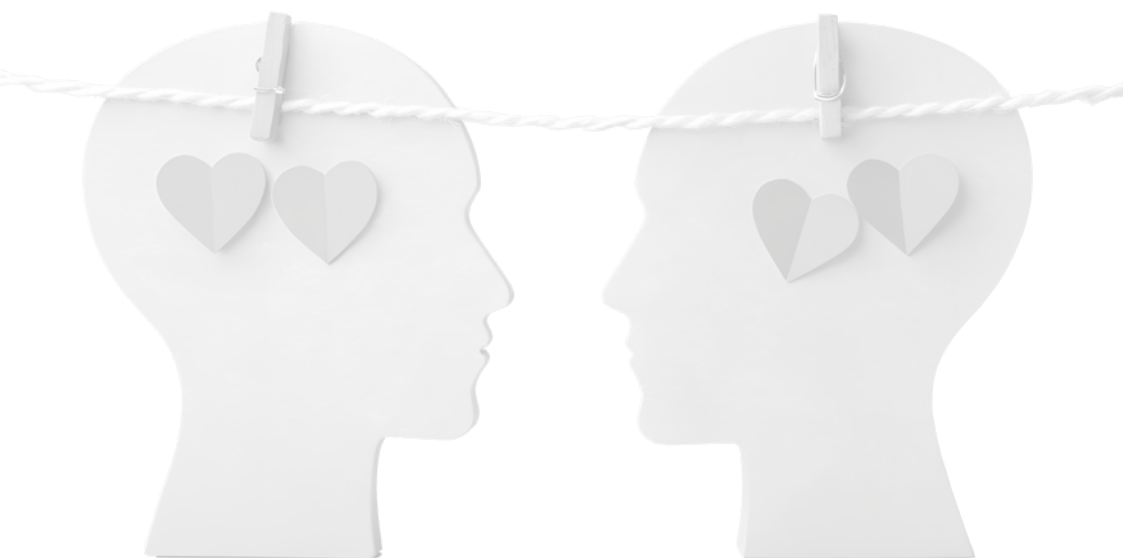


I DUE CUORI DELLA MENTE MALATA

*Dalla comprensione della diagnosi
ai vissuti emotivi dei pazienti
e dei loro familiari*





Realizzato nell'ambito della 14ª edizione
del Premio regionale per il volontariato,
promossa dal Consiglio regionale della Valle d'Aosta,
in collaborazione con il CSV Valle d'Aosta,
con il sostegno dei Lions Club "Aosta Host" e
"Aosta Mont-Blanc", dei Rotary Club "Aosta" e
"Courmayeur Valdigne" e
della Sezione Valdostana dell'Associazione Nazionale Alpini

*Chi ha la mente malata presenta una serie di disturbi del pensiero, dell'umore,
dell'affettività, della visione della realtà e del comportamento.
Disturbi che, inevitabilmente, interferiscono con le relazioni sociali,
le attività scolastiche e lavorative, in generale la vita quotidiana.
Comprendere chi ha la mente malata è difficile,
ed ancor più arduo è conviverci perché il sintomo principale
è il rapporto problematico con sé e con gli altri.
La sofferenza colpisce, inevitabilmente, anche i familiari.
Quando la malattia irrompe si genera una sorta di effetto a cascata:
sta male una sola persona, soffre l'intero nucleo.
Si prova senso di colpa, paura, angoscia e rabbia.
Le famiglie, sconvolte, si isolano, richiudendosi su se stesse con il loro fardello.
Spesso cala un grande silenzio su queste situazioni difficili,
tranne quando accadono eventi drammatici. Spesso ci si vergogna.
Spesso ci si sente soli e "diversi".*

*Condividere conoscenze e corrette informazioni è il primo passo
per superare l'isolamento, per vincere stigma e pregiudizio,
per creare una rete all'interno della società
che sostenga i malati e le loro famiglie.*

*Il secondo passo è non dimenticare mai che la mente malata appartiene
ad un corpo con due cuori, quello di chi è affetto dalla malattia
e quello di chi lo circonda, e che dobbiamo imparare a prenderci cura
di entrambi se vogliamo costruire un nuovo futuro possibile.*



Che cos'è la mente malata?

La mente malata, come dice il nome, è una mente affetta da una malattia. Per questo motivo deve essere trattata come tale, senza pregiudizi e idee preconcette: è assurdo vergognarsene. Sembra banale dirlo ma va ribadito: non si manifesta perché le persone sono pigre o irresponsabili, non è conseguenza di una scelta, di una cattiva educazione, di una scarsa volontà di guarire. Le cause sono molteplici. In generale, alla luce delle conoscenze attuali, si ritiene che l'insorgere di un problema mentale sia dovuto a una *interazione complessa tra l'individuo e il contesto in cui vive*. In altre parole le persone possiedono alcuni fattori individuali (genetici, biologici, psicologici) che possono predisporre alla malattia o al contrario proteggere da essa. Questi fattori interagiscono con situazioni ambientali che, a loro volta, possono rendere meno probabile la comparsa di una patologia o al contrario favorirla. Tra queste ultime ci sono le difficoltà sociali o familiari, l'assunzione di sostanze stupefacenti, l'esposizione a lutti o traumi... L'intelligenza non è colpita e non presenta deficit. La mente malata non ha un ritardo ma può essere addirittura dotata di un'intelligenza brillante. In genere l'età più comune in cui il male può manifestarsi è dalla fine dell'adolescenza ai 30 anni circa. Tuttavia può fare la sua comparsa in ogni fase del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età adulta, vecchiaia) con caratteristiche sintomatologiche differenti.

I numeri di una pandemia

A livello globale, nel mondo, 1 persona su 8 convive con un disturbo psichico di entità lieve o moderata, mentre 1 ogni 20 soffre di un problema mentale grave. In totale si stima che le persone colpite nel mondo siano oltre 1 miliardo. La fatica di convivere con un disturbo mentale può non essere percepita del tutto da familiari, amici e conoscenti, ma risultare devastante per chi la sperimenta ogni giorno in prima persona. In alcuni casi può indurre a compiere un gesto violento e drammatico come il suicidio, un fenomeno più diffuso di quanto si pensi, in particolare tra i giovani. Il suicidio è infatti la quarta causa di morte nel mondo nella fascia di età tra i 15 e i 29 anni e la metà dei decessi per questo motivo avviene prima dei 50 anni. Vi sono poi le cosiddette comorbidità, ossia le patologie, spesso croniche, associate alla fragilità psichica. Possono includere problemi cardiaci, ipertensione, disturbi respiratori e persino tumori. Anche l'alcolismo, il fumo di sigaretta e l'abuso di sostanze sono fattori di rischio più elevati tra chi soffre di malattie mentali. Per questi motivi l'aspettativa di vita media è di circa 10 anni inferiore rispetto ai "sani". Il termine malattia mentale, tuttavia, è generico, perché indica in realtà un gruppo di malattie, così come quando si parla di malattia del cuore ci si riferisce ad un insieme di disturbi che possono colpire il cuore.

Un nome, tre personalità, tante malattie

Nella pratica esistono molti tipi diversi di malattie mentali. Ci sono tre grandi "contenitori" all'interno dei quali si trovano tutte le menti. Questi contenitori corrispondono a tre differenti personalità:

- **STRUTTURA NEVROTICA**
- **ORGANIZZAZIONE BORDERLINE**
- **STRUTTURA PSICOTICA**

Se immaginiamo lo sviluppo di un individuo come una linea immaginaria, un continuum, che ha un inizio e una fine, possiamo dire che gli psicotici si sono bloccati nelle primissime fasi di questo percorso, i nevrotici l'hanno concluso e i borderline, per così dire, si sono fermati a metà strada. Come detto già in precedenza non si tratta di interruzioni intellettive: il problema riguarda il mondo emotivo interno, l'affettività e le capacità relazionali.



Struttura di Personalità Nevrotica

Le persone con una struttura di personalità nevrotica sono sostanzialmente “sane”. La loro identità è integra, salda. Sono dotate di un Io Osservante, cioè sono in grado di descriversi e di descrivere gli altri. Non solo fanno esperienze di vita, ma riescono a raccontarle. Vedono le persone e le situazioni nella loro complessità e nelle molteplici sfaccettature. Mantengono un solido contatto con la realtà e per questo motivo non c'è rottura con il mondo esterno, disadattamento, visioni fortemente distorte di ciò che succede. Vanno in crisi quando sono in conflitto tra ciò che desiderano e ciò che temono. Se stanno male chiedono e accettano aiuto. Capiscono anche quando il problema, per così dire, è “dentro” di loro. Si crea così, in terapia, la cosiddetta “alleanza terapeutica”: chi sta male e chi cura collaborano insieme per la guarigione.

Un individuo con una struttura di personalità nevrotica può soffrire di Disturbi d'Ansia e di Disturbi Depressivi.

Organizzazione di Personalità Borderline

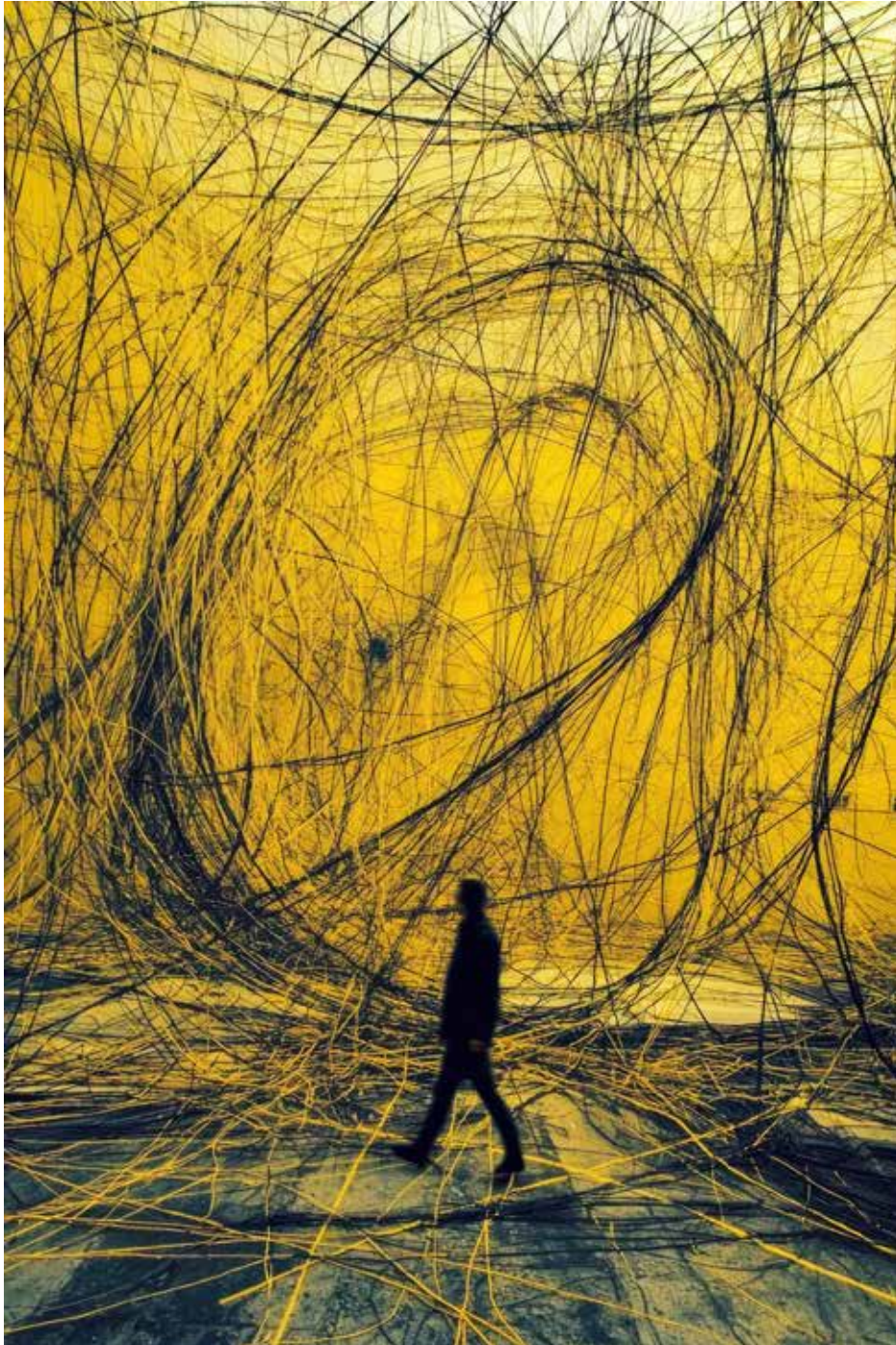
Le persone con una organizzazione di personalità borderline hanno un'identità confusa. Non sono in grado di descriversi in modo coerente e di descrivere gli altri, se non in modo basilare, bidimensionale, quasi elementare (“Mia madre? Una madre normale, tutto qui”). Mantengono il contatto con la realtà solo a tratti. Infatti spesso la “interpretano” sulla base di come si sentono. Quasi sempre negano di avere una difficoltà interna: i problemi sono all'esterno e, il più delle volte, responsabilità di altri. Sono netti, dicotomici, vedono il mondo in bianco e nero. La loro richiesta è ambivalente. Chiedono aiuto e si avvicinano (anche troppo), per poi improvvisamente rifiutare ogni sostegno e allontanarsi. Per questo motivo entrano ed escono repentinamente da tutte le relazioni, compresa quella terapeutica (che rischia di essere molto fragile). Spesso abusano di sostanze, hanno condotte alimentari disturbate (es. abbuffate o eccessive restrizioni), comportamenti pericolosi e impulsivi (es. guida spericolata, autolesionismo). Possono avere, nei casi più gravi, scivolamenti

psicotici transitori. Un individuo con una organizzazione di personalità borderline presenta, secondo il DSM (Manuale Diagnostico Statistico delle Malattie Mentali), un Disturbo di Personalità.

Struttura di Personalità Psicotica

Le persone con una struttura di personalità psicotica sono profondamente malate. La loro identità è frammentata. Non sono dotate di un Io Osservante, descrivono sé e gli altri in modo confuso e distorto. Sono prive di confini con l'esterno, vedono e interpretano tutto sulla base del loro mondo interno emotivo sofferente. Il contatto con la realtà è perso, come testimoniano i deliri e le allucinazioni. Spesso l'individuo psicotico non ha coscienza di malattia e non ammette di avere la mente sofferente. Quasi sempre rifiuta le cure. Un individuo con una struttura di personalità psicotica può soffrire di Schizofrenia, Disturbo Bipolare o Depressione Maggiore con componente psicotica.

In sintesi, le tre personalità si distinguono sulla base dell'esame di realtà, della capacità di auto – osservarsi e di osservare, della possibilità di instaurare un'alleanza terapeutica. Un esempio su tutti: una donna con una Struttura di Personalità Nevrotica con l'ossessione della pulizia sarà imbarazzata ad ammettere la frequenza con cui lava le lenzuola. Sa che il suo comportamento è esagerato, sbagliato, anche se non riesce a frenarsi. Chiederà aiuto e proverà a lavorare su se stessa per guarire. Una donna con un'Organizzazione Borderline o una Struttura di Personalità Psicotica sarà convinta che il suo modo di agire è giusto, e che chiunque cambi il letto meno frequentemente sia poco pulito...



I disturbi della Struttura di Personalità Nevrotica

Un individuo con una struttura di personalità nevrotica può soffrire di Disturbi d'Ansia o di Disturbi Depressivi.

Disturbi d'Ansia

L'ansia è un'emozione sana. Ci avvisa di un pericolo e ci pone in uno stato di allerta in modo che possiamo farvi fronte. Nel cervello animale l'ansia è collegata ai meccanismi di attacco e fuga, due elementi fondamentali per la sopravvivenza. Porta ad un'azione adattiva (ad esempio spinge a fuggire davanti ad un pericolo, a combattere di fronte ad una minaccia, a studiare per un esame...). L'ansia eccessiva, invece, è un problema. Genera uno stato grave di agitazione, sproporzionato rispetto a ciò che sta accadendo. Si sta molto male anche se non c'è intorno nulla di così preoccupante. Non si riesce a gestire la quotidianità. Ci si sente bloccati. Spesso, infatti, i Disturbi d'Ansia tolgono la capacità di affrontare le normali situazioni della vita quotidiana: chi ne soffre è a disagio per la maggior parte del tempo, come paralizzato, in uno stato di perenne tensione.

Nell'ansia le emozioni *prendono corpo*, infatti ci sono sintomi non solo psicologici ma anche fisici. Tra i più comuni:

- SINTOMI FISICI: tremolii, tensione muscolare, sudorazione, vampate di calore, palpitazioni cardiache, capogiri, nausea, minzione frequente, diarrea, arrossamento del volto, respirazione accelerata, senso di soffocamento.
- SINTOMI PSICOLOGICI: stato di agitazione e apprensione, pensieri e "ruminamenti" mentali, irritabilità, impazienza, insonnia, senso di straniamento.

Esistono diversi tipi di Disturbi d'Ansia:

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

Mi sento sempre sotto pressione. Non riesco a rilassarmi per giorni. Mi angoscio all'idea di preparare una cena, di scegliere il regalo giusto per una persona, di decidere se andare o meno al cinema...E poi dormo poco e male. Spesso mi sveglio nel cuore della notte e penso, penso, la mia mente si attorciglia su cose anche banali che mi sembrano però, nel buio, insormontabili. Di giorno poi, forse per la stanchezza, non riesco a concentrarmi, anche solo per leggere un libro.

Chi soffre di un Disturbo d'Ansia Generalizzato si sente continuamente ed esageratamente sotto pressione anche se non c'è apparentemente alcuna ragione per esserlo. È sempre in attesa di guai e si preoccupa eccessivamente della salute, dei soldi, della famiglia, del lavoro...di qualsiasi cosa. A volte il solo pensiero di dover affrontare la giornata provoca ansietà. A tali preoccupazioni si associano sovente sintomi fisici (tremolii, tensione muscolare, irritabilità, sudorazione, vampate di calore). Si può tendere ad andare spesso in bagno. Si ha difficoltà ad avere un sonno regolare e si può arrivare a sviluppare una vera e propria insonnia. Possono comparire problemi di concentrazione, stanchezza e, a volte, sintomi depressivi, come conseguenza di una quotidianità faticosa e non serena. Di solito chi soffre di un Disturbo d'Ansia Generalizzato riesce comunque a portare avanti la sua vita ma a lungo andare, se non si interviene, la condizione può peggiorare e diventare fortemente debilitante.

Attacchi di Panico

All'improvviso ero in un terremoto, anche se la terra non stava affatto tremando. Impazzito di terrore. Sono sceso dall'auto perché avevo completamente perso il controllo di me stesso. Il cuore mi batteva violentemente e ho sentito un forte dolore al petto: ho temuto di avere un infarto e di stare per morire. Poi mi sono calmato. Ora vivo nella paura che possa ricapitarmi, perché so che succederà.

Le persone che soffrono di Attacchi di Panico sperimentano improvvisamente e ripetutamente momenti di terrore cieco, che colpisce senza alcun preavviso. Tra una crisi e l'altra provano una profonda ansia anticipatoria, causata dalla preoccupazione di dove e quando si verificherà l'attacco successivo. La maggior parte degli Attacchi di Panico durano solo un paio di minuti, ma qualche volta possono arrivare fino ad una decina. In rari casi può accadere che si prolunghino per un'ora o più. Avvengono saltuariamente o anche frequentemente (più volte nel corso di una settimana). I sintomi fisici possono includere: aumento del battito cardiaco, dolori al petto, senso di soffocamento, sudorazione, vampate di calore, tremolii e nausea. Si può provare una sensazione di straniamento, la percezione di essere come fuori dalla realtà. La presenza di uno o più attacchi di panico, seguiti per almeno un mese da risposte non adattive e crescente preoccupazione, portano alla diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico.

Fobie

Ho una paura incredibile di volare. Lo so che l'aereo è il mezzo più sicuro al mondo, che le turbolenze sono normali...ma mi sento imprigionato e quando si decolla il cuore mi batte, sudo, vorrei scappare e arrampicarmi sulle pareti. Se qualcuno mi parla mi irrigidisco. So che non è una paura razionale ma non posso farci proprio niente. Tranne evitare di volare. Ora vado solo in posti che posso raggiungere con il treno o con l'automobile.

Quando entro in una stanza piena di gente divento rosso e ho l'impressione che tutti mi guardino. Non riesco ad avvicinarmi né tantomeno a parlare con nessuno. Vorrei solo sparire.

La Fobia è una paura irrazionale, intensa e sproporzionata che si prova per una determinata cosa o situazione. Tra le Fobie più comuni c'è la paura dei luoghi chiusi o di quelli elevati, dell'ascensore, delle gallerie, dell'acqua, dei serpenti, dei cani, degli insetti, del sangue, degli aghi, del volare, del guidare in autostrada... Alcune Fobie sono particolarmente invalidanti come la *fobia*

sociale (la paura di stare a contatto con gli altri), l'*agorafobia* (il timore degli spazi aperti quando ci sono scarse vie di fuga), la *fobia scolare* (il terrore di entrare a scuola). Si tratta di paure irragionevoli e spesso in aperto contrasto con altri aspetti della vita di chi ne soffre. Una persona può essere in grado di sciare su piste difficili e ghiacciate ma andare in panico all'idea di prendere l'ascensore... Pur rendendosi conto che si tratta di una paura ingiustificata il trovarsi di fronte all'oggetto della Fobia (o anche solo il pensare di esserlo) fa insorgere un attacco di panico o di grave ansietà (con i relativi sintomi fisici che abbiamo visto in precedenza).

Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)

Sono stata abusata da mio zio. Non ne ho parlato con nessuno per anni. Poi, improvvisamente, ho iniziato a stare male. Ho avuto dei flashback che mi arrivavano addosso come valanghe. Rivivevo la violenza attimo per attimo ed esplodevo di angoscia e paura. Avevo vampate sul viso, bocca arida, respiro affannato. Terrificante.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress (chiamato PTSD negli USA) è la conseguenza di un avvenimento sconvolgente quale ad esempio un terremoto, un incidente grave, uno stupro, un'aggressione... Il trauma viene rivissuto in continuazione, nel sonno e nella veglia, sotto forma di incubo o di ricordo. E questo genera in chi ne soffre depressione, ansia, irritabilità, un senso di distacco e "intontimento". I flashback si innescano improvvisamente, richiamati da fatti ordinari che tuttavia in qualche modo richiamano il trauma vissuto. Pare di schiacciare il tasto REW, e la brutta esperienza viene ripercorsa come se davvero stesse accadendo di nuovo.

Disturbo Ossessivo – Compulsivo (DOC)

Sono ossessionato dalla pulizia e dall'igiene. L'altro giorno una ragazza in metropolitana mi ha sfiorato e ho cominciato a pensare di aver contratto una malattia. E questo pensiero ora non mi abbandona, né di giorno né di notte.

Nel Disturbo Ossessivo Compulsivo c'è prima un'ossessione e poi una compulsione.

Le *ossessioni* sono pensieri, immagini o impulsi sgraditi che si presentano alla mente contro la propria volontà e ripetutamente.

Le *compulsioni* sono rituali o azioni mentali ripetitive che ci si sente in obbligo di compiere per cercare di prevenire o scacciare le ossessioni.



Esempi di ossessioni

CATEGORIA	DESCRIZIONE	ESEMPIO
Contaminazione	Pensieri o immagini mentali relativi al dubbio di poter essere entrato in contatto con sostanze pericolose o disgustose	<i>"Potrei aver pestato una siringa ed essermi contaminato"</i> <i>"Tocco inavvertitamente una persona in metropolitana, e temo di aver contratto l'HIV"</i>
Danno	Pensieri o immagini mentali relativi a potenziali danni creati da proprie disattenzioni o mancanze	<i>"Se faccio un errore in questi calcoli tutta la mia azienda fallirà"</i>
Scaramantiche	Pensieri o immagini mentali relativi a eventi negativi che possono accadere a sé o ad altri se non si seguono determinate regole o se non si "neutralizzano"	<i>"Se dico malattia qualcuno della mia famiglia avrà il tumore"</i>
Somatiche	Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per il proprio aspetto (dismorfofobia)	<i>"Ho qualcosa che non va all'interno della mia bocca"</i> <i>"Sento che gli altri potrebbero vedermi deforme"</i>
Aggressive	Pensieri, immagini mentali o impulsi di far del male ad altri o a sé stessi	<i>"Ho l'impulso di dire parolacce al mio datore di lavoro"</i> <i>"Vedo in continuazione i miei genitori morire in un incidente d'auto"</i>
Omosessuali	Pensieri, immagini mentali, fantasie, impulsi a contenuto omosessuale (dubbio di essere omosessuale)	<i>"Quel ragazzo mi sembra carino, ho il dubbio di essere omosessuale"</i>

Relazionali	Pensieri, immagini mentali, fantasie, impulsi nei confronti di persone diverse dal proprio partner (dubbio di non essere più innamorato di quest'ultimo)	<i>"Quella collega camminando mi ha sfiorato, forse è il segno che non sono più innamorata della mia ragazza"</i>
Religiose e morali	Pensieri o immagini mentali a contenuto blasfemo (bestemmie, insulti ai defunti, fantasie sessualizzate su immagini sacre...)	<i>"Vedo Gesù che si masturba sulla croce"</i> <i>"Davanti alla tomba di mia madre mi viene il desiderio di dire tante parolacce"</i>
Sessuali e di pedofilia	Pensieri, immagini mentali, fantasie, impulsi sessuali nei confronti di parenti, bambini, animali	<i>"Immagino i genitali di mio padre"</i>
Ordine e simmetria	Bisogno di simmetria, uniformità, equilibrio, esattezza	<i>"I quadri devono essere tutti equidistanti tra loro"</i> <i>"I vestiti devono essere piegati secondo una modalità precisa"</i>



Esempi di compulsioni

CATEGORIA	ESEMPI
Checking (controllo)	<i>“Controllo serrature, finestre, luci. A volte devo tornare a casa per farlo. Sto arrivando spesso in ritardo a lavoro per questo”</i>
Washing (lavaggio)	<i>“Lavo le mani 40 volte al giorno. Se mi lavo le mani sono più tranquilla. Passo davvero molto tempo in bagno”</i>
Ordine e simmetria	<i>“Riordino i libri secondo uno schema particolare. Passo ore e ore a metterli a posto. Devono essere perfettamente allineati e ordinati per lettera dell'alfabeto. Se no ho paura che potrebbe succedere qualcosa a mio marito. So che è una stupidaggine ma non riesco a fare diversamente”</i>
Rituali mentali	<i>“Ripeto per 3 volte la frase: niente, nessuno, da nessuna parte” ogni volta che incontro qualcuno che conosco”</i>
Ripetizione di azioni	<i>“Accendo e spengo la luce più volte”</i>
Conteggi	<i>“Ogni volta che esco di casa conto il numero preciso di passi fino a quando non incontro una macchina blu”</i>
Accumulo	<i>“Accumulo penne di tutti i tipi”</i>

Molte persone, nel corso della propria vita, hanno sfumate e transitorie manifestazioni ossessive che, nella maggior parte dei casi, non intaccano la loro qualità di vita. Tuttavia ci sono situazioni in cui questi sintomi sono pervasivi e invalidanti (da qui la diagnosi di DOC). Tra le ossessioni e le compulsioni patologiche e quelle non patologiche non esiste una differenza qualitativa ma solo *quantitativa* (secondo il DSM V - TR per porre diagnosi di DOC i sintomi devono durare più di un'ora al giorno). Chi soffre di DOC è schiavo delle sue ossessioni e dei suoi rituali. Questo disturbo porta a sofferenze intense e prolungate: può ad esempio ritardare o rendere impossibile il completamento degli studi universitari, far perdere il lavoro, compromettere le relazioni sociali e sentimentali. È un disturbo “camaleontico”: spesso, infatti, chi ne soffre “migra” da un tipo di DOC a un altro.

Cosa provano i familiari

I familiari a volte non capiscono perché il loro congiunto sia così preoccupato o addirittura terrorizzato per quelle che appaiono banalità ai loro occhi. Molte volte cercano di farlo ragionare, portandogli prove dell'assurdità delle sue paure. Ma quando la razionalizzazione non attecchisce si sentono profondamente impotenti e frustrati.

In particolare i familiari che vivono accanto a una persona affetta da Disturbo Ossessivo – Compulsivo (DOC) sono sempre coinvolti, in misura maggiore o minore, direttamente o indirettamente, e spesso loro malgrado, nella sintomatologia del loro congiunto. Sono spesso messi a dura prova e si chiedono, senza trovare risposta, come sarebbe giusto agire per liberarlo (e liberarsi) dalle trappole del disturbo. In generale le tipologie di reazione dei familiari si pongono in un continuum che ha ad un estremo un atteggiamento accondiscendente e all'altro estremo una modalità antagonista. Le famiglie accondiscendenti sono quelle che tendono a tollerare i sintomi, ad accogliere e soddisfare le richieste ossessive; le famiglie antagoniste, al contrario, si mostrano estremamente critiche e severe. Il motivo di questi atteggiamenti così discordanti è legato ai sentimenti che tali comportamenti patologici suscitano nel familiare: pena, paura, senso di colpa, esasperazione e rabbia. La pena per il proprio caro spinge a un atteggiamento di soccorso: il familiare vorrebbe porre fine alla sua sofferenza e crede che non ostacolando nell'esecuzione dei rituali o, peggio, aiutandolo troverà finalmente pace. La paura è relativa all'idea che, se non lo si asseconda, l'ansia peggiorerà e con essa i sintomi. Il senso di colpa fa sì che spesso il familiare sia portato a credere, erroneamente, che il disagio del proprio congiunto dipenda da una presunta carenza di affetto, da suoi sbagli, da traumi non ben precisati di cui si sarebbe in qualche modo reso responsabile. Il senso di colpa lo renderà più incline ad atteggiamenti accondiscendenti. La rabbia e l'exasperazione, causate dai disagi imposti dal DOC, conducono, viceversa, a reazioni critiche e aggressive e, talvolta, all'illusione

che il disturbo possa essere vinto alzando la voce, minacciando ritorsioni, imponendo con la forza comportamenti diversi.

Ovviamente all'interno di uno stesso nucleo familiare ci possono essere membri accondiscendenti e membri antagonisti. Entrambi gli atteggiamenti non portano a esiti positivi: l'accondiscendenza renderà il malato scarsamente motivato a modificare lo status quo e quindi a curarsi, l'antagonismo lo farà sentire colpevolizzato e disprezzato con conseguente aggravamento dei sintomi. Nello specifico i familiari tendono ad avere questi tipici comportamenti:

- La pacca sulla spalla: si fa un rapido e superficiale tentativo di rassicurazione senza entrare nel merito dei suoi timori e senza argomentare le ragioni per cui dovrebbe tranquillizzarsi (“Va tutto bene”, “Stai tranquillo”, “Non c'è niente da temere”, “È tutto pulito”).
- La bugia a fin di bene: si usano affermazioni non veritiere blandamente rassicuranti (“Non preoccuparti, nessuno ha usato il bagno in tua assenza”, “Tranquillo, ho controllato io il gas prima di venire a letto ed era tutto ok”).
- La disputa razionale: si cercano argomentazioni logiche e razionali che smontino l'ansia e blocchino ossessioni e rituali (“Ok, proviamo a ragionare”, “La tua paura non è razionale, ora te lo dimostro...”).
- Il suggerimento di soluzioni: si suggeriscono soluzioni pratiche volte a rimuovere le condizioni che provocano ansia.
- La compiacenza: si accettano le regole imposte dal disturbo e si fa, spontaneamente o su richiesta, esattamente quello che il paziente si aspetta.
- Il biasimo: si critica e ci si arrabbia davanti alle manifestazioni del disturbo (“Non ti sopporto più!”, “Smettila di controllare e ricontrollare, sembri impazzito!”, “Ci stai rovinando la vita!”).



Come si cura

Spesso quando si soffre di ansia il desiderio più forte è che vada via. In realtà, se pure l'obiettivo ultimo è sicuramente quello di farla cessare, il passo precedente è ascoltarla perché *il corpo parla quando la bocca non dice*. L'ansia è infatti solo la punta di un iceberg nel cui sommerso troviamo tanto altro, è il sintomo che maschera emozioni negative che sono come “blindate” dentro di noi. La psicoterapia ha il compito di farle affiorare in modo tale che progressivamente il corpo smetta di parlare e cessino i sintomi ansiosi. Inutile cercare soluzioni ragionevoli: il vero problema non è quello di cui si parla ma ciò che “a occhio nudo” non si vede. Chi soffre di ansia a volte si auto – giudica e si colpevolizza per essere così irrazionale e irragionevole. Spesso tende a sospendere attività o a non stare in situazioni che gli mettono agitazione. Utilizza, in pratica, la strategia dell'*evitamento*: evita tutto ciò che mi crea ansia, sperando di stare meglio. Peccato che, in questo modo, in realtà, si riesca a provare sollievo solo nel breve termine. Nel lungo tutto peggiora e ci si sente sempre più limitati e “ingabbiati”. In alternativa, chi soffre di ansia può utilizzare la strategia del *controllo*. Cerca di controllare ogni più piccolo particolare nel tentativo di gestire la situazione o l'attività ansiogena. Purtroppo la vita è estremamente imprevedibile e questa modalità finisce con l'essere oltremodo stancante e frustrante. In un percorso psicologico l'obiettivo è anche sostenere chi soffre di ansia affinché non eviti le situazioni ma, al contrario, le affronti gradualmente. Solo così, infatti, ci si sente più in grado di gestire la propria vita. Anche la meditazione, il training autogeno e l'esercizio fisico costante sono pratiche che possono portare dei benefici.

Nei casi di Disturbo Post Traumatico da Stress si è rivelata molto utile la tecnica dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari), un metodo psicoterapico strutturato per il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati ad eventi traumatici che utilizza i movimenti oculari o la stimolazione ritmica tattile destro – sinistra.

Per chi soffre di un Disturbo Ossessivo – Compulsivo pare essere particolarmente utile l'approccio cognitivo – comportamentale. La terapia cognitivo comportamentale (CBT) con esposizione e prevenzione della risposta (ERP) è uno dei trattamenti di prima scelta e di provata efficacia per il disturbo ossessivo compulsivo. La CBT è una psicoterapia che aiuta a riconoscere e modificare modalità di pensiero e di comportamento dannose. Con la CBT si imparano a mettere in discussione pensieri disfunzionali e a cambiare modelli di comportamento disadattivi. L'ERP è una tecnica della terapia cognitivo comportamentale che prevede l'esposizione in un ambiente sicuro alle situazioni che scatenano le ossessioni (come toccare oggetti sporchi), impedendo di impegnarsi nei tipici comportamenti compulsivi (come lavarsi le mani). Sebbene questo approccio possa inizialmente causare ansia, le compulsioni diminuiscono man mano che il trattamento continua. La pratica della Mindfulness (associata alla terapia cognitiva comportamentale) può dare un notevole contributo nell'alleviamento dei sintomi.

I famigliari, infine, per aiutare il loro congiunto dovranno:

- Non assecondare le sue ossessive richieste di rassicurazione, non aiutarlo nell'esecuzione dei rituali e non sostituirlo per permettergli di evitare situazioni temute. Tutto questo, infatti, darebbe l'illusione temporanea di aver ridotto l'ansia, ma in realtà servirebbe solo a rinforzare i sintomi ossessivi – compulsivi.
- Non accettare che regole e abitudini casalinghe vengano stravolte dai rituali imposti dal DOC. Non è colpa del familiare se si è ammalato, le ragioni dello sviluppo del disturbo sono molteplici e complesse. Così come non è una colpa dire di no ai rituali e alle regole del disturbo. Al contrario: ribellarsi al DOC è l'unico modo per aiutarlo a guarire.
- Non rimproverarlo e non forzarlo a bloccare bruscamente i rituali. La rabbia va gestita ricordando che è il primo a soffrire e a colpevolizzarsi per la condizione in cui vive. Il problema è che quando è in preda all'angoscia ossessiva sente di non avere altra scelta.

- Imparare a opporsi con gentilezza ma in modo fermo e sicuro alle richieste e alle imposizioni del DOC. In pratica motivare le ragioni della propria opposizione riconoscendo e accogliendo, nello stesso tempo, l'angoscia e la sofferenza di cui è vittima, non colpevole.
- Condividere un contratto: negoziare in modo collaborativo una soluzione compatibile con i bisogni di tutto il nucleo che lo aiuti a liberarsi gradualmente dei sintomi. Il contratto dovrà essere stipulato a freddo, in un momento di calma, non nel corso di una crisi ossessiva.
- Applicare quanto previsto dal contratto a caldo (quando cioè è in preda all'ansia e mette in atto i sintomi). Farlo con gentilezza ma in modo fermo, sostenendolo e incoraggiandolo.

In pratica per non contribuire all'aggravamento della sintomatologia del proprio caro è necessario sottrarsi all'accomodamento e alla compiacenza ma in un modo tale da non cadere nell'errore opposto: quello del rimprovero colpevolizzante e dell'asprezza.

Parallelamente ai trattamenti psicoterapici in alcune situazioni può risultare utile la farmacoterapia, principalmente con *ansiolitici* e *antidepressivi*. Gli ansiolitici sono una categoria di farmaci in grado attenuare e risolvere gli stati di ansia, angoscia e panico riducendo, nel breve periodo, la tensione che spesso li accompagna. Non sono farmaci curativi, bensì sintomatici. Tra i più utilizzati ci sono le benzodiazepine che incrementano le attività del GABA, un neurotrasmettitore inibitorio, che a sua volta porta a un effetto calmante sul sistema nervoso facendo sentire il paziente tranquillo e favorendo il sonno.

- Esempi di ansiolitici che si trovano in commercio: **Ansiolin, Lendormin, Lexotan, Roipnol, En, Felison, Halcion, Tavor, Valium, Xanax**

Gli antidepressivi invece agiscono su altri neurotrasmettitori del cervello (serotonina, noradrenalina e dopamina) e sono curativi. Includono diverse sottoclassi: gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) e gli an-

tidepressivi triciclici (TCA), ciascuno con meccanismi d'azione specifici. La loro principale funzione è migliorare l'umore e alleviare i sintomi depressivi ma hanno anche una notevole efficacia sui sintomi ansiosi. Tuttavia è importante sapere che, se gli ansiolitici agiscono subito (per esempio, l'effetto delle benzodiazepine si percepisce in genere dopo mezz'ora dalla loro assunzione), gli antidepressivi impiegano almeno quindici giorni per fare il loro lavoro. Per questo motivo gli ansiolitici sono particolarmente utili in situazioni acute perché efficaci nel fornire un sollievo immediato dai sintomi d'ansia. Il loro uso a lungo termine è tuttavia limitato a causa della possibilità di sviluppare assuefazione e dipendenza (per questo motivo andrebbero riservati ad un utilizzo temporaneo, 4 – 8 settimane). Gli antidepressivi invece, sebbene richiedano più tempo per manifestare i loro effetti terapeutici, possono essere utilizzati per periodi prolungati (in genere minimo sei mesi), offrendo una soluzione a lungo termine per i disturbi d'ansia.

- Esempi di antidepressivi che si trovano in commercio: **Davedax, Diapatol, Diesan, Edronax, Efexor, Elopram, Fluoxetina, Laroxil, Meveral, Prozac, Sedans, Sereupin, Seropram, Tofranil, Triptizol, Trittico, Zoloft, Cymbalta, Escitalopram, Deniban, Seropram, DaparoX, Zyban.**



Disturbi Depressivi

I Disturbi Depressivi sono caratterizzati da una tristezza e un'insoddisfazione profonde e intense. Chi ne soffre ha continui pensieri negativi e pessimisti riguardo a sé stesso, al mondo e al proprio futuro. Non prova più piacere a svolgere le attività a cui prima era interessato e tutto ciò può impattare in modo significativo sulla vita quotidiana e sulle relazioni. I Disturbi Depressivi possono interessare trasversalmente tutte le strutture di personalità.

Esistono diversi tipi di Disturbi Depressivi:

Depressione Minore (o reattiva)

La Depressione Minore (o reattiva) si manifesta, come indica il nome, in *reazione*, cioè in risposta a situazioni spiacevoli della vita (es. lutti, separazioni, problemi fisici gravi, disgrazie economiche, calamità naturali...). Chi ne soffre si sente triste, abbattuto, demoralizzato. Si tratta di una reazione tutto sommato normale, che non ha nulla di patologico: l'abbassamento del tono dell'umore ha una spiegazione logica e solitamente dura per un tempo limitato. I sentimenti negativi si presentano "a ondate" e tendono ad essere legati a pensieri o ricordi relativi all'evento critico. Di solito mutano quando le circostanze esterne in qualche modo migliorano e comunque non diventano mai pervasivi o estremi. Pur essendo una forma meno grave di depressione, se non curata in modo adeguato, può sfociare in manifestazioni più gravi arrivando a "bloccare" la vita sociale, affettiva e lavorativa.

Distimia

Si tratta di un disturbo caratterizzato dalla presenza di umore cronicamente depresso per un periodo di almeno due anni. I sintomi depressivi, tuttavia, nonostante la loro persistenza, non arrivano ai livelli di gravità della Depressione Maggiore (di cui parleremo più avanti).

Spesso accade che sintomi ansiosi si associno a quelli depressivi. Il paziente, accanto alla tipica sintomatologia depressiva caratterizzata da tristezza, apatia, disinteresse, pessimismo e perdita di speranza, può presentare anche ansia, tensione, preoccupazione, sintomi somatici, paura irrazionale di avere una malattia organica... Questa condizione viene definita *Depressione ansiosa* o *Disturbo ansioso-depressivo*.

Depressione Maggiore

La Depressione Maggiore (molti anni fa genericamente chiamata “esaurimento nervoso”) è un disturbo del tono dell’umore. Il tono dell’umore è una funzione psichica importante che consente di adattarsi al mondo e alla vita. Nella normalità è flessibile: si alza quando ci troviamo in situazioni positive e favorevoli, si abbassa quando incontriamo situazioni negative e spiacevoli. Nella depressione il tono dell’umore perde il suo carattere di flessibilità e si fissa verso il basso, indipendentemente da ciò che accade. Una persona che si ammala di Depressione Maggiore è come se inforcasse un paio di occhiali scuri e guardasse la realtà esterna attraverso di essi, avendone una visione assolutamente nera e negativa. A differenza della Depressione Minore o reattiva, lo star male non è sempre legato a eventi accaduti all’esterno ma a qualcosa di *endogeno*, che viene da dentro. La Depressione Maggiore si manifesta attraverso una gamma di sintomi che coinvolgono sia l’aspetto fisico che emotivo della persona colpita.

Nella fase acuta (*Episodio Depressivo Maggiore*) si ha un vissuto persistente di profonda tristezza. Si perde lo slancio vitale, si è incapaci di provare gioia e piacere. Si avverte un senso di noia continuo, e nessun interesse per le normali attività sociali o lavorative. Tutto appare irrisolvibile e insormontabile. Spesso ci si sente aridi e vuoti, la sensazione è di non riuscire più a provare affetto, neanche per i familiari. Un altro sintomo è il rallentamento psicomotorio, caratterizzato da riduzione dei movimenti spontanei e irrigidimento della mimica, che porta al tipico aspetto inespressivo. Il linguaggio non è più fluido, con scarsi contenuti e risposte brevi, talora monosillabiche. L’astenia

(sensazione di esaurimento fisico, simile a quella che si prova dopo una fatica eccessiva) rende difficile intraprendere anche le azioni più semplici fino a bloccare ogni attività. La libido si riduce, il più delle volte cessa ogni attività sessuale. Frequentemente si assiste ad una riduzione dell’appetito e a sintomi gastrointestinali: si perde ogni interesse per il cibo che appare privo di sapore, e questo può portare ad un marcato dimagrimento. In altri casi può al contrario essere presente iperfagia (un aumento dell’appetito che si traduce nell’ingestione di una quantità eccessiva di cibo) con conseguente aumento di peso, favorito anche dalla riduzione dell’attività motoria. Può comparire insonnia con numerosi risvegli, soprattutto nelle prime ore del mattino. Ci si sveglia dopo poche ore di sonno e non si riesce più a riaddormentarsi. A volte la fase depressiva può accompagnarsi, al contrario, ad un aumento delle ore di sonno con ipersonnia, o addirittura letargia.

Un altro sintomo tipico della Depressione è l’alternanza diurna: al risveglio mattutino ci si sente maggiormente depressi e angosciati mentre nelle ore pomeridiane o serali si avverte un lieve miglioramento della sintomatologia. Possono comparire difficoltà nell’attenzione, nella concentrazione e nella memoria. Si modifica la nozione del tempo: la sensazione è che la giornata sia interminabile, che non sia possibile arrivare a sera. Il futuro è privo di speranza e il passato vuoto e inutile, pieno di errori commessi. Sovente chi è depresso si sente inadeguato, si svaluta e si disprezza. Può provare sentimenti di colpa e fare previsioni di rovina e miseria, che possono diventare deliranti (ecco perché questo tipo di Depressione può presentare un’importante componente psicotica: si ha un distacco dalla realtà). Nel *delirio di colpa* il malato ritiene di essere ad esempio responsabile della povertà dei paesi del Terzo Mondo o l’autore di crimini molto pubblicizzati (le stazioni di polizia ricevono molte telefonate di autoaccusa per delitti efferati). Nel *delirio di rovina* si può avere la convinzione (priva di fondamento) di essere pieni di debiti o che il mondo sia un luogo terribile o che la famiglia sia irrimediabilmente destinata a sfasciarsi. I deliri di rovina e di colpa, la tristezza persistente e il senso di disperazione possono portare all’idea del suicidio. Tale pensiero si sviluppa

lentamente: nelle fasi iniziali chi è depresso ritiene che la vita sia un peso, un fardello. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, o di morire accidentalmente ad esempio in un incidente stradale. Nei casi più gravi le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla messa in atto del gesto. Il suicidio diventa così l'unico modo per liberarsi dalla sofferenza o per espiare le proprie colpe. Si può arrivare anche al "suicidio allargato": prima di togliersi la vita si uccidono le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita e dalla tragedia dell'esistenza.



Cosa provano i familiari

Un pregiudizio molto diffuso tra i familiari è quello per cui sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il Disturbo Depressivo. In realtà la volontà è la quantità di energia psichica di cui il soggetto dispone per realizzare i suoi scopi, e una delle caratteristiche della Depressione è proprio la sua netta riduzione. Chi soffre di tale disturbo ha poca energia psichica: non si può puntare sulla volontà per il superamento della crisi se non in minima parte. Anzi, sollecitare a usarla non farebbe che aumentare i sensi di colpa finendo con l'essere controproducente. Inizialmente, di solito, l'atteggiamento dei familiari è caratterizzato da comprensione, affetto e partecipazione al dolore del congiunto sprofondata nel tunnel depressivo. Poco alla volta, però, i sentimenti prevalenti diventano di frustrazione dal momento che sollecitazioni e consigli sembrano cadere nel nulla. La frustrazione può a sua volta sfociare in veri e propri atteggiamenti aggressivi nei confronti del familiare malato. In pratica si viene a creare un circolo vizioso: aumentano le accuse da parte dei familiari e aumentano i sensi di colpa e il vissuto di incomprensione di chi soffre di Depressione. Tra le cose da non dire:

“Cerca di tirarti su. In fondo tutti hanno dei problemi, bisogna rimboccarsi le maniche”

“Devi sforzarti, devi mettercela tutta: con un po' di buona volontà ce la puoi fare”

“E' solo un problema di pigrizia, in fondo ti fa comodo stare lì e non fare nulla”

“Sei tu che non vuoi fare, non vuoi provare, non vuoi collaborare”

“Non c'è nessuno che può aiutarti, devi farcela da solo”

“Non c'è bisogno né di medici né di medicine, è solo una questione di buona volontà”

“Sei un egoista, pensi solo a te stesso, non ti preoccupi per noi che stiamo male nel vederti così”

Come si cura

La Depressione Minore e la Distimia possono essere curate con la terapia psicologica, sovente in abbinamento all'utilizzo di farmaci *antidepressivi*. I farmaci antidepressivi, di cui si è scritto in precedenza, hanno il grosso vantaggio di dare energia al paziente e non creano né assuefazione né dipendenza. Chi soffre di Depressione Maggiore, oltre ai farmaci *antidepressivi*, può utilizzare (in caso di deliri) *antipsicotici*. I familiari possono aiutare il loro congiunto malato dicendo alcune cose:

“La depressione è una malattia curabile, anche se adesso ti sembra un tunnel senza via d'uscita. È però necessario rivolgersi ad uno specialista”

“Non puoi puntare solo sulla volontà per superare questa fase: è necessario un aiuto esterno che ti metta in condizioni di recuperare le tue energie vitali”

“Non devi sentirti in colpa se non riesci a fare quello che fai di solito: per adesso è così ma piano piano tornerai ad essere quello di prima”

Il ricovero può essere necessario quando vi è un auto-abbandono o quando esiste un significativo rischio di danno per sé o per gli altri.



I Disturbi della Struttura di Personalità Psicotica

Un individuo con una struttura di personalità psicotica può soffrire di Schizofrenia, Disturbo Bipolare o Depressione Maggiore con componente psicotica.

Schizofrenia

Quando si parla di “malattia mentale” generalmente si pensa alla malattia che, nell'immaginario collettivo, più la rappresenta: la Schizofrenia. Il termine Schizofrenia significa “mente divisa”. Chi ne è affetto infatti è profondamente diviso: vive in parte nella realtà e in parte in un mondo interiore nel quale ha percezioni e convinzioni totalmente in contrasto con quelle degli altri (ma delle quali è profondamente certo). La Schizofrenia compare solitamente in adolescenza e nella prima età adulta: tra i 17 e i 30 anni negli uomini, più tardi (tra i 20 e i 40) nelle donne.

I primi segnali sono spesso molto difficili da individuare e, a volte, possono essere interpretati erroneamente come crisi “normali” legate alla crescita. Tra questi ci possono essere, infatti, sbalzi d'umore, insonnia o eccessiva sonnolenza, chiusura sociale, discussioni continue con i familiari anche nelle ore notturne, stravaganza ed eccentricità, difficoltà a concentrarsi nello studio con conseguente calo del rendimento scolastico. La situazione inizia ad apparire più critica quando a tutto ciò si aggiunge l'uso di un linguaggio bizzarro o l'adozione di posture strane, la scarsa igiene personale, il “sentire le voci” ... Tipicamente la Schizofrenia esplode in un momento di stress che ne diventa l'evento scatenante: ad esempio quando si affronta un esame di maturità o si deve sopportare una delusione d'amore. La Struttura Psicotica di Personalità di fronte a tali situazioni che sanciscono, in condizioni normali, il passaggio

alla vita adulta si scompensa in quanto, di base, estremamente fragile. Molte ipotesi sono state formulate di volta in volta sulle possibili cause della Schizofrenia. Al momento la tesi più accreditata rimanda ad un'interazione tra una vulnerabilità genetica e fattori ambientali di natura psicosociale (dinamiche familiari, lutti, eventi traumatici...) che influiscono in modo diverso da individuo a individuo.

Chi soffre di Schizofrenia vive in un mondo contorto, mutevole, privo di punti di riferimento. Ha una percezione della realtà e una visione del mondo spesso in netto contrasto con quelle delle altre persone. Il suo Io ha confini difettosi, il che lo porta ad essere privo di barriera tra mondo interno e realtà esterna (per questo motivo confonde ciò che è reale da quello che non lo è). Le emozioni possono fluire in maniera esagerata e abnorme o, viceversa, appiattirsi. I sensi sono alterati e aumentano le capacità percettive, come se si fosse perennemente sotto l'effetto di droghe. I rumori sono percepiti fortissimi, come se qualcuno avesse alzato il volume di una radio. Si è sommersi dagli stimoli esterni (ad esempio il suono proveniente da uno strumento musicale distante può interferire nella conversazione). Gli oggetti appaiono più grandi e luminosi oppure brutti, scuri, deformati. I colori si fondono gli uni con gli altri. Il comportamento è estremamente variabile a seconda del momento: chi soffre di Schizofrenia può stare seduto per ore, rigido come una statua o, al contrario, camminare in tondo senza riuscire a fermarsi. Tende a disorganizzarsi nell'esecuzione delle normali attività quotidiane. Spesso ha problemi nell'interpretare correttamente gli avvenimenti: ride quando è il momento di piangere o viceversa. Sembra "sconnesso" in ogni occasione. Ha difficoltà a farsi capire perché usa parole strane o dice frasi incomprensibili, oppure perde il filo del discorso. Sente a volte il pensiero come "bloccato". Può assumere posture inusuali, vestirsi in modo bizzarro, apparire "strano" ...

In generale i sintomi della Schizofrenia sono estremamente vari e si presentano con intensità e combinazioni diverse da persona a persona. Per questo motivo due persone affette da Schizofrenia possono essere anche molto differenti l'uno dall'altra tanto che risulta difficile credere che abbiano la stessa diagnosi.

Possiamo suddividere per chiarezza i sintomi in tre categorie:

1. Sintomi positivi
2. Sintomi negativi
3. Sintomi cognitivi

1. I sintomi positivi sono le allucinazioni, i deliri e le distorsioni nel controllo del comportamento

- **Allucinazioni:** sono percezioni senza oggetto, ovvero percezioni false, in assenza di stimoli reali. Possono riguardare i cinque sensi (= udito, vista, gusto, odorato, tatto) e pertanto si classificano in:
 - **Allucinazioni uditive:** si sentono voci nella testa. Tali voci possono essere di conforto o avere un tono minaccioso, imperativo, denigratorio verso chi le percepisce, causando emozioni negative e paura. Sono in assoluto le più frequenti.
 - **Allucinazioni visive:** vengono percepite immagini che nella realtà non esistono. Spesso le visioni riguardano persone inesistenti e immaginarie. Oltre che nella Schizofrenia questo tipo di allucinazioni possono comparire anche nel caso di malattie come l'Alzheimer o in conseguenza all'abuso di farmaci o sostanze stupefacenti.
 - **Allucinazioni gustative:** si percepiscono gusti in realtà non presenti (ad esempio una sensazione di amaro in bocca).
 - **Allucinazioni olfattive:** si percepiscono odori inesistenti.
 - **Allucinazioni tattili:** si percepiscono stimoli tattili che non ci sono (ad esempio la sensazione di insetti in movimento sulla pelle). Sono più rare degli altri tipi di allucinazioni.
- **Deliri:** sono disturbi del pensiero, convinzioni non corrispondenti alla realtà delle quali chi è malato è però talmente certo da non riuscire a

modificarle nonostante argomentazioni ed evidenze contrastanti. Esistono diversi tipi di deliri, tra cui:

- **Deliri di persecuzione:** chi ne soffre è convinto di essere tormentato, inseguito, ingannato, spiato, minacciato, deriso, messo in ridicolo da altre persone o forze esterne. Sono in assoluto i più comuni e possono portare a comportamenti di evitamento o reazioni aggressive.
- **Deliri di riferimento:** il malato ritiene che certi eventi, gesti, commenti, passi di libri, parole di canzoni etc. siano direttamente riferiti alla sua persona (ad esempio potrebbe pensare che il presentatore di un programma televisivo stia parlando con lui).
- **Deliri religiosi o mistici:** sono convinzioni deliranti che riguardano la sfera spirituale e religiosa. Ad esempio chi ne soffre può credere di essere Dio o un profeta scelto per compiere una missione divina.
- **Deliri somatici:** le convinzioni errate riguardano la salute fisica, ad esempio l'idea di avere una grave malattia o che il proprio corpo si stia deformando.
- **Deliri di grandezza:** chi ne soffre ha una convinzione esagerata sulle proprie capacità e sulla propria importanza. Può pensare ad esempio di avere poteri soprannaturali, di essere una persona famosa o nel *Delirio genealogico*, ad esempio, di essere figlio del Re di Inghilterra.
- **Deliri di controllo:** il malato crede che i suoi pensieri e i suoi comportamenti siano controllati da forze esterne, umane o di natura tecnologica.

I deliri possono riferirsi a situazioni verosimili (ad esempio la convinzione di essere ingannati dai colleghi di lavoro) o essere *bizzarri*, cioè relativi ad eventi improbabili e assurdi (ad esempio avere la certezza di essere inseguiti dagli alieni o di non possedere più gli organi interni).

- **Distorsioni nel controllo del comportamento:** il comportamento di chi soffre di Schizofrenia può diventare patologico in modo evidente, come conseguenza di un'assenza estrema di controllo. Si può manifestare un'agitazione imprevedibile in assenza di stimoli esterni che la causino (ad esempio un'esplosione di grida e imprecazioni senza che sia

accaduto nulla); un comportamento sessuale inappropriato (ad esempio una masturbazione in pubblico); un modo di vestirsi inusuale (ad esempio con abbigliamento invernale in estate) e disordinato; una ripetizione di azioni afinalistiche (ad esempio spostare mobili da una parte all'altra della stanza) e altre bizzarrie.

2. I sintomi negativi sono l'abulia, la diminuzione della socialità e l'appiattimento dell'affettività

- **Abulia:** è una significativa mancanza di volontà e motivazione che può manifestarsi in vari modi, ad esempio con la difficoltà a prendere decisioni, a provvedere a sé stesso, a iniziare e terminare attività semplici della vita quotidiana (come alzarsi dal letto, lavarsi, pulire la casa, cucinare...).
- **Ritiro sociale:** notevole diminuzione della partecipazione ad attività con altre persone con conseguente riduzione delle interazioni sociali.
- **Appiattimento dell'affettività:** è l'assenza di coinvolgimento emotivo: il viso appare inespressivo, con scarso contatto oculare e movimenti del corpo ridotti al minimo.

3. I sintomi cognitivi sono la mancanza di concentrazione e le difficoltà nell'eloquio

- **Mancanza di concentrazione:** è la crescente fatica a prestare attenzione. Leggere un libro o guardare un programma in televisione dall'inizio alla fine può risultare uno sforzo immane. Diventa quasi impossibile ricordarsi le cose o impararne di nuove, anche se minime (da qui il calo di rendimento in ambito scolastico).
- **Difficoltà nell'eloquio:** chi soffre di Schizofrenia può avere problemi nel modo di parlare che rendono difficoltoso il farsi comprendere dagli altri. Ad esempio può *deragliare*, passando in un discorso da un argomento

all'altro; oppure le risposte alle domande possono essere *tangenziali*, non correlate: la risposta non è relativa alla domanda appena posta ma ad un'altra formulata in precedenza; in alcuni casi l'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da risultare quasi incomprensibile. Si ha così la cosiddetta *insalata di parole*. All'estremo opposto il malato tende a parlare in modo estremamente breve e laconico (*alogia*).

In definitiva avere a che fare con una persona affetta da Schizofrenia è come trovarsi di colpo su un treno lanciato in una folle corsa sulle montagne russe, alle prese con pericoli che presentano intensità diverse e combinazioni differenti.

Cosa provano i familiari

I familiari dei malati di Schizofrenia possono provare una vasta gamma di emozioni e reazioni. La prima crisi li catapulta in un mondo assurdo e incomprensibile, che faticano a gestire, anche perché chi soffre della malattia è, soprattutto nella fase delirante, molto poco propenso a farsi aiutare. Alla preoccupazione per la salute del proprio familiare si sommano l'ansia e la frustrazione per gli alti e i bassi di un percorso in cui sembra che ad ogni successo debba seguire subito dopo un nuovo fallimento (le montagne russe di cui si scriveva prima). I familiari, inoltre, sono spesso confusi perché non conoscono bene questa patologia così multiforme. La mancanza di informazioni corrette porta anche a sentirsi in colpa e a chiedersi se si sarebbe potuto far qualcosa per prevenire la malattia o, peggio ancora, se come famiglia si hanno delle responsabilità sulla sua insorgenza. Le manifestazioni gravi del disturbo possono spingere a isolarsi dagli altri, per vergogna, e a caricarsi da soli di un'enorme fatica che, nel tempo, può condurre ad un vero e proprio crollo.

Come si cura

I migliori risultati nella cura della Schizofrenia si sono ottenuti utilizzando i farmaci *antipsicotici* e attuando, in contemporanea o non appena la condizione del malato l'ha consentito, interventi di sostegno psicologico/psicoterapeutico e attività di riabilitazione.

Gli antipsicotici sono farmaci progettati per alleviare una varietà di sintomi tra cui allucinazioni, deliri, disturbi del pensiero e comportamenti bizzarri o aggressivi. Oggi vengono classificati in due grandi categorie: gli antipsicotici tipici (detti anche tradizionali o neurolettici o di prima generazione) e gli antipsicotici atipici (o di seconda generazione). Gli antipsicotici di prima generazione possono dare spiacevoli effetti collaterali (tra i principali irrequietezza, impossibilità a mantenere la posizione seduta, tremori simili al morbo di Parkinson, contrazioni muscolari involontarie delle dita delle mani e degli arti). Gli antipsicotici di seconda generazione, oltre ad essere generalmente tollerati meglio, sembrano avere anche maggiore efficacia sui sintomi negativi.

- Esempi di antipsicotici di prima generazione che si trovano in commercio: **Bioperidolo, Haldol, Largactil, Serenase.**
- Esempi di antipsicotici di seconda generazione che si trovano in commercio: **Belivon, Leponex, Risperdal, Zyprexa.**

Si è dimostrato molto utile, per il trattamento della Schizofrenia, anche il sostegno rivolto ai familiari, con l'obiettivo di informarli e formarli sulla malattia del loro congiunto. Alcuni punti da tenere ben presenti:

- L'alleanza tra familiari e curanti è fondamentale per prevenire l'abbandono della terapia farmacologica e le conseguenti ricadute, oltre che per cogliere i segnali premonitori di una crisi e sostenere il malato nel percorso di cura.
- I deliri, quando esplodono, sono inconfutabili: durante questa fase discutere o tentare di metterli in discussione avrà come probabile esito solo un alzarsi del livello di tensione.
- Per affrontare una crisi di agitazione e aggressività è consigliabile seguire queste indicazioni:
 - evitare di urlare, di minacciare o di dare ultimatum.
 - cercare di fare fronte comune non litigando, ad esempio, con altri familiari sul da farsi.

- sapere preventivamente chi contattare in caso di crisi preparando un elenco di numeri utili.
- parlare con un tono di voce tranquillo e soddisfare tutte le richieste ragionevoli.
- non stare in piedi se il malato è seduto.
- evitare il contatto visivo prolungato.
- evitare di toccarlo.
- non bloccare il passaggio.



Disturbo Bipolare

Chi soffre di un Disturbo Bipolare alterna, nella sua quotidianità, le manifestazioni cliniche della Depressione a quelle della *maniacalità*, ovvero dell'eccessiva euforia. Il Disturbo Bipolare si classifica in:

- **Disturbo Bipolare di tipo I:** si alternano Episodi Maniacali e Episodi Depressivi Maggiori.
- **Disturbo Bipolare di tipo II:** si alternano Episodi Ipomaniacali e Episodi Depressivi Maggiori.
- **Disturbo Ciclotimico:** si alternano Episodi Ipomaniacali e Episodi Depressivi (che non arrivano tuttavia mai al livello di gravità di un Episodio Depressivo Maggiore).

Tali “episodi” durano solitamente da poche settimane ad alcuni mesi.

Nel corso dell'*Episodio Depressivo Maggiore* si manifestano tutti i sintomi della Depressione Maggiore descritti nel paragrafo precedente. Durante l'*Episodio Maniacale*, invece, il malato si sente euforico, entusiasta, allegro ma anche molto irritabile quando i suoi desideri vengono ostacolati. Il suo nervosismo può sfociare in attacchi fisici verso chi cerca di farlo ragionare o in improvvise “fughe” (il cosiddetto *acting out*). Ha un diminuito bisogno di dormire (si sente ad esempio riposato dopo sole tre ore di sonno) e un aumentato desiderio sessuale. Diventa molto attivo socialmente e lavorativamente. È agitato da un punto di vista motorio (può camminare senza fermarsi per ore). Parla ad alta voce e ininterrottamente per moltissimo tempo senza alcun riguardo per il desiderio di comunicare degli altri). Sovente il suo discorso è caratterizzato da giochi di parole (può scegliere le frasi da dire sulla base della semplice assonanza), scherzosità e teatralità. Ha difficoltà ad articolare i pensieri, che corrono più velocemente delle parole. Si distrae spesso e volentieri (l'attenzione viene facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti). Si coinvolge, senza curarsi delle conseguenze, in attività pericolose e/o in cui può perdere molti soldi (ad esempio acquista oggetti inutili senza

avere abbastanza denaro, guida in modo spericolato, ha rapporti sessuali non protetti con persone sconosciute, investe in affari avventati). Nega di avere dei limiti: la sua autostima è talmente esagerata da arrivare a strutturare veri e propri deliri di grandezza (ad esempio afferma di avere inventato il farmaco che curerà tutti i tipi di tumore) o mistici (può essere certo di avere un contatto diretto con Dio). La negazione della malattia è talmente forte che molto spesso l'Episodio Maniacale si risolve con un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) perché, nonostante tutto quello che succede intorno, chi ne è affetto si sente, in quel periodo, incredibilmente bene...

Nell'*Episodio Ipomaniacale* i sintomi sono molto più lievi e non tali da compromettere il funzionamento sociale e lavorativo. Per questo motivo, in genere, non risulta necessaria l'ospedalizzazione.

Cosa provano i famigliari

I familiari di una persona con Disturbo Bipolare vivono in una perenne instabilità che li preoccupa, li sconcerta e li pervade di ansia. Il loro congiunto passa da periodi di esagerata euforia e vitalità (difficili da contenere) ad altri in cui, senza apparenti ragioni, il volto si oscura, le reazioni si fanno negative, l'angoscia cresce. La costante preoccupazione per quello che, nella fase maniacale, il malato "può combinare" e il timore di non riuscire a fare abbastanza per evitarlo può gettarli in uno stato di grave apprensione. La fase di mania acuta, infatti, può essere una minaccia per la vita di una persona: la perdita di giudizio e di inibizioni, la mancanza di attenzione per la nutrizione e la cura personale, la tendenza all'aggressività e alla fuga sono tutti elementi che possono condurre a conseguenze anche molto gravi. Di contro, nella fase depressiva, possono insorgere sentimenti di pena per lo stato di tristezza e prostrazione in cui si trova il proprio caro.

Come si cura

Il Disturbo Bipolare si può tenere sotto controllo attraverso la psicoterapia e la farmacoterapia in modo tale da permettere ai pazienti di stabilizzare il loro umore (riducendo la gravità degli episodi maniacali o depressivi) e di rimanere lontani da ricadute per lunghi periodi di tempo. La cura farmacologica è a base prevalentemente di *stabilizzatori dell'umore*, quali il Litio e il Valproato di sodio. Il Litio è efficace per prevenire il manifestarsi dell'Episodio Maniacale e per trattarlo (se di lieve – moderata intensità) dopo che è iniziato. Il Valproato di sodio è un anticonvulsivante usato per curare l'epilessia dal 1983 ma approvato come cura per gli Episodi Maniacali del Disturbo Bipolare solo dal 1995. Altri farmaci anticonvulsivanti usati nel trattamento sono ad esempio la Lamotrigina, la Carbamazepina e il Topiramato. Anche gli antipsicotici sia di prima che di seconda generazione possono contribuire ad alleviare i sintomi gravi del Disturbo Bipolare (specialmente quando è rilevante la componente delirante) e a prevenire le recidive, da soli o in associazione con il Litio o altri stabilizzatori del tono dell'umore.

- Esempi di stabilizzatori dell'umore che si trovano in commercio: **Carbolithium, Depakin, Lamictal, Litio Carbonato, Tegretol.**

In aggiunta ai farmaci sono fondamentali la psicoterapia e i colloqui di sostegno ai famigliari che hanno l'obiettivo di far giungere tutto il nucleo a una piena consapevolezza del Disturbo e delle sue caratteristiche, al fine di cogliere per tempo i segnali dell'inizio della crisi e prevenire le ricadute.





I Disturbi dell'Organizzazione di Personalità Borderline

Come riportato nell'introduzione, l'approccio psicoanalitico descrive una organizzazione di personalità che si pone come una "terra di mezzo" tra la personalità psicotica e quella nevrotica. Per dirla con le parole di Freud, i pazienti con Organizzazione di Personalità Borderline sono troppo folli per essere definiti normali e troppo normali per essere definiti folli. Secondo la classificazione internazionale delle malattie mentali (DSM-V TR), all'interno dell'Organizzazione Borderline di Personalità possiamo riconoscere quelli che vengono definiti Disturbi di Personalità:

- Disturbo di Personalità Borderline
- Disturbo di Personalità Istrionico
- Disturbo di Personalità Narcisistico
- Disturbo di Personalità Antisociale
- Disturbo di Personalità Dipendente
- Disturbo di Personalità Schizoide
- Disturbo di Personalità Schizotipico
- Disturbo di Personalità Evitante
- Disturbo di Personalità Paranoide
- Disturbo di Personalità Ossessivo - Compulsivo

Per personalità si intende, come indica la parola, l'essere *personale*, tipico, caratteristico di un singolo individuo. In pratica l'insieme delle caratteristiche psichiche e comportamentali che lo rendono unico nei differenti contesti. Il carattere è l'aspetto esteriore della personalità, il modo in cui si manifesta

all'esterno. Essere affetto da un Disturbo di Personalità significa soffrire in maniera intensa e spesso drammatica a causa di una serie di sintomi che di fatto impediscono di condurre una vita produttiva e di relazionarsi correttamente con gli altri. Tali sintomi possono raggiungere punte di notevole gravità portando a problemi del comportamento, ansia, depressione, idee suicidarie e serie difficoltà nei rapporti sociali. In alcuni casi si può arrivare a perdere il contatto con la realtà e avere "scivolamenti" psicotici (deliri e allucinazioni). I Disturbi di Personalità sono poco conosciuti, nonostante molte persone ne siano affette, perché la loro diagnosi sfugge. Spesso sono sottovalutati. Infatti, chi ne soffre può sembrare normale e non manifestare comportamenti chiaramente patologici come nel caso, ad esempio, della Schizofrenia. Mantengono un funzionamento di base e un attaccamento (pur scadente) alla realtà. A soffrire tremendamente sono anche i familiari, spesso vittime di abusi psicologici e manipolazioni. Un'altra grossa difficoltà è che chi soffre di questi disturbi è egosintonico (in sintonia con se stesso). Non considera, quindi, problematici i propri comportamenti, pensieri e azioni. La colpa è del mondo esterno, degli altri, e raggiungere una compliance alle cure è molto difficile.

Disturbo di Personalità Borderline

Chi ne soffre è innanzitutto *instabile* nelle relazioni personali, nell'immagine di sé e nell'umore. Passa repentinamente dall'idealizzazione alla svalutazione di chi gli sta vicino senza ragione, entra ed esce da situazioni e relazioni non provando né rimorso né pentimento. Non c'è la comprensione del fatto che in una stessa persona possano coesistere aspetti negativi e positivi. Gli altri sono "o angeli o demoni", da idealizzare o svalutare, senza via di mezzo. Può manifestare improvvisi cambiamenti di opinione a proposito del lavoro, della scuola, dei valori in cui crede, della propria identità sessuale. Ha frequenti sbalzi d'umore che non hanno la ciclicità tipica del Disturbo Bipolare ma sono molto più frequenti e ravvicinati (ad esempio è felice fino a quando un amico telefona dicendo che per un imprevisto non può più venire a trovarlo e, di colpo, diventa depresso o arrabbiato). Oltre all'instabilità, un'altra caratteristica del Disturbo di Personalità Borderline è l'*impulsività*, l'incapacità di pensare

e controllarsi. Tale caratteristica può portare a non terminare studi o progetti, a giocare d'azzardo, a spendere soldi in maniera irresponsabile, a mangiare in maniera eccessiva, ad abusare di sostanze, a guidare in modo spericolato, a mettere in atto comportamenti autolesionistici o addirittura tentativi anti-conservativi. Infine, chi soffre di un Disturbo di Personalità Borderline prova spesso una *rabbia* intensa e immotivata, la cosiddetta rabbia "rossa", che non riesce il più delle volte a controllare e che può condurlo anche a scontri fisici. La stessa depressione che ha nei momenti in cui l'umore si abbassa è per lo più una depressione "rabbiosa". Alternano periodi di relativa normalità, in cui si mostrano sufficientemente equilibrati, a periodi in cui il funzionamento psichico appare fortemente compromesso, con violente crisi di rabbia, tentativi di suicidio, autolesionismo e idee paranoiche. Chi soffre di questo disturbo è come se fosse "di cristallo": delicato da toccare, facile a rompersi, pericoloso quando è in frantumi.

Essere familiare di una persona affetta da un Disturbo di Personalità Borderline può essere molto duro. Nei momenti peggiori la si percepisce come cattiva. Si è spesso spaventati dall'esprimere realmente ciò che si pensa o prova perché preoccupati per la sua possibile reazione. Si cammina in punta di piedi, sulle uova, viaggiando in una sorta di "montagna russa emotiva". Ci si sente attaccati, criticati, a volte persino odiati senza che ciò abbia un senso logico. E poi, improvvisamente, apprezzati e cercati, sempre senza che ciò abbia un senso logico. La percezione costante è di essere manipolati. Ci si trova a risolvere problematiche di ogni tipo, frutto della condotta impulsiva e sconsiderata del proprio familiare. Si provano nei suoi confronti sentimenti molto ambivalenti: quando è aggressivo e attaccante una fortissima rabbia, quando si mostra bisognoso e richiedente una profonda tenerezza.

Questo disturbo può essere curato con la terapia psicologica, da attuarsi per un tempo molto lungo (diversi anni). Costruire un'alleanza terapeutica non è però facile. L'impulsività del Borderline lo porterà frequentemente a cercare di interrompere il percorso, la sua instabilità a vedere alternativamente il terapeuta come salvatore o furfante ("angelo o demone"). L'obiettivo è resistere

a questi attacchi al legame per aiutarli a rinforzare il loro debole IO. L'IO è quella parte di noi che cerca di mettere d'accordo i nostri istinti con la realtà esterna. All'inizio i bambini sono dominati dall'istinto, tendono a cercare di soddisfare immediatamente i loro desideri, senza curarsi delle conseguenze; gradualmente imparano quello che si deve o non si deve fare e, soprattutto, diventano in grado di differire la gratificazione, o di rinunciarci, per tenere conto del mondo che li circonda. Nel caso in cui l'IO è debole tale opera di mediazione risulterà alterata. Se la persona con un Disturbo Borderline proverà un impulso aggressivo non terrà conto delle conseguenze della sua azione aggressiva sugli altri per cui dall'impulso si passerà immediatamente all'agito. Per rinforzare l'IO occorrerà aiutarli a riflettere, a stabilire delle connessioni tra impulsi, pensieri e azioni. I familiari, dal canto loro, dovranno fare fronte comune per mettere dei limiti e una giusta distanza, al fine di evitare quei movimenti continui di avvicinamento-allontanamento e i tentativi di manipolazione. In caso di crisi non sarà opportuno spingerli a ragionare: dal momento che sono pieni di rabbia potrebbe essere addirittura controproducente. Al contrario occorre "battere il ferro quando è freddo", cioè parlare con loro quando si sono calmati.

I farmaci *antidepressivi* e *ansiolitici* possono essere utili ad alleviare i loro sintomi nei momenti di difficoltà come anche gli *stabilizzatori dell'umore* e, nel caso in cui si verificasse uno scivolamento nel contatto con la realtà, i farmaci *antipsicotici*.

Possono essere necessari dei periodi di ospedalizzazione se si verificano dei tentativi di suicidio o a seguito di brevi episodi di carattere psicotico.

Disturbo di Personalità Istrionico

Gli "istrioni" erano gli attori dell'antica Roma e, in seguito, questo termine fu utilizzato anche per connotare coloro che recitavano con particolare enfasi allo scopo di ottenere facili effetti scenici. Nel linguaggio quotidiano questa parola spesso viene utilizzata per indicare chi nella vita assume atteggiamenti

teatrali o simula in modo plateale. Chi soffre di un Disturbo di Personalità Istrionico sa essere seduttivo e affascinante, manipolatore e fatuo. Debutta sul palcoscenico della vita con tante maschere, una per ogni occasione. Tenta costantemente di ottenere attenzione, approvazione e sostegno attraverso comportamenti celatamente o apertamente seduttivi. Si sente a disagio quando non è al centro dell'attenzione degli altri o non ne percepisce l'apprezzamento. Per questo motivo cerca di catturare l'interesse con invenzioni di storie, descrizioni drammatiche del proprio stato fisico ed emotivo, adulazioni, provocazioni sessuali, regali... Per la stessa ragione è molto sensibile alle critiche. Le condotte sessualmente provocatorie non sono sostenute da un reale desiderio sessuale: il comportamento seduttivo esprime piuttosto un intenso desiderio di essere protetto. Molto forte è anche la preoccupazione per l'aspetto fisico in quanto strumento per attirare l'attenzione su di sé (frequentemente ricerca complimenti). Un'altra caratteristica distintiva di questo disturbo è l'espressione emotiva esagerata, eccessiva, superficiale, teatrale e priva di spontaneità. Chi ne soffre mette in atto azioni plateali come piangere in modo incontrollabile per un evento di scarso rilievo oppure abbracciare con trasporto persone conosciute da poco. Spesso reagisce a eventi non gravi con rabbia e scoppi d'ira. Tende all'infantilismo. Parla per impressionare ma non riesce a cogliere i dettagli (come quando afferma che un essere umano è meraviglioso ma non sa descriverne le sue qualità). Considera le proprie relazioni più intime di quanto siano in realtà, ha difficoltà a raggiungere un'autentica vicinanza emotiva. Può inizialmente affascinare per il suo entusiasmo e la sua apertura ma, quando il rapporto continua, queste qualità tendono ad indebolirsi, proprio per la sua richiesta continua di attenzioni e rassicurazione. Essendo estremamente dipendente dall'approvazione degli altri risulta molto sensibile al rifiuto e spaventato dalle separazioni. Per evitare l'interruzione di una relazione può ricorrere a comportamenti estremi (promiscuità sessuale, gesti autolesivi, tentativi di suicidio). È particolarmente influenzabile e suggestionabile, si conforma sovente all'opinione e allo stato d'animo altrui. Il prezzo da pagare è un senso di inautenticità, di estraneità da se stesso e di **mancanza di identità**. È intollerante alla frustrazione e tende a ricercare la gratificazione

immediata dei propri bisogni o nuovi stimoli (ad esempio può trascurare un rapporto duraturo per ricercare l'eccitazione di una nuova relazione o lasciare un lavoro sicuro perché monotono). Chi sviluppa un Disturbo di Personalità Istrionico spesso ha sperimentato durante l'infanzia una non soddisfazione dei suoi legittimi bisogni di attenzione e cure. Il fulcro della sua sofferenza è determinato da un profondo senso di mancanza d'affetto. Dietro alla maschera che indossa c'è un dolore profondo, che cerca in ogni modo di arginare. I rapporti all'interno della famiglia di origine erano per lo più basati sulla non autenticità: si considerava più l'apparire che l'essere. Oppure si ricevevano cure solo se fisicamente ammalati. Il trattamento di elezione del Disturbo di Personalità Istrionico è la psicoterapia, che può essere associata a un supporto farmacologico ove necessario. Sovente il paziente istrionico si sente come una foglia al vento colpita da potenti stati affettivi, senza consapevolezza di ciò che li ha causati. Per questo motivo deve essere innanzitutto aiutato a riflettere su quelli che sono i suoi "veri" sentimenti, andando oltre le loro teatrali recite che, come fumogeni, impediscono di vedere la realtà.

Disturbo di Personalità Narcisistico

Secondo la mitologia greca, Narciso fu talmente attratto dalla propria bellezza da specchiarsi nell'acqua fino a cadervi e annegare. Chi soffre di un Disturbo di Personalità Narcisistico ha un'idea grandiosa di sé e del proprio valore, non tollera di essere criticato o messo in discussione, esagera i risultati che ottiene e si aspetta di essere notato come superiore. Crede di essere unico, speciale e che tutto gli sia dovuto. Per questo motivo mostra comportamenti arroganti e presuntuosi. Ha un costante bisogno di ammirazione e tende a porsi obiettivi molto elevati ma, immerso com'è in fantasie di successo e potere illimitati, anche quando effettivamente raggiunge buoni risultati è in ogni caso insoddisfatto. Invidia e disprezzo sono sentimenti che prova molto spesso. Da un punto di vista interpersonale è incapace di sviluppare legami emotivi, poco sensibile ai bisogni altrui, incurante dei sentimenti di chi ha intorno. Tende ad approfittarsi degli altri per raggiungere i suoi scopi e, di contro, pretende affetto e ammirazione. Vive i rapporti sentimentali come prove, verifiche del

funzionamento della sua immagine di seduttore. Se pure sa essere brillante quando si tratta di fare la corte, non ha più niente da dire nel momento in cui si stabilisce un legame perché è "vuoto". Raramente è fedele. Non è in grado di stabilire una relazione matura ed empatica perché i suoi obiettivi sono valorizzare sé stesso: essendo troppo concentrato sulla propria persona non entra davvero in contatto con il partner. Anche da un punto di vista sessuale spesso promette ma non mantiene: il suo potente ed esibito erotismo tende ad esaurirsi rapidamente. Di solito "invecchia male" (le sue fantasie di una giovinezza e una bellezza eterne sono fatte a pezzi dalle vicissitudini dell'invecchiamento).

Esistono due tipi di personalità narcisistiche: la prima (inconsapevole o *overt*) è propria di chi, in modo evidente ed invadente, si pone sempre al centro dell'attenzione; la seconda (ipervigile o *covert*) è più difficile da individuare perché chi ne soffre si mostra in modo diametralmente opposto: appare schivo, timido, ipersensibile alle critiche altrui, inibito, pervaso da un senso di vergogna e paura. Tuttavia, nel profondo, è silenziosamente grandioso. La sua estrema sensibilità al rifiuto lo induce a evitare situazioni in cui è al centro dell'attenzione e a ridurre al minimo i contatti sociali. Queste due tipologie si pongono agli estremi opposti di un *continuum* lungo il quale si inseriscono personalità con caratteristiche intermedie. Ciò che comunemente si osserva è un mix di aspetti *overt* e *covert* nella stessa persona. Alla base del Disturbo di Personalità Narcisistico c'è una grave fragilità nella stima di sé. Di fronte a tale debolezza chi ne soffre reagisce in due diversi modi: tenta di impressionare gli altri ricercandone l'ammirazione allo scopo di rafforzare l'immagine di sé, oppure cerca di passare inosservato per evitare tutte quelle situazioni che potrebbero ulteriormente indebolirla. Spesso nella storia di chi ha sviluppato questo disturbo c'è un fallimento empatico dei genitori che non sono riusciti a rispondere in maniera adeguata alle richieste del bambino creando ferite permanenti nel nucleo della sua autostima. Anche in questo caso il trattamento di elezione è la psicoterapia (eventualmente associata a un supporto farmacologico se necessario). Compito del terapeuta sarà creare con il paziente un rapporto empatico che gli consenta di evolvere verso una forma

più matura di narcisismo attraverso il rafforzamento di qualità come l'ironia, la saggezza, la capacità di riflessione, la creatività.

Disturbo di Personalità Antisociale

Chi ne soffre ha una modalità sistematica di disprezzo dei diritti degli altri: non riesce a conformarsi alle norme sociali; non ha rispetto per la verità (menzogne continue, uso di nomi falsi, truffe); è impulsivo, irritabile, aggressivo; può mettere, con negligenza, in pericolo la sicurezza propria e altrui con comportamenti spericolati; è irresponsabile nello studio e nel lavoro. Tutto questo è aggravato dal fatto che non prova rimorso per le sue azioni (tende a razionalizzarle e giustificarle) ed è indifferente ai danni che provoca. Considera le esperienze affettive un segno di debolezza. Spesso c'è stato, in origine, un attaccamento instabile con le figure di riferimento e, prima dei quindici anni, un Disturbo della Condotta. La psicoterapia con chi è affetto da un Disturbo di Personalità Antisociale ha un'ampia percentuale di fallimento perché le menzogne e gli inganni rendono difficile un autentico cambiamento. Il terapeuta che si cimenta in questa impresa dovrà essere solido, tenace e incorruttibile. L'obiettivo è aiutare il paziente a mettere in rapporto le sue azioni con i suoi stati interiori, restando il più possibile sul "qui e ora". Meglio non avere eccessive aspettative di miglioramento: in molti casi si rende necessario un concomitante inserimento in una struttura (residenziale o detentiva) per poter contenere le spinte antisociali e tentare una riabilitazione.

Disturbo di Personalità Dipendente

Chi è affetto da un Disturbo di Personalità Dipendente non pensa di potersi prendere cura di se stesso e usa la sottomissione per cercare di convincere gli altri ad accudirlo. Si considera inferiore e tende a sminuire le sue capacità: qualsiasi critica è presa come prova della sua incompetenza. Il suo eccessivo bisogno di protezione e supporto fa sì che accetti le loro imposizioni: difficilmente esprime il suo disaccordo o si arrabbia, anche quando ha ragione. Ha difficoltà ad iniziare progetti e a prendere qualsiasi iniziativa in maniera autonoma, per mancanza di fiducia nelle proprie capacità. Tende ad essere

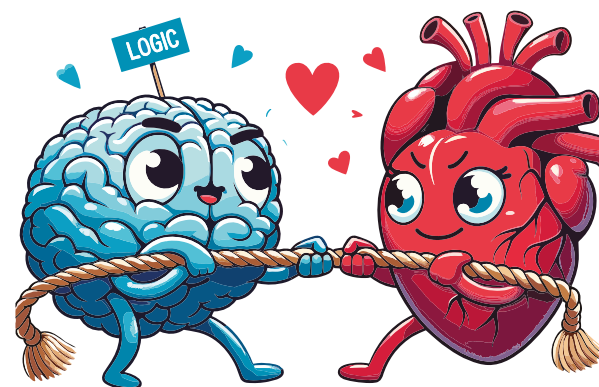
passivo e a permettere ad altre persone (spesso una sola) di prendere tutte le decisioni e di assumersi tutte le responsabilità (ad esempio potrebbe dipendere dal coniuge per sapere cosa indossare, che tipo di lavoro cercare o chi frequentare). È "appiccicoso" ed arrendevole. Da solo si sente a disagio, vulnerabile, indifeso. Teme di non riuscire a provvedere a sé stesso e per questo motivo cerca disperatamente una relazione non appena ne è terminata una, a volte senza un'accurata selezione. Ha una paura esagerata dell'abbandono: l'emozione principale è l'ansia per la possibile fine della relazione dipendente quando percepisce che si potrebbe incrinare o logorare. Possono verificarsi attacchi di panico nel momento in cui prevede o teme nuove responsabilità che non crede di saper affrontare. Se la figura da cui dipende viene meno, può sprofondare nella depressione. In genere chi ha questa fragilità cerca compagni con caratteri forti (spesso narcisisti) che assumono nei suoi confronti comportamenti dominanti e che, in alcuni casi, possono divenire carnefici. La sua necessità di mantenere un legame lo può portare a fare sacrifici straordinari o ad essere facilmente vittima di abusi fisici, sessuali ed emotivi. Il Disturbo di Personalità Dipendente colpisce con maggiore frequenza il sesso femminile e soggetti con un'età media superiore ai quarant'anni. Si ipotizza che fattori genetico-temperamentali quali la presenza di famigliari con un Disturbo di Personalità Dipendente e una particolare sensibilità all'ansia contribuiscano al suo sviluppo. Le ricerche hanno dimostrato, inoltre, una certa tendenza nelle famiglie di origine a scoraggiare l'indipendenza e a controllare eccessivamente i bambini. È stata anche individuata una massiccia presenza di traumi infantili quali abusi, trascuratezza o patologie potenzialmente letali in giovane età. Il trattamento del Disturbo di Personalità Dipendente più adatto è la psicoterapia, associata eventualmente, ove necessario, ad un supporto farmacologico con farmaci *antidepressivi* e *ansiolitici*. Gli obiettivi della terapia saranno l'indipendenza del paziente e lo sviluppo di competenze sociali, affettive e comportamentali. Il centro saranno le sfide che il paziente incontra nella vita quotidiana, il compiere delle scelte, l'esprimere i propri bisogni, il comunicare in modo assertivo e il definire confini personali. Il rischio è, ovviamente, che si sviluppi una dipendenza dal terapeuta. Spesso

infatti il paziente dipendente chiede sedute aggiuntive e disponibilità telefonica, resistendo agli sforzi di incoraggiamento verso una vita più autonoma.

Disturbo di Personalità Schizoide

Chi soffre di un Disturbo di Personalità Schizoide non ha relazioni personali e non desidera averne. Gli altri passano quasi inosservati e sono considerati irrilevanti. È distaccato, isolato, appartato e predilige attività solitarie o che implicano rapporti superficiali. Fa fatica a ricambiare anche espressioni comunicative non verbali come sorrisi, cenni del capo, gesti e tutti quei segnali che entrano in gioco per comunicare vicinanza agli altri. Sfugge al contatto oculare. Ha anche poco o nessun interesse a iniziare relazioni intime o sessuali, che possono esistere esclusivamente in fantasia. Non fa amicizia. A volte può sviluppare una confidenza speciale con un familiare di primo grado. A livello affettivo non sa esprimere le emozioni, né positive né negative: appare indifferente a critiche o elogi, “freddo”. In pratica vive la vita come osservatore e non come attore, mostrando un marcato disadattamento sociale. Può coltivare interessi astratti, come ad esempio le discipline scientifiche. Spesso diventa fanatico di movimenti estremi di opinione (specialmente legati ad internet, dove non è richiesto un coinvolgimento relazionale e personale). Sul piano professionale spesso può sembrare ben adattato soprattutto se svolge professioni in cui non è richiesto il confronto e il coinvolgimento con altre persone e colleghi. Il Disturbo di Personalità Schizoide si sviluppa già nell'infanzia e nell'adolescenza con una tendenza alla solitudine e scarse relazioni con i coetanei; spesso l'adulto con Disturbo di Personalità Schizoide da bambino o adolescente è stato etichettato come diverso dagli altri e ha sofferto per essere stato oggetto di derisione e scherno. Il Disturbo di Personalità Schizoide non è dovuto a una singola causa, bensì a molteplici fattori che interagiscono tra loro. Per quanto riguarda le possibili cause dell'insorgenza di questo disturbo (come peraltro anche negli altri Disturbi di Personalità) è plausibile che vi sia un'integrazione e una combinazione di fattori genetici e esperienze ambientali vissute durante l'infanzia. Certamente crescere in famiglie dove un parente stretto è affetto da Disturbo di Personalità Schizoide o

da Schizofrenia, nonché essere cresciuti in condizioni di negligenza emotiva e di incapacità di risonanza con i bisogni emotivi del bambino può facilitarne l'insorgenza. Questi aspetti possono essere correlati a figure genitoriali fredde, emotivamente distaccate e negligenti. Il comportamento insolito ed eccessivamente solitario degli Schizoidi però non li porta a un distacco dal senso della realtà, come accade invece per le persone che soffrono di Schizofrenia. Oltre alla mancanza di relazioni interpersonali, questo disturbo è caratterizzato anche dalla *mancanza del desiderio di crearne* e questo è il criterio diagnostico che permette di differenziarlo dal Disturbo Evitante di Personalità, situazione clinica in cui (come vedremo in seguito) l'evitamento delle situazioni interpersonali è legato alla paura del rifiuto ma è accompagnato dal profondo desiderio di avere relazioni. È necessario distinguere il Disturbo di Personalità Schizoide da forme di Disturbi Autistici ad alto funzionamento come la Sindrome di Asperger. Il trattamento per il Disturbo di Personalità Schizoide più adatto è la psicoterapia, che può essere associata a un supporto farmacologico ove necessario. La psicoterapia del Disturbo di Personalità Schizoide si pone l'obiettivo quello di rendere il paziente consapevole del suo funzionamento per renderlo più flessibile, modificando quei tratti personali disfunzionali che causano e mantengono la sofferenza. Il supporto farmacologico può essere d'aiuto nel trattamento di eventuali sintomi depressivi e ansiosi che possono presentarsi.



Disturbo di Personalità Schizotipico

Chi soffre di un Disturbo di Personalità Schizotipico è a disagio nelle relazioni sociali (come nel caso del Disturbo Schizoide) ma in più il suo pensiero, linguaggio, comportamento e abbigliamento sono caratterizzati dalla stranezza e dall'eccentricità. Può avere un pensiero magico e credenze bizzarre (come l'idea di avere poteri speciali o la capacità di prevedere il futuro), riferire di strane esperienze percettive (ad esempio avvertire la presenza di qualcuno che in realtà non è presente), sviluppare pensieri paranoici nei confronti degli altri con manifestazioni di ansia sociale, mostrare un'affettività ridotta e difficoltà ad entrare in relazioni più intime. Quando parla appare vago, ermetico. Può pronunciare le parole in modo insolito e usare troppe metafore. Spesso interpreta male il linguaggio degli altri e ha difficoltà a mantenere il contatto visivo. Tende ad isolarsi e a stare per conto suo, perdendosi in sé stesso e rimuginando su fantasie di vario tipo. Si sente diverso dagli altri e, in effetti, così appare all'esterno. Difficilmente riesce a trovare lavoro o, comunque, a mantenere un'occupazione nel tempo. Il Disturbo di Personalità Schizotipico (così come quello Schizoide) deve il suo nome al sottile confine che lo separa dalla Schizofrenia. In realtà, anche se in condizioni di stress chi ne è affetto può a volte scompensarsi, solitamente la sua percezione della realtà non è alterata (non compaiono in misura massiccia deliri e allucinazioni) e il pensiero non è disorganizzato. L'esordio è solitamente (al pari degli altri Disturbi di Personalità) durante l'adolescenza. Tra i fattori predisponenti la presenza di parenti affetti da disturbi psicotici e uno stile di attaccamento disfunzionale. Il trattamento di elezione per il Disturbo di Personalità Schizotipico è la psicoterapia, che può essere associata a un supporto farmacologico principalmente con farmaci *antipsicotici* a basso dosaggio, talora associati ad *antidepressivi* e *ansiolitici*. Il tipo di approccio che si è dimostrato essere più efficace è la terapia cognitivo – comportamentale, con l'obiettivo di identificare e modificare pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali.

Disturbo di Personalità Evitante

Chi soffre di un Disturbo di Personalità Evitante si sente inadeguato ed “evita” le occasioni di incontro con gli altri. La maggiore preoccupazione è quella di essere rifiutati, criticati o ridicolizzati, la paura principale è di non piacere, di non avere nulla di interessante da dire o comunque di essere una persona insignificante. In mezzo alla gente ha un comportamento il più delle volte rigido, imbarazzato, che può essere interpretato dagli altri come una forma di distanza e disinteresse, innescando purtroppo un circolo vizioso di incomprendimento. Nei casi più gravi può arrivare ad un vero e proprio ritiro sociale. Vive isolato pur avendo un forte desiderio di essere parte di un mondo che percepisce, tuttavia, come spaventoso. Preferisce attività e interessi solitari come lettura, musica e chat online. Le interazioni sovente si limitano ai familiari e/o a pochi amici ristretti, rinunciando a molte occasioni sia sul piano personale e sociale che su quello lavorativo. Tende a svolgere azioni routinarie per ripararsi dal rischio che ogni novità potrebbe portare con sé. Il Disturbo di Personalità Evitante può complicarsi accompagnandosi ad altre condizioni cliniche come i Disturbi d'Ansia (in particolare la fobia sociale) e la Depressione. Nel momento in cui si prova ad affrontare le situazioni temute possono comparire anche sintomi fisici, a carico in particolare dell'apparato gastrointestinale e genitourinario (ad esempio attacchi di colite e urgente bisogno di urinare). Talora il malessere può sfociare, nel tempo, in un abuso di alcol o stupefacenti. Contribuiscono allo sviluppo di un Disturbo di Personalità Evitante fattori genetici e psicologici, oltre all'influenza dell'ambiente. I sintomi possono manifestarsi sin dall'infanzia: spesso questi bambini hanno genitori a loro volta poco capaci di instaurare fluidi rapporti di socializzazione o comunque in difficoltà ad accompagnare i figli nella costruzione di una sana identità. Possono esserci nel passato eventi di vita vissuti come traumatici, come il passaggio da un ambiente estremamente protettivo genitoriale ad un mondo extra familiare che ha esposto a delusioni e giudizi, senza che si fosse

psicologicamente attrezzati a gestirli. La psicoterapia, in questi casi, ha il fine di riabilitare il paziente alle relazioni sociali e allo stare in gruppo attraverso un lavoro teso a costruire un'immagine di sé più realistica e meno negativa. Può essere necessaria una terapia farmacologica, soprattutto all'inizio del percorso, con farmaci *ansiolitici* e *antidepressivi*.

Disturbo di Personalità Paranoide

Chi soffre di un Disturbo di Personalità Paranoide è estremamente diffidente e sospettoso verso tutto e tutti. Teme di essere vittima di inganni, dubita della lealtà del partner o degli amici, non si confida con gli altri, scorge significati nascosti minacciosi anche in eventi benevoli, porta costantemente rancore, non perdona le offese. Ha un'ipersensibilità alle critiche, una bassa autostima e una profonda insicurezza. Fatica a contenere gli impulsi e a gestire in modo adeguato le emozioni. Tutto questo rende particolarmente difficoltoso lo sviluppo di relazioni positive con gli altri. Alla base del Disturbo di Personalità Paranoide potrebbe esserci una vulnerabilità genetica ma anche esperienze negative vissute durante l'infanzia e l'adolescenza (traumi, un accudimento caratterizzato da abbandono o trascuratezza, relazioni disfunzionali con le figure genitoriali). Il trattamento per il Disturbo di Personalità Paranoide deve includere la psicoterapia, eventualmente associata alla farmacoterapia con *antidepressivi* e *ansiolitici*. Obiettivo della terapia è creare una relazione di fiducia che permetta di identificare e correggere i pensieri paranoici che alimentano la diffidenza contenendo nel contempo impulsi ed emozioni negativi. Anche chi soffre di un Disturbo di Personalità Schizotipico può, come si è scritto in precedenza, sviluppare pensieri paranoici, ma questi non sono solitamente idee fisse e non sono connotati in senso così fortemente ostile come nel caso del Disturbo Paranoide. Pur avendo numerosi punti in comune con la Schizofrenia, inoltre, quest'ultimo non è caratterizzato da allucinazioni, deliri, pensiero disorganizzato e comportamento bizzarro. Tuttavia, in

situazioni di stress estremo o in seguito ad un evento traumatico, chi ne soffre può essere incline a sviluppare sintomi psicotici.

Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo

Chi soffre di un Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo è eccessivamente preoccupato per il “controllo”; è rigido e testardo, e il suo perfezionismo interferisce con lo svolgimento di molte attività (ad esempio non riesce a completare un progetto perché si fissa su minuscoli dettagli); è attento alle regole, alle liste, all'ordine. È eccessivamente coscienzioso, scrupoloso e intransigente in tema di moralità, etica e valori. Può forzare se stesso e gli altri a seguire rigidi principi morali e può faticare a perdonarsi e a perdonare nel caso di errori rispetto a quanto stabilito. Di solito mostra un attaccamento eccessivo al lavoro, tanto da escludere attività di svago e amicizie, anche in assenza di una necessità economica; quando deve dedicare del tempo al divertimento si sente molto a disagio e tende a rimandarlo a lungo. Se ha degli amici, sovente li incontra durante qualche attività organizzata, che viene affrontata come se fosse un compito, perdendo il suo aspetto ludico. Spesso è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri: le cose, in particolare sul lavoro, devono essere fatte secondo le sue modalità e i suoi standard; chi soffre di un Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo può non riuscire a gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno un vero e proprio significato affettivo.

Aspetti ereditari o congeniti possono svolgere un ruolo rilevante nella strutturazione di tale disturbo, come pure un temperamento ansioso. Anche alcune caratteristiche presenti nell'ambiente familiare possono contribuire. Ad esempio una modalità educativa con eccessive richieste e aspettative di maturità e responsabilità, che pone il dovere sempre prima del piacere e mette al centro la prestazione e gli obiettivi. Ma anche un contesto di vita disorganizzato, che trasmette insicurezza e paura, con scarsa attenzione ai bisogni di base del bambino: la ricerca di controllo e l'autocontrollo diventano in questo caso una strategia di sopravvivenza. O ancora un atteggiamento genitoriale

iperprotettivo e ansioso dove l'esplorazione è poco incoraggiata e sono rinforzati al contrario i comportamenti di inibizione delle emozioni.

Il trattamento del Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo più adatto è la psicoterapia, che può essere associata a un supporto farmacologico, ove necessario, per ridurre eventuali sintomi depressivi o ansiosi. La psicoterapia del Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo si pone come obiettivo quello di rendere il paziente consapevole del suo funzionamento e intervenire per renderlo più flessibile.



I Servizi Psichiatrici sul Territorio

Dipartimento di Salute Mentale (DSM): E' l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Il DSM, a sua volta, è dotato dei seguenti servizi:

- **Centro di Salute Mentale (CSM):** E' la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza. In particolare il CSM svolge:
 - attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
 - definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete" ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica;
 - attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici ed attività formativa;
 - consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), alle strutture residenziali per anziani e per disabili;
 - attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
 - valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

- *Centro Diurno (CD)*: E' una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.
- *Struttura Residenziale (SR)*: E' una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità di emancipazione, all'interno di specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.
- *Servizio di Assistenza Domiciliare socio-riabilitativa*: Il servizio di assistenza domiciliare risulta centrale nel quadro delle opportunità riabilitative e assistenziali per limitare il ricorso a forme di intervento residenziale, per agire in termini preventivi e per consentire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita con effetti positivi sul processo di integrazione sociale.
- *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*: E' un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; esso, inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.
- *Day Hospital (DH)*: Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, o presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il Centro di Salute Mentale.

Figure professionali coinvolte nel percorso di Diagnosi e Cura del Disturbo Psichiatrico

- *Medico di Base*: ha una Laurea in Medicina e Chirurgia ed è specializzato in Medicina Generale. E' il cosiddetto "medico di famiglia" perché a lui si affida in genere l'intero nucleo familiare. Ha un'importante funzione di raccolta del disagio e di eventuale invio del paziente ad altre figure professionali maggiormente specializzate in specifiche patologie.
- *Psichiatra*: è un medico laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Psichiatria. In quanto medico, ha la facoltà di prescrivere farmaci. Può esercitare la psicoterapia, dopo aver frequentato una apposita scuola di specializzazione.
- *Psicologo*: è un professionista laureato in Psicologia ed è abilitato all'esercizio della professione dopo aver superato un esame di Stato. Può esercitare la psicoterapia, dopo aver frequentato una apposita scuola di specializzazione. Per quanto riguarda la malattia mentale, la sua azione è utile in fase diagnostica per supportare l'intero nucleo familiare durante il percorso di cura, al fine di ridurre eventuali stati d'animo negativi e/o modificare dinamiche relazionali disfunzionali. Lo Psicologo ha un approccio che pone l'accento soprattutto sulle dinamiche relative al mondo interno e relazionale del paziente, mentre lo Psichiatra ha una specifica formazione sulla cura dei disturbi mentali anche da un punto di vista farmacologico. Sovente le due figure collaborano nel trattamento di casi che necessitano di entrambi gli approcci.
- *Assistente Sociale*: è un professionista Laureato in Servizio Sociale. Offre consulenze socio – assistenziali e pianifica percorsi di assistenza

individualizzati per persone con particolari problematiche (tra cui il disturbo mentale). Gestisce anche gli iter amministrativi e burocratici legati ai vari casi monitorandone l'andamento.

- *Infermiere Psichiatrico*: è un professionista Laureato in Scienze Infermieristiche specializzato nell'assistenza di pazienti con patologie psichiatriche. Opera presso strutture psichiatriche, reparti psichiatrici ospedalieri o direttamente al domicilio del malato. Partecipa attivamente al trattamento sia attraverso la somministrazione di farmaci che condividendo informazioni e osservazioni rispetto agli esiti della terapia e ai progressi/risultati raggiunti.
- *Operatore Socio – Sanitario (OSS)*: è un professionista qualificato con un corso di formazione specifico della durata di circa 1000 ore. Ha una funzione di supporto al lavoro infermieristico con mansioni legate all'aiuto domestico, all'igiene personale e all'assistenza di base del paziente. Può lavorare sia al domicilio che nelle strutture residenziali.
- *Educatore Professionale*: è un professionista Laureato in Scienze dell'Educazione. Si impegna nella gestione di progetti di educazione e riabilitazione volti a favorire lo sviluppo della personalità del paziente psichiatrico. La sua particolarità è lavorare a stretto contatto con le persone a cui offre supporto, trascorrendo con loro anche molte ore nel corso della giornata. Può lavorare sul territorio o all'interno di strutture residenziali e Centri Diurni.



Consigli per i familiari

*Concedimi la serenità di accettare
le cose che non posso cambiare,
il coraggio di cambiare le cose che posso,
e la saggezza per conoscere la differenza*

Ad oggi le posizioni più condivise in ambito psichiatrico vedono la mente malata come causata da fattori biologici innati, psicologici e ambientali che interagiscono tra loro in vario modo. Sempre più, fortunatamente, ci si è allontanati da quel modello (predominante negli anni '60 e '70) che considerava la famiglia responsabile dell'insorgenza del disturbo mentale. Genitori, fratelli e figli sono a loro volta vittime. Travolti dalla malattia cadono sovente nella disperazione, intensificando un clima negativo all'interno della casa che peggiora ulteriormente la sintomatologia del loro congiunto. Litigi e tensioni acquiscono angosce ed emozioni negative creando un circolo vizioso in cui la colpa passa, come una patata bollente, da uno all'altro. Un meccanismo negativo e controproducente da cui è più che mai necessario uscire. Ecco perché, ad oggi, è evidente come un intervento focalizzato esclusivamente su chi soffre del disturbo non può essere efficace fino in fondo per sanare la complessa situazione determinata dalla malattia mentale. La famiglia ha bisogno di essere coinvolta, informata e sostenuta per riuscire nel difficile compito di creare un clima sereno ed equilibrato. Deve imparare a gestire le crisi, a tollerare la frustrazione degli alti e bassi, a individuare le parti sane e le risorse residue del congiunto malato, a mantenere (nonostante tutto) una buona qualità di vita. Un ruolo difficile, spesso delegato al buon senso e alla volontà ma che in realtà necessita di un'adeguata formazione, di indicazioni pratiche, di sostegno emotivo. Perché, come si è scritto all'inizio, non bisogna dimenticare mai

che la mente malata ha due cuori, quello di chi è affetto dalla malattia e quello di chi lo circonda, e che dobbiamo imparare a prenderci cura di entrambi se vogliamo costruire un nuovo futuro possibile. Di seguito alcuni consigli per i famigliari:

- Non affrontare la malattia da soli: la mente malata si può solo gestire in tanti. Per questo è importante aprirsi e parlarne con altri.
- Fare di tutto e di più per formarsi e informarsi: leggere libri sul tema, assistere a conferenze, partecipare a corsi psicoeducazionali di gruppo, aderire ad Associazioni di famigliari, cercare sostegno da un punto di vista psicologico. Più un famigliare si “rinforza”, più è un aiuto
- Non smettere di essere quelli che si è: i bisogni di chi è malato non hanno sempre la priorità. È importante continuare a prendersi cura della propria vita, coltivare interessi personali non collegati al congiunto, mantenere relazioni con persone esterne, occuparsi anche degli altri membri della famiglia.
- Mai abusare delle proprie energie fisiche e mentali: solo “ricaricandosi” ogni tanto è possibile creare in casa quel clima sereno così importante per chi ha la mente inondata di pensieri disturbanti e emozioni negative. Se no, al pari di un telefono cellulare mai collegato alla corrente, il rischio è quello di spegnersi...
- Creare una rete (di professionisti e non) a cui rivolgersi nei momenti difficili e che aiuti a contenere le emergenze. Instaurare un rapporto di stretta collaborazione con lo staff curante è molto utile anche per diminuire il rischio di interruzione nell’assunzione di farmaci e prevenire le ricadute
- Porsi obiettivi raggiungibili: nonostante gli sforzi è quasi impossibile che si riesca a “guarire” completamente il famigliare malato. Lo si potrà però aiutare a comprendere la patologia di cui soffre e a convivervi, in modo tale che la sua vita sia degna di essere vissuta.
- Ricordarsi sempre che è difficile per chi soffre di un disturbo mentale accettare la sua condizione, tanto quanto lo è per chi gli sta accanto.
- Essere consapevoli del fatto che sono proprio i famigliari più vicini affettivamente ad essere maggiormente attaccati dal congiunto malato. È normale.

- Tenere sempre presente che nessuno ha colpa. La mente non si ammala per pigrizia, mancanza di volontà, cattiva educazione: le malattie mentali, al pari di altre malattie, fanno parte della vita.
- Perdonarsi per eventuali errori: professionisti, parenti e malati hanno tutti alti e bassi nella gestione della malattia.
- Non perdere mai la speranza e il senso dell’umorismo: sono entrambi molto utili per affrontare situazioni difficili.
- Aiutare sempre gli altri, anche se non si sta riuscendo alleviare la sofferenza del proprio congiunto: fa stare molto meglio e rende persone migliori.
- Lasciare, se c’è qualcuno intorno che nega la malattia, che continui a farlo: meglio cercare persone differenti con cui parlare.
- Distinguere la persona dalla malattia: si può amare la prima e odiare la seconda.





Indice

Che cos'è la mente malata	pag. 7
I numeri della pandemia	pag. 8
Un nome, tre personalità, tante malattie	pag. 9
Struttura di Personalità Nevrotica	pag. 10
Organizzazione Borderline di Personalità	pag. 10
Struttura di Personalità Psicotica	pag. 11
I Disturbi della Struttura di Personalità Nevrotica	
• Disturbi d'Ansia	pag. 13
– Disturbo d'Ansia generalizzato	pag. 14
– Attacchi di Panico	pag. 14
– Fobie	pag. 15
– Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)	pag. 16
– Disturbo Ossessivo – Compulsivo	pag. 17
• Disturbi Depressivi	pag. 27
– Depressione Minore (o reattiva)	pag. 27
– Distimia	pag. 27
– Depressione Maggiore	pag. 28
I Disturbi della Struttura di Personalità Psicotica	
• Schizofrenia	pag. 33
• Disturbo Bipolare	pag. 41

I Disturbi dell'Organizzazione Borderline di Personalità pag. 45

- Disturbo di Personalità Borderline pag. 46
- Disturbo di Personalità Istrionico pag. 48
- Disturbo di Personalità Narcisistico pag. 50
- Disturbo di Personalità Antisociale pag. 52
- Disturbo di Personalità Dipendente pag. 52
- Disturbo di Personalità Schizoide pag. 54
- Disturbo di Personalità Schizotipico pag. 56
- Disturbo di Personalità Evitante pag. 57
- Disturbo di Personalità Paranoide pag. 58
- Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo pag. 59

I Servizi Psichiatrici sul territorio pag. 61

Figure professionali coinvolte nel percorso di Diagnosi pag. 63
e Cura del Disturbo Psichiatrico

Consigli per i familiari pag. 65

*Finito di stampare
nel mese di ottobre 2025
Realizzazione
Tipografia Testolin Bruno, Sarre*