

SOS PSICHE

Disturbi

NEURO

BIOLOGICI

GUIDA PER PAZIENTI E FAMIGLIE

Serie di AUTO-AIUTO

Hanno contribuito alla stesura, traduzione e correzione del testo la sede regionale PSICHE FRIULI.

L'opuscolo viene distribuito nell'ambito delle associazioni aderenti al Comitato promotore di SOS PSICHE.

Prima edizione: 1 giugno 1995

Seconda edizione, riveduta e corretta: 3 luglio 1995

© 1995 SOS PSICHE, Psiche Friuli, Psiche 2000 di Conegliano Vittorio Veneto - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da SOS PSICHE e dell'associazione americana AMI/NAMI.

L'opuscolo non è in vendita.

L'invio gratuito è subordinato al pagamento della quota sociale o a campagne promozionali.

Introduzione

Molte persone, per varie cause - non ultima quella della negazione dell'esistenza della malattia mentale e della sua minimizzazione - non sanno distinguere la malattia mentale, confondendola banalmente con la semplice "creatività" o con uno stile di vita particolare.

Non è così, perchè molti disturbi biologici (comunemente conosciuti come *malattie mentali*) sono realmente invalidanti: non esiste solo la schizofrenia, ma anche gravi forme di ansia, depressione, il panico e numerosi altri disturbi, molto diffusi più di quanto comunemente si creda.

Questa piccola guida è indirizzata - oltre che alle famiglie - all'opinione pubblica perchè i disturbi biologici, che sono delle vere e proprie malattie come quelle fisiche, se riconosciuti in tempo possono essere curati tempestivamente.

Non abbiamo la pretesa di pubblicare una noiosa e retorica dissertazione scientifica sui disturbi biologici: pertanto ci limitiamo a descriverli con semplicità e chiarezza, rimandando a letture specializzate e testi disponibili presso le associazioni aderenti a SOS PSICHE.

Altre informazioni verranno divulgate in nuovi opuscoli che attualmente sono in preparazione. Le famiglie interessate, iscrivendosi a SOS PSICHE potranno sfruttare una ottima occasione per ricevere nuovo materiale informativo: guide, opuscoli, giornali e proposte legislative elaborate dalla rete nazionale degli aderenti.

IL COMITATO PROMOTORE DI SOS PSICHE

SOS PSICHE ringrazia:

L'Associazione Usa AMI/NAMI che ha fornito il materiale e in particolare Mr. D.J. Jaffe del gruppo AMI/FAMI di New York.

Le sezioni SOS PSICHE del Veneto per la collaborazione offerta.

Il Dott. G. Spilimbergo responsabile dei Servizi D.C. di Conegliano per la supervisione tecnica del testo.

Tutti coloro che hanno reso possibile la preparazione di questo opuscolo con particolare attenzione agli autori degli articoli.

Indice

LA SCHIZOFRENIA

- Alterazioni dei sensi pag. 7
- Incapacità di interpretare gli avvenimenti pag. 8
- Idee deliranti e allucinazioni pag. 9
- Alterato senso del sè pag. 10
- Alterazioni affettive pag. 10
- Alterazioni dei movimenti pag. 11
- Variazioni del comportamento pag. 12
- Trattamento e cure pag. 12
- Diagnosi e prognosi pag. 14

PERSONALITÀ BORDERLINE

- Sintomi pag. 15
- Cause pag. 15
- Trattamento pag. 16

LA DEPRESSIONE

- LA DEPRESSIONE MINORE pag. 18
 - Sintomi pag. 18
 - Trattamento pag. 19

LA DEPRESSIONE MAGGIORE

- Sintomi pag. 19
- Diagnosi pag. 20
- Trattamento pag. 20

DISTURBI BIPOLARI

- Trattamento e prognosi pag. 22

I DISTURBI COMPULSIVI

- Sintomipag. 25
- Domande e rispostepag. 26
- Trattamentopag. 27

L'ANSIA E GLI ATTACCHI DI PANICO

- Sintomi: fisici, psicologici e altri sintomipag. 29
- Tipi di disturbi d'ansiapag. 29
- Trattamentopag. 31

LE CAUSE DEI DISTURBI NEUROBIOLOGICI ... pag. 34

NOTE FINALI: LA SITUAZIONE ITALIANA pag. 36

LA SCHIZOFRENIA

Il testo che segue è il riassunto di un capitolo del libro *Sopravvivere alla Schizofrenia* scritto dal Dr. E. Fuller Torrey. Il libro è una utile lettura per i malati mentali e le loro famiglie. Purtroppo la versione tradotta in italiano non è ancora disponibile: SOS PSICHE, nei limiti delle disponibilità economiche, provvederà nel futuro alla sua traduzione e pubblicazione.

Alterazioni dei sensi

Le alterazioni dei sensi possono consistere nell'aumento (più comunemente) o nella riduzione di alcune capacità.

L'aumento delle capacità percettive è paragonabile agli effetti indotti dall'assunzione di sostanze psicotrope, droghe o LSD. Tutti i sensi (l'udito, la vista, l'olfatto, il gusto, il tatto) possono subire delle alterazioni. Per il paziente i rumori possono essere percepiti più alti, come se qualcuno avesse alzato il volume di una radio. Le cose possono sembrare più grandi, più luminose, anche migliori, più brutte e deformate.

I colori e le trame degli oggetti possono fondersi l'uno nell'altro. L'udito può diventare estremamente sensibile e i rumori eccessivamente acuti. I sensi possono essere sommersi dagli stimoli esterni. Lo schizofrenico, che è in sovraccarico, non può separare gli uni dagli altri.

Il suono proveniente da uno strumento musicale distante o il rumore prodotto in una via della città o di una festa può interferire nel corso di una normale conversazione. Sembra che il paziente perda tutti i meccanismi che consentono il normale funzionamento del cervello.

Qualsiasi cosa interferisce sull'attenzione. Il paziente è tenuto come "in ostaggio"; i sensi sono sovraccaricati. Frequentemente si assiste ad un aumento della sensibilità a livello genitale. Tutto questo provoca una grande difficoltà nel concentrarsi, anche per questioni di scarsa importanza.

Quando tutti i sensi sono colpiti, lo schizofrenico può sentirsi illuminato e dare un significato religioso alla sua esperienza. Le preoccupazioni di carattere religioso sono un segno premonitore della schizofrenia.

Le percezioni possono essere ridotte, inclusa la sensazione del dolore. Gli

schizofrenici - fatto comune - possono bruciarsi le dita con le sigarette senza accorgersene. Ci sono degli aneddoti sui malati mentali che hanno subito delle fratture ossee o rotto un arto senza provare nulla.

Incapacità di interpretare gli avvenimenti

Un fondamentale difetto del cervello dello schizofrenico consiste nella incapacità di ordinare, interpretare e rispondere come nel caso di un normale cervello.

Così le risposte di uno schizofrenico sembrano spesso "inappropriate": ride quando invece prova tristezza, oppure piange quando prova gioia. Per lui il significato delle parole, anche le più semplici, può essere difficile da comprendere.

Gli schizofrenici impiegano gran parte della loro concentrazione per comprendere cosa è stato detto (ad.es. nel corso di una conversazione), ma concentrarsi per loro, come appena detto, non è facile.

Sembra che essi siano "sconnessi" in ogni occasione. Possono entrare in contatto con le altre persone attraverso la vista, l'olfatto, l'udito, senza riuscire ad averne una intera percezione. Perciò le persone ammalate di schizofrenia pensano di aver visto ciò che gli altri non hanno visto.

L'incapacità di ordinare ed interpretare correttamente gli stimoli esterni e di selezionare risposte appropriate è una delle caratteristiche della malattia ed è la causa principale delle difficoltà che uno schizofrenico incontra nelle sue relazioni con la gente.

Per questa ragione alcune persone schizofreniche preferiscono impiegare il tempo per se stesse, ritirandosi e comunicando con gli altri il meno possibile. Si dice allora che gli schizofrenici hanno "perso l'associazione" (ndr. in termini medici sono **dissociati**). Questa perdita deriva dal disturbo dei loro pensieri. Nello schizofrenico la mente può saltare da "sole" a "sale" a "mare" a "elementi" a "massa della terra", a "massa solida", ecc., con perdita delle connessioni.

Un'altra caratteristica del pensiero degli schizofrenici consiste nella **perdita di concretezza**, ovvero nella incapacità di afferrare concetti astratti. Per esempio il detto "Chi vive in una casa di vetro non può tirare i sassi" significa per lo schizofrenico "Il vetro si romperà" e non "se tu non sei perfetto non puoi

criticare gli altri". Essi non riescono ad interpretare correttamente le definizioni astratte. Così se viene pronunciata la frase "guarda l'uccellino" (ad es. prima di scattare una foto) lo schizofrenico può guardar per aria.

Un difetto nella capacità di pensare con logicità è un sintomo della schizofrenia. Così è molto difficile per il malato compiere un percorso, viaggiare in autobus o preparare un pasto. La composizione delle parole (neologismi) è comune come nei processi di pensiero messi in relazione ai processi di linguaggio.

Gli schizofrenici spesso esibiscono un blocco nel pensare: l'incapacità di continuare un concetto, come se il cervello si bloccasse o fosse nei guai. Alcuni malati dicono che il pensiero "è stato risucchiato dalle loro teste". Un sintomo finale è spesso **l'ambivalenza**, ovvero l'incapacità di risolvere pensieri contrastanti. La mente può dividersi su un soggetto ed ognuno dei pezzi dividersi e così via.

Idee deliranti ed allucinazioni

Questi sono i sintomi più conosciuti. Le allucinazioni e le idee deliranti sono la conseguenza di una alterazione dei sensi e dell'incapacità da parte del cervello di interpretare e rispondere in modo appropriato agli stimoli esterni. In altre parole esse consistono in una alterazione logica di ciò che il cervello normalmente percepisce. I malati sono "impazziti" solo per gli altri; per la persona tutta l'esperienza viene vissuta come facente parte di un modello logico e coerente.

Le **idee deliranti** (o **false credenze, illusioni**) sono una serie di idee false credute dal paziente ma non dalle altre persone e non possono essere corrette per alcuna ragione. Spesso le illusioni diventano un vero e proprio convincimento ed ogni altro evento di conseguenza viene interpretato allo stesso modo. Lo schizofrenico può credere ad esempio che un uomo che sta tossendo per strada in realtà gli stia inviando un segnale, oppure può credere che qualcuno lo stia osservando, controllando, manipolando o ipnotizzando. I malati pongono un evidente sbarramento agli stimoli esterni che ricevono e che non possono interpretare.

Le sensazioni di essere spiati o radio-controllati sono abbastanza frequenti. Le credenze paranoide sono comuni e possono essere pericolose se vengono

messe in atto. Le manie di grandezza sono abbastanza comuni. Il paziente è convinto di controllare il mondo e di avere rapporti personali con figure storiche e potenti del passato e presente, come Gesù Cristo, la Vergine Maria, un Capo di Stato. Un evento relativamente abbastanza comune consiste nel fatto che la persona crede di controllare le menti delle altre persone o che i pensieri vengano comunicati dai loro cervelli come accade in una normale trasmissione da una radio o TV.

Le **allucinazioni** sono frequenti e rappresentano la fine dello spettro sintomatologico che inizia con l'alterazione dei sensi. Le allucinazioni uditive sono le più frequenti. Possono consistere in fruscii o in rumori come ad es. delle percussioni, delle frasi ripetitive, una **voce**, cori di persone o più voci. La persona può ascoltarle occasionalmente o in modo continuativo. Le voci e le allucinazioni uditive hanno un contenuto quasi sempre spiacevole. Le allucinazioni possono consistere anche in allucinazioni visive, dell'olfatto, del tatto. La persona può vedere cose che non ci sono, percepire degli odori che non esistono o provare sensazioni che sono solo immaginarie.

Alterato senso del sé

Normalmente gli individui hanno un chiaro senso del sé. Noi tutti sappiamo dove il nostro corpo finisce e dove iniziano gli oggetti inanimati.

Questo non è vero per gli schizofrenici che non sono capaci di distinguere se stessi dalle altre persone, distinguere parti singole del proprio corpo da altre, essere confusi sui loro organi sessuali e sulla loro identità.

Semplicemente non hanno un senso del sé.

Per chiarire meglio questo concetto, un paziente può avere gravi problemi e tentare fisicamente di correggere quanto erroneamente percepito attuando, ad esempio, un'auto-mutilazione.

Alterazioni affettive

I cambiamenti nelle **emozioni** (o **affetti**, come dicono gli operatori) sono uno dei più frequenti cambiamenti che avvengono negli schizofrenici. Ciò può essere tragico, per il risultato prodotto: l'individuo sembra non essere più

capace di provare alcuna emozione. Inizialmente lo schizofrenico può provare una esperienza con un largo ed esagerato fluttuare delle emozioni, con colpe opprimenti e una grande paura che pervade tutto e non che può essere facilmente definita.

Le percezioni esagerate dei sentimenti sono presenti solo nella malattia e pertanto possono svanire. L'osservazione di questi sentimenti ed emozioni consentono di tracciare una linea di demarcazione tra la schizofrenia e la depressione maniacale. Gli schizofrenici infatti perdono la loro capacità di esprimere emozioni: gli ammalati di depressione bipolare no.

I cambiamenti più caratteristici nelle emozioni degli schizofrenici sono le emozioni inappropriate o appiattite, entrambe evidenziate in più pazienti. L'appiattimento emotivo è l'incapacità di mettersi, in alcune condizioni, "nei panni altrui" è molto comune. (Nota: uno schizofrenico può non riuscire a capire la frase "mettersi nei panni altrui" e da lui viene interpretata realmente com'è, non per il suo intrinseco significato).

Le emozioni quindi si inaridiscono. Un paziente disse: "Se mi svegliassi e mi sentissi giù, sarebbe già un miglioramento". Negli stadi più avanzati della malattia non esistono più emozioni.

Alterazioni dei movimenti

Il cambiamento nei movimenti è dovuto all'uso degli psicofarmaci, ma per alcuni movimenti non è così.

Questo cambiamento consiste spesso in un modo goffo di procedere.

Il movimento ne è molto colpito e soprattutto non è spontaneo o aggraziato. I movimenti ripetitivi come i tic, i termori, i movimenti involontari della lingua o alcuni atteggiamenti (succhiare, ecc.) sono spesso dovuti agli effetti collaterali dei farmaci.

Si nota frequentemente un aumento o un decremento nel battito cigliare.

Lo spiacevole **effetto oculogiro**, nel quale il paziente rivolta gli occhi verso l'alto è una conseguenza dell'assunzione di neurolettici: la correzione avviene con la contemporanea somministrazione di un farmaco antiparkinsoniano (Akineton, ecc.).

La **catatonìa**, ovvero l'assenza totale di movimento è un'altra forma di espressione deficitaria del movimento.

Variazioni del comportamento

Le alterazioni del comportamento sono sintomi secondari, ovvero sono una risposta a ciò che sta accadendo nel cervello.

Il ritirarsi, la catatonia e il mutismo sono abbastanza comuni.

I comportamenti ritualistici e ripetitivi come camminare in tondo, ripetere continuamente alcuni movimenti, sono anch'essi comuni.

La continua ripetizione di gesti (ovvero la **gestualità stereotipata**) o l'adozione di pose inusuali sono state largamente osservate.

L'**ecolalia** (cioè la ripetizione pronunciate da altri, ovvero il "fare il pappagallo") è un evento comune.

Un comportamento inappropriato, come ad esempio svestirsi o urinare in pubblico, sputare, ecc. è comparativamente raro e può essere evitato con l'uso delle medicine.

Trattamento e cure

Il testo che segue è stato elaborato da SOS PSICHE.

Il trattamento della schizofrenia in particolare e di altri disturbi neurobiologici comporta numerosi problemi che ricadono sulla famiglia, sui parenti e la società in genere (v. Note finali a pag. 36).

Attualmente il trattamento **farmacologico** avviene attraverso la somministrazione di farmaci **neurolettici** quali l'*Haldol* (Aloperidolo), il *Trilafon* e molti altri.

Tra breve saranno disponibili alcuni neurolettici atipici come il *Risperidal* (Risperidone) che agiscono con efficacia sui sintomi negativi e positivi. I **sintomi negativi** sono: i deliri, le allucinazioni, ecc.; quelli **positivi** riguardano la socialità, gli affetti, la scarsa motivazione, la mancanza di iniziativa, ecc. Fino ad ora i farmaci hanno agito solo sui sintomi negativi; il Risperidone è efficace anche per i sintomi positivi.

Le recenti scoperte in campo farmacologico aprono le frontiere a nuove speranze.

Unitamente ad una prescrizione controllata dei farmaci, è necessario mettere in atto una **terapia riabilitativa** al fine di mantenere e rafforzare i rapporti sociali del soggetto e far leva sulle capacità residue (lavorative, creative, arti-

stiche, ecc.). Tale funzione si esplica attraverso: tentativi di **reinserimento lavorativo, arteterapia** (presso i Centri), **ergoterapia** (lo svolgimento di mansioni adeguate alla capacità), gite e partecipazione, quando possibile, ad un gruppo organizzato dove il paziente possa essere continuamente stimolato. Purtroppo l'andamento della malattia è ciclico e frequentemente i Centri e le attività sono disertate ed il lavoro riabilitativo inficiato.

Pertanto, a nostro avviso, queste terapie possono e devono essere erogate nell'ambito dei Centri e soprattutto nelle necessarie **comunità protette** che dovrebbero accogliere i pazienti non più gestibili a domicilio.

L'ipnosi non è adatta alla schizofrenia, perchè il paziente di solito non collabora. Può indurre anche degli effetti molto negativi.

La psicoterapia può aiutare il paziente a migliorare ma è necessario un lungo periodo di tempo e molte sedute prima di raggiungere alcuni risultati. Purtroppo la psicoterapia in molte realtà italiane non viene tenuta in considerazione, in quanto molti tecnici preferiscono sviluppare "modelli sociali" di approccio alla malattia.

La terapia familiare consiste nella presa in carico, da parte del servizio, di quello che viene definito "la famiglia-problema". Nel corso degli ultimi quindici anni le famiglie hanno subito la vergogna e la colpa della malattia, considerata un fattore sociale, un difetto relazionale tra una madre "schizofrenogenica" e un figlio a carattere debole. Anche se queste teorie sono state superate, tutt'ora si assiste allo sviluppo di nuove forme di colpevolizzazione dei famigliari.

Alcuni Centri e Associazioni organizzano i **gruppi di auto aiuto** ed anche le **riunioni periodiche** nell'ambito di strutture come day-hospitals, ecc. SOS PSICHE pensa che la partecipazione a queste riunioni e gruppi rivesta una certa importanza; non si va, purtroppo, oltre al semplice "sfogarsi" e comprendere che molte altre persone soffrono a causa degli stessi problemi. In questo tipo di iniziative conta l'abilità del medico e l'effettiva capacità della famiglia di poter mettere in atto alcune strategie relazionali. Purtroppo molti famigliari non possiedono queste capacità nè è possibile pretendere che le possiedano (*ndr*: diversamente bisognerebbe mettere in discussione la figura dello psichiatra che non necessiterebbe più di una laurea per operare), oppure soffrono anch'essi per altre malattie non meno gravi.

SOS PSICHE pensa che, allorchè la famiglia non è in grado di sopportare il peso della malattia, i pazienti vadano curati adeguatamente al di fuori dell'ambito famigliare.

Diagnosi e Prognosi

Un metodo universalmente accettato per formulare le diagnosi è un manuale per psichiatri, il **DSM IV**. Purtroppo la **diagnosi** della schizofrenia è stata spesso contestata: tra gli psichiatri fautori della legge 180 c'è ancora chi nega o minimizza la malattia, riducendola quasi ad uno *stile di vita*, chi ancora rifiuta la diagnosi che corrisponderebbe ad una stigmatizzazione, chi considera la schizofrenia un termine superato da sostituire con "disturbi schizofrenici" e così via.

L'incertezza delle teorie deriva dalla mancata individuazione delle cause (v. la sezione "Le cause dei disturbi neurobiologici").

SOS PSICHE pensa che ogni cosa in fondo ha un nome e non è con una semplice sostituzione del termine che i malati guariscono. Per certi versi la diagnosi può costituire una **etichettatura**, ma nel rispetto dei famigliari che devono occuparsi direttamente del paziente, è giusto che vengano loro comunicate la diagnosi e tutte le informazioni sull'esito, trattamento e comportamento da mantenere nelle relazioni con il paziente.

C'è chi ha addirittura messo in discussione il termine "guarigione" e ci sono anche i "guariti per delibera"; cioè quelli che sono stati dimessi dagli Ospedali Psichiatrici e improvvisamente giudicati sani dopo anni di internamento. Nella maggior parte dei casi si assiste ad una "stabilizzazione" o "cronicizzazione" delle condizioni mentali; nei casi di guarigione persistono comunque delle "tare" mentali.

La **prognosi** è tutt'ora incerta. Secondo SOS PSICHE non esistono studi certi circa l'esito delle cure perchè i dati raccolti dipendono in larga parte dal tipo di valutazione e concezione che i tecnici hanno della malattia mentale.

Molte volte i famigliari considerano il soggetto malato ed i medici invece sano: questo significa che probabilmente numerose statistiche sono poco attendibili. Recenti statistiche presentate in Italia non differiscono notevolmente da quelle degli anni 70, che indicavano circa il 25% di soggetti guariti.

Gran parte delle guarigioni dipende da un differente approccio sociale e da nuove batterie di neurolettici a disposizione: senza l'uso dei farmaci il reinserimento sociale può aver luogo con notevoli difficoltà.

PERSONALITÀ BORDERLINE

Questi disturbi sono caratterizzati da impulsività e instabilità nell'umore, nell'immagine di sé e nelle relazioni personali.

Sono abbastanza comuni e diagnosticati più spesso nelle femmine che nei maschi.

Sintomi

Gli individui che soffrono di questi disturbi presentano parecchi dei seguenti sintomi:

1. Marcate **variazioni dell'umore** con periodi di intensa depressione, irritabilità e/o ansia che può durare da poche ore a più giorni;
2. inappropriata, intensa ed incontrollabile **rabbia**;
3. **impulsività** nello spendere, sessuale, nell'abuso di sostanze, nella guida incauta, negli eccessi alimentari e nell'esecuzione di piccoli furti nei negozi;
4. **Minacce** ricorrenti di suicidio o comportamento autolesionista;
5. **Instabilità**, relazioni personali di elevata intensità con posizioni e punti di vista estremi, qualche volta alternati tra l'idealizzazione del "tutto bene" e la svalutazione del "tutto sbagliato";
6. Marcata e persistente **incertezza** circa l'immagine di sé, gli obiettivi da conseguire a lungo termine, gli amici, i valori.
7. **Noia** cronica o sentimenti di vuoto interiore;
8. Frequenti **sforzi per evitare l'abbandono**, immaginario o reale che sia.

Cause

Le cause di questi disturbi non sono chiare, anche se i fattori psicologici e biologici possono giocare un certo ruolo.

Originariamente questi disturbi sembravano rasentare la schizofrenia, ma ora sembra che siano da mettere in relazione con le gravi malattie depressive.

In qualche caso possono influire altri disturbi neurologici o i deficit dell'attenzione.

I problemi biologici possono causare instabilità nell'umore e scarso controllo degli impulsi che possono contribuire a rendere difficili le relazioni con gli altri.

Le difficoltà notate nello sviluppo psicologico durante l'adolescenza, forse associate alla negligenza, l'abuso e la mancanza di una figura parentale, possono creare problemi di identità e personalità.

Sono necessarie ricerche più approfondite per chiarire i fattori biologici e psicologici che causano questi disturbi.

Trattamento

La combinazione di un intervento psicoterapico e farmacologico sembra essere la soluzione migliore per curare questi disturbi.

I farmaci possono essere d'aiuto per la riduzione dell'ansia, della depressione e gli impulsi distruttivi. La remissione da questi sintomi può aiutare molto gli individui che hanno un modo di pensare negativo che interagisce in modo disgregante sulle attività quotidiane.

La cura psicofarmacologica non corregge comunque le difficoltà radicate nel carattere del soggetto.

Una psicoterapia individuale o una psicoterapia di gruppo (se l'individuo è disposto a far parte di un gruppo) può essere d'aiuto.

Il ricovero ospedaliero a breve termine può essere necessario nei periodi di stress estremo, comportamento impulsivo o nell'abuso di sostanze. Alcuni individui rispondono bene alle terapie; per altri ancora il trattamento è a lungo termine e si presenta difficile.

I sintomi del disturbo non sono facili da cambiare e spesso interferiscono con la terapia: periodi di miglioramento possono alternarsi a periodi di peggioramento.

Fortunatamente, nel tempo, diversi individui riescono ad ottenere una significativa riduzione dei sintomi e un miglioramento delle proprie capacità.

Possono essere presenti altri disturbi o dei disturbi co-esistenti.

Non è semplice determinare se persistono altri disturbi psichiatrici. I sofferenti possono sviluppare gravi malattie mentali (inclusi i disturbi bipolari), disturbi nell'alimentazione, nell'abuso di alcool o di sostanze stupefacenti.

Circa il 50% dei borderline presentano episodi di grave depressione. In momenti come questi la "solita" depressione diventa più intensa e consolidata; si nota un peggioramento dei disturbi dell'appetito e del sonno.

Una valutazione di tipo neurologico può essere necessaria per alcuni individui.

Farmacoterapia - Gli antidepressivi, gli anticonvulsivanti e i neurolettici per cure a breve termine sono comunemente prescritti per i borderline.

La decisione di prescrivere gli psicofarmaci va presa in modo concorde dal terapeuta e dal paziente.

Nella questione vanno considerate la buona volontà del paziente nell'assumere le medicine prescritte, i possibili benefici, gli effetti collaterali e il rischio di una overdose.

Per maggiori informazioni e materiale sui disturbi Borderline contatta la sezione più vicina di SOS PSICHE.

LA DEPRESSIONE

La depressione si divide in due categorie: la depressione minore e quella maggiore. Le depressioni minori sono di gran lunga le più comuni.

La depressione minore

Ognuno sa cosa si prova ad essere depressi e la distinzione tra uno stato d'animo normalmente "depresso" e la malattia è veramente molto sottile. In larga parte essa dipende da ciò che il paziente percepisce come evento straordinario e da un'altra parte da cosa interferisce con le attività quotidiane e le soddisfazioni della vita.

Le donne presentano questa diagnosi più frequentemente degli uomini, per ragioni che non sono ancora chiare: probabilmente le donne lamentano più facilmente degli uomini la mancanza di aiuto, a causa della depressione, forse per motivi che derivano dalle aspettative socioculturali.

Le persone che chiedono aiuto per la depressione minore tendono a ricorrervi nel corso della vita, iniziando dalla prima età adulta.

Si crede che la depressione abbia origine in una parte del carattere che è essenzialmente poco idoneo a reagire allo stress; è chiaro che uno stress fisico o emotivo può provocare una ricaduta. Perciò la depressione è considerata una intima parte della personalità del paziente, che emerge chiaramente in appropriate circostanze che scatenano la reazione.

Sintomi - Oltre all'umore depresso, l'intensità della depressione può essere tale da assumere propositi di suicidio. Un fatto straordinariamente comune consiste nel lamentarsi, da parte del paziente, a causa di mali che raramente vengono individuati o che non hanno una base fisica. Il paziente può mostrare una scarsa disponibilità nel comprendere che le suggestioni possono influire su quei sintomi riferiti alle cause psicofisiologiche.

I conflitti famigliari e l'alcoolismo si verificano occasionalmente; i problemi del sonno, la perdita di interesse nelle attività sessuali e la diminuzione di energia sono eventi frequenti.

Trattamento - È necessario, per varie ragioni, rivolgersi ad un consulente attento ed interessato. Questi deve determinare quanto contano, in un dato episodio, i fattori esterni ai quali il paziente risponde in modo alterato o in modo diverso.

Spesso il paziente è così apatico o distratto dal suo stato d'animo e non è così produttivo nel pensare, in termini pratici, per affrontare alcune situazioni. Un ascoltatore esterno può guidare la persona nella direzione giusta. Il vero motivo dell'ascolto può indurre il paziente ad aumentare il senso di **auto-stima**. L'abilità del consulente può essere molto importante per la remissione.

I **farmaci** possono essere di aiuto per un trattamento intermittente dei disturbi del sonno o negli attacchi di panico, se un senso di ansietà accompagna la depressione; alcuni farmaci anti-ansia possono peggiorare la depressione e questa ipotesi va considerata attentamente.

Specifici antidepressivi possono causare drammatici effetti in pazienti occasionali e devono essere usati con prudenza e con aspettative più realistiche.

La prognosi è difficile da valutare. In quasi tutti i casi gli episodi di depressione sono limitati a sé, ma abbastanza lunghi, da 6 mesi a 2 anni ("quello è stato un anno cattivo per me"). Con il trattamento questo periodo può essere di solito ridotto sensibilmente.

Gli eventi stressanti di qualsiasi genere possono causare ricadute in qualsiasi momento, anche se, mentre il paziente varca la soglia dei cinquanta anni e oltre, le ricadute per alcuni sembrano diminuire.

La depressione maggiore

A differenza della depressione minore, la depressione maggiore è probabilmente basata su qualche squilibrio biochimico a livello cerebrale.

Può insorgere in ogni età, colpendo indifferentemente le donne o gli uomini; si stima che oltre il 10% della popolazione, ad un certo punto della vita, ne sia stata colpita. Uno stress può influire nell'esordio della malattia: altre volte no.

Sintomi - A malattia conclamata il paziente soffre di profondi sentimenti di tristezza, colpa, sentendosi inutile e giudicando le sue azioni futili. La me-

moria e la concentrazione possono subire delle ripercussioni e si verifica spesso una senso riduzione delle capacità mentali; il pianto a volte può essere incontrollabile; può accadere che vi sia una profonda apatia o affaticamento. I disturbi dell'appetito possono essere così gravi da provocare la disidratazione, notevoli perdite di peso e può sopraggiungere anche la morte. Il suicidio è un rischio costante e il sonno può essere completamente disturbato. In alcuni casi si presentano delle idee deliranti.

Diagnosi - Non è difficile riconoscere la depressione appena descritta, ma ci sono varie malattie che possono causare gli stessi sintomi, inclusa la disfunzione alla tiroide, una insufficienza a livello delle ghiandole adrenali, un cancro non individuato al pancreas e tante altre.

Inoltre alcuni pazienti presentano solo alcuni aspetti del quadro appena descritto, non riguardando l'umore depresso ma una malattia fisica opprimente come la paura di avere un cancro o altri problemi.

Nella vecchiaia il paziente può sembrare in una semplice confusione mentale e/o vivere ritirato: nell'ipotesi di una simile tragedia esso trascorre il resto delle sua vita in una casa di cura invece di ricevere un trattamento efficace. In rare occasioni la diagnosi è confusa anche dopo le dovute considerazioni appena fatte e una adeguata valutazione medica.

In questi casi alcuni test sul livello di cortisolo possono essere utilizzati per rafforzare questo sospetto. L'uso routinario di questo test aggiunge comunque pochi elementi.

Trattamento - Un intenso aiuto a livello ospedaliero è necessario per fornire cure mediche, nutrizionali e di sostegno ai pazienti che ne abbisognano. La somministrazione di iniezioni intravena, l'alimentazione attraverso la fleboclisi e l'igiene richiedono un impiego a tempo pieno dello staff medico ed infermieristico. Vanno anche prese delle opportune precauzioni per impedire il suicidio.

Il trattamento iniziale di solito consiste nella somministrazione di farmaci antidepressivi. Questi includono l'uso di **triciclici** come la *amitriptillina*, *imipramina* e la *doxepina* o la *monoamina ossidasi*, inibitore di alcune sostanze, che è meno utilizzata.

Gli stimolanti come il *Ritalin* o le anfetamine sono utilizzati occasionalmente dove i farmaci convenzionali falliscono.

Bisogna avere **prudenza** e possedere una certa abilità specialmente con le persone anziane, nelle quali il riscontro di effetti collaterali non è raro. Circa il 65% dei pazienti rispondono alla terapia farmacologica con una completa remissione; nei rimanenti il beneficio indotto dai farmaci è inferiore.

Dove non c'è una risposta efficace ai farmaci per parecchie settimane o dove viene ravvisato il pericolo che la cura abbia effetto solo dopo molti giorni e nel caso che le allucinazioni ed idee fisse prevalgano nella sintomatologia, la terapia di elezione negli Stati Uniti è quella elettroconvulsivante.

La depressione maggiore non è una malattia che risponde bene alla psicoterapia, anche se le risposte del paziente agli eventi (dopo la remissione) e i cambiamenti indotti nella sua vita sono il risultato di una malattia che consente di trarre effetti benefici dalle cure oppure necessita che il paziente mantenga una stretta relazione psicoterapeutica per alcuni mesi dopo la sua remissione. In questo modo le ricadute possono essere identificate al più presto e l'esplosione della malattia può essere prevenuta.

Le prognosi non sono state ben definite, ma è stato chiarito che diversi pazienti sono a rischio di ricaduta nei mesi o negli anni seguenti.

La ricaduta frequentemente è un problema di minor importanza se la diagnosi e il trattamento è stato intrapreso al più presto.

DISTURBI BIPOLARI

Detti anche "manie" sono in qualche modo l'opposto della depressione maggiore che è stata appena illustrata. Sono caratterizzati da una persistente (da giorni a mesi) profonda elevazione nell'umore, al di sopra di ciò che è considerato usuale, con un incremento parallelo nel livello di energia, senso di potere, capacità di decidere, attivismo ed euforia. L'aumento dei livelli di energia ed euforia annebbiano le capacità di discernimento. Sono così intensi da poter essere provati come "eccessi" in senso piacevole, ma che diventano spiacevoli per il paziente.

Quando la situazione si aggrava possono essere accompagnati da allucinazioni e pensiero distorto, rasentando i sintomi della schizofrenia.

Durante gli episodi di mania i pazienti possono spendere inutilmente grosse somme di denaro, viaggiare per lunghe distanze, diventare promiscui o semplicemente comportarsi in modo fastidioso e finire nei guai con la polizia.

Ciò che colpisce gli osservatori è che in diversi pazienti la mania ha un andamento ciclico. Questo significa che si verificano episodi dall'inizio apparentemente spontaneo con remissioni tra un episodio e l'altro.

Durante la fase di remissione il paziente può trovarsi in uno stato non distinguibile dalla depressione maggiore già descritta.

La devastazione della vita del paziente, causata dalle oscillazioni di umore, può essere realmente grave. Quando entrambe le manifestazioni sono presenti l'uso del termine "disturbo bipolare" è appropriato.

La teoria correntemente accettata sul meccanismo che induce questi disturbi, ruota attorno al fatto che una sostanza chimica, la *norepinefrina*, è presente in eccesso nei tessuti cerebrali nel caso della mania, mentre è in deficit nel caso della depressione maggiore.

Non è ancora chiaro perché questo accade, ma i componenti biochimici sembrano essere cruciali e le teorie psicoanalitiche sono fuori discussione.

Trattamento e prognosi

La fase di mania acuta può essere una minaccia per la vita della persona, tramite una pericolosa perdita di giudizio, delle inibizioni o con la mancanza di

attenzione, nella nutrizione e cura personale. L'ospedalizzazione, l'allontanamento dai fenomeni che possono stimolare il paziente e la sedazione sono spesso necessari. I pazienti che non vogliono curarsi possono occasionalmente necessitare di essere ricoverati contro la loro volontà, qualora la loro vita fosse messa in pericolo.

Così come i neurolettici hanno rivoluzionato il trattamento della schizofrenia, alcuni farmaci basati sul carbonato di *litio* hanno consentito un diverso approccio alla malattia. Forse a seguito di una alterata trasmissione di certe sostanze chimiche a livello cerebrale, i farmaci sembrano indurre il paziente ad un equilibrio comportamentale.

I farmaci richiedono molta attenzione da parte del medico che deve valutare gli effetti collaterali che possono riguardare la tiroide, i reni, altre sostanze chimiche presenti nel sangue e i sintomi neurologici. Il Tegretol (*Carbamezapina*) e il Depakote (*Acido valproico*) ed altre medicine sono utilizzate nella depressione maniacale. Questi farmaci possono essere utilizzati in combinazine con altre medicine.

Senza il trattamento, gli episodi depressivi maniacali possono impiegare un anno o anche più per risolversi. I trattamenti accorciano questo periodo a qualche giorno o a qualche settimana. Durante la remissione il *litio* previene o riduce le ricadute maniacali o depressive nei pazienti che presentano queste due componenti.

Il follow-up deve essere veramente continuo ed attivo; il trattamento può durare per tutta la vita.

Sotto una accurata supervisione il paziente può far ritorno ad una vita produttiva e significativa, con riduzione del potenziale ritorno a periodi maniacali.

Prevenzione delle ricadute - I pazienti e le loro famiglie devono essere avvisati circa i segni premonitori dello sviluppo della depressione o di un episodio maniacale.

Se prestata attenzione al primo insorgere dei sintomi, diversi episodi possono essere stroncati o gestiti attraverso la prescrizione di alcuni farmaci e la terapia elettroconvulsivante (EST), come già illustrato nel caso della depressione.

Efficacia delle cure - I disturbi bipolari e le manie, malattie considerate un tempo veramente tragiche oggi in molti casi possono essere controllate

sufficientemente ed in modo tale da permettere ai pazienti di rimanere produttivi, contenti e lontani da ricadute per lunghi periodi di tempo. Sfortunatamente una minor parte dei pazienti non risponde alle cure e questi necessitano di cure a lungo termine attraverso una ospedalizzazione che può essere utile e necessaria.

I DISTURBI COMPULSIVI

I disturbi compulsivi un tempo erano piuttosto rari, ma ora si stima che almeno il 3% della popolazione debba aver sofferto di questi disturbi in qualche momento della vita. Il disturbo inizia nell'adolescenza o appena adulti, ma può verificarsi anche nei bambini.

Sono caratterizzati da ricorrenti, involontari e spiacevoli **azioni ripetitive (ossessioni)** e comportamenti ritualistici che le persone provano in quanto guidate dalle loro compulsioni.

Le persone che soffrono di disturbi compulsivi sono a conoscenza delle loro ossessioni e compulsioni - irrazionali o eccessive - e riconoscono che hanno uno scarso controllo del loro comportamento.

Sintomi

Ossessioni tipiche - contaminazione di germi, sporcizia, ecc.; paura di atti violenti o impulsi aggressivi; provare un sentimento eccessivo di responsabilità per la sicurezza degli altri, come ad es.: una paura irrazionale per qualcuno che guida un'auto, pensieri detestabili a carattere religioso (blasfemia) o pensieri a sfondo sessuale; smodata ansia per mantenere l'ordine, per la sistemazione o la simmetria di oggetti e cose, ecc.

Compulsioni tipiche - lavarsi eccessivamente (in particolare le mani o fare il bagno), pulire, verificare e ripetere azioni come ad esempio toccare, contare, sistemare, ordinare o accumulare oggetti e cose. I comportamenti ritualistici diminuiscono le probabilità di disagi dovuti alle ossessioni ma guadagnano sollievo a breve termine soltanto in cambio di frequenti ripetizioni ritualistiche. I comportamenti ritualistici diminuiscono le possibilità di sofferenza dalle ossessioni ma lo consentono solo a breve termine; a lungo termine provocano una ripetizione frequente dei rituali. Una persona può presentare pochi o molti di questi sintomi, che possono variare durante l'evoluzione del disturbo.

Altri sintomi - Le persone che soffrono di questa malattia diventano demoralizzate o sviluppano la depressione. I sentimenti di intensa ansietà, sconforto o disgusto sono comuni. Altre forme di comportamento che possono essere messe in relazione con questi disturbi consistono nel bisogno di strapparsi le ciglia o i capelli (**Tricotillomania**), la preoccupazione per un difetto corporeo immaginario (**Disturbo dismorfico corporeo**), mordersi le unghie in modo grave o estremo (**oncofagia**) o nella paura infondata di avere un grave male (**ipocondria**).

Domande e risposte

Qual'è il decorso del disturbo?

Se non trattato in modo appropriato il disturbo diventa di solito cronico con intensificazioni e diminuzioni dei sintomi. Il grado di menomazione varia da forme leggere a forme più gravi. In alcuni casi le persone possono rimettersi dal disturbo; in altre può seguire un progressivo deterioramento. Le condizioni mentali possono aggravarsi e peggiorare. Alcune volte i sintomi sono molto gravi: l'ospedalizzazione diviene necessaria e il mantenimento regolare di un impiego è impossibile. Diversamente alcune persone importanti come dottori, avvocati, attori, impresari, commercianti, ecc. continuano a svolgere il proprio lavoro a dispetto della malattia. La maggior parte delle persone che conducono una vita diversa dal normale sono anche più produttive e promettenti se non presentano sintomi. I costi sentimentali ed economici indotti da questi disturbi, per l'individuo, la famiglia e la società sono enormi.

Si può affermare che le compulsioni derivano dall'abuso di sostanze e dagli eccessi alimentari?

Sebbene le persone affette dal gioco d'azzardo patologico, dall'eccessivo consumo di cibi o alcoolici abbiano un problema che non sono in grado di risolvere, tutte le suddette attività hanno in qualche grado, una certa componente compulsiva. La compulsione provocata dal disturbo invece non è mai ereditaria. La validità di queste distinzioni sta per essere posta di nuovo sotto esame.

Le persone che soffrono di questo disturbo sono “pazze”?

No. Il comportamento sembra “impazzito” ma le persone no. Un sofferente è molto cosciente degli eccessi e delle irrazionalità indotte dalle paure o dai comportamenti, anche se è incapace di controllarsi. Questa coscienza crea una nuova paura alla persona sofferente: la paura che gli altri pensino che egli sia un pazzo. Le persone con questi disturbi tengono spesso molto nascosti i loro sintomi e sono spaventate dall’affrontare un trattamento. Questo può spiegare perchè, nelle statistiche di qualche anno fa, questa malattia aveva una bassa incidenza.

Quali sono le possibili cause di questi disturbi?

L’esatta causa di questi disturbi è sconosciuta: molti ricercatori sospettano fortemente degli squilibri a livello biochimico. Le alterazioni in uno o più sistemi chimici del cervello che regolano i comportamenti ripetitivi possono essere messi in relazione con le cause di questi disturbi. Gli squilibri possono essere ereditari; i fattori psicologici e lo stress possono aumentare i sintomi.

Come si curano questi disturbi?

La psicoanalisi, che tenta di esplorare gli eventi della prima adolescenza, non è di aiuto per la riduzione dei sintomi. Una psicoterapia di supporto può comunque aiutare le persone sofferenti a convivere con la propria malattia. Recentemente alcune terapie innovative hanno permesso la remissione completa dai sintomi ossessivi.

Trattamento

Terapia comportamentale - Un numero di persone traggono beneficio da tecniche terapiche che insegnano agli individui come sopprimere l’ansia che deriva dall’ossessione e ridurre o eliminare i rituali compulsivi. La terapia comportamentale è strutturata in una serie di tecniche che l’individuo impara ad impiegare quando insorgono l’ansia, lo sconforto o altre disfunzioni a seguito dei rituali o delle ossessioni. L’obiettivo finale è quello di indurre un cambiamento nei comportamenti del paziente. Ai pazienti viene chiesto

di individuare e affrontare con decisione le cose che causano le loro ingiustificate paure (alle quali sono esposti) e di smettere dal compiere i rituali compulsivi.

Farmacoterapia - Diversi pazienti hanno bisogno di medicinali. Le sostanze con effetti potenti sui meccanismi che a livello cerebrale interagiscono con la *serotonina* sembrano le più affidabili.

L'Anafranil (*clomipramina*), la sostanza largamente studiata per questi disturbi, è disponibile per una prescrizione medica.

Oltre 20 studi controllati hanno provato gli effetti positivi della *clomipramina* nel trattamento dei disturbi. Il Prozac (*Fluoxetina*) è disponibile da prescrizione per trattare la depressione. Comunque studi preliminari consigliano che l'uso di questa sostanza è promettente nel trattamento dei disturbi. È stato dimostrato che il Faverin (*Fluvoxamina*) ha ottenuto buoni risultati in cinque test diversi e il *Sertraline* in due test effettuati nel corso di alcuni studi. Entrambi questi medicinali sono ancora a livello sperimentale e quindi non possono essere ancora prescritti.

Nuovi farmaci sono all'orizzonte, dando a noi la possibilità di avere grandi speranze. Nel gennaio 1995 è stato ufficialmente annunciato un nuovo farmaco per combattere i disturbi compulsivi. Il *Luvox*, questo il nome del farmaco, costituisce una speranza per milioni di persone al mondo.

Una combinazione di terapie farmacologiche e comportamentali è spesso la cura più efficace.

Un piano di trattamento deve includere anche l'istruzione dei famigliari.

Maggiori informazioni circa questi disturbi possono essere reperite al recapito più vicino di SOS PSICHE.

L'ANSIA E GLI ATTACCHI DI PANICO

Testo del Dr. Ronald Fieve - L'ansia è un sentimento che più persone sanno riconoscere. Come la paura, l'ansia sembra avvisarci del pericolo o dello stress, ma a differenza dei disagi e della paura, l'ansia è ciò che viene provato quando non c'è da aspettarsi alcun pericolo. Gli individui che soffrono dei disturbi d'ansia provano una dura esperienza di persistente ed invalidante ansietà.

Sintomi

Ci sono due gruppi di sintomi: quelli fisici (**somatici**) e quelli psicologici. Diversi sintomi possono essere messi in relazione all'ansietà ma i più comuni sono:

Fisici: agitazione, tremolii, eccitabilità, irrequietezza, tensione muscolare, affaticabilità, sudorazione, palpitazioni cardiache, capogiri, stordimento, disturbi digestivi, secchezza delle fauci, minzione frequente, diarrea, arrossamento del volto, rapida respirazione.

Psicologici: apprensione, pensieri e cogitazioni, preoccupazioni, distrabilità, irritabilità, impazienza, tensione, insonnia.

Tipi di disturbi d'ansia

Quando una persona è ansiosa in modo persistente e presenta alcuni dei sintomi appartenenti alle due categorie appena elencate, per un mese o più e l'ansia non è confinata a particolari circostanze od eventi, allora il problema può essere classificato come un **disturbo d'ansia generalizzato**.

Quando l'ansia appartiene ed è confinata ad uno specifico evento che causa *stress* (come ad es.: la partecipazione ad un esame) si parla di una **reazione ansiosa a termine**. In questo caso non c'è bisogno di alcun trattamento.

Se invece il disturbo generalizzato d'ansia non migliora da solo probabilmente ci si trova di fronte ad un'vera e propria malattia. Rassicurare ed intraprendere una psicoterapia può essere d'aiuto ma insufficiente per trattare il problema. Una diagnosi accurata suggerirà la somministrazione degli psicofarmaci più idonei per consentire la remissione dall'ansia, consentendo di affrontare e risolvere meglio il problema.

Attacchi di panico - Appena inizia un attacco di panico, la persona viene immediatamente oppressa da una ansia intensa e prova i sintomi fisici appena descritti, in modo particolare quelli afferenti l'apparato respiratorio e cardiaco. Ci può essere una riduzione della respirazione, difficoltà anche vistose nella respirazione, palpitazioni (aumento dei battiti cardiaci) e dolori al torace. Il sofferente può provare un senso di soffocamento o di nausea.

I sintomi sono così gravi che spesso è facile credere di aver a che fare con un attacco cardiaco, con una persona morente o con un alienato. Gli attacchi di solito sono di breve durata (un'ora o meno) ma possono ripetersi frequentemente (parecchie volte nel corso di una settimana) e la persona può continuare a provare l'ansia tra un attacco e l'altro.

Se questi attacchi di panico persistono e non sono confinati ad una particolare situazione o stimolo (per es.: trovarsi in un ascensore) il problema è identificato in un **disturbo da panico**. Una persona che ha sofferto un certo numero di attacchi da panico può sviluppare in maniera considerevole un tipo d'ansia secondaria, spaventandosi del fatto che potrà subire un successivo attacco e del fatto che la sua sopravvivenza è messa in pericolo.

Questo fenomeno è chiamato «ansia anticipatoria».

Fobie con attacchi di panico - Se una persona ha una esperienza di attacchi di panico sopra descritta e per parecchie volte nello stesso scenario o come il risultato dello stesso evento, può diventare apprensiva nei confronti della situazione e quindi evitarla.

La fobia più comune si chiama **agarofobia**, che consiste nella paura di stare all'aperto o in luoghi pubblici. La possibilità di soffrire di un attacco e la perdita di controllo in pubblico o in luoghi dove è veramente difficile ottenere un aiuto è terrificante e costringe la persona a ridurre in modo rilevante le proprie attività.

Alcuni pazienti fobici dipendono dagli amici o dai parenti che li accompagnano costantemente.

Può essere difficile fare una diagnosi perchè gli attacchi di panico possono cessare, pur esistendo i sintomi della fobia; può essere difficoltoso capire le ragioni che provocano la fobia.

Fobie sociali e semplici - Diverse persone hanno paure specifiche (p.es. dei serpenti o del cancro) che inducono ad alcune preoccupazioni e perciò non hanno bisogno di affrontare un trattamento. Se la paura, oltre ad essere irrazionale od esagerata, inducendo ad evitare l'oggetto, l'evento può essere considerato come una **fobia**. Mentre le fobie sono raramente invalidanti come nel caso dell'agarofobia, le semplici fobie possono causare stress e richiedere un trattamento, specialmente le fobie che interagiscono con le situazioni sociali, come nel cibarsi in pubblico o nel tenere un discorso.

Le fobie non sono rare nei bambini. La paura di recarsi a scuola é differente dalle semplici fobie degli adulti e può essere trattata con successo somministrando i farmaci utilizzati negli attacchi di panico.

Chi soffre delle fobie - Molti disturbi d'ansia sono comuni sia nelle donne che negli uomini, ma i disturbi compulsivi sembrano essere uguali nei due sessi. In vari casi il problema inizia durante l'adolescenza o nella prima età adulta, ma può presentarsi anche più tardi. Fa eccezione la semplice fobia che di solito inizia nel periodo dell'infanzia (e spesso scompare nella età evolutiva). É difficile stabilire quante persone soffrono di questi disturbi perchè molti non si recano dal medico. L'APA stima che negli Usa i sofferenti a causa dell'agarofobia ammontano a 1,5 milioni di persone.

Trattamento

Un completo esame dello stato di salute fisico e alcuni esami particolari (Elettrocardiogramma ed esami del sangue) sono necessari per escludere la presenza di una malattia fisica. Successivamente è necessaria una completa valutazione a carattere psichiatrico al fine di stabilire una diagnosi. C'è una varietà di trattamenti promettenti e gli psichiatri possono raccomandare il miglior

approccio.

Farmacoterapia - Molti americani sono consapevoli dell'uso eccessivo dei tranquillanti e sono abbastanza prudenti nella loro assunzione.

I **tranquillanti** agiscono nei confronti di alcuni disturbi d'ansia; in altri casi sono inefficaci e devono essere utilizzati sotto il controllo del medico curante. Gli antidepressivi triciclici sono stati recentemente sperimentati nella cura di alcuni disturbi d'ansia.

Generalmente un farmaco triciclico come il Tofranil (*Imipramina*) è utilizzato per fermare gli attacchi di panico spontanei.

Se il sofferente è a conoscenza dell'ansia ed evita certe situazioni è perchè ha paura di un nuovo attacco di panico; può provare l' «ansia anticipatoria» anche se gli attacchi di panico sono stati prevenuti ed è stato utilizzato un tranquillante minore come il Valium (*Diazepam*) o lo Xanax, che sono efficaci contro questa forma d'ansia.

La depressione, l'isolamento e la demoralizzazione sono conseguenze comuni dell'ansia e gli antidepressivi possono essere di aiuto per aumentare l'energia e ridare la speranza.

In alcuni casi i **sedativi** (inclusi i barbiturici) o dosi ridotte di **tranquillanti maggiori** (Thorazina, Mellaril) aiutano il paziente a configgere i sintomi dell'ansia e gli permettono di svolgere le sue attività.

Attualmente si stanno sperimentando nuovi farmaci che sono sotto test di valutazione.

Terapia comportamentale - Diverse tecniche comportamentali cercano di mettere a fuoco, decondizionare o far dimenticare i disturbi d'ansia. Le persone che hanno paura degli ascensori ed evitano di salirvi non risolvono il loro problema e l'apprensione continuerà ad esistere finchè non imparano che a loro non può accadere nulla di terribile.

Il sofferente di fobie è impaurito dall'affrontare la situazione. Così il trattamento inizia con una rappresentazione serena dell'oggetto che induce la fobia, prendendo confidenza ed eventualmente affrontandolo.

Il rilassamento è importante negli approcci come la "desensibilizzazione sistematica" e possono essere utilizzati, tra gli altri trattamenti, anche gli esercizi di rilassamento.

Psicoterapia - L'ansia tipicamente forza una persona a diminuire alcune attività per rimanere "al sicuro". Anche quando l'ansia inizia a diminuire, può essere difficile riprendere il normale stile di vita. La psicoterapia può essere necessaria per ridare la fiducia in sé e per incoraggiare il paziente a gestire situazioni poco familiari o comunque difficili da affrontare.

LE CAUSE DEI DISTURBI NEUROBIOLOGICI

Incidenza - Circa l'1% della popolazione italiana (circa mezzo milione di persone) contrae la schizofrenia tra i 18 e i 35 anni. Il 30% delle persone evidenzia nel corso della vita uno o più episodi depressivi, spesso legati a momenti sfavorevoli come lutti, fallimenti economici ed affettivi, ecc.

Generalmente c'è una scarsa conoscenza delle malattie mentali. Questo accade perchè le famiglie tengono nascosto il problema, evitano di scrivere ai giornali o ai mass-media e di solito non vogliono comparire in dimostrazioni o alla TV. Ma se i famigliari non iniziano a difendersi, nessuno lo farà per loro. Se l'AIDS ottiene una maggiore attenzione è perchè le persone che soffrono di questo problema, i famigliari e i loro amici hanno preso posizione pubblicamente. Partecipare quindi alle attività di SOS PSICHE è una ottima idea per lottare nell'interesse collettivo delle famiglie.

Non è colpa del malato o della famiglia - Le malattie mentali, come nel cancro o nelle malattie cardiovascolari, non sono una colpa del malato o della famiglia. Non sono il risultato di una scarsa educazione o di una "madre cattiva", nè vanno confuse con la pigrizia. Sono delle *malattie biochimiche del cervello*. Più rapidamente vengono identificate, appena il soggetto viene colpito, maggiori saranno le probabilità di remissione.

Nel corso dell'ultimi decenni abbiamo assistito alla formulazione di alcune teorie che hanno **incolpato** la famiglia di essere la causa della malattia mentale, indicando il malato quale "paziente designato" e "vittima designata" del sistema famigliare. Per lungo tempo le famiglie hanno dovuto subire, oltre al dramma della malattia mentale, l'emarginazione attuata dalla società (è noto che i parenti prossimi tagliano ogni rapporto con la famiglia) e peggio ancora l'incapacità da parte degli operatori di comprendere i loro gravi problemi. Tutt'ora la famiglia viene incolpata con modalità e meccanismi diversi, spesso più subdoli e nascosti di quelli attuati nel passato.

Multifattorialità - Secondo alcuni studiosi le malattie mentali hanno origine biologica; per altri l'origine è sociale e recentemente ha preso piede la

teoria multifattoriale, secondo la quale malattie mentali hanno origine per cause diverse (biochimiche, genetiche, ereditarie, ecc.). Appare chiaro che quest'ultima teoria trova larghi consensi, perchè consente a tutti gli psichiatri di avere in qualche modo ragione. La causa della malattia mentale è però ancora sconosciuta.

Ereditarietà - Studi su gemelli identici e bambini adottati mettono in evidenza che c'è un certo grado di ereditabilità o meglio predisposizione, come nel cancro e le altre malattie fisiche.

Nel caso della **schizofrenia** le statistiche dimostrano che nelle famiglie i cui avi non sono stati colpiti, ogni bambino nato ha la possibilità di essere colpito nell'1% dei casi. La probabilità di contrarre questa malattia aumenta al 3% nei casi di parentela con un malato. Sono necessarie molte ricerche per dimostrare l'esistenza di veri e propri fattori ereditari.

Nei **disturbi bipolari** (mania depressiva) l'evidenza dello sviluppo di fattori genetici è abbastanza chiara. In gemelli identici di cui uno è affetto da disturbo bipolare, l'altro ha l'80% di probabilità di essere ammalato. Alcuni studi in corso dimostrerebbero che la causa sia dovuta ad una anomalia del cromosoma 11.

Ruolo dell'ambiente e della educazione - È probabile che i fattori ambientali abbiano un ruolo come quelli ereditari o legati alla predisposizione a contrarre la malattia. Il fatto che un gemello sia colpito e l'altro no significa che due persone, pur avendo gli stessi geni, possono ammalarsi o no. Questo non significa che la causa della malattia ha qualcosa a che fare con fattori sociali o psicologici, sebbene alcuni fattori non sono stati ancora esclusi.

Le **cause ambientali** riguardano alcuni eventi della propria vita come la nascita, un virus o altri fattori biologici. Perciò c'è una interazione tra ambiente e ereditarietà. Uno studio dimostra che le complicazioni in fase di gravidanza o durante la nascita possono contribuire a sviluppare la schizofrenia in bambini di madri schizofreniche. Le complicazioni durante il parto sono comuni nelle persone che hanno sviluppato la schizofrenia, se paragonate a quelle che non la hanno contratta.

I ricercatori stanno indagando per determinare se alcuni virus contratti durante la vita possono aver parte nello sviluppo della schizofrenia.

Molti studiosi ritengono che chiunque può essere predisposto a contrarre le malattie mentali attraverso vie genetiche, ma che anche altri fattori (come ad es. i virus) possono interagire.

NOTE FINALI: LA SITUAZIONE ITALIANA

Con l'avvento della legge 180 nel 1978 è stato chiuso il manicomio, istituzione totale ed oppressiva, ma non sono state avviate strutture e servizi idonei alla cura. Il compito di definire ed avviare le strutture è stato demandato alle Regioni; molte sono inadempienti da anni, altre ancora hanno sviluppato differenti strutture e servizi, provocando ulteriore *caos*.

Data la complessità della materia rimandiamo alla lettura di pubblicazioni (opuscoli, comunicati, ecc.) di SOS PSICHE che vengono inviate periodicamente a domicilio dei soci.

La cura e il trattamento della malattia mentale oggi avviene in un **contesto comunitario**, quindi al di fuori delle istituzioni.

Molti visitatori stranieri hanno espresso non pochi dubbi sugli interventi e l'organizzazione italiana, notando che quasi sempre la pratica va a braccetto con la politica.

Ignorando gli assillanti problemi delle famiglie, sono stati sviluppati alcuni modelli comunitari che hanno imposto ai parenti di convivere con il paziente anche quando è poco gestibile. Nel corso dell'ultimo decennio il paziente è stato considerato "vittima" del sistema, di famigliari aguzzini, del capitalismo e della società.

Così gli interventi si sono trasformati da tecnico-sanitari a sociali e la operazione di chiusura degli ex-ospedali si è risolta, in pratica, nello scaricare il paziente presso le famiglie.

Di conseguenza il paziente è stato abbandonato in balia di famigliari inadeguati alla cura e spesso anche nella assistenza, provocando drammi e notevoli sofferenze sia al paziente che ai suoi congiunti.

Per lungo tempo, infatti, nè gli amministratori politici nè gli psichiatri hanno tenuto in debito conto il ruolo della famiglia.

Notoriamente i famigliari, che non sono tecnici, sono giudicati *troppo emotivi*, e pertanto il loro parere viene tenuto in scarsa considerazione, nè nei momenti difficili e tantomeno a livello istituzionale o rappresentativo.

Nell'ottica della assistenza comunitaria, la famiglia dovrebbe essere **capace** di assistere il soggetto, cercando di attuare dei comportamenti idonei a comprendere meglio la malattia ed accettare il malato. In molti casi, purtroppo, accade che la famiglia non possa occuparsi dell'individuo per varie cause:

- la malattia mentale insorge dai 20 ai 30 anni e i genitori sono ormai

- anziani e quindi non sono nel pieno delle loro forze;
- ai problemi comuni della vecchiaia vanno aggiunti anche gravi problemi come: malattie, ricoveri ospedalieri, e via così.

Ma l'assistenza territoriale in Italia, sprovvista di strutture e personale adeguato ha praticamente condannato all'ergastolo famiglie e pazienti. Questi ultimi, che non hanno trovato risposte adeguate e in mancanza di servizi sono diventati **cronici**: per essi ora un intervento è più difficile e la guarigione si allontana sempre più.

L'assistenza di un paziente cronico manda letteralmente in "tilt" la famiglia; i genitori, come poc'anzi detto, non sono in grado di offrire molto se non un aiuto di tipo socio-assistenziale: spesso si trovano ad aver a che fare con un paziente aggressivo, non sono in grado di difendersi e la legge 180 consente allo psichiatra, in virtù del fatto che la famiglia è emotivamente compromessa, di attuare le cure ritenute più idonee, di ritardare o **non intervenire**, essendo responsabile **solo in caso di dolo** che è difficile se non impossibile da provare.

Sui parenti grava per lo più il pesante fardello della malattia mentale e di una assistenza comunitaria inadeguata ed inefficace, che spesso proietta la propria attenzione alla sola prevenzione, ignorando che i pazienti cronici necessitano di importanti strutture per un approccio intensivo a medio e lungo termine (**comunità protette, strutture residenziali, ecc.**).

Gli amministratori e i politici tengono conto quasi sempre del parere dei tecnici e quindi se le strutture attivate non corrispondono alle esigenze delle famiglie, la colpa è quasi sempre del tecnico.

Alcuni psichiatri che operano a Trieste, affermarono che "durante il periodo di transizione *qualche* malato soffrirà, ma alla fine ci sarà una nuova mobilitazione per ottenere le strutture territoriali". Ma a Trieste, Usl più finanziata d'Italia, dopo molti anni siamo ben lontani dalle vere comunità protette visitate altrove da SOS PSICHE. Solo recentemente gli psichiatri "innovatori" affermano: "vanno ascoltate le famiglie", ma dimenticano di aggiungere "che la pensano come noi".

Dopo **16 anni** non c'è stata alcuna mobilitazione, nè da parte dell'opposizione che volle la legge 180, nè da parte degli psichiatri che hanno attuato questa rivoluzione e hanno sotto i loro occhi ogni giorno questi drammi, nè da parte dei famigliari che, vittime di questo sistema, hanno solo un minimo potere contrattuale.

"Ogni rivoluzione vuole i suoi morti" ci è stato detto: quella indotta dalla legge 180 quando terminerà?!?



The National Alliance for Mentally Ill è una associazione che agisce capillarmente fornendo supporto e difesa dei malati mentali che presentano gravi patologie, dei loro familiari ed amici.

La missione di NAMI è di sradicare la malattia mentale e migliorare la qualità della vita di coloro che soffrono a causa della malattia mentale.

Negli Stati Uniti NAMI è una delle più grosse associazioni di famigliari: conta oltre 1,000 recapiti e circa 130,000 soci.

Collabora attivamente con medici, psichiatri e psicologi. Si propone come forte interlocutore a livello nazionale ed internazionale.

Grazie all'aiuto di NAMI è stato possibile pubblicare questo opuscolo.

NAMI - 2101 Wilson Blvd., Suite 302, Arlington,
VA 22201 (703) 524-7600



Grazie per il tuo contributo a SOS PSICHE,
con il quale è stato possibile reperire informazioni e
stampare questo opuscolo.
Sostieni le nostre attività e partecipa alle riunioni
contattando la Sede più vicina.

Il Comitato Promotore di



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è ancora aperta; ci sono alcuni contatti in corso per coinvolgere altre associazioni a carattere nazionale e locale.

Le associazioni hanno raccolto l'eredità e le finalità di un precedente sito avviato nel 1994, che è stato il primo sito Europeo per la salute mentale gestito autonomamente dalle famiglie.

Il servizio ha come finalità principale quella di fornire una corretta informazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali, pubblicando indirizzi utili sulle strutture di ricovero e segnalando le associazioni di familiari esistenti in Italia.

L'obiettivo principale di questo sito è di raccogliere il maggior numero di informazioni da mettere a disposizione dei familiari, cittadini e pazienti.

Le associazioni promotrici offrono la propria esperienza e disponibilità offrendo spazio web alle associazioni di familiari che si identificano con le nostre finalità.

Il Comitato Promotore ha steso uno Statuto che regola la partecipazione alle iniziative, a disposizione degli interessati.