinici devono ricordare comunque che, se queste distinzioni sono utili, entrambe le forme di depressione possono coesistere nello stesso paziente e possono richiedere un intervento farmacologico.

Anche se la farmacoterapia è un importante complemento nel trattamento del disturbo di personalità borderline, le medicine devono essere prescritte con giudizio. Questi pazienti di solito finiscono per accumulare un grande numero di prescrizioni da parte di svariati medici, i quali condividono sentimenti di frustrazione nei loro tentativi di soddisfare le infinite richieste di attenzione. I pazienti borderline possono ripetutamente mettere alla prova i loro medici curanti per vedere se essi "realmente si prendono cura di loro". Limitarsi alla prescrizione farmacologica è per lo psichiatra soltanto un modo di definire dei limiti rigorosi con il paziente borderline. Quando un farmaco viene usato per un sintomo bersaglio, i clinici devono stare attenti a non considerare quel farmaco come una panacea e ricordare che la forza principale del trattamento deve essere un esame lento e doloroso delle modalità relazionali, sia in seduta che nella vita relazionale del paziente al di fuori della relazione terapeutica.

**PSICOSI ADOLESCENZIALI 2:
schizofrenia e depressioni**

11 marzo 2003

Relatori

Dott. Giorgio Moschetti

Psicologo, Psicoterapeuta, Consulente presso la Casa dell'Ospitalità –
Ivrea

Dott.ssa Susanna Cielo

Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Sanitario presso la Casa
dell'Ospitalità – Ivrea

Dott. Giorgio Moschetti

Psicologo, Psicoterapeuta, Consulente presso la Casa dell'Ospitalità

Prima di entrare nel vivo del tema "Schizofrenia e depressione", dobbiamo porci preliminarmente una domanda essenziale: si tratta di malattie, o di esiti problematici del difficile percorso adolescenziale, o di entrambe le cose?

Non riusciremo certo a dare una risposta univoca e definitiva, ma la domanda rimane egualmente indispensabile: la nozione di malattia può diventare assai problematica se usata a proposito dei disturbi mentali, almeno in certi casi, e ignorare questa circostanza ci esporrebbe a gravi rischi.

Silvano Arieti (*Interpretazione della schizofrenia, 1974*) pone il problema con chiarezza. Se con malattia intendiamo: condizione di acuta sofferenza e/o d'inabilità, di perdita di capacità, di gravi alterazioni funzionali, nonché condizione sulla quale il farmaco ha un potere d'incidenza, allora si può a buon diritto parlare di malattia mentale. Ma se con malattia intendiamo patologia cellulare, o comprensione di meccanismi patologici, o capacità di riprodurre sperimentalmente la forma morbosa, o compromissione certa e dimostrata della salute corporea, allora non si può a buon diritto parlare di malattia, a proposito della cosiddetta malattia mentale. Malattia mentale è quindi espressione a un tempo legittima e illegittima. Possiamo usarla, e forse dobbiamo usarla, ma sempre ricordando che la malattia mentale è anche una condizione esistenziale, un particolare modo di fare esperienza, in ogni caso un'entità diversa dalle malattie comunemente dette organiche, un'entità sulla quale non abbiamo quasi nessuna delle certezze che abbiamo su quelle.

Noi oggi, parlando a degli insegnanti, preferiamo ravvisare nelle schizofrenie e nelle depressioni più *Esiti problematici del difficile percorso adolescenziale* che non malattie, più difficili percorsi di vita nei quali può imbattersi la condizione umana, quasi vicoli ciechi dai quali la vita individuale non riesce a uscire.

Se le vediamo soltanto come malattie, rischiamo di identificarci con la posizione tecnico-medica del meccanismo guasto e dimentichiamo che le persone nascono ed esistono soltanto in relazione ad altre persone. Attenti soltanto al target da aggredire e colpire con i farmaci, non riusciamo più a cogliere il messaggio sovente disperato di cui queste condizioni sono espressione.

Dopo tutto il Novecento di riflessione profonda su questi temi, sappiamo qualcosa su quanto gli aspetti psicologico-relazionali giochino nel far imboccare questi vicoli ciechi. Sappiamo che il rischio è essenzialmente legato allo specifico intreccio di fattori interdipendenti nella storia individuale, intreccio che storna il percorso di crescita della persona dall'approdo alla maturità consapevole e alla piena autonomia della sua manifestazione lavorativa e affettiva.

Questi fattori sono:

- le relazioni interpersonali con i membri della famiglia, in primo luogo con i genitori e secondariamente con i fratelli e/o sorelle; subito dopo, quelle con il personale scolastico, in misura crescente con l'età;
- la particolare modalità, affatto unica e individuale, con cui il soggetto fa esperienza di queste relazioni (come il soggetto le vive);
- il modo in cui l'esperienza di esse contribuisce a costruire e ad arricchire l'immagine di sé del soggetto;
- il modo in cui la stessa esperienza si interiorizza prima e si stabilizza poi nei cosiddetti

detti oggetti interni, le rappresentazioni interiori degli altri, che vanno a costituire nel loro insieme, con le loro complesse interazioni, la vita interiore del soggetto (come questi interiorizza l'ambiente di relazione);

- il modo ancora in cui questa interiorizzazione a sua volta influenza nel tempo tutti i fattori precedenti e li condetermina, congiuntamente alle condizioni ambientali;
- l'ambiente socioculturale di appartenenza del gruppo familiare, in cui sono immersi tutti i fattori precedenti e di cui in parte sono espressione;
- infine, la componente organica, della quale sappiamo tuttora ben poco, ma che non si può ignorare, giacché nei casi più gravi i farmaci costituiscono un supporto e una condizione, spesso irrinunciabili, perché la cura abbia luogo.

Diamo ora alcune annotazioni sulla condizione schizofrenica in quanto vissuto.

Per prima cosa ricordiamo la radicale indistinzione, quasi un fondersi prelinguistico indifferenziato fra me e mondo, fra interno ed esterno, fra dentro e fuori, fra soggetto e oggetto. Nella condizione schizofrenica queste opposizioni perdono significato, sfumano una nell'altra, si vive in una confusione per certi aspetti simile a quella infantile molto precoce che precede queste distinzioni. Rammentiamo come talvolta ci sentivamo inermi di fronte al mondo, così complesso e minaccioso allora, quando il linguaggio ancora non ci soccorreva? E come fosse fluido e incerto il confine fra ciò che provavamo, ad esempio i nostri terrori infantili, e la realtà fuori di noi?

Ci riferiamo naturalmente qui alla condizione di grave crisi: qualunque persona schizofrenica d'altronde non è sempre in grave crisi, 24 ore su 24. Alterna momenti difficili ad altri di precario equilibrio, in cui mantiene una certa distinzione fra sé e mondo, ma fragile, vacillante, sempre in procinto di scomparire. Basta che si verifichino condizioni appena un po' particolari, perché di colpo quell'incerto ordine scompaia e si spalanchi il pozzo della crisi.

I cosiddetti confini dell'io, prodotti dalla capacità di distinguere nel vivo dell'esperienza ciò che è me da ciò che non è me, consolidati e ripetutamente confermati dagli altri nel tempo grazie al vivere all'interno della comunità umana, sono, o possono diventare, labili, confusi, talvolta si perdono del tutto. Con il loro indebolirsi, viene meno anche la percezione dell'unità della persona, cioè il suo senso di identità, il vissuto di continuità della propria presenza nelle varie situazioni al trascorrere del tempo.

Quindi l'esperienza del tempo è radicalmente modificata, e con essa la possibilità di relazionare efficacemente con gli altri, possibilità che proprio sulla condivisione di un tempo comune è fondata. Relazionare efficacemente con gli altri significa saper condividere un progetto comune (nell'ambito lavorativo come in quello affettivo), articolandone di concerto con loro la realizzazione nel tempo. Ma occorre che vi sia un tempo condiviso.

All'avvicinarsi della crisi psicotica lo stare al mondo si fa sempre più insostenibile. Il contesto relazionale, nel quale il soggetto è immerso e dal quale è condeterminato, spesso ha una parte importante nell'insorgere della crisi: l'incapacità degli altri, magari in perfetta buona fede, di cogliere certi bisogni disperati e di fondo, unita all'incapacità del soggetto, per mancanza di strumenti di vario genere, di esplicitarli con chiarezza; il patire sulla propria pelle, per altrui incolpevole incoscienza, le altrui problematiche; l'impossibilità in certi casi di sentirsi confermati in un ruolo preciso; o il sentirsi costretti in ruoli contraddittori senza aver né possibilità né strumenti per contestualizzare la situazione, anche solo al fine di rappresentarsela per poterla gestire ... infiniti e imprevedibili sono i modi in cui la vita, nella quale siamo comunque inesorabilmente get-

tati, può divenirci insostenibile. Vero è che la vita di relazione con gli altri, in particolare la famiglia, può molto nello spingerci in condizioni di invivibilità, ma è altrettanto vero che non bisogna cadere nella tentazione di colpevolizzare troppo la famiglia: sovente patisce la situazione quanto il soggetto, ne è lacerata negli anni e vede spenta la sua creatività.

Spesso all'avvicinarsi della crisi il mondo comincia ad apparire profondamente strano, incomprensibile, poi minaccioso, l'ansia è sempre più elevata, a ondate di angoscia senza nome si alternano emozioni arcaiche estremamente intense, terrore, orrore, disgusto, raccapriccio ... Le cose prendono poco alla volta significati diversi dal solito, strani, imprevedibili e imprevedibili, inafferrabili, difficili a comunicarsi perché continuamente sfuggenti, non condivisibili con gli altri; talvolta sorgono le cosiddette idee di riferimento (convinzioni, irriducibili a ogni esame di realtà, che i più minuti particolari casuali dell'ambiente abbiano sempre e costantemente un significato riferito al soggetto, in genere persecutorio e comunque minaccioso).

Normalmente noi organizziamo la molteplicità dell'esperienza in concetti e generalizzazioni attraverso il pensiero. Nel mondo psicotico la modalità del pensare da logica diventa paleologica, come ci ricorda Silvano Arieti nella sua opera già citata. Con pensiero paleologico Arieti intende un'arcaica modalità del pensiero, più rudimentale che quella logica, incapace di un esame di realtà condiviso con gli altri. Von Domarus descrisse per primo nel 1925 questo cambiamento: "Mentre l'individuo normale accetta l'identità soltanto sulla base dell'identità dei soggetti, il paleologico accetta l'identità basata sull'identità dei predicati". In altre parole: all'associazione per somiglianza si sostituisce l'identificazione per somiglianza. Nel pensiero logico, oggetti simili per qualche caratteristica comune sono fra loro soltanto associati, ma non confusi. Nel pensiero paleologico invece la particolare caratteristica comune significa tout court identità. Se due oggetti hanno un particolare in comune, essi sono lo stesso oggetto.

Il pensiero regredisce verso una crescente concretizzazione mentre si indebolisce la capacità di astrazione. I contenuti abitualmente gestiti dal pensiero astratto vengono sempre più gestiti da quello concreto, inadeguato, con il risultato che l'attività mentale si deteriora gravemente, la capacità di astrarre e generalizzare dall'esperienza (imparare dall'esperienza) si indebolisce sensibilmente.

Se a questo aggiungiamo la già citata debolezza o intermittenza dei confini dell'io, sembra quasi che l'esperienza del soggetto si disperda nel mondo e vi si materializzi. La persona in questa condizione non dirà IO ho paura (o lo potrà dire nei momenti in cui è meno schizofrenica), perché non c'è IO che possa dire alcunché, ma griderà per i mostri minacciosi che vedrà dappertutto. La donna tradita dal marito non riuscirà a dire io sono gelosa, ma vedrà ovunque triangoli, sarà perseguitata e ossessionata dai triangoli. Un ragazzo, sperimentando lo spegnersi dell'io, tremolante come la fiamma di candela investita dal vento, potrà dire: sono sparito, aiuto, dottore, mi dica, ci sono ancora? Che brutto, sono sparito ...

Vivere diventa non soltanto sempre più drammatico e minaccioso, ma anche più complicato, difficile. La persona si sente sempre più inadeguata al compito. Nell'estremo tentativo di organizzare ciò che accade (per gestirlo, per farvi fronte in qualche maniera, per alleviare le sofferenze) sviluppa la visione delirante del mondo, un quadro, non importa quanto rozzo e impreciso, rispetto al quale può trovare un minimo di orientamento.

Questo dà un attimo di respiro. Ma il quadro è autistico, a proprio uso e consumo, finalizzato soltanto a difendersi provvisoriamente, in ogni caso inefficacemente, dall'ansia.

Il poco sollievo che regala è pagato con un'ulteriore distanza dal mondo degli altri. Poiché gli altri non lo condividono, il quadro delirante allontana ancora di più la persona da quelle indispensabili informazioni, da quegli esami di realtà che soltanto dal rapporto con gli altri possono provenire e che soli possono realmente alleviare la sofferenza.

La persona esce così dalla dimensione della socialità, si rifugia sempre più in un mondo tutto suo, solitario, pieno di terrore e senza tempo; d'altronde agli aspetti deliranti (che agli altri appaiono tali) non può rinunciare perché proprio quelli gli consentono di dare una provvisoria stabilità e comprensibilità al mondo.

La crisi schizofrenica tende a presentarsi verso la fine dell'adolescenza, diciamo nel corso del secondo quindicennio di vita della persona. Se vista come malattia, la crisi ne segnala l'inizio con il palesarsi dei sintomi. Se vista come esito problematico del difficile percorso adolescenziale, essa invece segnala finalmente l'emergere alla luce di un lungo percorso di vita, particolarissimo fin dall'infanzia. Percorso spesso nascostamente problematico, segnato da marcate fragilità poco visibili, nel quale alcune condizioni fondamentali per la crescita della persona, come

- **le esperienze di sicurezza, di tenerezza, di conferma personale, di riconoscimento e di rispetto di identità e ruolo,**
- **la possibilità di interagire con gli altri per acquisire strumenti per vivere consolidando nello stesso tempo la stima di sé,**

non sono state sufficientemente garantite o sono state gravemente problematizzate. Queste fragilità e incapacità pregresse non permetteranno al giovane di superare le grandi trasformazioni fisio-psicologiche dell'adolescenza e di avviarsi alla piena manifestazione di sé come giovane adulto, ma lo incaglieranno nella condizione psicotica.

Diamo ora alcune annotazioni sulla condizione depressiva in quanto vissuto.

Tutti noi nella vita quotidiana andiamo incontro a occasionali momenti depressivi: un tempo si chiamavano malinconia. Una crisi depressiva assomiglia a qualcosa che proviamo nelle esperienze di perdita, di abbandono, di morte, nella tristezza legata ai cambiamenti dell'età, insomma in molte normali circostanze della vita. Se la crisi schizofrenica può destrutturare la personalità fino ai più elementari livelli di rapporto con il mondo, quella depressiva invece non arriva a compromettere la distinzione fra soggetto e oggetto, fra io e mondo: si situa piuttosto a un livello evolutivo in cui questa è già consolidata, anche se non si può escludere che in certi casi gravi o gravissimi la crisi depressiva arrivi alla destrutturazione psicotica.

La persona depressa perde la capacità di percepire il valore, di sostenerne affettivamente l'esperienza, nel mondo e in se stessa. Parole come fiducia, fede, confidenza, confidarsi perdono significato. È come se la luce e i colori, risucchiati altrove, scomparissero dal mondo del depresso, nulla vi brilla, nulla ha significato, quel mondo non promette nulla, ogni sforzo è destinato al fallimento, tutto è vano.

Per vivere pienamente la propria vita, manifestando adeguatamente con le opere la presenza, occorre saper attribuire significato e valore alle cose del mondo. Il valore è pienezza eccedente di significato, e siamo noi, con una sorta di generosità psichica, attraverso un'operazione tutta umana, mentale e immaginativa, a donare significato alle cose del mondo: ce l'ha insegnato il secolo scorso. Questa capacità di donazione si indebolisce o si perde nella persona depressa: l'immaginazione cessa di essere un fecondo bagno che fa scaturire significati dall'incontro con le cose, quasi si spegne e viene irretita da un'incredulità incapace di pensare il valore.

Viene meno quel miracoloso sfiorarsi fra interno ed esterno, fra opportunità là fuori nel mondo e proprie potenzialità interne, che fa scoccare l'arco voltaico della speranza e della capacità di pensare il progetto, che sola rende possibile l'azione, testimonianza di presenza della persona al mondo. Tutto questo è fuori della portata della persona depressa. Nulla vale, per lei, non c'è obiettivo che valga la pena di essere perseguito. Attenzione: non "nulla più vale", non "non c'è più obiettivo ...", perché quel più fa pensare a un passato in cui c'erano ancora, cose che valevano e obiettivi. E anche soltanto ricordarli significa rappresentarsi, riconoscerne l'esistenza o la possibilità. No: il depresso sul serio afferma che "nulla vale" e che non è mai valso; che non c'è alcun obiettivo e non c'è mai stato. La rappresentazione del valore, anche nella forma di ricordo, può del tutto scomparire dalla mente. E se per caso vi ricompare, se viene blandamente riconosciuta, tutto sarà troppo faticoso, pesante e stancante per muoversi. La persona depressa ha perso lo sguardo attento di chi sa trovare perché cerca, di chi sa trovare e cercare perché possiede nel suo intimo traccia di ciò che cerca. Ha perso entusiasmo, promessa, capacità di vivere per amore della vita dimenticando se stessa. Anzi, non riesce a dimenticare se stessa, a non pensare a se stessa, è piuttosto ossessionata da se stessa, al punto che nella sua mente non c'è più spazio per gli altri. Se stessa: tuttavia questo pensare a sé non significa un tenere a sé, riconoscersi un valore. Significa piuttosto non riuscire a distogliere l'attenzione da se stessa, tanto monumentali e insopportabili sono sentiti i propri limiti, mancanze, imperfezioni (di cui magari segretamente gli altri sono considerati responsabili) sempre davanti agli occhi, che quindi non vedono più il mondo.

La persona depressa è diventata cieca alla bellezza del vivere e quindi cieca a ogni bellezza (perché in ogni bellezza riecheggia quella del vivere). Un logorante antico risentimento, talvolta una rabbia torturante, sono sempre all'opera, per lo più nascostamente. Questi sentimenti, sempre desti, corrodono ogni percezione di valore, stendendo un deserto arido e inospitale nell'interiorità e nel mondo. Spesso si arriva all'apatia, una forma di astioso ritiro affettivo: non sentire nulla è meglio che soffrire sempre. Talvolta si arriva alla scelta estrema del suicidio, sommo gesto di rabbia e di odio verso la vita.

Si patisce la mancanza di valore di sé e del mondo (che vale continuare a essere spinti avanti dalla vita in questo modo?) ma nulla è più temuto dell'incontro con il valore. Perché riconoscere il valore, nel mondo o in se stessi fa poca differenza, significa entrare nel circuito della creazione, del passaggio da potenza ad attuazione, significa accettare lo scambio continuo con il mondo, accettare di determinarlo e di esserne determinati, e questo richiede almeno un sorriso, un grazie. Vivere e accettare la consapevolezza di valere significa poi sentirsi in dovere di impegnarsi per essere all'altezza di quel valore, per confermarlo e mantenerlo, per soddisfare le altrui attese e così via.

Meglio piuttosto non avere nulla di buono intorno: si squalifica anche il mondo intero, anche la persona più cara, purché il vuoto intorno a sé sia di conferma al vuoto interiore, maledetto e insieme gelosamente protetto. Le più forti conferme che possono arrivare dal mondo sono spietatamente squalificate, pur di non accettare positivamente il proprio imperfetto "essere creatura". Spesso il depresso sembra corroso dal rancore per la mancata perfezione. Di fronte ai limiti che la vita oppone alla sua pretesa di perfezione, reagisce ostentando la più plateale imperfezione e mancanza di valore. Sembra che la difficoltà più grande per il depresso sia accettare la coesistenza in lui di aspetti positivi e di aspetti negativi. La tensione che scaturisce dalla presenza di quelli positivi gli è insopportabile: per alleviarla li spegne o li cancella dalla sua visuale.

Ovviamente le implicazioni interpersonali di questa condizione sono molto rilevanti: l'impoverimento affettivo si traduce in impoverimento del rapporto con gli altri, del

quale però ci si preoccupa poco, perché gli altri esistono poco e sostanzialmente contano poco.

Spesso in tutto questo risuona l'eco di antiche e profonde ferite, ritenute imperdonabili; spesso si annida un orgoglio smisurato, una modalità di rapporto con il mondo primitiva, grossolana, una sorta di braccio di ferro con il mondo intero, un impegno testardo e orgoglioso nel rifiutare i limiti del proprio "essere creatura".

Rifiutare valore a ciò che esiste, sé compresi, diventa allora una sorta di vendetta, dispetto e ripicca verso la vita. Alla fine la condizione del depresso è un opporsi protervamente al vivere, un frenare sempre ostinatamente, quasi un impedirsi di vivere, ovviamente fallimentare, perché la vita scorre comunque attraverso di noi. Psiche litiga continuamente con la vita, frena, ostacola, anche se questa comunque vince e trascina la persona con sé.

Questi esiti problematici dunque non sono incidenti che improvvisamente irrompono nella storia del ragazzo, come invece può farlo una malattia vera e propria. Sono invece il preciso esito, specifico, della sua storia, quale si è sviluppata nel tempo dall'intrecciarsi di quei diversi fattori che abbiamo indicato prima. Come dire che, quando si rendono visibili i segni di queste condizioni, il male è già stato fatto e sta alle spalle.

La domanda allora, per degli insegnanti, diventa: come possiamo situarci di fronte a queste vicende? Quale il nostro ruolo? quali le nostre possibilità di intervento?

Sulla lunga storia, di fragilità e di fallimenti, che sfocia nella crisi, l'insegnante ovviamente non può fare proprio nulla; né ha gli strumenti, né il mandato, per intervenire al presente in modo puntuale e tecnicamente terapeutico. Questo sta ad altre figure professionali: l'insegnante può al più cogliere i segni di un disagio crescente e segnalarli a chi di dovere (alla famiglia, alla struttura scolastica, allo psicologo scolastico se esiste – e poi ancora magari segnalare alla famiglia, se ne ha notizia, quali agenzie operano sul territorio in questo campo). Ma più di questo, per preparazione e per mandato, non può certo fare.

Tuttavia l'insegnante, importante figura di riferimento per l'adolescente, come tale è profondamente coinvolto nella sua formazione e maturazione, nella sua crescita. E qui stiamo parlando proprio di esiti problematici del percorso di crescita. Possibile che l'insegnante, nel suo ruolo specifico di formatore e promotore della crescita, non abbia qualche potenziale risorsa utile per queste difficoltà?

Prima di rispondere alla domanda, riflettiamo sul ruolo dell'insegnante nei confronti dell'allievo. È figura di autorità per eccellenza, almeno nell'etimo: auctoritas è collegato al far crescere. Auctor, infatti, da cui auctoritas, è "colui che fa avanzare, il promotore, il fattore", dal verbo augère "far crescere, accrescere" (M. Cortellazzo, P. Zolli, Dizionario etimologico della lingua italiana). Autore, come anche figura di autorità, è quindi colui che promuove (che muove pro, a favore di ...) la crescita, che fa crescere, che fa avanzare, che potenzia, che accresce.

Immediato e intuitivo è il legame fra questo far crescere e il prendersi cura. Non c'è insegnante, degno di questo nome, che non si prenda cura dei suoi allievi, che non se li prenda a cuore.

È dunque intrinseco della figura di autorità un muoversi nella relazione indirizzato a favorire la crescita e il potenziamento dell'altro, a presiederne la crescita da nune tutelare: in altre parole figura di autorità è quella che garantisce all'allievo la possibilità di fare un'esperienza nel mondo che gli consenta conoscenza e azione. Il ragazzo investe di autorità, rende ai suoi occhi figura autorevole, quella che gli garantisce la sicurezza nel fare esperienza del mondo minimizzando l'ansia derivata dalla percezione della

propria insufficienza; quella che gli rende possibile, sulla base di questa esperienza, costruirsi una rappresentazione del mondo (una mappa), in base alla quale orientarsi e agire, manifestando così la sua presenza. Questo caratterizza tutte le coppie relazionali segnate da una forte asimmetria di potere: madre-bambino, terapeuta-paziente, insegnante-allievo etc.

La figura di autorità, che promuove la crescita dell'allievo, con ciò stesso lo prepara all'ingresso nella comunità degli adulti. Poiché ciò che rende possibile la vita di relazione è lo scambio fiduciario, la figura di autorità deve costituire per l'allievo l'incarnazione della fiducia, ossia rendere possibile l'esperienza della fiducia e lo scambio fiduciario. L'allievo deve poter aver fiducia nell'insegnante: sulla base della fiducia provata svilupperà poi la capacità di essere lui stesso oggetto di fiducia. Di enorme portata è il momento in cui il ragazzo sente di aver con il merito conquistato la fiducia dell'insegnante, di esserne il depositario (senza che naturalmente questo diventi un fardello troppo pesante da portare).

La coppia insegnante-allievo è, come altre coppie, caratterizzata da una forte asimmetria di potere. L'insegnante concentra nelle sue mani molto più potere dell'allievo, in quanto adulto e in quanto detentore di un sapere specifico. Ma il suo compito, in quanto figura di autorità, consiste nel condividere i propri strumenti culturali e nell'accogliere nella comunità degli adulti, quindi nel ridistribuire il potere in modo da azzerare l'asimmetria che segna l'inizio del rapporto con l'allievo. Ecco che la figura di autorità, per svolgere la sua funzione più profonda, deve diventare centro che irraggia autorità, che agevola cioè la crescita dell'autorità dell'altro.

In altre parole l'insegnante in quanto figura di autorità promuove l'autorità dell'allievo: progressivamente affrancato dell'ansia e dall'insicurezza sul proprio valore, questi impara a sentirsi autore e responsabile delle proprie azioni, con le quali manifesta la propria presenza al mondo con sicurezza e legittimità.

Infine, se la figura di autorità è fonte di sicurezza e di fiducia per l'allievo, i suoi comportamenti saranno da lui visti come modi sicuri ed efficaci per agire. L'allievo mutua dall'insegnante (figura la cui presenza apre il mondo all'esperienza) i comportamenti come nuove e promettenti modalità di interazione con il mondo. Dapprima essi sono solo imitati, in seguito però, adattati e trasformati grazie all'integrazione nella personalità dell'allievo, diventeranno suoi tratti specifici.

Di qui l'enorme significato dell'esempio del comportamento dell'insegnante, l'enorme peso di ogni suo gesto, che diventa subito promotore o censore di comportamenti, al di là delle sue parole o delle sue intenzioni.

In sintesi, l'insegnante in quanto figura di autorità:

- garantisce sicurezza per la conoscenza e l'azione;
- consente l'esperienza incrociata della fiducia;
- conferma l'allievo come centro di autorità crescente;
- eroga modelli di comportamento.

Queste proprietà della figura di autorità non sono intrinseche soltanto dell'insegnante, naturalmente: lo sono anche dei genitori. Da loro l'insegnante prende il testimone quando l'allievo si affaccia alla comunità degli adulti al di là della famiglia.

È chiaro dunque che l'insegnante, come figura di autorità nel senso appena delineato, riveste un ruolo centrale nel percorso di crescita dell'adolescente, e lo riveste anche quando questo percorso appare impedito: al di là delle sue intenzioni, che lo voglia o no, l'insegnante è sempre un modello molto potente per la mente dell'allievo, perché diventa un cardine per organizzare l'esperienza. Ripeto: non per intenzione, ma perché

l'allievo immediatamente lo elegge a esempio. E, come potente modello, l'insegnante può diventare per il ragazzo in difficoltà un riferimento per salvarsi dal caos schizofrenico o dallo spegnersi depressivo del mondo.

Anche con i comportamenti intenzionali l'insegnante può divenire un riferimento stabilizzante per l'allievo in difficoltà: sapendolo ascoltare, confermandolo come persona, trattandolo con il rispetto dovuto alla persona, riconoscendolo e legittimandolo come centro di esperienza unico e originale. Il ragazzo esposto a questi pericoli ha alle spalle una storia di veri e propri disastri relazionali nella famiglia. Spesso non riesce, perché non è mai riuscito ad impararlo, a sentirsi realmente autore e responsabile dei suoi atti, delle sue scelte, origine del suo sentire: i confini fra il suo volere e quello dei famigliari, magari in conflitto fra loro, sono stati confusi, spesso era difficile capire chi voleva qualcosa e che cosa voleva. Di qui l'importanza per l'allievo di ogni conferma personale, del suo ruolo, di ciò che prova nella sua esperienza, di qui l'importanza della legittimazione della sua presenza, dell'onestà, della chiarezza e della trasparenza nel rapporto. Nel dialogo con l'allievo l'insegnante, detentore di un grande potere, deve saper gestire questo potere con assoluta trasparenza e onestà, con assoluto disinteresse, in nome di quella verità rispetto alla quale egli si trova dalla stessa parte dell'allievo, deve dire quello che pensa, comportandosi esattamente in conformità a quanto dice: se così dice, così faccia. Spesso il disorientamento è figlio di famiglie nelle quali vigono il non detto, l'allusione non confermata dalle parole, la confusione di ruoli, la poca chiarezza negli affetti.

Senza dimenticare inoltre che ogni adolescente è impegnato in un profondo processo di trasformazione corporea e psicologica fra l'infanzia (che non è più) e l'età adulta (che non è ancora): è vivo e bruciante un profondo bisogno di essere confermato come persona, come soggetto unitario (proprio in vista della molteplicità dei cambiamenti). In certi casi, questo bisogno, di essere riconosciuto e trattato come persona, si fa disperato. In quanto adulto, l'insegnante è contenitore esperto della complessa esperienza adolescenziale, perché l'ha superata. Certo, deve giocare a fondo il suo ruolo di adulto, senza paura della necessaria distanza dalla posizione giovanile, senza abdicare al suo ruolo, attento sempre a valorizzare nell'età adulta il momento del completamento della persona, non il tradimento dei sogni e delle intuizioni adolescenziali, bensì la loro realizzazione. In modo tale da inviargli il messaggio: guarda che essere grandi è molto bello! In questo modo l'insegnante potrà essere specchio nel quale il ragazzo vedrà se stesso adulto.

Forte della sua competenza disciplinare, l'insegnante potrà rendere un altro prezioso servizio al ragazzo: operando da mentore attento a indovinarne i talenti, nascosti talvolta al ragazzo stesso, guidato dalla sicurezza che ognuno di qualcosa sarà pur sempre capace; e ancora, leggendo nel ragazzo una presenza ricca di significato, necessaria e importante, sapendone riconoscere il valore e facendogliene prendere coscienza, in modo che comunque possa sentirsi "qualcuno".

Ogni insegnante davanti ai suoi ragazzi risponde, con il suo esserci, alla loro principale domanda: come si fa a essere grandi? Nel profondo amore (abbiamo il coraggio di usare sul serio questa parola? traducendola in atto ogni giorno?) per la propria materia e per il proprio mestiere (nonostante tutto – si tratta pur sempre di amore verso la vita nascente) l'insegnante può trovare il mezzo più idoneo per attrarre verso il vivere adulto un ragazzo incerto.

Dott.ssa Susanna Cielo

Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Sanitario presso la Casa dell'Ospitalità – Ivrea

Grazie alla Di.A.Psi. di Torino, grazie agli organizzatori di questo progetto di Prevenzione nel campo della Salute Mentale.

Propongo alcune riflessioni sul tema dell'incontro: psicosi adolescenziali, schizofrenia e depressioni. Si parla dunque di "psicosi", che è un grave disturbo psichico, e nell'età dell'adolescenza, e se ne parla con insegnanti. È un'occasione preziosa perché la scuola può essere uno straordinario osservatorio per cogliere i primi segni di un disturbo psichico.

Chi si occupa delle psicosi, chi se ne prende cura? La Psichiatria. La psichiatria rappresenta la disciplina medica che si occupa della "malattia mentale". La psichiatria "adulti" si occupa della malattia mentale dai 18 anni in poi; la Neuropsichiatria infantile si occupa della "malattia mentale" nell'età sotto i 18 anni.

Ecco subito una prima questione spinosa per la cura dei disturbi mentali dell'adolescenza.

Per quanto riguarda la competenza della cura per l'età 16-18 anni, siamo un po' in "terra di nessuno". Un ragazzo di 16 anni che presenta una grave crisi psicotica e che necessita di un ricovero ospedaliero incontra difficoltà nella cura. È doloroso, infatti, il ricovero in un reparto ospedaliero "adulti", il cosiddetto S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: il reparto di psichiatria ubicato negli Ospedali). Doloroso, perché il contatto con la patologia adulta può avere un impatto violento sulle funzioni psichiche del giovane. D'altra parte, è improponibile il ricovero in un reparto di pediatria, con bimbi di due o tre anni.

Questa questione è molto presente agli addetti ai lavori, tanto che nel Progetto Obiettivo Tutela Salute Ambientale '98-2000, si parla, specificatamente, di salute mentale nell'Età Evolutiva e si propone tutta un'articolazione di servizi ad hoc. Si parla di ambulatori territoriali, di polo ospedaliero, day hospital, comunità residenziale, comunità diurna. Questo, sulla carta: ne aspettiamo la realizzazione.

Tuttavia, è importante che se ne sia parlato in modo particolare ed articolato.

Ritorniamo al tema dell'incontro. Psicosi adolescenziali: schizofrenia e depressione. Con il termine schizofrenia e depressione, si intende una diagnosi effettuata dallo Psichiatra rispetto ad una serie di sintomi psichici e comportamenti che vengono presentati dalla persona.

La Diagnosi: il costruire la diagnosi da parte della psichiatria rappresenta una questione importante. Quando noi pronunciamo le parole depressione e schizofrenia, allora il costruire una diagnosi significa utilizzare criteri diagnostici che si riferiscono, in genere, al cosiddetto D.S.M. IV. Il D.S.M. IV è il Manuale diagnostico dei Disturbi Mentali (è denominato IV, perché vi sono state quattro riedizioni) ed è un manuale che è stato formulato nel '94 dall'Associazione degli Psichiatri Americani. Prima del '94, a proposito di diagnosi, ogni psichiatra parlava un po' una sua lingua: ad esempio, si intendeva sia con sindrome dissociativa, sia con sindrome schizofrenica, lo stesso quadro, a seconda dei riferimenti delle scuole di ciascun psichiatra. Con questo manuale, sostanzialmente, tutti gli psichiatri a livello internazionale si capiscono, utilizzano gli stessi termini sintomatologici e diagnostici. Ora desidero entrare con voi, se pur parzialmente, nella dimensione del "fare diagnosi" di Depressione e Schizofrenia, utilizzando il ma-

nuale D.S.M. IV, per darvi un'idea di cosa significhi parlare di Depressione, parlare di Schizofrenia secondo il linguaggio degli Psichiatri, nel "fare diagnosi", secondo il manuale diagnostico.

Voglio illustrarvi la metodologia con la quale si costruisce una diagnosi. Allora, per esempio, cosa significa fare diagnosi di Depressione Maggiore, che è disturbo depressivo maggiore, tra i più importanti, secondo il D.S.M. IV. Per porre Diagnosi di Depressione Maggiore, è necessario che siano presenti almeno cinque determinati sintomi, come indicato dal D.S.M. IV, cinque sintomi che si manifestino con una certa frequenza, con determinati criteri di frequenza, durata, clinici e di funzionamento sociale del soggetto.

Questo, in modo molto sintetico, è il modo in cui uno psichiatra costruisce e propone una diagnosi, secondo il Manuale Diagnostico, sia una diagnosi di Disturbo Depressivo, sia una diagnosi di Disturbo Schizofrenico.

Dunque la metodologia con la quale uno psichiatra costruisce diagnosi si basa essenzialmente su una serie di sintomi, di comportamenti o di funzioni psichiche che vengono presentati dal soggetto.

Allora sorge una prima riflessione.

Questo significa che quando parliamo di depressione e schizofrenia, secondo un manuale diagnostico "classico", noi utilizziamo un approccio che è un approccio soprattutto descrittivo, che non tiene conto, ad esempio, di aspetti dinamici funzionali, intrapsichici e non tiene conto di aspetti di dinamica relazionale (ad es. intrafamiliare o intrascolastica).

Vi è poi una seconda riflessione che mi sembra importante proporvi.

Noi dobbiamo sapere che qualora usiamo questi termini - Depressione e Schizofrenia - noi utilizziamo anche un approccio che è designante. È designante perché, come sappiamo, la psichiatria ha con sé un bagaglio di secoli di pregiudizio, indotto soprattutto dall'ignoranza.

Se ad un ragazzo viene diagnosi di Schizofrenia, ciò cosa comporta?

Comporta che la schizofrenia nel '900 è stata quella malattia caratterizzata da incurabilità, inguaribilità, cronicità. Oggi il mondo scientifico la pensa un po' diversamente, ma comunque questo è quello che è intercorso.

Questo cosa significa? Significa che nel momento in cui noi usiamo queste parole - depressione, schizofrenia - noi abbiamo già saltato il fosso. Noi abbiamo già applicato il modo in cui un determinato problema verrà definito e verrà gestito, e abbiamo già anche definito il ruolo che assumeranno le figure intorno: la famiglia, i servizi, la scuola.

Questo vuol dire che il modo in cui un problema viene definito nel contesto è parte inscindibile del problema stesso. Il "sistema" creato dal problema, e cioè il gruppo di persone deputato alla gestione di ciò che viene definito problematico, dipenderà dalla definizione che viene data a tale problema e dal contesto in cui il problema si manifesta. Questo vuol dire che le figure coinvolte, la famiglia, la scuola e i servizi, sono parte integrante del problema nel momento in cui, primo, ne decretano l'esistenza e secondo, nel momento in cui vanno a definire, a inquadrare in che modo verrà gestito, nel momento in cui vanno a definirlo come un problema che andrà inquadrato in termini medici e psichiatrici, oppure andrà gestito nel contesto scolastico.

Questo significa che diventa cruciale chi ascolta il problema, come il problema viene definito, come viene gestito, perché questo può modificarne o determinarne l'evoluzione stessa. Inoltre è importante capire anche gli inquadramenti che sono stati e che vengono posti del problema stesso, perché questo può proprio modificarne l'evoluzione.

Allora, questo significa che sarebbe importante che una scuola, un collegio docenti,

esplicitassero i criteri con i quali all'interno del contesto scolastico, si va ad affrontare, a definire, a gestire una situazione problematica.

Tutte queste cose, io penso che gli insegnanti le conoscano bene. Nei vent'anni in cui ho lavorato in un servizio psichiatrico pubblico per "adulti" ho comunque visto una scuola attenta ad un "utilizzo" corretto della Psichiatria, attenta a non essere "designante". La domanda della scuola al nostro Servizio è sempre stata di un lavoro di prevenzione più che di intervento. Gli insegnanti sono sempre stati molto scrupolosi nell'evitare un'eccessiva invasione della psichiatria nella scuola, soprattutto in un'età come quella dell'adolescenza.

C'è sempre stata grossa coscienza rispetto al rischio di porre "etichette psichiatriche".

Torniamo al nostro D.S.M. IV; torniamo alla nostra diagnosi fatta secondo D.S.M. IV sulla depressione e/o sulla schizofrenia. Una terza riflessione sul D.S.M. IV. I criteri nel porre diagnosi sono riduttivi. Vengono escluse e non considerate affatto altre variabili, a mio parere essenziali nell'esordio e nella evoluzione di un disturbo mentale, ancor più in età adolescenziale. Segnalo tre elementi da tenere in particolare considerazione nell'adolescenza. Un primo elemento è rappresentato dalle mutazioni enormi di questa età: i cambiamenti ormonali, biologici, rapidissimi. Un secondo elemento è che l'adolescenza come fase evolutiva propone in sé alcune caratteristiche fisiologiche, di "indecisione di ruolo", con ruoli mutevoli e fluttuanti di idee e valori e di emozioni contrastanti. Ricordiamo che l'adolescenza comporta compiti evolutivi importanti: il confronto con l'esterno mette in crisi il modello genitoriale; vi è l'esigenza di acquisire modelli di moralità del bene del male; vi è la necessità di identificazione con il proprio ruolo sessuale, con la pressione sociale che tale compito venga realizzato in modo definitivo; è necessario prendere decisioni rispetto al proprio futuro scolastico e lavorativo. Dunque congelare una situazione problematica di una persona in età adolescenziale è riduttivo. Diventa essenziale rivedere continuamente una diagnosi.

Quarta riflessione. La diagnosi secondo D.S.M. IV non tiene conto di un altro elemento fondamentale: la famiglia.

In famiglia la crisi adolescenziale si propone come una crisi di significato, con la necessaria rivisitazione delle relazioni intrafamiliari.

L'adolescenza, proprio in seguito al confronto con il mondo esterno e la messa in crisi dell' "onnipotenza genitoriale" si pone quasi come un lutto per genitori e figli.

Inoltre i genitori possono essere impreparati a cogliere i segnali che è ora di cambiare e allora reagiscono con ansia o con comportamenti inadeguati. Oppure, i genitori, o uno di essi, possono entrare in depressione magari per il loro ipercoinvolgimento precedente con il figliolo o la figliola.

Dunque, già di per sé la posizione della famiglia è complessa nell'adolescenza. La situazione diviene ancora più complessa se in famiglia vi sono problemi che interessano la coppia genitoriale o fratelli/sorelle. Qui l'adolescente non può permettersi di "abbandonare" la famiglia e occuparsi di sé.

Allora il ragazzo/a, l'adolescente, ha un'estrema difficoltà nel progetto di svincolo, perché non si sente di tradire i genitori o un genitore, che vede come bisognoso di protezione.

E spesso, in momenti così delicati, si apre la porta a disturbi psichici, a problemi psicologici.

Cosa significa questo?

Tutto questo ci dà alcune indicazioni metodologiche, operative.

Ci dice che la famiglia è il primo attore da coinvolgere e supportare in situazioni di disagio adolescenziale. Diventa importante una consulenza psicologica scolastica non solo

individuale, ma anche di sistema e familiare.

Certo è vero che spesso le famiglie sono molto problematiche e assenti, ma provocatoriamente chiedo: qualora una famiglia sia disponibile a collaborare, a farsi aiutare, c'è posto nella scuola attuale per queste famiglie?

C'è posto per un lavoro con queste famiglie da parte dello psicologo della scuola (se la scuola ne ha uno)?

E c'è posto per un lavoro di collaborazione insegnante-psicologo?

E c'è posto per un lavoro congiunto tra insegnante, psicologo, famiglia?

Credo che questi siano gli spazi da costruire nella scuola, oggi.

Oggi, momento in cui, più che mai, diventa importante valorizzare il ruolo educativo della famiglia. La famiglia deve tornare a scuola in un ruolo centrale nella gestione complessiva della costruzione delle scelte educative.

Si costruirà così una maggiore alleanza insegnante-famiglia, di grande aiuto in un progetto educativo.

Ma dicendo questo non dico nulla di nuovo: lo sanno bene gli insegnanti.

La questione è che ci sono anche altre questioni in campo...risorse... motivazione.

La motivazione al lavoro, o forse, meglio, il "burn out" degli operatori scolastici sembra essere oggi un problema serio.

Mi sento vicina a questo problema, poiché riguarda tutti coloro che svolgono un "lavoro di cura". Oggi purtroppo è scarso il valore che la collettività assegna al lavoro "del prendersi cura" e scarse le risorse per la formazione e il supporto agli operatori di questi campi professionali.

Ancora un pensiero.

Ma cosa significa essere motivati al proprio lavoro?.

Significa non uccidere i propri sogni, aver voglia di porsi nuove domande.

Significa per un maestro, come scrive G. Bateson, poter sempre tenere vive due domande che fece un scolaro impertinente al maestro:

"Maestro, perché le cose vanno in disordine?"

"Maestro, perché mi insegni?"

LA FAMIGLIA FERITA

La famiglia di fronte alla malattia di un suo congiunto,
risorse e limiti della nostra società

Relatori:

Dott. Giorgio Moschetti

Dott.ssa Susanna Cielo

pg. 5

LA SCOMPARSA DEL CANTO

Famiglia e società di fronte ai disturbi depressivi

Relatori:

Dott.ssa Antonella Martinetto

pg. 19

NON SO PIU' CHI SEI, NON SO PIU' CHI SONO

Famiglia e società di fronte ai disturbi schizofrenici

Relatori:

Dott.ssa Paola Rocca

Prof. Donato Munno

pg. 25

ABULIA e ONNIPOTENZA

Famiglia e società di fronte ai disturbi bipolari

Relatori:

Dott. Paolo Arnaud

Dr.ssa Beatrice Paterlino

pg. 37

PER NON ESSERE SOLI

La famiglia tra il diritto alla "richiesta di aiuto" e il dovere di pretendere aiuto

Relatrice:

Maria Luisa Gentile

pg. 49

LA MALATTIA MENTALE NELLA SCOLARITA' ADOLESCENZIALE

Relatrice:

Prof.ssa Graziella Coisson

pg. 53

**PSICOSI ADOLESCENZIALI 1:
condizioni borderline e disturbi alimentari**

Relatori:

Dott.ssa Beatrice Paterlino

Dott. Paolo Calvarese

pg. 57

**PSICOSI ADOLESCENZIALI 2:
schizofrenia e depressione**

Relatori:

Dott. Giorgio Moschetti

Dott.ssa Susanna Cielo

pg. 73

Nome dei responsabili del progetto:

dott. Giorgio Moschetti
Casa dell'Ospitalità, via Burolo 41/C - Ivrea
tel. e fax 0125.251470 Cell. 338.9685286
e-mail: casadellospitalita@libero.it
Supervisore della progettualità e dell'intervento.

Cosimo Lo Presti
Di.A.Psi, Piemonte, Via Sacchi, 32 - Torino
Tel. 011.546653, cell. 338.2689984; Fax: 011.5186080
e-mail abici9@hotmail.com
Supervisore della progettualità e dell'intervento.

A.L.M.M. (Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali)

Indirizzo piazza Castello 4, 10015 Ivrea
Telefono 0125.757926 Cell. 348.8927337 e-mail guglielmoghiri@tiscali.it
Presidente Guglielmo GHIRINGHELLO

Associazione Comunità Casa dell'Ospitalità ONLUS

Indirizzo Via Burolo 41 C, 10015 IVREA (TO)
Telefono 0125.251470 Fax 0125.251470 e-mail casadellospitalita@libero.it
Presidente Ing. Giuseppe FOGAROLI

A.V.U.L.S.S. Sezione Psichiatria ONLUS

Indirizzo via Pasquere 9, 10010 Colletterto Giocosa
Telefono 0125 76471
Presidente Maria Teresa BARATTI

Di.A.Psi. (Difesa Ammalati Psicici) Piemonte ONLUS

Indirizzo via Sacchi, 32 10128 TORINO
Telefono 011.546653 Fax 011.5186080 e-mail diapsi@apnet.it
Personalità Giuridica Privata D.G.R. n. 6-12900/92 -
Registrazione Tribunale di Torino n. 1276/93 -
Registro Regionale del Volontariato D.P.G.R. n. 2204/93
c. f. 97534890013
sito www.sospsiche.it
Presidente Graziella GOZZELLINO

***A.S.L.1 di Torino:**

Dipartimento di Salute Mentale NORD

Direttore: **Dott. Mauro Nannini**

Centro Salute Mentale - via Bertola 53

Centro Salute Mentale - via Lombroso, 16

Centro Salute Mentale - via Negarville 8/28

Dipartimento Salute Mentale SUD

Direttore: **Prof. Filippo Bogetto**

Centro Salute Mentale - via Montevideo 45

***A.S.L. 2 di Torino**

Dipartimento di Salute Mentale

Direttore: **Dott. Luigi Tavolaccini**

Segreteria: via Vassalli Eandi,18

10138 TORINO

Tel. 011.4346942 - Fax. 011.4331458

Fax. 011.700382 c/o Direzione Sanitaria

Centro Salute Mentale - c.so Unione Sovietica 220

Centro Salute Mentale - via Monginevro 130

***A.S.L. 3 di Torino**

Dipartimento di Salute Mentale

Direttore: **Dott. Elvezio Pirfo**

Segreteria: c/o S.P.D.C. Presidio Ospedaliero Maria Vittoria c/o Ospedale Amedeo di

Savoia C.so Svizzera 164 - 10149 TORINO

Tel. 011.740755 – 011.747442 – 011.4393874 – 011.4393875,

centralino 011.4393111 - Fax. 011.439387

Unità Modulare 1

Servizio Amministrativo: Tel. c/o S.P.D.C.

Unità Modulare 2

Servizio Amministrativo: Tel. c/o S.P.D.C.

Tutti i primi colloqui dell'Unità Modulare 2 vengono effettuati presso il C.S.M. di via

Stradella 203 con l'**orario LU - VE ore 9 - 17**

(anche prenotazione telefonica) Tel. 011.2163659 – 011.259547

Centro di Psicoterapia

Via Cardinal Massaia 11 Tel. 011.215932

Orario: LU – VE ore 8 - 19

Si accede tramite un primo colloquio c/o C.S.M. di via Stradella 203

Coordinatore: Dott.ssa Irene Caponetto

Centro per adolescenti

Responsabile: Dott. Maurizio Gasseau

C.so Toscana 108 Tel. 348.2719909

Ufficio Servizio Sociale
via Stradella 203
Tel. 011 253760 – 011 252857
Fax. 011 21852
Centro Salute Mentale - via Asinari di Bernezzo 98
Centro Salute Mentale - c.so Francia 73
Centro Salute Mentale - c.so Toscana 151
Centro Salute Mentale - via Stradella 203

***A.S.L. 4 di Torino**

Dipartimento di Salute Mentale

Direttore: **Dott. Carmine Munizza**

Segreteria:

Presidio Ospedaliero Giovanni Bosco

Piazza Donatore di Sangue, 3

10154 Torino

Tel. 011.2402313 - 011.2402352 - 011.2402353 - 011.2401111 (centralino)

Tel. 011.201044 (Dott. Munizza)

Fax. 011.2426846

Segretaria: Sig.ra Boschi

Servizi di supporto:

Servizio di Psichiatria di Liaison

Presidio Ospedaliero Giovanni Bosco

Responsabile; Dott. Mario Traina

Tel. 011.280676

Centro Ricerca Epidemiologica e Clinica per la Salute Mentale

Presidio Ospedaliero Giovanni Bosco

Responsabile: Dott.ssa Maria Zuccolin

Tel. 011.8194446

Consulenza Psichiatrica

nei reparti dell'Ospedale Giovanni Bosco

Servizi di secondo livello:

Area Comunitaria

Responsabile: Dott.ssa Marina Razetto

c/o Comunità Althea

C.so Verona, 57 Tel. e Fax. 011.2481026

Accesso: solo su invio del C.S.M.

E' costituita da strutture alloggiative protette e semiprotette con circa 80 posti letto.

All'interno dell'area comunitaria svolgono attività di volontariato gruppi familiari, il gruppo VOL.P.I. (Volontari Psichiatrici Insieme) e l'Associazione Di.A.Psi.

Centro Diurno

via Leoncavallo, 2

Tel. 011.2482856 - 011.853859

Responsabile: Dott. Ugo Zamburru

Orario: *LU - VE ore 9-20*

Accesso: diretto o su invio del C.S.M.

Day Hospital

Responsabile: Dott.ssa Maria Rosaria D'Onofrio

Funzionalmente collegato con il S.P.D.C.

Ospedale Giovanni Bosco - P.zza Donatore di Sangue, 3

Tel. segreteria 011.24002353; reparto 011.2102203 - 011.2402352

Accesso: su invio del C.S.M.

Organizzazione interventi familiari

Responsabile: Dott.ssa Marina Razetto

c/o C.S.M. C.so Vercelli, 15

Tel. 011.2476313

Servizio di Terapia Familiare

c/o C.S.M. via Leoncavallo, 2

Responsabile: Dott. Marco Bianciardi

Tel. 011.2487213

Accesso: solo su invio del C.S.M.

Centro Salute Mentale - via Leoncavallo 2

Centro Salute Mentale - via degli Abeti 16

Centro Salute Mentale - via Paisiello 7

Centro Salute Mentale - via degli Artisti 24

Centro Salute Mentale - via Buttigliera 9/bis

Centro Salute Mentale - c.so Vercelli 15

A.S.L. 9 Ivrea**Centri Salute Mentale**

Ivrea: corso Nigra 35, 0125 414548

Caluso: via Roma 22, 011 9893865

Rivarolo: via Ospedale 10, 0124 5181900

Cuorné: via Gramsci 5, 0124 654155

*da " Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Piemonte - Servizi Sanitari "