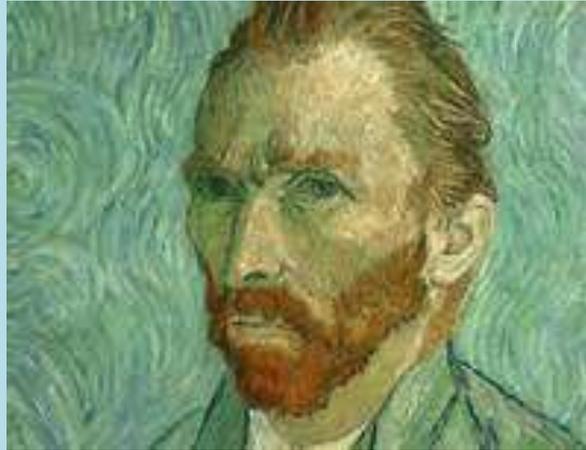


GIANNI GARGIONE

I DISTURBI MENTALI

Mental disorders



Un autore di successo di libri di psicologia
vi insegna a riconoscere, curare e prevenirli,
perché se li conosci, li eviti.

CAPITOLO I

I DISTURBI MENTALI



L'anormalità psichica viene di solito determinata sulla base della presenza contemporanea di diverse caratteristiche. Definire, infatti, che cosa sia un disturbo mentale non è semplice. Si può parlare di comportamento patologico quando in un soggetto si riscontrano: disagio individuale, violazione delle norme sociali, incapacità o disfunzioni ecc..

Secondo l'American Psychiatric Association una sindrome può essere classificata come disturbo mentale quando soddisfa i seguenti criteri:

- Se comprende disagio (cioè produce ansia, angoscia o sofferenza) o alterazione delle funzioni, ossia ostacola le abilità lavorative, di relazione ecc.. Ad es., la frigidity nella donna anche se di solito non produce stati ansiosi o sofferenza, ostacola comunque una normale vita affettivo sessuale.
- Se è d'origine interna, cioè se l'origine del disagio può essere ascritta alla struttura biologica o psichica dell'individuo e non puramente a cause ambientali.
- Se è una manifestazione involontaria. La sindrome non deve essere riconducibile all'azione volontaria dettata da convinzioni personali, pregiudizi sociali o povertà. Ad esempio, una persona che si sottopone a digiuno per protestare contro la politica governativa, non può essere considerata anoressica.

LE INTERPRETAZIONI DEL DISTURBO MENTALE

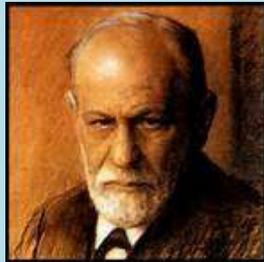
Sulle interpretazioni del disturbo mentale non esiste unanimità di consensi. Ancora oggi clinici, ricercatori e studiosi con orientamenti teorici differenti, interpretano i singoli disturbi mentali con ottiche diverse. Esistono varie scuole, ognuna con i propri criteri e le proprie spiegazioni. Le più rilevanti sono: l'interpretazione psicodinamica freudiana, l'interpretazione medico-biologica, l'interpretazione comportamentale e quella cognitiva.

LA PSICOANALISI

Freud ha descritto la mente umana come l'insieme di più componenti tra di loro in conflitto. Secondo il celebre medico viennese essa è composta da tre elementi fondamentali: L'Es, che è composta essenzialmente dagli istinti (per Freud essenzialmente quelli sessuali e quelli aggressivi), dall'Io, la nostra parte cosciente, che è quella che media per esaudire le pulsioni dell'Es, e dal super-io, che è la voce della coscienza morale.

Il padre della psicoanalisi fa risalire i disturbi della personalità a conflitti interiori irrisolti, specialmente a quelli che implicano desideri sessuali. In altre parole, per Freud quasi tutti i tipi di disordini mentali sono ascrivibili a disordini di tipo sessuale o a complessi edipici risalenti alla fase infantile.

L'individuo nel tentativo di conciliare i propri desideri istintivi e irrazionali dell'Es con le richieste razionali e realistiche dell'Io e con gli imperativi morali del super-io, a volte, entra in crisi e si creano spiacevoli sensi di frustrazione e di angoscia. Allora, per difendersi da questi stati di ansia, ricorre a meccanismi di difesa (che esporremo più avanti). Questi ultimi, però, non sempre riescono nel loro scopo.



I comportamenti patologici, perciò, sempre secondo tale teoria possono dipendere: 1) Dalla inefficacia dei meccanismi di difesa nell'arginare conflitti e ansie. 2) Dall'eccessivo utilizzo di questi meccanismi 3) Dalla fissazione o dalla regressione ad uno degli stati psicosessuali che Freud indicò. Secondo questa teoria, infatti, un adeguato passaggio attraverso gli stati psicosessuali è necessario alla formazione di una personalità sana e priva di distorsioni.

Per i teorici di questo orientamento, inoltre, l'infanzia riveste una particolare importanza. Essi, infatti, di frequente ricercano i motivi dei disordini mentali proprio nei conflitti irrisolti con i genitori risalenti a questo periodo della vita.

I MECCANISMI di DIFESA.

Freud e sua figlia Anna hanno individuato una serie di risposte automatiche che il nostro inconscio utilizza per far fronte a stati di ansia e di stress. Essi sono:

LA RIMOZIONE. Quando un impulso è ritenuto inaccettabile viene ricacciato nel profondo dell'inconscio. È un meccanismo che la mente utilizza non solo quando si tratta di desideri immorali (ad esempio una pulsione sessuale verso una sorella), ma anche quando si tratta di ricordi o di eventi che generano ansia, dolore e angoscia, come incidenti, traumi o violenze subite. In ambedue i casi le sensazioni rimosse non spariscono nel nulla, ma restano dinamicamente attive ad influenzare i nostri comportamenti. Ad esempio, se un minatore rimane intrappolato per giorni in una miniera, una volta che viene salvato, non è difficile che sviluppi una claustrofobia.

LA PROIEZIONE. Si proiettano sugli altri i nostri desideri inconsci. Ad esempio, un uomo pieno di ostilità repressa può percepire che il mondo sia pieno di persone che gli sono ostili, così può dare agli altri la colpa di qualsiasi conflitto interiore che lo travaglia.

LA FORMAZIONE REATTIVA. Consiste nel convertire un sentimento nel suo opposto. Se, ad esempio, una donna partorisce un figlio che non desidera, può accadere che diventi nei suoi riguardi, per il senso di colpa, eccessivamente affettuosa e protettiva.

Altro esempio, un uomo può odiare inconsciamente sua madre perché lo opprime con la sua personalità invadente. Il conflitto tra i suoi impulsi di rabbia e il senso di dovere che gli impone di amare e rispettare i genitori, provoca in lui ansia e senso di colpa. Allora può accadere che, per aver

sollievo da questi sentimenti di colpa, l'uomo converte la propria avversione inconscia in un'esagerata devozione verso la donna.

FISSAZIONE E REGRESSIONE. Se si tratta di un individuo che è in fase evolutiva, ad esempio un bambino, uno stress o un forte stato di ansia, può fermare lo sviluppo psicologico, in questo caso abbiamo la fissazione. Ossia il bambino resta in quello stadio, anche se doveva passare, per via dell'età, a quello successivo.

Si ha invece, la regressione quando non solo il bambino cessa di maturare psicologicamente, ma ritorna allo stadio precedente, ad esempio torna a fare la pipì a letto, riprende l'uso del biberon ecc..

Questo meccanismo, cioè la regressione, a volte possiamo trovarlo anche negli adulti. Avviene quando un paziente, per via di un grave disturbo mentale, incomincia a mostrare comportamenti infantili.

LA RAZIONALIZZAZIONE. È quel meccanismo che ci spinge a dare una spiegazione logica ai nostri comportamenti irrazionali. Ad esempio, un malato di claustrofobia, non dirà mai che non vuol prendere l'ascensore perché affetto da tale fobia, ma dirà che un po' di moto fa bene alla salute. In effetti, la razionalizzazione ci porta a giustificare le azioni che facciamo sotto la spinta di impulsi inconsci.

In un celebre esperimento di ipnosi si ordinava ad un paziente che appena sveglio dovesse prendere l'ombrello ed uscire. Una volta cessato l'effetto dell'ipnosi ed il paziente era di nuovo cosciente di se stesso, anche se non ricordava niente di quanto fosse successo durante l'esperimento, prendeva l'ombrello ed usciva. Se gli si chiedeva perché portava dietro l'ombrello, dato che era una bella giornata, egli rispondeva: "perché potrebbe piovere". Cioè dava una giustificazione razionale ad un ordine che gli veniva dall'inconscio.

Per quanto riguarda lo sviluppo psicosessuale del bambino Freud individuò 5 fasi:

1) Fase orale. Dalla nascita a 2 anni, la libido è concentrata nella cavità orale. Di conseguenza il bambino è gratificato dalla suzione e da altre stimolazioni di tipo orale. È il periodo in cui il bambino si porta tutto in bocca.



2) Fase anale (dai 2 ai 3 anni). Il punto focale si sposta e fonti di piacere diventano le attività sfinteriche.

3) Fase fallica (3- 6 anni). I bambini scoprono i propri organi sessuali, adesso è la loro stimolazione a provocare piacere.

4) Periodo di latenza. Durante questa fase la pulsione sessuale del bambino rimane in prevalenza sommersa.

5) Fase genitale. Incomincia con l'adolescenza e segna il risveglio dell'energia libidica, che si scarica nella masturbazione, nell'immaginazione (ad esempio nei sogni) o in attività sessuali con altri.

ADLER

Allievo e seguace di Freud si discostò ben presto dal suo maestro elaborando una sua teoria, in cui ipotizzò che gli esseri umani non sono motivati da istinti sessuali e aggressivi, ma dalla “aspirazione alla superiorità”. Il bambino fin da piccolo comprende che non sa fare le cose che sanno fare le persone grandi, è cosciente della sua poca conoscenza del mondo esterno e per questo acquisisce un senso di inferiorità rispetto agli adulti.

La maggior parte dei bambini, sempre secondo Adler, supera con successo tale sentimento di inadeguatezza, mentre coloro che non ci riescono, cercano di mascherare all'esterno (o anche a se stessi) questo loro senso di inferiorità, dandosi delle arie o assumendo un atteggiamento da persone superiori. Dentro di sé, però, questa aspirazione alla superiorità non solo finisce per diventare la motivazione principale della loro vita, ma spesso diventa motivo di disturbi mentali.

È una teoria costruita completamente intorno al cosiddetto “complesso di inferiorità”. Adler descrive e spiega molto bene certi casi, ma sicuramente è in errore quando ne fa un'applicazione generale valida a tutti i casi.

IL MODELLO BIOLOGICO

Per i sostenitori del modello biologico i disturbi mentali trovano le loro radici nelle malattie di carattere organico. Cause delle malattie mentali possono essere anomalie biologiche, difetti genetici, sostanze tossiche, gravi malattie infettive (ad esempio la sifilide), stress ecc.. Il nesso tra mente e corpo può manifestarsi in tanti modi. Ne è prova il fatto che, a volte, persone che subiscono gravi traumi cranici, soffrono poi di turbe psichiche.

A questi motivi può sommarsi, o fungere da detonatore, una causa ambientale. Ad esempio, una persona predisposta geneticamente alla depressione, può diventarlo in seguito alla perdita di una persona cara.

Risulta subito evidente che, almeno in parte, questi studiosi hanno ragione. Una certa percentuale di disturbi mentali (ad esempio certe forme di depressione, di schizofrenia ecc.) si basano sicuramente su motivi biologici o su predisposizioni familiari. Mentre sono in errore quando pretendono di spiegare tutti i casi in termini biologici e fisiologici.

LA TEORIA UMANISTICA- ESSENZIALE

Per i teorici del modello umanistico - esistenziale i disturbi del comportamento discendono dalla mancata realizzazione delle potenzialità individuali.



Per A. Maslow, uno dei più eminenti esponenti di questa corrente, se una persona riesce a soddisfare in modo appropriato i bisogni, che egli indicò nella sua gerarchia, sarà una persona sana ed equilibrata fino a diventare un essere umano nella sua completezza.

Al contrario, se non riesce a realizzarli, può succedere che si senta alienata, angosciata, apatica e cinica. In altre parole, l'insufficiente gratificazione dei bisogni di sicurezza e di realizzazione, può far nascere uno stato d'ansia che, con il passar del tempo, può determinare forme di nevrosi.

È su posizioni analoghe C. Rogers, l'altro noto rappresentante di questa corrente. Per questo studioso fattore fondamentale è il concetto di sé, vale a dire la stima che ognuno ha di sé stesso. Se questo concetto è positivo, tendiamo ad agire e a percepire il mondo in modo positivo, ma se è negativo, cioè ci sentiamo insoddisfatti o irrealizzati, ciò può divenire un motivo di comportamento disturbato.

L'altro rappresentante del modello umanistico, Carl Rogers, invece, afferma che il comportamento patologico è il risultato di un'eccessiva sensibilità che attribuiamo ai giudizi delle persone che ci circondano. Quando l'individuo si preoccupa eccessivamente delle valutazioni e delle aspettative altrui, non segue più in modo adeguato la propria spinta interiore ad autorealizzarsi. Ed è proprio in questa incapacità di raggiungere la pienezza del proprio potenziale che gli umanisti vedono i motivi che determinano i disturbi della personalità.

IL MODELLO DELL'APPRENDIMENTO

Secondo il modello dell'apprendimento i comportamenti patologici vengono appresi esattamente come quelli normali, cioè attraverso il condizionamento classico, il condizionamento operante ed il modelling. Se per caso o per un motivo qualsiasi, noi ci comportiamo in modo "anormale" e questo comportamento riceve un rinforzo (o anche più di uno, vedi condizionamento operante), ecco acquisito un nuovo comportamento buono o cattivo che sia. Ad esempio, i disturbi d'ansia, sempre secondo i teorici di quest'orientamento, vengono appresi non solo tramite esperienze traumatiche dirette, come nel modello del condizionamento classico, ma anche per via indiretta osservando altre persone che reagiscono in modo ansioso davanti a particolari stimoli. Si è scoperto, infatti, che molte persone affette da fobie hanno un genitore o un familiare che manifesta reazione fobiche analoghe e che, quindi, presumibilmente ha svolto funzione di modello.

IL COGNITIVISMO

Questo modello indica le radici delle patologie mentali nel modo in cui concepiamo e percepiamo il mondo. Chi distorce o interpreta erroneamente le proprie esperienze, le intenzioni degli altri e il mondo in cui vive, è destinato ad agire in modo anormale. Un'interpretazione della depressione, ad esempio, attribuisce l'origine di questo disturbo a un particolare set cognitivo e più precisamente ad un pervasivo sentimento di disperazione che sopraffà l'individuo.

È una teoria centrata sull'elaborazione delle informazioni. Ogni individuo guardando la realtà si costruisce una rappresentazione interna delle persone, degli eventi, dei fatti ecc.. Se le persone distorcono le proprie esperienze o si costruiscono degli schemi mentali sbagliati, possono sviluppare un disturbo mentale.

In parole povere, il nostro modo di pensare è alla base dei nostri comportamenti, compresi quelli patologici. Ad esempio, se siamo studenti e ci siamo prefissati di essere a tutti i costi i primi della classe, questo pensiero può condizionarci tutta la nostra vita. Ci spingerà a studiare più degli altri, ci farà trascurare la vita sociale, ci metterà in competizione con gli altri ed infine può creare pesanti sentimenti di frustrazioni, in caso di fallimento.

Per questo motivo i terapeuti cognitivi cercano di modificare i processi cognitivi dei loro pazienti nell'intento di modificarne le emozioni ed i comportamenti.

LA PSICOLOGIA INTEGRATA

Quale di questi modelli è quello giusto o più vicino al vero?

Noi non abbiamo dubbi: anche se ognuna delle teorie su esposte, riesce a spiegare bene alcuni degli aspetti delle malattie mentali, nessuna di esse è completa ed esauriente. In realtà, ognuna di esse ha illuminato una faccia dell'enorme poliedro che costituisce il mondo delle patologie mentali, ma nessuna di esse l'intera realtà.

È come se alcuni pionieri si fossero avventurati separatamente nell'esplorazione di un'isola sconosciuta e che dopo una settimana si fossero ritrovati alla base di partenza. Uno di essi aveva esplorato le montagne e le cime più alte; un secondo aveva seguito il corso del fiume principale segnandone sulla carta gli affluenti ed arrivando alle sorgenti, un altro ne aveva esplorato le spiagge e le coste ed un ultimo si era interessato alle foreste cercando anche le forme di vita esistenti. Chi di essi poteva dire di conoscere veramente l'isola?

È evidente che nessuno di essi si era fatta una visione completa dell'isola; ciò sarebbe stato possibile solo integrando le varie conoscenze ed altre ancora, perché sicuramente c'erano rimaste zone dell'isola non esplorate da nessuno.

Non solo, ma a nostro parere bisogna smetterla di cercare una "formula", un assunto che spieghi l'origine di tutti i disordini mentali. Alla base di questi ultimi ci può essere "il malfunzionamento" di uno qualsiasi dei centinaia di meccanismi psicologici, che regolano il funzionamento della nostra mente.

Se veramente vogliamo capirne di più bisogna cambiare il nostro modo di procedere e smettere di fare discorsi generali. In altre povere, invece di cercare le cause dei disturbi mentali, bisogna studiare, caso per caso, i motivi che possono essere all'origine di un determinato disturbo. Cioè, bisogna smetterla di cercare spiegazioni, formule valide per tutti i casi e concentrarsi sui motivi che possono essere all'origine delle singole patologie; quindi non cercare le cause in generale, ma le cause della depressione, della schizofrenia, delle fobie e così via. È l'unico metodo di approccio che può darci risposte certe e scientifiche. Perciò in questo manuale parleremo delle cause che possono essere all'origine dei disturbi mentali solo nella seconda parte, quando esamineremo singolarmente le varie patologie mentali.

Altri due punti fermi della nostra interpretazione sono: la multi casualità e l'individualità.

MULTICAUSUALITÀ

La maggior parte degli studiosi, indipendentemente dall'indirizzo teorico, è concorde nel riconoscere che la comparsa di una patologia mentale è quasi sempre dovuta al concorso di più fattori. Un disturbo mentale è tipicamente provocato dall'abbinamento di una predisposizione già esistente, con un insieme di circostanze scatenanti. In altre parole i pensieri ed i comportamenti umani emergono dall'interazione di molteplici cause. Quest'idea ovviamente è applicabile anche ai sentimenti e ai pensieri che portano al disturbo mentale.

Non solo, ma i fattori che possono dar luogo ad un determinato disturbo mentale possono essere molteplici. In altre parole, spesso alla base di una sindrome mentale non c'è una sola causa, ma un "ventaglio" di cause, che possono variare da individuo ad individuo. Ad esempio, la tossicodipendenza non è sempre causata da meccanismi di evasione, da scarsa autostima ecc.. A volte il paziente, persona sana e normalissima, diventa tossicodipendente solo perché iniziato all'uso di droghe da un amico.

Altro esempio, l'impotenza sessuale non necessariamente è provocata da "ansia da prestazione", può essere la conseguenza di problemi fisici, di un periodo di forte stress o, addirittura, dipendere dalla partner che è emotivamente fredda.

Si può verificare anche la situazione paradossale di due persone affette dallo stesso disturbo, ma con un'eziologia completamente diversa l'una dall'altra. In una persona, ad esempio, la timidezza può essere causata da un complesso d'inferiorità, in un'altra da un'infanzia difficile dovuta a genitori autoritari e freddi emotivamente.

Ci sono, poi, i meccanismi che contribuiscono a perpetuare il disturbo mentale.

Possiamo, perciò, distinguere tre ordini principali di cause:

1) Le cause predisponenti che sono già presenti molto tempo prima che il disturbo insorga. Appartengono a questa categoria non soli i fattori genetici, ma anche le convinzioni, gli schemi mentali, i modi di reagire agli eventi stessi e alle situazioni stressanti.

2) Le cause scatenanti. Sono gli eventi, o l'evento, che innescano l'esordio del disturbo mentale. Può essere la perdita di una persona cara, la perdita del lavoro, qualsiasi minaccia, reale o immaginaria, un nuovo tipo di responsabilità ecc.. Perché alcune persone che hanno subito un trauma restano bloccate, ed altre, invece, riescono a superarlo? Perché certi individui a cui è successo un incidente aereo hanno continuato a volare, mentre altri non hanno voluto mai più farlo?

Dipende dalle personalità e dalle capacità di reazione del soggetto. Ogni persona reagisce alle richieste dell'ambiente in modo diverso dagli altri.

3) Le cause perpetuanti. Sono gli effetti di un disturbo mentale che contribuiscono a perpetuarlo. In alcuni casi il disturbo può portare gratificazione, come ricevere più attenzione dai familiari, e ciò favorisce il suo mantenimento. Però, nella maggior parte dei casi il disturbo mentale è perpetuato dalle sue conseguenze negative. Una persona sofferente di depressione, ad esempio, può smettere di frequentare gli amici e questa mancanza di relazioni sociali può contribuire a perpetuare, e talvolta ad aggravare, il suo stato depressivo.

L'INDIVIDUALITÀ

Con il termine individualità si intende che, quasi sempre, le cose cambiano significativamente da individuo a individuo. Dato che le cause che possono portare al disturbo mentale sono varie, non necessariamente sono le stesse per tutti i pazienti. Inoltre, spesso i vari fattori si sommano l'un l'altro o interagiscono tra di loro con un effetto enfatizzante. Ad una predisposizione naturale possono aggiungersi cause ambientali che possono essere diverse da soggetto a soggetto.

LE MALATTIE OPPORTUNISTE

Un altro aspetto che la maggior parte degli autori di psicologia clinica manca di mettere in evidenza è la grande capacità di aggregazione dei disturbi mentali. Questi ultimi amano associarsi. La maggior parte delle volte il paziente, infatti, non è affetto da un singolo disturbo, ma da un cocktail di sindromi. Le patologie mentali sono come viandanti fermi ai bordi dell'autostrada, approfittano del passaggio di qualsiasi autobus "malandato", che proceda lentamente, per saltare a bordo. E l'autobus "malandato" non è altro che il paziente che già soffre di un altro disturbo mentale.

Si possono distinguere tre tipi di disturbi, a seconda dell'importanza del loro ruolo:

1) MALATTIA PULLER. È la malattia principale, quella che provoca la maggior parte dei sintomi. Chiaramente ha un effetto trainante sulle altre, nel senso che indebolendo le difese psichiche del soggetto facilita il lavoro delle malattie opportuniste. È molto importante riuscire ad individuarla, perché una volta curata, questa diventa poi più facile procedere al completo recupero del paziente.

2) MALATTIE OPPORTUNISTE. Le malattie tendono ad aggregarsi per "simpatia". Uno stomaco che funziona male, ad esempio, manda avanti il cibo "non lavorato bene", perciò, a lungo andare, ne soffrirà anche l'intestino o il fegato. Lo stesso succede nelle patologie mentali, un soggetto indebolito dalla depressione, ad esempio, può diventare claustrofobico o soffrire di mania di persecuzione. Tutto ciò perché un fisico sfiancato da un male è più esposto di uno sano.

3) MALATTIE PARASSITE. Sono malattie opportuniste come quelle precedenti, però hanno una caratteristica che li distingue: non si presentano mai da sole. In pratica, esistono solo se c'è una patologia principale a sostenerle, per questo motivo raramente le troviamo citate sui manuali clinici. Per lo più sono considerati dei sintomi, non delle patologie.

Un'altra caratteristica che li distingue, è che, di solito, non hanno bisogno di alcun trattamento. Una volta risolta la malattia puller, tendono a scomparire da sole. Esempi di malattie parassite sono: la paura di impazzire, la sensazione di essere spiato, il delirio di persecuzione, la sensazioni di vittimismo (perché è successo proprio a me?) e così via.

Vediamo quanto su esposto in un caso clinico:

Il signor B. era un ragazzo di circa 26 anni, celibe, ricoverato da circa 3 anni con una diagnosi di schizofrenia mal curata con i farmaci in vari ambulatori. Interrogato cominciò ad accusare malanni fisici di tutti i tipi, ma negò decisamente di soffrire di problemi psicologici. Era assolutamente restio a farsi ricoverare in una struttura di tipo psichiatrico; lo si riuscì a fare, solo convincendolo che sarebbe stato curato dei suoi mali fisici.

Proveniva da una famiglia di buon ceto sociale, il padre era un dirigente di una ditta che operava nel campo degli idrocarburi, il fratello maggiore di B. era un ingegnere già abbastanza affermato, mentre la madre era una stimata insegnante delle scuole superiori. Un altro suo fratello, minore di età, frequentava l'ultimo anno delle scuole superiori con ottimi risultati.

Il padre, un uomo molto intelligente e colto, raccontò che B. frequentava l'università quando dovette abbandonarla per l'insorgere della malattia. Aveva cominciato a manifestare problemi di salute che i successivi controlli giudicarono inesistenti. Come sintomi presentava: delirio di persecuzione, difficoltà a socializzare con gli altri studenti universitari, anzi spesso si lamentava che questi lo prendevano in giro chiamandolo in tutte le maniere: fallito, finocchio, pazzo ecc..

Dopo aver lasciato l'università incominciò a non voler restare solo, pretendeva tutta l'attenzione possibile dai suoi familiari che dovevano stare a sentire le sue lamentele sui suoi presunti mali fisici. La mattina non voleva che suo padre andasse a lavorare, a volte lo seguiva fino alla macchina e lo supplicava di non lasciarlo solo.

Chiedeva sempre di essere sottoposto a visite di controllo, ora da uno specialista ora da un altro. I suoi familiari cercavano di comprenderlo e di ascoltarlo, ma era chiaro che erano

abbastanza stressati dai suoi comportamenti e dalla sua mania nel volerli tenere sempre vicini a sé. Li accusava in continuazione di abbandonarlo o di non prendere sul serio i suoi mali.

Dopo un po' di tempo iniziò a sentire delle voci che lo condannavano o lo incolpavano, aggravando sempre di più il suo delirio di persecuzione. Accusava, infatti, gli altri di parlare male di lui. Arrivò fino al punto di andare vicino a degli sconosciuti e di accusarli che stessero parlando male di lui.

Rifiutava di prendere le medicine perché riteneva di non avere malattie mentali, ma solo problemi di carattere organico.

Ricoverato in ospedale cercò di ricreare la stessa situazione che aveva a casa sua. Pretendeva per sé tutta l'attenzione dei medici, li accusava in continuazione di trascurarlo e di dedicare il loro tempo solo agli altri (era vero il contrario, gli dedicavano più tempo che agli altri pazienti), accusava gli altri di parlare male di lui, chiedeva di essere visitato ora da un cardiologo, il giorno dopo da un allergologo ecc..

È abbastanza chiaro che la MALATTIA PULLER in questo caso, è determinata da sentimenti di fallimento e di inferiorità rispetto agli altri membri della famiglia (anche se si tratta chiaramente di un soggetto schizofrenico). B. aveva iniziato gli studi universitari, ma dopo circa due anni non aveva superato che un solo esame. Ciò lo aveva fatto sentire la pecora nera della famiglia. Si era paragonato agli altri membri della famiglia, ma dal confronto era uscito nettamente perdente. I suoi familiari avevano tutti raggiunto un certo successo nel loro campo.

L'autostima del paziente aveva cominciato a ridursi a mano a mano che l'insuccesso negli studi era apparso sempre più evidente. A peggiorare le cose c'era il fatto che egli aveva scelto, su sollecitazione della famiglia, la facoltà di medicina, notoriamente difficile. Quando non era più riuscito a giustificare a se stesso e agli altri, il suo insuccesso aveva cominciato accusare malanni fisici.

LE MALATTIE OPPORTUNISTE. L'ipocondria, cioè si credeva malato, mentre in realtà non lo era. Egli si dava malato per giustificare il suo insuccesso: "se mi sono ritirato dagli studi è perché sono malato, non perché sono un incapace o un fallito". Perché negava di soffrire di disturbi mentali?

Per un motivo molto semplice: perché le malattie mentali sono comunemente considerate infamanti e ritenute, almeno in parte, volontarie.

Un'altra malattia opportunistica presente in questo soggetto, è il complesso di inferiorità di B. verso i suoi familiari. Tutti avevano avuto successo, tutti avevano avuto dei buoni voti, tranne lui.

LE MALATTIE PARASSITE. Ce ne sono molte: la paura di essere abbandonato dai familiari (per questo non voleva far andare suo padre al lavoro, per paura che lo "mollasse").

Le allucinazioni, il delirio di persecuzione erano dovuti, in parte al suo timore di essere scoperto nel "suo sporco gioco", in parte ai suoi sensi di colpa. Egli temeva che potessero interpretare i suoi problemi come una conseguenza del suo fallimento negli studi. Egli chiedeva altre visite mediche specialistiche perché tentava di convincere prima se stesso e poi gli altri che non stava mentendo, che i suoi mali erano davvero fisici.

Rifiutava di prendere gli psicofarmaci per due ragioni: 1) Perché voleva convincere gli altri che i suoi malanni erano fisici. 2) Perché, in fondo, egli non voleva guarire, perché guarire significava:

affrontare di nuovo i suoi fallimenti negli studi o peggio dover ritornare all'università e doversi riconfrontarsi con le sue incapacità.

Un'altra malattia parassita, presente in questo caso, è la paura di essere scoperto. È chiaro che il giovane ha paura che i familiari e la gente intuiscono la verità, e quindi lo ritengano un fallito, un vigliacco, un immaturo. Le sue allucinazioni, il sentire le voci, erano dovute sia ai suoi pesanti sensi di colpa, sia alla paura che, nonostante tutte le sue strategie, gli altri avessero scoperto o sospettassero la verità. Per questo motivo incolpava spesso gli altri di parlare male alle sue spalle.

Era chiaro che bisognava curare prima la sua schizofrenia con dei farmaci e poi intervenire sugli altri aspetti con la psicoterapia. Soprattutto bisognava convincere il paziente a lasciare i suoi studi universitari (con una motivazione che non mettesse in risalto il suo fallimento) ed intraprendere un'attività o un lavoro facile e gratificante, che gli facesse riacquistare la fiducia in se stesso.

MA NON ESISTONO SOLO LE CAUSE

Nonostante l'argomento sia già così complesso, se si vuole comprendere a fondo i disturbi della personalità bisogna tenere conto anche di altri fattori:

FATTORI di FACILITAZIONE. Oltre alle cause esistono anche i "fattori di facilitazione", cioè dei meccanismi che facilitano l'acquisizione di disturbi.

Il primo di questi fattori è senz'altro l'emulazione (lo abbiamo visto a proposito delle teorie comportamentali). Quante persone hanno una fobia per i serpenti senza averne visto uno?

Indagando, poi, nella loro vita si scopre che hanno acquisito dalla madre questa paura.

Nell'aggressività la presenza di armi a portata di mano è un fattore di facilitazione alla violenza. Altro esempio, la presenza in famiglia di una persona con gravi problemi psichici è destabilizzante per l'equilibrio psicologico della famiglia.

Altri fattori che possono favorire l'insorgere di disturbi mentali sono: - Gravi problemi economici, in particolare lunghi periodi di disoccupazione (cioè vivere per anni di espedienti e non riuscire a trovare un lavoro stabile), la mancanza di una casa, sia pure piccola e modesta, in cui vivere ecc.. Vari studi hanno messo in evidenza che i senz'altro, specialmente se la loro condizione si protrae per molti anni, sono soggetti ad alto rischio di patologie mentali.

- L'aggressività repressa. Provare sentimenti aggressivi verso qualcuno che ci tiranneggia, a lungo andare ci può dare dei problemi.



- Vivere in ambienti degradati con alto indice di criminalità, in famiglie numerose con gravi problemi economici, avere un padre alcolizzato ecc., sono tutti fattori che predispongono alle malattie psichiche.

- Lo stress. È il fattore di facilitazione per eccellenza. Un individuo stressato non solo è più esposto alle malattie organiche, per via dell'abbassamento delle sue difese immunitarie, ma anche a quelle mentali. Lo stress costituisce spesso il primo stadio di molti disturbi mentali, in particolare della depressione

INCENTIVI O RINFORZI. Spesso i comportamenti patologici vengono in qualche modo rinforzati dai familiari del paziente. L'esempio più semplice è quello dell'individuo ipocondriaco che ricevendo quell'attenzione, che non ha mai avuto, dai suoi familiari, si sentirà gratificato per questo. In fondo la sua è stata una strategia vincente, perché è riuscito ad ottenere quello che voleva: portarsi al centro dell'attenzione. Altro esempio è quello del bambino che fa la pipì a letto per richiamare l'attenzione dei suoi genitori. Se la sua strategia avrà effetto, la rifarà di nuovo.

Bisogna stare attenti a non rinforzare proprio quei comportamenti che si vorrebbero estinguere.

L'AUTOSUGGESTIONE. È un meccanismo mentale, spesso sottovalutato, ma che gioca un ruolo molto importante nei disturbi della personalità. Ad esempio, la fobia di volare è dovuta spesso al fatto che ci autosuggeriamo con certe immagini: "ci vediamo già in alto tra le nuvole e tutto, sotto di noi è piccolo e lontano, pensiamo a cosa succederebbe se l'aereo cadesse o, addirittura, ci vediamo già cadere nel vuoto terrorizzati".

Spesso la differenza tra un pilota coraggioso ed uno codardo è nel fatto che il primo non pensa mai che può cadere, che l'aereo si può guastare o che può succedere un incidente, il secondo ci pensa spesso.

In un famoso racconto, Puskin parla di un giovane che scommise con gli amici che avrebbe piantato un chiodo vicino ad un albero dentro il cimitero a mezzanotte. La qual cosa fece la sera stessa, ma al momento di andare via, si sentì tirare per la tunica. L'indomani lo ritrovarono morto per infarto vicino all'albero dove aveva piantato il chiodo. Era successo che nella fretta aveva inchiodato un lembo del proprio mantello vicino all'albero. Sarebbe bastato che si fosse girato indietro.

Che cosa aveva causato in lui una paura così terrificante da ucciderlo, visto che non c'era nessuno in giro? Chiaramente l'autosuggestione, si era immaginato già ghermito da spiriti, da scheletri o da altro che volevano trascinarlo nell'oltretomba.

LA CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI PSICHICI

Da molto tempo si è cercato di classificare le malattie mentali, in quanto ciò consente di ordinarle e di descriverle per raggruppamenti di sintomi. Classificare, ad esempio, un disturbo come la schizofrenia significa che la persona che ne è affetta parla in modo incoerente, soffre di allucinazioni o di deliri, a volte manifesta emozioni inappropriate o cade in stati di assoluta apatia. Il sistema diagnostico attualmente più usato negli Stati Uniti, e nel mondo, si basa sul "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", meglio conosciuto come DSM- IV.

Il DSM IV propone una classificazione per asse, che sono:

ASSE I

Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza (disturbi dell'apprendimento, disturbo delle capacità motorie, disturbo da deficit di attenzione ecc.)

Delirium, demenza, disturbi amnestici e altri disturbi cognitivi

Disturbi correlati a sostanze (disturbi correlato all'alcol, disturbi correlati alle anfetamine, disturbi correlati alla caffeina, disturbi correlati alla cocaina ecc.).

Schizofrenia e altri disturbi psicotici (Schizofrenia, disturbo delirante, disturbo psicotico breve ecc.)

Disturbi dell'umore (disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale)

Disturbi dell'ansia (disturbo da panico, fobia specifica, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post traumatico da stress, disturbo d'ansia generalizzato ecc.)

Disturbi somatoformi (Disturbo di somatizzazione, disturbo di conversione, ipocondria, disturbo di dismorfismo corporeo, disturbo algico)

Disturbi fittizi

Disturbi dissociativi (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo da personalità multipla ecc.)

Disturbi sessuali e dell'identità di genere (disturbi da desiderio sessuale, disturbo da avversione sessuale, disturbo dell'eccitazione sessuale (femminile e maschile), disturbo dell'orgasmo (femminile e maschile), disturbo da dolore sessuale ecc.. Parafilie: esibizionismo, feticismo, frotteurismo, pedofilia, masochismo sessuale, sadismo sessuale, voyeurismo, feticismo da travestimento)

Disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa)

Disturbi del sonno (disturbi primari del sonno, disturbi dovuti a una condizione medica generale)

Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove (cleptomania, piromania, gioco d'azzardo patologico ecc.)

Disturbo dell'adattamento

ASSE II

Ritardo mentale

Disturbi della personalità (disturbo paranoide di personalità, schizoide di personalità ecc.)

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica.

Pur riconoscendo i meriti e la validità di questo manuale, proponiamo una nostra classificazione, a nostro giudizio più semplice e lineare.

LA CLASSIFICAZIONE ITALIANA

Abbiamo classificato i disturbi in gruppi, in base a quella che è la loro caratteristica principale

I DISTURBI D'ANSIA. Sono caratterizzati dal fatto che il sintomo più rilevante è l'ansia o la paura.

Essi sono:

Il disturbo d'ansia generalizzata.

Le fobie.

I disturbi ossessivi compulsivi.
Disturbi di panico.
I disturbi somatoformi.
L'avarizia patologica.

I DISTURBI DELL'UMORE. Sono caratterizzati da alterazione dell'umore che può essere depresso, ma talvolta anche maniaco.
Sono: la depressione unipolare e la depressione bipolare.

I DISTURBI DISSOCIATIVI. Il sintomo principale è la dissociazione o fuga dalla realtà. Essi sono:
L'amnesia psicogena.
La fuga psicogena.
La personalità multipla.
Le schizofrenie.
Il comportamento suicida.

I DISTURBI DELLA SOCIALITÀ. La caratteristica essenziale dei disturbi della socialità è un quadro pervasivo di deficit sociali ed interpersonali, talvolta accentuati da disagio acuto nelle relazioni. Essi sono:
Il disturbo narcisistico di personalità,
Il disturbo evitante di personalità,
Il disturbo antisociale di personalità,
Il disturbo schizoide di personalità,
La gelosia morbosa o delirante.

LE DIPENDENZE. Sono disturbi caratterizzati dall'uso di sostanze e dalla presenza di comportamenti compulsivi.
Esse sono:
I disturbi correlati all'alcol
I disturbi da uso di sostanze (le tossicodipendenze)
La dipendenza da gioco patologico.

I DISTURBI DA STRESS. Sono disturbi originati da traumi o da stress cronico. Questi sono: I
Disturbi da stress post-traumatico,
I disturbi da stress (cause lunghe)
I disturbi del sonno

LE DISFUNZIONI SESSUALI. Sono piuttosto numerose (non trattate in questo manuale per motivi di spazio).
Le più comuni sono:
Feticismo: è una perversione sessuale che interessa solo i maschi. Il soggetto affetto da tale disturbo si eccita alla presenza di indumenti intimi femminili (talvolta di alcune parti del corpo femminile, come capelli, piedi ecc.).

Pedofilia: i pedofili sono adulti che rivolgono le loro attenzioni verso bambini di sesso opposto (talvolta dello stesso sesso). È una pratica fortemente condannata nella nostra società perché causa nei bambini traumi e danneggiamenti.

Esibizionismo: gli esibizionisti, quasi sempre maschi, godono ad esporre i propri genitali davanti a persone di sesso opposto.

Sadismo e masochismo: il sadico prova piacere fino all'orgasmo ad infliggere pene o punizioni al suo partner. Il masochista, al contrario, è gratificato dall'essere sottoposto a pratiche dolorose.

Zoofilia: è una forma di perversione per cui si hanno rapporti sessuali con animali.

I DISTURBI DELLA SESSUALITÀ.

Questi sono: l'impotenza, incapacità di avere o tenere a lungo l'erezione da parte dell'uomo.

La frigidità, l'assoluta mancanza di piacere da parte della donna nell'atto sessuale.

L'eiaculazione precoce, quando l'uomo è incapace di "resistere" a lungo, ma ha l'orgasmo subito o dopo qualche minuto che è avvenuta la penetrazione.

L'omosessualità e la masturbazione non sono più considerati dei disturbi dalla psicologia contemporanea.

I DISTURBI DELLO SVILUPPO. Sono disturbi che esordiscono nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza, cioè nella fase di sviluppo, ossia da 0 a 20 anni.

Essi sono: I disturbi dell'apprendimento.

I disturbi di controllo comportamentale.

Il ritardo mentale.

L'autismo.

La schizofrenia infantile.

La depressione infantile.

I DISTURBI DELLE ABILITÀ MENTALI. Si tratta di patologie che riguardano le capacità mentali che compongono la nostra mente.

Essi sono: I disturbi da deficit di attenzione,

I disturbi della memoria,

I disturbi dell'intelligenza (ritardo mentale),

I disturbi dell'immaginazione,

I disturbi della volontà,

I disturbi della percezione,

I disturbi della produzione (le balbuzie).

Vengono poi le patologie dell'inconscio, che sono:

I disturbi dell'inconscio collettivo (disturbi dell'alimentazione: anoressia, bulimia),

I disturbi dell'inconscio sociale,

I disturbi del super-io,

I disturbi dell'inconscio individuale.

CAPITOLO II

LA DIAGNOSI



Le procedure di valutazione clinica sono i mezzi per scoprire “che cosa non va” in una persona, individuare il disturbo o i disturbi da cui questa è affetta e quali possono esserne le cause. Nella teoria medica il processo che porta a definire il disturbo mentale di cui una persona soffre è indicato col termine diagnosi. Costituisce il primo passo per cominciare una psicoterapia, ma anche l’elemento cruciale. La diagnosi ci permette impostare un piano terapeutico e le modalità di trattamento. Perciò la classificazione e la diagnosi sono due momenti essenziali nella cura dei disturbi mentali. Senza un sistema che consente di identificare le persone che sono affette da disturbi simili, diventerebbe impossibile accumulare conoscenze sulle cause e sull’efficacia dei trattamenti.

I METODI

Esistono vari metodi per “far conoscenza” col paziente, vediamoli brevemente uno alla volta.

L’INTERVISTA

È il metodo più antico, quello classico. Sia pure con modalità diverse, è il metodo più usato dai terapeuti dei vari orientamenti. Lo usano quelli di scuola psicoanalitica, quelli che seguono le teorie comportamentali, cognitive ecc.. È il principale mezzo di diagnosi ed anche di terapia.

Con il termine intervista si intende una conversazione in cui una persona, l’intervistatore, usa il linguaggio come mezzo principale per conoscere l’intervistato, ed in particolare per scoprire certi aspetti della sua personalità.

Per condurre un buon colloquio clinico sono necessarie molte cose. Innanzitutto l’operatore deve conquistare la fiducia del paziente. Indipendentemente dal loro orientamento, infatti, quasi tutti i teorici clinici sono concordi nell’attribuire grande importanza alla qualità della relazione che si stabilisce col paziente. Nessuno soggetto è disponibile a rivelare senza alcuna difficoltà informazioni riservate ed intime su di sé, se non ha un minimo di fiducia nel suo interlocutore.

Per secondo l’intervistatore deve porre particolare attenzione a come il paziente risponde, o non risponde, alle sue domande. Cogliere se egli è nervoso, se è imbarazzato o se cerca di evitare un determinato argomento perché non vuole rivelare, ad esempio, i suoi problemi coniugali. Sarà attento anche al linguaggio non verbale, se si mangia le unghie, se si tormenta le mani ecc.. Sono tutte cose che possono dire molto sulla personalità dell’intervistato.

Molti clinici ritengono che bisogna porsi in una sorta di sintonia empatica con i pazienti allo scopo di farli aprire e di incoraggiarli ad elaborare quanto li preoccupa. I clinici che applicano le teorie umanistiche si avvalgono di tecniche per aiutare il paziente a superare le difficoltà di riferire eventi imbarazzanti o dolorosi della loro vita.

Le interviste diagnostiche possono essere più o meno strutturate. Di solito le modalità di raccolta delle informazioni è lasciata all'abilità e all'inventiva dell'operatore, tuttavia è bene, a seconda del paziente e del disturbo, tenere alcuni punti fermi. Se siamo in presenza di una persona depressa, ad esempio, è bene approfondire ogni aspetto che riguarda tale disturbo e individuare tutti i motivi che potrebbero esserci alla sua base.

Naturalmente, ogni clinico, in base alla propria esperienza, sviluppa un proprio metodo personale di porre le domande, perciò quanto meno è strutturato il colloquio, tanto più il clinico potrà basarsi sulla propria intuizione ed esperienza. Ne consegue che l'affidabilità delle interviste iniziali è bassa, in quanto due operatori diversi possono arrivare anche a conclusioni diverse (e porre diagnosi diverse). Ma a ciò non c'è rimedio, perché non esiste alcun metodo per condurre le interviste in modo standardizzato, in modo che abbiano valore universale.

La cosa importante è che, nel raccogliere le informazioni il processo sia autocorrettivo, nel senso che se nel primo colloquio si interpreta in modo sbagliato ciò che dice il paziente, negli incontri successivi si possono chiarire tutti gli aspetti alla base degli equivoci.

Come pure un buon clinico è molto attento al linguaggio non verbale: se il paziente è nervoso o no, se si sente imbarazzato, se cerca di fuorviare il discorso ecc.. Altre fonti importanti, spesso trascurate, sono rappresentate dall'abbigliamento (che è molto indicativo della personalità), dal portamento, dall'andatura, dall'aspetto ecc..

L'INTERVISTA STRUTTURATA. In alcune occasioni, soprattutto quando il clinico nelle sue valutazioni diagnostiche si basa sul DSM, è bene raccogliere le informazioni in modo standardizzato. Per rispondere a questa esigenza alcuni ricercatori hanno messo a punto forme strutturate di colloquio. Il più noto è lo SCID (Structured clinical Interview) per il DSM IV, che aiuta gli operatori a prendere decisioni diagnostiche. L'indubbio vantaggio di questo modo di condurre l'intervista è che non viene trascurato alcun aspetto della personalità del paziente. E ciò è un'enorme vantaggio, soprattutto nei primi incontri.

Lo SCID è un questionario ramificato, ciò significa che sono le risposte del paziente a determinare via via quale sarà la domanda successiva. Inoltre contiene dettagliate istruzioni per l'operatore, indicando quando è necessario approfondire e quando è meglio passare a domande concernenti un'altra diagnosi.

I TEST PSICOLOGICI

I test psicologici sono dei questionari volti a misurare il rendimento di un soggetto in un compito particolare o valutarne alcune caratteristiche della personalità. I dati raccolti vengono, poi analizzati per individuare le tendenze emergenti dalle risposte e confrontarle con la norma statistica. Esistono vari tipi di test.

- **TEST PSICOATTITUDINALI** - Sono quelli che si usano per selezionare il personale in qualsiasi settore. Sono stati, e lo sono tuttora, utilizzati dalle Università per ammettere ai propri corsi gli allievi, dalle imprese per assumere il personale, dalle amministrazioni pubbliche o dalle scuole per valutare le potenzialità di studenti, impiegati e operai.

- **TEST D'INTELLIGENZA.** Hanno l'obiettivo specifico di misurare il cosiddetto QI (quoziente intellettivo). I moderni test d'intelligenza derivano da un test sviluppato in Francia nel 1905 da A.

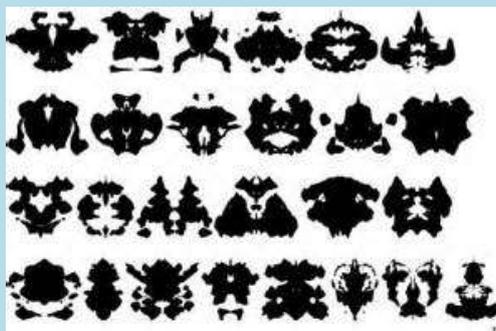
Binet e dal suo assistente T. Simon. Lo scopo dei due ricercatori, che lavoravano per conto del Ministero della Pubblica Istruzione, era quello di individuare i bambini che non traevano il dovuto profitto dallo studio. Il test consisteva in una serie di quesiti e di problemi appositamente formulati per valutare la memoria, l'estensione del vocabolario e delle conoscenze generali, l'abilità di calcolo, il senso del tempo, la capacità di connettere varie idee e così via.

Lo psicologo Lewis Terman tradusse e modificò il test Binet-Simon negli USA. Il test pubblicato nel 1916 prese il nome di "Scala di Stanford-Binet" diventando in breve tempo il primo test d'intelligenza ad avere larga diffusione nel Nord America. La novità più importante che egli introdusse fu l'aggiunta di una formula che consentiva di calcolare il quoziente intellettivo, detto **QI**, che si otteneva dividendo l'età mentale del ragazzo con l'età cronologica. Questa relazione era espressa con la formula $QI = \text{Età mentale} / \text{Età cronologica} \times 100$ (il **QI** era moltiplicato per 100 al solo scopo di eliminare le frazioni). Se, ad esempio, l'età mentale di un bambino è 10 e la sua età cronologica è 8, allora il suo $QI = (10:8) \times 100 = 125$.

Lo Stanford-Binet è stato più volte rivisto nel corso degli anni ed è ancora oggi molto usato, anche se attualmente i test d'intelligenza più diffusi sono una versione aggiornata di un altro test, quello di David Wechsler. Nel 1939 egli pubblicò il test Wechsler-Bellevue, il cui scopo principale era quello di adattare lo Stanford-Binet agli adulti, dato che quest'ultimo era stato studiato per bambini. Da questo test discendono le due scale d'intelligenza attualmente più usate che sono la **WISC** (Wechsler intelligence scale for children), pubblicata nel 1949 e rivista nel 1974, e la **WAIS-R** (Wechsler adult intelligence scale) aggiornata nel 1981.

La scala **WAIS**, costituita da 11 subtest, è diventata il test di intelligenza più diffuso per adulti somministrato individualmente. Al pari dello Stanford-Binet è assai attendibile, ma deve essere somministrato da operatori bene addestrati. Un vantaggio importante è che esso saggia separatamente l'abilità verbale e l'abilità di esecuzione. Dato che i soggetti che hanno avuto poche possibilità educative e culturali spesso ottengono risultati peggiori nei test verbali rispetto ai test di esecuzione. La **WAIS** serve anche a stimare quello che sarebbe stato il loro punteggio in un ambiente più favorevole.

- **TEST DELLA PERSONALITÀ**. Sono i test più conosciuti al grande pubblico, in quanto spesso sono riportati sulle riviste, in particolare da quelle che si rivolgono a un pubblico femminile. Consistono in una serie di domande che riguardano tratti e struttura della personalità.



I test più usati a livello diagnostico, invece, sono:

- **I TEST PROIETTIVI** - I più noti sono le macchie di inchiostro di Rorschach (vedi figura sopra) ed il Test di Appercezione Tematica (TAT). Nel primo test vengono mostrate al soggetto

dodici macchie simmetriche che presentano stimoli ambigui e per ognuna viene chiesto quali figure o quali oggetti vede in esse. Furono inventate dallo psichiatra svizzero Rorschach che durante una gita in campagna con i due figli, notò che ciò che essi vedevano nelle nuvole rifletteva la loro personalità.

Il TAT funziona in modo analogo. Viene mostrata all'esaminato una serie di disegni e di xilografie raffiguranti persone e situazioni di diversi gradi di ambiguità, poi, gli viene chiesto d'inventare una storia per descrivere ciascuna tavola. Alla base di questi test c'è l'assunto che nel raccontare le storie i pazienti proiettano nelle immagini i loro desideri, le loro fantasie ed i loro conflitti.

Un'evoluzione dei test proiettivi è Il Roberts Apperception Test for Children (1982). Simile al TAT presenta al bambino immagini di bambini e famiglie su ciascuna delle quali si racconta una storia. Però, a differenza del TAT, presenta criteri oggettivi per l'attribuzione del punteggio, nonché dati normativi per determinare se il tipo di risposte del bambino è normale.

I QUESTIONARI DELLA PERSONALITÀ. Sono usati in psicoterapia per inquadrare meglio la personalità del paziente o chiarirne alcuni aspetti.

Il più famoso è MMPI (Minnesota Multiphasic Personalaty Inventory) che fu elaborato negli anni '40 come strumento per semplificare la diagnosi differenziale dei pazienti psichiatrici. È usato ancora oggi non solo per la sua completezza e validità, ma perché permette la diagnosi differenziale di un gran numero di persone (come succede spesso nelle strutture pubbliche) per le quali non sono realizzabili singole interviste cliniche.

Anche se nato come mezzo economico per rilevare le patologie mentali, l'MMPI è un test multifasico nel senso che è stato costruito in modo da individuare differenti tipi di problemi psicologici. Questo test è largamente usato per fare lo screening di vasti gruppi di popolazione per i quali non sarebbe stato possibile ricorrere a procedure basate su colloqui individuali.

Per migliorarne l'affidabilità e la validità, il MMPI è stato riveduto nel 1989. È nata così la versione MMPI-2. Molte sono le modifiche introdotte: nel campione originario non erano rappresentate le minoranze razziali. Nella nuova versione, infatti, la standardizzazione fu operata su un campione più vasto e rappresentativo dei gruppi razziali presenti negli Stati Uniti; vari item che contenevano allusioni a funzioni intestinali, urinarie o alla religiosità sono stati eliminati. È stato completamente eliminato dal linguaggio la precedente connotazioni sessista, sono state introdotte nuove scale attinenti all'abuso di sostanze e così via.

VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE E COGNITIVA

I clinici d'orientamento comportamentale e cognitivo sono interessati soprattutto a quattro insiemi di variabili, spesso indicati con la sigla SORC: la S sta per stimoli, ovvero le variazioni ambientali del periodo precedente alla nascita del problema; la O sta per organismo e indica i fattori fisiologici e psicologici che si presume operino "sotto pelle"; la R si riferisce alle risposte esplicite che il paziente dà nei colloqui con il terapeuta (alle quali va gran parte dell'attenzione dei clinici comportamentali); la C si riferisce alle conseguenze, ossia a quegli eventi che sembrano agire come rinforzo o punizione del comportamento in questione.

Anche se l'intervista resta il punto centrale per la valutazione clinica dei teorici comportamentali, essi hanno sviluppato altre due tecniche molto valide dal punto di vista metodologico: l'osservazione diretta e l'auto descrizione.

L'OSSERVAZIONE DIRETTA. Si basa sull'osservazione del comportamento del soggetto, in particolare dei bambini, in una grande varietà di situazioni.

La difficoltà più grande di questo metodo è che non sempre si può prevedere dove e quando il comportamento, oggetto di studio, si verificherà. Per questa ragione molti terapeuti creano situazioni artificiali in laboratorio o nel loro studio.

L'ideale, comunque sarebbe quello di poter osservare il comportamento allo "stato naturale", cioè nell'ambiente dove lo stesso si verifica abitualmente (o vedere come un individuo o un'intera famiglia reagisce a determinati stimoli).

La critica più seria a questa tecnica è che le persone, quando sono consapevoli di essere osservate, si comportano in modo diverso da come fanno solitamente. Ad esempio Zeigob, Arnold e Forehand (1975) hanno riscontrato che delle madri, quando sapevano di essere osservate, si comportavano in modo più positivo verso i loro bambini, che non quando le osservazioni erano fatte a loro insaputa. Allo scopo di superare, almeno parzialmente, questo handicap si usano vetri monodirezionali o telecamere nascoste ecc.. Ciò non risolve del tutto il problema, i soggetti, infatti, pur non vedendo gli sperimentatori, sono consapevoli di essere osservati, in quanto per legge devono dare il loro assenso.

QUESTIONARI di AUTODESCRIZIONE. I metodi di valutazione cognitiva più usati sono i questionari di auto descrizione. Essi hanno lo scopo di sondare un ampio spettro di cognizioni, come la paura di una valutazione negativa, la tendenza a pensare in modo irrazionale o il formulare inferenze negative sulle proprie esperienze. In un certo senso può essere considerata una variante del metodo precedente, in quanto si procede lo stesso all'osservazione del comportamento, ma invece di essere fatta dallo psicologo, è fatta dal soggetto stesso.

Questo sistema fu usato per la prima volta per trattare casi di tabagismo. I soggetti segnavano su un quaderno il momento in cui accendevano ogni sigaretta prima dell'inizio del trattamento, durante e dopo il trattamento.

Variante di questa tecnica sono gli inventari di auto descrizione. Ad esempio, MC Fall e Lillsand usavano un inventario contenente 35 item centrati sulla capacità del soggetto di rifiutare richieste irragionevoli. Ciascun item descriveva una situazione specifica poi, si chiedeva alla persona se avesse rifiutato o no a questa richiesta. In base alla risposta, ci si poteva fare un'idea abbastanza fedele della personalità del soggetto.

LA VALUTAZIONE PSICOANALITICA

Anche per gli psicoanalisti punto centrale della valutazione clinica resta l'intervista, però essi hanno sviluppato due tecniche che ben presto sono diventate molto note: il metodo delle associazioni libere e l'interpretazione dei sogni.

IL METODO DELLE ASSOCIAZIONI LIBERE. Inventato da Freud e perfezionato da Jung, il metodo consiste in questo: il terapeuta dice una parola (in genere, si scelgono parole significative) ed il paziente risponde che cosa gli viene in mente in quel momento. L'importante di questo metodo è che egli risponda con immediatezza, senza pensarci su. Cioè, se il paziente, che ascolta rilassato su un divano, diventa razionale, il metodo perde la sua efficacia.

Facciamo un esempio: "Lo psicologo dice: neve; il paziente risponderà: bianco, candore, neve, inverno, purezza, bambina ecc..

L'associazione di idea tra neve e bianco, candore, inverno, è elementare. Tra neve e purezza, è allegorica. Tra neve e bambina, è simbolica. La neve fa pensare a qualcosa di immacolato, e cioè alla purezza, la purezza ad una bambina. La neve è il simbolo della bambina.



Il simbolo ha un ruolo importantissimo nella vita dell'uomo. È una particolare rappresentazione, carica di significato affettivo ed emotivo. Per esempio: treno è simbolo d'evasione, fiume può essere simbolo di forza di calma, vetta di una montagna simbolo d'orgoglio ecc.” (P. Daco), 1965.

Il sistema, però, non è applicabile a tutti i pazienti, alcuni sono freddi e razionali, si bloccano e non sono capaci di andare avanti.

In secondo luogo, per utilizzare questo modo bisogna conoscere bene il simbolismo, gli archetipi, oltre alla cultura del paziente (infatti non è difficile che per un paziente un simbolo abbia un valore diverso da quello della cultura dominante, ciò è particolarmente vero per gli immigrati di altri continenti).

L'INTERPRETAZIONE DEI SOGNI. L'analisi dei sogni è una tecnica analitica con cui il terapeuta guida il paziente prima a ricordare e poi ad analizzare i sogni. Freud riteneva che durante il sonno le difese del super-io si allentano, permettendo al materiale rimosso di emergere. È uno dei metodi più importanti utilizzati dagli psicoanalisti, in quanto i sogni sono considerati espressione diretta dell'inconscio e, quindi, il mezzo più semplice per arrivarci.

Alcuni credono che dal momento che il sogno è simbolico, basta possedere una specie di dizionario dei simboli, per spiegare il sogno stesso. Non c'è niente di più falso. Il sogno è qualcosa di personale e, perciò, come tale va interpretato in rapporto alla persona. “Lo stesso elemento onirico avrà un significato diverso per il ricco, l'ammogliato e, diciamo pure, l'oratore da una parte, e per il povero, lo scapolo, il commerciante dall'altra” Freud, 1900.

“Un paziente dopo aver parlato a lungo del colore bianco che aveva notato in uno dei suoi sogni, andò in collera. A prima vista, si poteva credere che il colore bianco corrispondesse ad un simbolo elementare, quale la purezza, purificazione ecc.. Ora, il paziente disse: “Per me il bianco è il colore più disgustoso che esista. È il colore della resa.”

Si vede dunque che se l'analista avesse applicato ipso facto a questo colore bianco il simbolo che gli avrebbe dato un “dizionario”, avrebbe potuto mordersi le mani qualche minuto più tardi”, P. Daco, 1965.

È dello stesso parere C. Jung : “Bisogna interpretarli in relazione al particolare individuo che li ha fatti. Mettere una chiave in una serratura per un paziente può rappresentare l'atto sessuale, mentre per un altro può indicare l'inizio di una nuova vita.”

Il principale difetto di questa tecnica, a nostro parere, è che si tratta di un metodo poco affidabile. Cercare capire la personalità del paziente attraverso i sogni è come camminare su un terreno scivoloso, in quanto ci si può sbagliare con facilità. Non è un sistema del tutto scientifico. Può

essere usato come supporto, per confermare una diagnosi o un quadro di informazioni, ma mai come unico metodo di valutazione clinica.

Un altro difetto di questo metodo è che spesso il paziente non ricorda i sogni; altre volte non fa sogni significativi nel periodo in cui si sta procedendo alla diagnosi. Le difficoltà che si possono incontrare sono molteplici.

L'AIUTO DEI FAMILIARI



Non sempre le informazioni raccolte tramite le interviste sono affidabili. Il paziente spesso dà un'immagine di sé positiva, cerca di giustificare sé stesso o offre una versione “addomesticata” degli eventi. Perciò il clinico farebbe bene a raccogliere informazioni su di lui dai familiari, anche se la cosa va condotta con molta discrezione.

Il modo più semplice è quello di chiederglielo: “A questo punto la prassi del nostro studio prevede un incontro con uno dei suoi familiari, non potrebbe far venire sua moglie uno di questi giorni?”

Chiaramente bisogna rassicurarlo che non si rivelerà al familiare niente di quanto si è detto nel corso delle sedute, ma che si vuol dare solo delle indicazioni su come impostare i rapporti correttamente all'interno della famiglia. Inoltre, bisogna rassicurarlo che è una formalità, che sarà un colloquio breve ed informale e che serve soprattutto per studiare l'ambiente in cui egli vive.

Ovviamente, se il paziente si dimostra assolutamente contrario e si rifiuta, si abbandonerà l'idea.

Lo scopo di convocare un familiare è quello di conoscere il paziente, non attraverso le sue parole, ma come lo vedono gli altri e chi lo conosce da anni. In effetti, è il vecchio sistema di “sentire le due campane”, cioè una volta sentite le ragioni del paziente, sentiamo anche quelle della sua famiglia. Sicuramente le sorprese saranno molte, si scoprirà che spesso il paziente si è fatto passare per vittima senza esserlo nella realtà.

CAPITOLO III

I DISTURBI D'ANSIA

I disturbi d'ansia sono caratterizzati dal fatto che il sintomo più rilevante è l'ansia. Secondo il DSM IV sono: i disturbi fobici, i disturbi ossessivo compulsivi, i disturbi da ansia generalizzata, disturbi da attacchi di panico, disturbi post traumatici da stress. Da quest'elenco abbiamo escluso i disturbi post traumatici da stress, che abbiamo trattato in un capitolo a parte, mentre abbiamo aggiunto i disturbi ipocondriaci, i disturbi somatoformi e l'avarizia patologica.

I DISTURBI FOBICI



I patologi definiscono le fobie “come un evitamento sconvolgente mediato dalla paura e sproporzionato rispetto alla pericolosità reale di un oggetto o di una situazione particolare” (Davison, 1989). E ciò è riconosciuto, quasi sempre, anche da chi ne soffre.

È importante distinguere tra paura normale e fobia. La prima si ha quando c'è un pericolo vero (anche se statisticamente poco probabile). La seconda, invece, comporta un'ansia sproporzionata al pericolo reale o davanti a stimoli che non hanno alcuna pericolosità. Ad esempio, è naturale aver paura di un cane ringhiante che ci sta puntando, mentre è innaturale provare timore per un barboncino che sonnecchia tranquillamente nel giardino del nostro vicino.

CLASSIFICAZIONE DELLE FOBIE

In confronto ad altre categorie diagnostiche le fobie sono relativamente comuni. Negli Stati Uniti il tasso di prevalenza nel corso della vita si aggira intorno al 7% negli uomini e al 16% nelle donne.

Inoltre, i tipi di fobie sono davvero numerose, c'è chi ne ha contate 400, e ancora oggi non è raro che qualche nuova fobia si vada ad aggiungere a quelle già conosciute; cambiano, infatti, nel tempo e sono legate alla cultura del luogo. Ad esempio, nel secolo scorso era molto diffusa la paura della tubercolosi, oggi esiste quella del cancro o la più recente, dell'AIDS.

Per rendere il compito più facile, le abbiamo classificate a seconda degli stimoli che le scatenano:

- **Fobie degli animali**, le più comuni sono le fobie dei serpenti, dei ragni, dei topi, degli scarafaggi, degli insetti, dei cani, dei gatti, dei squali, dei lupi ecc..
- **Fobie dei luoghi**. Fobia dei luoghi alti (acrofobia), dei luoghi aperti (agorafobia), dei luoghi chiusi (claustrofobia), di trovarsi in mezzo alla folla ecc..
- **Fobie di compiere determinate azioni**. Fobia di volare (aerofobia), di guidare l'automobile o un determinato veicolo, di stare da soli in casa (specialmente di notte), di nuotare (o paura di entrare in acqua, in mare o in un lago) ecc.

- **Fobie degli agenti esterni.** Paura dei tuoni e dei fulmini (bronfobia, paura dei temporali), paura del buio, del fuoco o di incendi (pirofobia), di cataclismi naturali come terremoti, eruzioni, alluvioni, incidenti nucleari ecc..

A queste va aggiunta la paura del sangue (è il caso di quelle persone che appena vedono un po' di sangue svengono).

- **Fobie sociali.** In questo caso l'ansia è scatenata dalla presenza di altre persone e dalla paura irrazionale di sentirsi imbarazzati o umiliati in pubblico.

Le manifestazioni più frequenti sono la paura di arrossire (eritrofobia), la paura di parlare in pubblico, la paura di mangiare davanti ad estranei, paura di incontrare persone nuove (antropofobia) ecc.. Anche la timidezza, se supera certi livelli, deve considerarsi una forma di fobia sociale.

Oltre a quelle su menzionate esistono altri tipi di fobie, ne citiamo alcuni: androfobia, paura dei maschi; antofobia, paura dei fiori; coitofobia, paura dei rapporti sessuali; telofobia, paura di essere sepolti vivi; ginecofobia, repulsione per le donne ecc..

L'EZIOLOGIA

Le conoscenze sull'eziologia delle fobie non sono ancora del tutto chiare e definitive. Esistono tutt'oggi diverse ipotesi spesso contrastanti tra di loro.

Secondo gli psicanalisti l'oggetto fobico è il simbolo di una forte paura inconscia. In un celebre caso citato da Freud, per un bambino, il piccolo Hans, che manifestava una forte paura verso i cavalli quando usciva di casa, questo animale rappresentava il padre, di cui il bambino aveva paura. Secondo il celebre medico viennese i paraocchi e la cavezza del cavallo richiama, in qualche modo, alla mente gli occhiali e i baffi del genitore.

Dai teorici di questa corrente sono citati numerosi esempi come questo; per gli psicoanalisti il contenuto delle fobie ha un valore simbolico importante.

È chiaramente una spiegazione che ha trovato pochi riscontri nella pratica clinica. Non si esclude che in qualche caso le fobie siano una "generalizzazione" di un sentimento di paura verso uno dei genitori o il risultato di una educazione troppo autoritaria e repressiva, ma si tratta di eventi rari e atipici.

Molto più mirato è l'approccio comportamentista. Per i teorici di questa corrente, da J. Watson in poi, le fobie vengono acquisite con un processo di condizionamento classico, cioè una persona attraverso certe esperienze può apprendere a temere uno stimolo neutro se questo è associato ad un evento intrinsecamente pauroso o doloroso. Molto noto è l'esperimento con cui Watson e Rayner condizionarono un bambino, il piccolo Albert, ad aver paura dei ratti bianchi associando la loro presenza ad un forte rumore.

La validità di questa spiegazione è messa in dubbio dai casi in cui il soggetto affetto dalla fobia riferisce di non aver mai avuto esperienze negative in proposito. Ad esempio, alcune persone hanno paura di volare senza aver mai preso un aereo; altre hanno una paura esagerata dei serpenti pur vivendo in un'area urbana, in cui è quasi impossibile incontrarne.

È chiaro che in questi casi non si tiene presente di un fatto importantissimo: le paure non vengono apprese solo tramite esperienze traumatiche dirette, ma anche per vie indirette, ad esempio osservando un'altra persona che reagisce con ansia davanti da uno stimolo (apprendimento per imitazione, modello studiato molto bene da Bandura e Rosenthal che gli hanno dato il nome di

“modello dell'apprendimento vicariante”), guardando un filmato, assistendo da spettatore ad un evento traumatico, persino ascoltando il racconto di una persona che ha subito un trauma. In effetti, le persone possono diventare dei modelli per noi. Si è scoperto, ad esempio, che molte persone affette da fobie hanno uno dei due genitori che soffre dello stesso disturbo.

Sono importanti anche le suggestioni che gli altri, in particolare i familiari o gli amici intimi, possono trasmetterci le loro ansie sia con il loro comportamento, sia con i loro racconti. Se una persona di famiglia, ad esempio, ci riferisce un'esperienza negativa di cui è stato protagonista, è facile che anche noi assimiliamo parte delle sue paure.

Non sono da sottovalutare i fattori culturali e folcloristici. Le tradizioni di quasi tutti i popoli della terra sono pieni di storie terrorizzanti in cui vengono presentati come paurosi elementi come il buio, certi animali (serpenti, ragni), certi luoghi come i cimiteri ecc..

L'ascolto di queste storie fin dall'infanzia può indurre una fobia o creare un substrato su cui anche una piccola esperienza negativa può innescare dei meccanismi psicologici che portano ad un disturbo fobico. La paura dei lupi, una volta comune tra i bambini che vivevano in montagna, ad esempio, può farsi risalire all'abitudine di certi madri di rimproverare i figli piccoli con frasi: “Vieni qua, altrimenti ti faccio mangiare dal lupo”.

Inoltre, in alcuni casi il condizionamento fobico può essere addirittura originato da immagini interiori partorite dalla propria fantasia. Molte persone hanno paura di volare senza essere mai saliti su un aereo o senza avere avuta una qualche esperienza negativa, perché, appena si chiede a queste persone di prendere un aereo subito si immaginano “in alto, nel cielo, con la terra piccola piccola sotto, le persone che si vedono come puntini ed in preda al terrore di cadere giù”. In parole povere, si autosuggeriscono negativamente con delle immagini partorite dalla loro stessa fantasia.

In parte la tendenza all'ansia è spiegabile in termini evolutivi e genetici. Gli esseri umani sono predisposti biologicamente a sviluppare paure primarie; dell'altezza, dei temporali, dei serpenti, degli insetti ecc.. Tutte cose pericolose da cui l'umanità, nella sua lunga storia sulla terra, ha dovuto imparare a difendersi.

Ci sono, poi, i fattori di facilitazione: lo stress e gli stati depressivi e la capacità di autosuggestione, che possono amplificare paure anche piccole ed insignificanti.

Lo stress, poi, è sicuramente uno dei fattori che predispongono ai disturbi d'ansia.

Come mai certe persone che restano esposte ad esperienze negative, a volte traumatiche, non sviluppano alcuna fobia?

Per una ragione semplicissima, i condizionamenti ambientali non sono gli unici fattori, ne esistono anche altri che hanno un ruolo determinante nell'apprendimento delle fobie. In altre parole non sono importanti solo gli stimoli esterni, ma anche la personalità e le precedenti esperienze di un soggetto. Per fare un esempio banale, se viene morso da un cane un bambino che ama questi animali domestici e ne ha uno in casa, è facile che non sviluppi alcuna fobia. Il caso è diverso se si tratta di un bambino molto delicato, sensibile, fragile psichicamente, che non ha mai avuto un cane per casa e la cui madre continua a spaventarlo con i pericoli del mondo esterno.

Quindi non è importante solo lo stimolo esterno, ma anche come reagisce l'individuo, reazione che dipende dalla sua personalità. Un colpo d'aria fredda, per fare un esempio banale, può avere

effetti diversi a seconda delle persone che colpisce; ad una può causare una bronchite, ad una un raffreddore e ad una terza non provoca nessun malessere. È lo stesso in psicologia.

LA TERAPIA

Molte paure specifiche non causano difficoltà tali da spingere l'individuo a richiedere un trattamento. Se una persona, ad esempio, ha una paura intensa dei serpenti e vive in un'area metropolitana ha ben poche possibilità di venire a contatto diretto con questi animali.

Però, a nostro avviso, se è una paura eccessiva, è bene intervenire anche in questi casi per ridurre la fobia a livelli più accettabili, perché se è vero che chi vive in città non viene mai in contatto con questi animali, è anche vero che nessuno rinuncia a fare delle gite in campagna o delle escursioni. Come pure non è bello che queste persone siano costrette a cambiare canale ogni qual volta sullo schermo appare un rettile.

L'esperienza ha dimostrato che il metodo più efficace per il trattamento delle fobie è la desensibilizzazione comportamentale (descritta più avanti*¹) abbinata con farmaci antidepressivi triciclici o con gli IMAO e con le benzodiazepine alprazolam e clonazepam. I tranquillanti minori (benzodiazepine, buspirone), poi, sono utili nel ridurre l'intensità dell'ansia anticipatoria, permettendo al paziente di fronteggiare meglio lo stimolo fobico.

Le terapie basate sull'insight *³ anche se aiutano (in quanto è positivo prendere coscienza dei meccanismi psicologici che sono all'origine dei problemi psichici) non sempre riescono a risolvere il problema. È chiaro che anche i metodi usati dagli psicoanalisti riescono a raggiungere dei risultati in quanto parlando e riparlando di una fobia, alla fine si finisce per produrre una forma di desensibilizzazione sistematica verso lo stimolo ansiogeno.

LE FOBIE PIÙ COMUNI LE FOBIE DEGLI ANIMALI



Benché molto note e facilmente definibili, al contrario di quanto si possa credere, sono le fobie che più di rado si vedono nella pratica clinica. Rappresentano, infatti, solo il 3% di tutti i soggetti fobici. Si riscontrano per lo più nelle donne ed iniziano spesso nella prima infanzia.

È probabile, però, che siano ugualmente comuni, ma che nei ragazzi si estinguano più facilmente a causa della pressione sociale.

Un ragazzo che ha paura dei cani o dei topi, infatti, è ritenuto una “femminuccia”, un debole ed è per questo dai compagni disprezzato o emarginato. Per questo motivo di solito i maschi sono più motivati a superare tali tipi di fobie.

FOBIA DEI SERPENTI. È molto più comune tra le donne che tra gli uomini, anche se nelle nuove generazioni è sempre meno diffusa in quanto ormai la maggior parte della popolazione vive nelle aree urbane.

È una paura atavica, forse impressa nel nostro DNA o nel nostro inconscio collettivo. Sono poche le persone, infatti, che non hanno nessun timore quando incontrano un serpente pericoloso (il caso è diverso quando si tratta di serpenti domestici, quelli che si comprano nei negozi di animali).

Il motivo principale è che i serpenti sono animali pericolosi e subdoli. Da una tigre, da un leone ci si può difendere facilmente con un'arma perché sono grandi e ben visibili, invece un serpente sbuca da un cespuglio e con un semplice morso può uccidere un uomo. Inoltre, al contrario di altri animali non hanno timore dell'uomo, che non esitano ad attaccare se si sentono minacciati. Cosa che spesso succede senza nessuna volontarietà, in quanto non è tanto difficile molestarli inavvertitamente dato che sono piccoli e amano nascondersi nell'erba.

Anche la religione cristiana li ha eletti a simbolo del male, non fu forse un serpente a spingere Eva a mangiare la mela nel paradiso terrestre? Si crede che siano umidi, viscosi; danno fastidio perché invece di camminare, strisciano. Inoltre la lingua biforcuta mette a disagio o incute paura. La vipera nel nostro paese è sinonimo di cattiveria e malignità. Esistono decine di proverbi a tal proposito.

È una fobia che non si apprende solo tramite esperienza diretta, ma anche per imitazione, attraverso il racconto di persone che hanno vissuto episodi negativi. Tali paure possono, poi, essere rinforzate dalle proprie capacità di autosuggestione. La nostra mente, a volte, può partorire vere e proprie immagini terrorizzanti. Trova terreno fertile tra le persone stressate, depresse o che soffrono di ansia generalizzata.

COME SUPERARLA - La tecnica migliore è senz'altro la desensibilizzazione sistematica*¹. Altri consigli utili sono:

- Non è necessario eliminare del tutto questa fobia, è sufficiente ridurla ad un livello accettabile in quanto se non si vive in campagna, difficilmente si verrà a contatto con dei rettili.

- Non bisogna insegnare ai pazienti solo a non temere questi animali, ma anche le misure per difendersene efficacemente. Se, ad esempio, direte loro che in campagna è sufficiente mettere scarpe alte e pantaloni robusti per non correre nessuno rischio, ciò servirà a tranquillizzarli. Se spiegate che nessun serpente per quanto possa essere forte, riesce a superare con il morso la tela di un robusto pantalone per il trekking, ciò sarà rassicurante.

- È importante far capire che i serpenti non sono aggressivi verso l'uomo, di cui hanno paura, diventano pericolosi solo se si sentono minacciati. Perciò se sono lasciati in pace, anch'essi lasciano in pace gli altri. Si nutrano di piccoli animali, in particolari topi, perciò è sufficiente far rumore affinché si spaventino e scappino.

FOBIA DEGLI SQUALI

È ovvio che è una paura che riguarda quasi esclusivamente i subacquei, al massimo i marinai o i pescatori. Può dipendere da una esperienza traumatica, dai racconti terrorizzanti di amici o di vecchi marinai che esagerano per darsi delle arie.

I meccanismi sono gli stessi delle altre fobie.

FOBIA DEI LUPI

Al contrario del caso precedente riguarda solo rare persone che vivono nelle zone di montagne o nelle zone dove questi predatori sono abbastanza comuni.

FOBIE DEI TOPI E DEI RAGNI

I topi sono animali piccoli, relativamente deboli e non è nemmeno tanto difficile difendersene (basta un calcio). Inoltre, hanno molto paura dell'uomo e ogni qual volta li si incontra scappano subito a rintanarsi.

Allora perché fanno tanto paura?

Il motivo è semplice, i topi non fanno paura, fanno schifo; il che è diverso. Questa fobia non va inclusa tra le fobie per gli animali, ma insieme alle afefobie o fobie da contaminazione, quelle che più avanti abbiamo chiamato disturbo ossessivo-compulsivo da pensieri di contaminazione.

In questi casi, infatti, non è la paura fisica a farci tremare, ma la paura di contrarre malattie infettive. La storia dell'umanità è costellata di epidemie diffuse da questi disgustosi roditori, basta pensare alla peste, che nei secoli scorsi ha mietuto milioni di vittime. Un topo non ci spaventa perché rappresenta un pericolo per la nostra sicurezza fisica, ma perché ci disgusta. Il pericolo è per la nostra salute.

Il discorso è analogo per i ragni non velenosi.

FOBIA di AGENTI ESTERNI



L'uomo primitivo quando vide per la prima volta un fulmine e udì il suo rombo terrificante, quasi sicuramente, si andò a nascondere in un anfratto e non ne uscì che qualche giorno dopo. Tuoni e fulmini significano tempesta, pioggia, forti venti, quando non preannunciano l'arrivo di un uragano, tutte cose molte pericolose per l'uomo. Ancora oggi non sono rare le morti di persone perché colpite da un fulmine o perché vittime di qualche temporale.

Inoltre, qualsiasi evento che produce un forte rumore ci spaventa, perché tutti i disastri più devastanti: frane, terremoti, eruzioni, fiumi in piena, sono accompagnate da "boati". Non a caso, B. Watson per condizionare un bambino, il piccolo Albert, ad avere paura dei ratti bianchi associò la presenza di questi con un forte rumore. Sono condizionamenti impressi più che nel nostro inconscio collettivo, nel nostro DNA.

Senza tener conto che abbiamo paura di tutto ciò che non conosciamo bene, di cui ignoriamo la natura o non sappiamo spiegarcelo. Ad esempio, è rarissimo che un esperto di meteorologia sia affetto da fobia dei tuoni e fulmini.

COME SUPERARLA. Il trattamento di questo disturbo va chiaramente inquadrato nell'ambito più ampio delle fobie, tuttavia qualche indicazione specifica è d'obbligo. Questi i consigli utili:

- Prendete coscienza di questa paura e che essa è esagerata rispetto ai pericoli reali. È vero ancora oggi il maltempo causa qualche vittima, ma si tratta sempre di casi rari, se si considera che il maltempo investe ampie aree popolate da milioni e milioni di persone.

- Studiate con attenzione i fenomeni naturali: la pioggia, i fulmini ecc.. Più ne sappiamo sull'argomento meno paura avremo di questi eventi. Se si sa perfettamente come hanno origine i fulmini e quali sono le precauzioni da adottare per non essere colpiti da una di queste micidiali scariche, anche la nostra ansia si attenuerà. Saperne di più accentua la nostra sensazione di controllo sull'evento.

Il metodo terapeutico migliore per curarsi da questo tipo di fobia è la desensibilizzazione sistematica. In questi casi, però, è bene farsi aiutare da una persona di famiglia che ci calmi e ci rassicuri. Si può ricorrere anche a tecniche di rilassamento, molto indicate quelle basate sulla respirazione.

Bisogna fare un'analisi dell'ambiente che ci circonda e convincersi che non c'è alcun pericolo reale. Se si è in casa non si corre nessun rischio: l'edificio è protetto da un parafulmine, l'impianto elettrico è fornito di una presa a terra, le finestre sono state progettate per resistere anche a forti tempeste e non c'è alcun pericolo che il vento possa scoprire il tetto.

LA PAURA DEL BUIO. È una paura molto comune tra i bambini, ma ne è vittima anche qualche adulto, specialmente di sesso femminile. Di solito è una fobia che non dà particolari problemi e non si presenta mai in forme molto acute, quindi che necessitano di un trattamento.

È una paura che può farsi risalire alla notte dei tempi e alla storia dell'umanità sulla terra. L'uomo è un animale diurno, di notte dorme, quindi è più vulnerabile.

Inoltre, di notte non ci vede altrettanto bene come altri animali: gazzelle, leoni e leopardi. È l'unico momento che può essere facile vittima di un predatore. Gli uomini primitivi, infatti, la sera accendevano dei fuochi per tenere lontane le belve, ma non solo quelle fisiche, ma anche quelle "spirituali".

Leggende che le tenebre della notte siano popolate da spiriti maligni, delle anime dei morti o di essere sovranaturali di varia natura, fanno parte delle tradizioni e della cultura di quasi tutti i popoli della terra. La paura del buio è un retaggio di epoche passate, quando l'uomo incolto e selvaggio ancora non sapeva spiegarsi tante cose e non aveva vinto il buio della notte. Oggi, infatti, con l'illuminazione artificiale di città e strade, abitazioni ecc. si può dire che l'uomo ha ormai sconfitto la notte con le sue paure.

Qualche volta la paura del buio si identifica con la paura della morte, del sonno inteso come uno stato di incoscienza da cui si teme di non svegliarsi più. Stando svegli, invece, si ha la sensazione di poter controllare gli eventi, compreso la morte.

COME SUPERARLA. Il metodo più semplice e più usato, è quello di lasciare una piccola luce accesa nella stanza. Di fatti la fobia del buio a meno che non sia qualcosa di veramente terrorizzante, non richiede alcun trattamento. Non dimentichiamo che è normale lasciare un minimo di luce (una volta era il chiarore delle stelle), perché così possiamo scorgere le cose intorno a noi. È il buio più totale, con le tapparelle completamente chiuse in modo che non trapeli neanche uno spiraglio di luce ad essere innaturale.

Inoltre, avere uno spiraglio di luce può essere molto utile. A volte ci si sveglia e si ha bisogno di prendere un oggetto o si deve badare al bambino o ci si desta in preda ad un incubo e allora è rassicurante rivedere intorno gli oggetti familiari.

Uno dei metodi migliore per superare la paura del buio, quando questa è patologica, è ricorrere al training autogeno. La formula che suggeriamo è questa: “Al buio ci sono le stesse cose, che ci sono alla luce”. Si spegne la luce per riaccenderla qualche minuto più tardi e verificare che è veramente così. Bisogna ripetere l’esercizio più volte prima di addormentarsi.

Un altro trucco è quello di diminuire a poco alla volta l’intensità della luce che si lascia accesa.

Attenzione, a volte la paura del buio sottintende un’altra paura: quella che un estraneo si intrometta nella nostra casa, rubi o ci usi violenza. Quindi non è il buio in se stesso a spaventarci, ma la paura dei ladri. I fatti di cronaca nera, le immagini che ci pervengono tramite Tv, rinforzano questo tipo di paura.

In questi casi il migliore sistema per stare tranquilli è ricorrere a degli ottimi deterrenti: mettere una porta blindata, inferriate se si abita ad un piano basso, allarmi vicino agli infissi, il telefono in ogni stanza ecc.. Una volta che ci si è attrezzati con ottimi sistema di difesa bisogna ripetersi mentalmente che non ci può succedere niente perché le finestre sono protette dalle inferriate, che c’è l’allarme vicino da ogni infisso, che se succede una cosa del genere potete chiamare subito la polizia, che potete scappare fuori, gridare ecc.. Se ci può far stare più tranquilli si può comprare un’arma.

FOBIE DI AZIONI AEROFOBIA (Paura di volare)



Nel secolo scorso era diffusa la paura di viaggiare in treno (dromosiderofobia), oggi la più comune è quella dell’aereo.

Incominciamo con lo sgombrare il campo da alcuni pregiudizi. È assolutamente normale avere un po’ di paura di viaggiare in aereo, spaventarsi se, mentre si è in volo, il veicolo ha dei sobbalzi, si è sbalottati dal vento o si incontrano dei vuoti d’aria. Non dimentichiamo che l’uomo è un animale terrestre, da quando è apparso sulla terra è stato sempre con i piedi attaccati al suolo. Il volo è una di quelle cose che non rientra nella sua natura.

Naturalmente una cosa è la paura normale ed una cosa è la fobia: un terrore sproporzionato e invincibile che porta ad evitare con tutte le forze la situazione temuta, cioè viaggiare in aereo.

EZIOLOGIA. A provocare il panico d’aereo può essere stato un trauma. Dopo una brutta esperienza ci si rende conto del pericolo corso e non si sopporta l’idea di rischiare ancora. Si è osservato, ad esempio, questa reazione tra i piloti di guerra in Vietnam. Decine di loro si rifiutarono di volare dopo missioni dove si erano salvati per un soffio o avevano visto morire compagni.

Quello che più spaventa è il pensiero che in caso di incidente si è in trappola. Non si può fuggire in nessuna parte e non si ha nessuna possibilità di salvezza.

Ma non è il rischio di incidente a preoccupare, a volte le persone quando sono in volo si sentono male, vomitano o sono sbalottate paurosamente quando incontrano dei vuoti d'aria o si ritrovano nel bel mezzo di un temporale.

Quando l'aerofobia ha un'origine traumatica le cose si complicano perché un viaggio aereo ha lunghi tempi di avvicinamento. Lunghe distanze per raggiungere l'aeroporto, dove bisogna arrivare quasi un'ora prima del volo, noiose attese per le procedure di imbarco ecc.. In questo modo l'ansia anticipatoria ha più tempo per manifestarsi e provocare risposte di evitamento.

Le teorie comportamentali spiegano meglio delle altre l'origine delle fobie, anche se non riescono ad essere del tutto esaurienti. In effetti non sono solo le cattive esperienze a condizionarci mentalmente, come abbiamo detto precedentemente, ma anche le parole degli altri, l'osservazione delle reazioni altrui a certi stimoli ecc.. Perché molte persone hanno paura di volare senza essere mai saliti su un aereo o senza avere avuta qualche esperienza negativa in proposito?

Perché, appena si chiede a queste persone di prendere un aereo subito si immaginano “in alto, nel cielo, con la terra piccola piccola sotto, le persone che si vedono come puntini ed in preda al terrore di cadere giù”. In parole povere, si auto-condizionano con immagini partorite dalla loro stessa fantasia.

LA TERAPIA

La terapia più adatta per superare la paura di volare è la desensibilizzazione sistematica, una tecnica introdotta dai teorici comportamentali. Funziona così: si insegna al paziente a rilassarsi con qualche tecnica (non esclusa l'ipnosi), poi si decide con lui la scaletta di immagini che gli creano ansia; non so, preparare le valigie, prendere il taxi per andare all'aeroporto, fare il check in ecc., e lo si invita ad associarle ad uno stato di profondo rilassamento, questo per più volte.

L'allenamento continua finché il potere ansiogeno di ogni rappresentazione non viene sostituito da un senso di calma e distensione. A questo punto si passa all'immagine successiva e si ripete l'operazione di desensibilizzazione, finché non si sono percorsi “virtualmente” tutti i passaggi che affronta una persona che prende l'aereo fino all'atterraggio.

Ottimi sono i corsi antipánico che propongono alcune compagnie aeree come la Lufthansa, Austrian Airlines, Quantas United Airlines ecc.. Sono seminari che di solito durano un week-end e che iniziano con la spiegazione del funzionamento degli aerei ed una visita all'aereo e all'aeroporto. Come ripeteremo più avanti più informazioni si ricevono sugli aerei e più si abbassa il livello dell'ansia, perché in parte la paura è dovuta all'ignoranza di quanto accade in volo. Durante la visita in aeroporto e al volo alcuni istruttori fanno salire i corsisti sulle ali dell'aereo per dimostrare la loro solidità.

Esaurita questa fase si passa, poi, ad insegnare delle tecniche di rilassamento (training autogeno, rilassamento muscolare progressivo, distensione immaginativa, esercizi respiratori ecc.). Alla fine del corso di solito si fa fare un breve giro in aereo a “tutta la classe”, sia per far loro mettere in pratica quando hanno appreso, sia per rassicurare ognuno di loro che possono prendere tranquillamente l'aereo in quanto la fobia è ormai “sotto controllo”.

Ecco altri consigli utili:

Bisogna convincere il paziente, statistiche alle mani, che l'aereo è più sicuro delle automobili. Sembra che il discorso razionale non scalfisca il pensiero fobico, ma non è così. Spesso lavora lentamente e in modo poco evidente, ma contribuisce alla soluzione del problema.

La sicurezza nel volo dipende anche da noi, se invece di scegliere la compagnia che ha le tariffe più basse si sceglie quella più seria, che fa una revisione periodica dei velivoli, che non sottopone i piloti a turni stressanti ecc., difficilmente ci succederà qualcosa quando voliamo. La sicurezza ha un prezzo, non si può pretendere di volare a prezzi stracciati ed avere il massimo di sicurezza.

Ci sono delle compagnie aeree serie che non hanno mai avuto incidenti nella loro lunga storia e altre che ne hanno avuto soltanto 1 o 2 in 50 anni. Volare con queste si hanno le stesse possibilità di morire di quanto si sta a terra, seduti su una panchina del parco. Bisogna ripetere a se stessi che quelle che hanno incidenti sono le compagnie poco serie, che non revisionano a dovere le macchine, volano con vecchi velivoli (spesso senza i più moderni ritrovati di sicurezza) e sottopongono i piloti a turni stressanti o non li addestrano abbastanza.

La sensazione di poter in qualche modo controllare gli eventi abbassa i livelli di ansia.

Un altro ottimo sistema è documentarsi sull'argomento. Ad esempio sapere che gli aerei possono, grazie al volo strumentale, atterrare con la nebbia più fitta, che tutti sono forniti di un radar, che i motori a reazione non si bloccano mai perché di una semplicità unica (non era lo stesso per quelli ad elica) ecc., aiuta molto a controllare l'ansia. Se una compagnia aerea rispetta le norme di sicurezza, ha dei velivoli nuovi o revisionati ed ottimi piloti bene addestrati, raramente avrà incidenti.

Un nostro amico si trovò a volare, alcuni anni fa, su un vecchio aereo, su una linea interna della Romania. Ad un certo punto, forse perché l'aereo procedeva troppo basso e si distinguevano bene le sagome delle mucche che pascolavano, ebbe i primi sintomi di un attacco di panico. Si concentrò sull'idea che anche se l'aereo era vecchio, i piloti rumeni erano tutti ex militari superbamente addestrati e che quindi erano in grado di cavarsela in qualsiasi cattiva situazione. Questo pensiero gli impedì di perdere il controllo.

Un altro ottima sistema è quello di evitare di concentrarsi su pensieri negativi, creando in questo modo delle suggestioni fobiche. Se si inizia a pensare che l'aereo può avere un incidente, che un motore può bloccarsi o incendiarsi e si iniziano a partorire immagini catastrofiche; ad esempio si vede l'aereo già avvolto tra le fiamme che cade in mare o che affonda lentamente, difficilmente si riuscirà ad evitare il panico. In certe occasioni il nemico da battere è proprio la fantasia eccitata dalla paura.

Bisogna, invece, concentrarsi su pensieri positivi: "Come è bello volare, sembra di essere al luna park! Come ci si sente liberi! Che bel panorama si gode da quassù!" ecc.; oppure pensare a tutte le cose belle che si faranno una volta arrivati a destinazione.

A volte la differenza tra un soggetto che non ha paura di volare ed uno che ne ha tantissima è soltanto questa: il primo è spensierato e non pensa che possa accadergli qualcosa di brutto. Il secondo, invece, pensa sempre al peggio: che l'aereo può cadere, che un motore può incendiarsi e così via.

Un altro motivo che contribuisce in modo significativo all'aerofobia è "la paura di non avere più la terra sotto i piedi". L'aereo in volo ci priva di punti di riferimento. Inoltre siamo immersi in un mezzo, l'aria o le nubi, che sentiamo istintivamente inconsistenti ed insicuri. Ci sentiamo come se fossimo seduti su qualcosa che, da un momento all'altro, ci può venir meno.

Il modo per superare ambedue le paure è:

- Per i punti di riferimento è bene, quando l'aereo si alza, guardare fuori dal finestrino in modo da vedere la terra sotto di noi. Se è notte e non si vede niente cercare di cercare dei punti di riferimenti nella cabina dove siamo. Ad esempio, se stiamo volando verso il Sud, la parte anteriore dell'aereo è orientata a Sud, dietro è nord, quindi aiutandoci su di una cartina possiamo stabilire con una certa precisione dove stiamo andando.

- Per superare la sensazione di essere con i "piedi per aria", bisogna poggiare i piedi sul pavimento e spingere, per sentire che il suolo sotto è "duro e resistente". È necessario concentrarsi su questo movimento in modo da rendersi conto che l'aereo è ben solido e non un sopporto insicuro.

Altri trucchi sono questi:

È bene visitare prima di decollare la cabina di pilotaggio e, se è possibile, farsi spiegare il funzionamento degli strumenti principali. Ciò ci darà fiducia nel mezzo e ci farà rendere conto che è dotato di notevoli strumenti per la sicurezza come radar, spie che segnalano i guasti ecc..

Non bisogna farsi allarmare da rumori sospetti, spesso chi è in apprensione è terrorizzato da tutti quei piccoli rumori che si sentono in aereo. Ad esempio, è bene sapere che alla fine della pista, prima della rincorsa per il decollo, i motori salgono su di giri e poi scendono bruscamente. È un test per scoprire se ci sono avarie. Una serie di fruscii e di ronzii poco prima dell'atterraggio indicano che i flap vengono estratti per ridurre la velocità. Come pure non bisogna farsi impressionare se le ali oscillano o sembrano volersi spezzare da un momento all'altro, sono state costruite flessibili per renderle più resistenti.

Capire l'origine di tutti questi rumori può servire a ridurre l'ansia e a tranquillizzarci che tutto va bene.

Inoltre, evitare di fare pasti abbondanti prima del volo, ma anche di viaggiare a stomaco vuoto.

Per tenere a bada l'ansia durante il volo, tenersi occupati con la mente. Distendersi sulla poltrona e parlare con i vicini, sfogliare una rivista, guardare un filmato se è possibile ecc.. Qualsiasi cosa pur di non stare senza far niente in attesa di sentirsi male.

L'ACROFOBIA

È la paura dei luoghi alti, la si prova quando si sale su un edificio a più piani, su un grattacielo o su un ponte molto alto.

Che differenza c'è tra un uomo che cammina su un muro largo 20 centimetri ed alto 1 metro ed un uomo che cammina su un muro della stessa ampiezza, ma alto 10 metri?

Le difficoltà sono le stesse in quanto i due muri sono entrambi larghi 20 cm., la differenza la fa la paura di cadere giù.

È proprio quest'ansia ad alimentare l'acrofobia. Per questo motivo quando succede un incidente e ci si trova in bilico su un edificio, la prima raccomandazione che si fa è di non guardare giù.

A nostro giudizio è una fobia che non differisce molto dalla aerofobia, anzi può essere considerata una forma di aerofobia. Per questo motivo quanto abbiamo detto nei paragrafi precedenti è valido anche in questo caso.

L'unica cosa che si può aggiungere è che l'acrofobia, spesso, dipende, almeno in parte, da fattori genetici e da predisposizione familiare. Ci sono persone che si sentono a loro agio a decine di metri di altezza, ed altre che, pur senza avere mai avuto esperienze negative particolari, tremano anche su un edificio alto pochi metri.

LA PAURA DI GUIDARE



È un disturbo che sta diventando sempre più raro, ormai riguarda solo una piccolissima minoranza di persone e per lo più anziane. Le nuove generazioni imparano già da giovanissimi a “trafficare” con auto, moto ed altri veicoli, quindi sembrano del tutto immuni da questo tipo di fobia.

Si tratta di individui apprensivi, che si sentono insicuri e spesso non sanno guidare bene. Quello che li blocca è la paura di fare un incidente, di mettere sotto un pedone o di ferirsi in modo grave, andando fuori strada.

Bisogna distinguere due casi: individui che sanno guidare bene, ma che sono bloccati da problemi emotivi; ed individui bloccati perché non sanno guidare bene o non si sentono idonei a condurre un'auto.

Nel primo caso è opportuno intraprendere un trattamento psicologico a fine di dare maggiore sicurezza e fiducia a queste persone, in altre parole si può procedere con la desensibilizzazione sistematica. Nei primi periodi guideranno solo in strade isolate, con poco traffico e soprattutto acquisteranno una perfetta padronanza del mezzo. È opportuno, inoltre, che siano sempre accompagnati da un autista esperto. Nel secondo periodo, incominceranno a percorrere tratti sempre più lunghi evitando le strade pericolose e con molto traffico. Successivamente, man mano che acquistano fiducia, inizieranno a guidare da soli e in strade sempre più trafficate.

Quando sono al volante devono evitare di pensare che possono fare un incidente, che può succedergli qualcosa di male ed altri pensieri negativi. Mentre devono ripetersi che se andranno piano, non succederà loro assolutamente niente.

Nel secondo caso, cioè se si tratta di persone insicure perché non sanno guidare, è sconsigliabile che esse si mettano alla guida di un'auto perché pericolose per sé e per gli altri. Si può tentare un loro recupero soltanto se hanno tutti i requisiti per condurre un autoveicolo, ma se non sono idonee a farlo, meglio che si servano dei mezzi pubblici o si facciano accompagnare da qualcuno.

FOBIE DEI LUOGHI L'AGORAFOBIA

Il termine deriva dalla parola greca agora, che significa piazza, luogo delle assemblee o mercato. È una delle fobie più comune nella pratica clinica, costituisce, infatti, ben il 60 per cento di tutte le fobie. La maggior parte dei soggetti è rappresentato da donne, per lo più si sviluppa nell'adolescenza o all'inizio dell'età adulta.

Spesso fanno parte dell'agorafobia paure legate ad altre situazioni, quella di entrare nei negozi, di stare tra la folla (che, però, come diremo più avanti a nostro giudizio deve considerarsi una forma di claustrofobia), di viaggiare e persino di stare da soli. È una fobia sicuramente fonte di notevole malessere, che talvolta condiziona pesantemente la vita del soggetto che ne è affetto. Pensate solo a quanto possa essere limitante l'aver paura di uscire di casa!

Talvolta il soggetto non riesce nemmeno ad andare al lavoro o fare le piccole incombenze che richiede la vita quotidiana.

L'EZIOLOGIA. Nella maggior parte dei casi l'agorafobia è una conseguenza del disturbo di attacco di panico. Il paziente, una volta che ha avuto uno di queste tremende esperienze, si attrezza per fronteggiare eventuali nuovi episodi. A casa ha i farmaci, acqua, telefono e può eseguire tutti i rituali che egli utilizza per sedare la sua ansia; inoltre è al riparo dagli occhi indiscreti della gente.

Fuori casa, in mezzo alla strada si sente indifeso e sotto gli occhi di tutti. Ha paura di essere giudicato male, non ha sottomano tutti gli "strumenti" che egli usa di solito per fronteggiare gli attacchi. Ha paura di cadere a terra e di non essere soccorso o, peggio, che la gente possa ridere di lui. Allora incomincia ad uscire sempre di meno e solo quando è strettamente necessario. Col tempo la sua paura aumenta e abbiamo l'agorafobia, che a volte si sviluppa all'improvviso, altre volte a poco alla volta.

Ma non è l'unico meccanismo a scatenare l'agorafobia. In alcuni casi, meno frequenti di quello precedente, a bloccare questi soggetti e a impedire loro di uscire, è la paura del giudizio degli altri, la sensazione di essere osservati o, addirittura, spiati dalla gente.

Una donna viveva in un piccolo paese di campagna. Quando si sposò andò a vivere con i suoceri. Dopo alcuni anni suo marito fu costretto ad andare a lavorare in Germania, lasciando la donna con i genitori. Il suocero, una volta partito il figlio, si sentì in obbligo di controllare la nuora affinché ella non tradisse il marito che stava lontano. Quando questa usciva la seguiva di nascosto. Quello di celarsi fu un espediente che durò poco, perché la donna se ne accorse e prese malissimo la cosa. Incominciò ad uscire sempre meno, solo quando era strettamente necessario. In poco tempo sviluppò un'agorafobia.

È un chiaro esempio in cui l'agorafobia è scatenata da un'ansia sociale, dalla paura di essere giudicati male, di sentirsi sotto gli occhi degli altri ecc..

In altra piccola parte di casi l'agorafobia può essere indotta da forti sensi di colpa. Se ci sente colpevoli di aver fatto qualcosa di male (ad esempio, di aver provocato la morte di qualcuno o ci si sente sporchi perché si è fatta un'azione riprovevole), allora può capitare che all'aperto ci si senta esposti e sotto gli occhi di tutto. Si ha come la sensazione di non poter nascondere la propria vergogna. Invece al buio o al chiuso, ci sente al riparo del giudizio altrui. Quante persone odiano uscire in pieno giorno ed amano la notte?

Non dimentichiamo che i luoghi aperti non offrono alcuna possibilità di riparo o per nascondersi.

Una ragazza sui 30 anni, andò a fare la cameriera in una casa benestante. Dopo un poco di tempo, il padre della signora con cui lavorava, iniziò ad insidiarla. A poco alla volta un po' con le promesse di sposarla (il vecchio era vedovo), un po' con i regali, riuscì a sedurla e la ragazza restò incinta. Da allora la donna non volle più uscire, un po' per nascondere il suo stato ed un po' per vergogna. Dopo la nascita del bambino peggiorò, si chiuse in casa e sviluppò una forte fobia per i luoghi aperti. È un chiaro esempio di agorafobia dovuta a forti sensi di colpa e al desiderio di evitare il giudizio della gente.

In ultimo, una piccola percentuale di casi l'agorafobia è il risultato di conflitti interiori o di un'educazione troppo rigida e severa. Sono i casi di cui parla Freud. Ci sono genitori che criticano sempre tutto ciò che fanno i figli, li considerano dei buoni a nulla e non fanno che ripeterglielo dalla

mattina a sera. Altre volte si tratta di genitori molto severi ed autoritari che opprimono i loro figli svilendoli.

Quando il disturbo ha questa origine l'approccio di tipo psicoanalista, cioè basato sull'insight, può essere molto proficuo.

LA TERAPIA

La terapia di elezione per questo disturbo resta sempre quella farmacologica. Solo quando si è sedata l'ansia con ansiolitici e si è stabilizzato il paziente è possibile un approccio di tipo psicologico.

La tecnica che alla prova dei fatti si è rivelata più efficace è la desensibilizzazione sistematica, cioè abituare il soggetto, a poco a poco, ad uscire di casa, coprendo distanze sempre più lunghe. È anche bene segnare su un tabellone i progressi che il paziente fa (economia a gettoni), in modo che egli entri in competizione con se stesso e tenti di migliorarsi sempre di più.

Molti psicologi ricorrono all'ipnosi. Il metodo, anche se abbastanza efficace, non è risolutivo e soprattutto ha un effetto solo temporaneo. Dopo un poco di tempo la paura che si era attenuata tende a riemergere, perciò bisogna abbinare questa tecnica con la psicoterapia.

Ecco altri consigli utili:

- È bene creare lungo la strada delle "station" o stazioni. Ci spieghiamo meglio. Se il paziente deve recarsi a piedi al lavoro ed è piuttosto lontano, è bene far sì che, lungo il percorso, il paziente si possa fermare a delle "stazioni". Cioè il terapeuta o una persona di famiglia devono trovare lungo la strada delle persone, come il padrone di un bar o di un negozio, da sensibilizzare al problema, in modo che quando il paziente passa gli offrono dell'assistenza, se è necessario.

Naturalmente il paziente si ferma solo qualche minuto a scambiare due chiacchiere o a prendere una bibita, se si tratta di un bar. Spesso è sufficiente che egli pensi che può contare su degli amici lungo il percorso, per sentirsi più tranquillo.

In questo modo il paziente deve fare solo brevi tratti allo "scoperto", dove non ha nessuno che possa assisterlo.

Inoltre, è bene dotare il paziente di un telefono cellulare con cui, in caso di crisi di attacco di panico, può chiamare subito un familiare o un medico. Il solo pensiero che sarà assistito entro pochi minuti, dovrebbe servire a calmarlo.

Le prime volte che esce è bene che qualcuno lo accompagni rassicurandolo passo per passo. "Vedi che non c'è nessun pericolo. Credi che se ti senti male la gente riderà di te, invece di soccorrerti? Tutti hanno compassione di un uomo che si sente male per strada e chiameranno subito un'autoambulanza".

Nei casi più gravi si può dotare il paziente di un cartellino, da attaccare alla giacca, su cui è scritto il disturbo di cui è affetto e che cosa fare per aiutarlo, in modo che chi lo soccorre, sappia subito di che si tratta.

Se il paziente rifiuta di uscire anche accompagnato, si può provare a fare la desensibilizzazione sistematica con l'immaginazione. Si mette il paziente seduto comodamente su una poltrona e gli si chiede di chiudere egli occhi. Poi insieme, si fa mentalmente tutto il percorso che il paziente deve compiere per andare al lavoro, accompagnandolo con fantasia: "Qui sei a via Mazzini, che cosa c'è all'angolo? Bene, un negozio di frutta e verdura, e poi al semaforo?"

LA CLAUSTROFOBIA

È la paura di restare in spazi chiusi, stretti, come in ascensore, in uno stanzino, a volte persino nel bagno, se questo è troppo piccolo. È provocata dalla sensazione di sentirsi in trappola, di non poter fuggire in caso di pericolo.

La causa più comune che dà origine a questo tipo di disturbo è un'esperienza negativa, un trauma, restare chiusi in qualche posto per molto tempo. È il caso delle persone che restano intrappolate sotto le macerie dopo un terremoto o di chi è stato tenuto prigioniero dai rapitori per mesi in uno stanzino piccolo e stretto. Ad ogni modo si può apprendere anche in altri modi, come abbiamo visto per le altre fobie, per imitazione, attraverso le parole degli altri, per autosuggestione ecc..

Una forma particolare di claustrofobia è la paura della folla. In questo caso si ha paura di restare intrappolati o schiacciati dalla folla. Si sa, qualsiasi assembramento di gente è pericoloso. Se scoppia il panico, la folla può diventare più pericolosa di un disastro naturale, per rendersene conto basta leggere i fatti di cronaca. Non è la prima volta che delle persone vengono travolte e calpestate nella ressa.

IL DISTURBO DA ATTACCO di PANICO

Un caso a parte può essere considerato il disturbo di panico. Anche se non è un disturbo molto comune, dallo 0.4 all'1,5% della popolazione secondo delle statistiche dell'università di Pisa di alcuni anni fa, è un'esperienza davvero sconvolgente. Il cuore batte all'impazzata, manca il respiro e ci si sente sul punto di svenire. La sensazione di perdita di controllo è fortissima, tanto che le vittime si precipitano al pronto soccorso convinte di essere sul punto di morire. Il soggetto viene vinto dal terrore, non riesce più a ragionare, suda, è preso da un senso di catastrofe imminente.

Di solito dura pochi minuti (al massimo dieci minuti), ma in rari casi può arrivare a 1 o 2 ore. L'aspetto peggiore è che lascia nel soggetto la paura terrorizzante che possa ripetersi. Un timore non del tutto infondato. Infatti, di solito gli attacchi si ripetono a distanza di tempo anche se con minore intensità. Può avere effetti devastanti sulla vita dell'individuo, fino allora attivo e pieno di interessi. Due persone su tre lasciano il lavoro, una su tre si rifugia nell'alcol, una su due non è più in grado di guidare l'auto.

Poiché il panico non è correlato ad una situazione particolare o ad un oggetto specifico, chi ne soffre, a differenza di chi è afflitto da fobie o da disturbi ossessivo-compulsivi, non può evitarlo semplicemente rifuggendo da certe situazioni, né alleviarlo eseguendo rituali particolari.

In qualche raro caso, l'attacco di panico comporta sensazioni di "depersonalizzazione", cioè la sensazione di essere estranei al proprio corpo, o la "derealizzazione", ovvero la sensazione di essere in un mondo irreali. Più frequentemente è accompagnato dalla paura di impazzire, da manie o dalla paura di perdere il controllo del proprio corpo.

Fra un attacco e l'altro, la persona può sperimentare un'ansia quasi costante, dovuta alla paura che possa ripetersi un altro attacco di panico. "Ciò che spaventa maggiormente è l'idea che l'attacco si possa verificare in un luogo pubblico, dove perdere il controllo delle proprie azioni davanti ad altre persone causerebbe grande imbarazzo ed umiliazione. Circa il 90% delle persone che soffrono di attacchi di panico sviluppa l'agorafobia, una paura intensa dei luoghi pubblici" (P. Gray, 1977).

EZIOLOGIA. Diversi elementi di prova suffragano l'opinione che gli attacchi di panico, in buona parte sono determinati, da fattori biologici. Il più evidente è che essi rispondono bene ai farmaci antidepressivi, come l'imipramina e gli anti-MAO come la fenelzina. Ciò fa anche presupporre che in molti casi non si tratti di un disordine mentale autonomo, ma di un episodio acuto di depressione e che quindi andrebbe classificato tra i disturbi dell'umore.

Inoltre, da ricerche sperimentali è emerso che nelle persone che soffrono di questo disturbo si può provocare un attacco di panico mediante iniezioni di acido lattico o la somministrazione di alte dosi di caffeina, l'inalazione di anidride carbonica e altre procedure che provocano un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria (Hecker e Thorpe, 1992).

Solo in una minoranza dei casi, sempre secondo questa ipotesi (che condividiamo), il disturbo da attacchi di panico è determinato da motivi prettamente psicologici.

I motivi più comuni che possono dare a questo disturbo, oltre all'ipotesi che possa trattarsi di un episodio acuto di depressione, menzionato sopra, sono fobie latenti, disturbi ossessivo-compulsivi che non si sono manifestati ancora in modo evidente o il disturbo di ansia generalizzata. D. Myers, in una sua pubblicazione, 1996, afferma: "A una persona su 75 lo stato d'ansia sfocia in un attacco di panico".

La dimostrazione più evidente di questa tesi è che gli attacchi di panico si verificano in proporzione significativamente maggiore tra le persone affette da qualche disturbo d'ansia, che tra gli individui non ansiosi. In effetti, in questi casi sarebbero episodi acuti del disturbo o il modo con cui essi "esplodono", dopo essere stati a lungo latenti.

Da uno studio (Kein, 1964) è emerso che il 50% di 32 pazienti agorafobici aveva un'anamnesi di angoscia da separazione e che i loro attacchi di panico spesso avvenivano in seguito alla perdita di una persona per loro importante. Molti pazienti, riferisce lo stesso studioso, nei lunghi fine settimana o durante le vacanze del terapeuta hanno esplosioni di attacchi di panico, stimolati dal pensiero di essere stati "abbandonati" dal loro terapeuta. In queste circostanze, spesso bastava che essi udissero semplicemente la voce del loro terapeuta per sentirsi rassicurati ed eliminare il panico.

D'altronde per produrre un attacco di panico la struttura neurale deve pur essere stimolata da qualche fattore psicologico o fisiologico. Non può senz'altro venir fuori dal nulla, senza che qualcosa di importante sia accaduto o nella sfera organica o in quella psicologica. Nemiah (1981) notò che "nei pazienti con diatesi per attacchi di panico che risultino da predisposte strutture neuronali specifiche, l'ansia suscitata da conflitti psicologici, qualora ne siano, si manifesterà come panico; mentre negli individui senza questa predisposizione neuronale, si manifesterà nella forma meno intensa di ansia anticipatoria, ansia segnale".

Perciò, quando ci si imbatte in questi casi va sempre fatta un'attenta indagine per verificare la presenza di un qualche disturbo di ansia. Non a caso gli attacchi di panico si verificano più di frequente in determinate situazioni, come quando si viaggia in ascensore o si vola in aeroplano.

Ci sono poi i fattori di facilitazione. Ad esempio gli attacchi di panico sono più frequenti nei momenti di relax successivi a forti stress o trauma. Ciò fa presupporre che lo stress sia uno dei fattori che predispone o, per lo meno, favorisce tale disturbo.

Altri fattori a rischio sono: stati depressivi e la timidezza. Ai primi abbiamo già accennato. Un individuo depresso può essere facilmente vittima di un'acutizzazione dell'ansia che si trasforma in un attacco di panico. Riguardo al secondo fattore, la timidezza, si è visto che gli attacchi di panico colpiscono con una frequenza notevolmente maggiore le persone introversive, poco sociali, portate ad una vita ritirata, nonché tutti gli individui che hanno difficoltà a relazionarsi con gli altri.

LA TERAPIA

Gli approcci possibili sono vari. L'approccio migliore che dà risultati più durevoli è la combinazione di terapia farmacologica e psicoterapia. Un'eccessiva fiducia nel supporto farmacologico può essere smentita dalla realtà. Si è visto che pazienti affetti da tale disturbo che abbiano i loro sintomi sotto controllo farmacologico, spesso sono riluttanti ad "avventurarsi" di nuovo nel mondo e hanno bisogno della spinta del terapeuta.

Inoltre, non è estremamente raro trovarsi davanti a soggetti che rifiutano decisamente qualsiasi farmaco, perché ciò li stigmatizzerebbe come malati di mente.

Un trattamento usato nella terapia cognitiva consiste nel far sì che il soggetto impari a considerare ogni attacco come una condizione temporanea, anziché come un sintomo di alterazione mentale o di rovina imminente.

L'approccio migliore resta sempre quello di insegnare al paziente a convivere con il suo male, rassicurandolo che non morirà, che non impazzirà e che dopo alcuni minuti tutto passerà. Tutto sta nel restare calmi e mettersi seduto o sdraiato da qualche parte. Bisogna informarlo che non è il solo ad avere "momenti di crisi" e che se ci si mette con impegno imparerà, come gli altri, a superarli e a controllarli. L'importante è non farsi, per appunto, vincere dal panico.

Una parte importante, anche con l'effetto placebo, la fa il farmaco. Se il paziente si convince che esso lo proteggerà da attacchi di panico (o che in caso di attacco di panico basta prendere una pillola che tutto passerà nel giro di pochi minuti), sicuramente sarà più tranquillo e più difficilmente si creeranno quelle condizioni psicologiche o fisiologiche che possono scatenare tale disturbo.

PAURA DEGLI ATTACCHI DI PANICO. Anche questa è l'esasperazione di una paura pienamente giustificata, quella di aver un attacco di panico per strada dove il soggetto è più vulnerabile e non ha tutti "gli strumenti" per affrontarla.

E allora si può verificare che il paziente non esca più di casa per non allontanarsi dall'ambiente dove gli è più agevole affrontare il suo "male".

Uno dei primi approcci a questa sindrome è quello di convincerlo che, anche se gli succederà una cosa del genere per strada, ci sarà qualcuno che lo soccorrerà e lo accompagnerà al più vicino ospedale.

IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Un individuo affetto da questo disturbo prova una preoccupazione ed un'apprensione cronica e persistente per un lungo periodo. Ogni giorno della sua vita è pervaso da un senso opprimente di paura e di tensione, di dubbio e di indecisione. Inoltre l'individuo è ipervigilante e irritabile per un nonnulla. Vive nell'imminenza di un disastro ed ha una sensazione pressoché costante di avere uno scarso controllo sulla propria vita.

Il disturbo d'ansia generalizzato è chiamato anche “ansia fluttuante” (free floating anxiety) poiché chi ne soffre non ha una reazione d'ansia verso un oggetto specifico o verso determinate situazioni, ma si presenta in più situazioni completamente differenti tra di loro.

Questi sintomi psicologici sono accompagnati quasi sempre da livelli di attivazione del sistema autonomo: respiro affannoso (che a volte sconfinava nell'asma), accelerazione del battito cardiaco, bocca secca, vertigini, debolezza e disturbi intestinali. I soggetti che vivono quest'esperienza spesso sono molto preoccupati per la loro salute e presentano sintomi da disturbi ipocondriaci.

La qualità della vita di questi pazienti viene notevolmente colpita dalla loro apprensione riguardo il loro futuro, la loro situazione finanziaria, la possibilità che avvenga qualcosa di doloroso ai loro familiari e vari altri aspetti della vita.

Sono frequenti disturbi somatici che riflettono una iperattività del sistema nervoso autonomo: sudorazione, rossori, palpitazione, turbe gastriche, diarree, minzione frequente ecc., spesso accompagnate da malattie psicosomatiche quali gastriti, ulcere allo stomaco, coliti, fibromialgie ecc.. Inoltre in una piccola parte di questi pazienti l'ansia generalizzata può evolvere in un disturbo di attacco di panico.

L'EZIOLOGIA

Il disturbo d'ansia generalizzata può essere causato sia da fattori psicologici che fisiologici e sono, inoltre, evidenti influenze di tipo genetico. Tra i fattori fisiologici annotiamo la carenza di vitamine del gruppo B, problemi neurologici ecc..

I fattori psicologici che possono essere all'origine del disturbo d'ansia non solo sono molteplici, ma non esiste neanche un'interpretazione unica. Secondo Freud la fonte dell'ansia generalizzata è da ricercarsi nei conflitti inconsci tra l'Io e le pulsioni dell'Es. Tali pulsioni, quasi sempre di natura sessuale o aggressiva, lottano per trovare soddisfazione, ma vengono frustrati perché l'Io non lo permette in quanto teme una punizione. Poiché la fonte dell'ansia è inconscia, il soggetto prova un senso di disagio e di angoscia senza conoscerne la vera causa.

Altri ricercatori, che si ispirano al modello cognitivo, spiegano gli stati d'ansia come una distorsione dell'attenzione che privilegia l'elaborazione degli stimoli minacciosi rispetto a quella degli stimoli non minacciosi. In una ricerca di (Manthews, Richards e Eysenck, 1989) ad alcune persone vennero presentate coppie di parole omofone che avevano sia un significato minaccioso sia uno neutro (ad es. die = morire e dye = tingere); ebbene i soggetti ansiosi mostrarono di scegliere sempre l'interpretazione minacciosa.

Seconda questa interpretazione gli individui afflitti da disturbi di ansia sono molto più attenti a tutte le cose che possono rappresentare un pericolo e interpretano quasi sempre in modo negativo gli stimoli neutri che possono avere.

Secondo Carr, 1974, le persone che soffrono di questi sintomi hanno immagini piuttosto negative dell'esito delle loro azioni e tendono ad esagerare le normali preoccupazioni circa la salute, le finanze, le relazioni personali ecc.. (sovrastimando le probabilità che le cose vadano storte). In effetti il disturbo d'ansia generalizzato sarebbe una esasperazione dell'abitudine a preoccuparsi per tutte le cose che costituiscono i nostri normali problemi quotidiani.

Jenkins (1969) osservò che i soggetti con questo disturbo spesso provengono da famiglie in cui la madre è nevrotica o da genitori che propongono un alto standard di successo ai figli, ma non riconoscono i loro successi reali.

Ci sono, poi, i fattori di facilitazione, che sono soprattutto tre:

1 - **L'eccessiva impressionabilità**, che sarebbe la capacità di autosuggestionarsi. Le persone affette da disturbo di ansia generalizzata sono più "efficaci" delle altre ad attivare fantasie di paura. Ad esempio una madre facilmente impressionabile, appena il figlio ritarda un po' a rientrare, inizia a pensare che ha avuto un incidente, che gli è successo qualcosa, sottovalutando la possibilità che abbia avuto soltanto un contrattempo.



2 - **Lo stress**. È inutile ripetersi, un individuo stressato può avere più facilmente paura. Stress emotivi, come cambiamenti negativi nelle relazioni interpersonali, spesso causano l'ansia. Spinte emotive interne, determinate da bisogni sessuali, di aggressività o di dipendenza da sostanze, possono essere fonte di conflitti interni. Tali spinte sono stimolate da eventi ambientali verso i quali la persona è particolarmente sensibile.

3 - **La depressione**. Un lutto, la perdita del lavoro, gravi esperienze negative che gettano l'individuo in uno stato di prostrazione e di depressione possono favorire il sorgere di questo disturbo. Tutti gli stati depressivi in generale, siano essi manifesti o latenti, possono essere motivo di ansia.

Bisogna, però, stare attenti a non confondere il disturbo d'ansia generalizzata con le fobie multiple o con fobie strane.

LA TERAPIA

Possono esserci diversi tipi di approccio:

Approccio farmacologico. I tranquillanti, gli stessi citati per il trattamento delle fobie, sono probabilmente la terapia più diffusa ed efficace per questo tipo di disturbo. Sfortunatamente molti di questi farmaci hanno degli effetti collaterali che possono indurre dipendenza fisica.

Inoltre, anche se sono utili per controllare i sintomi, spesso non sono risolutivi. Come si sospende la somministrazione del farmaco, si ripresentano i sintomi.

Il migliore approccio perciò resta, come sempre, l'abbinamento, farmaci + psicoterapia.

TRATTAMENTI PSICOLOGICI. Ne esistono vari a seconda della scuola a cui il terapeuta fa riferimento. A nostro giudizio, i più indicati sono: il trattamento umanistico dell'ansia generalizzata che tende ad incoraggiare la persona a rendersi conto dei suoi bisogni e dei suoi desideri reali, sviluppando la fiducia necessaria ad esprimere questi bisogni e a soddisfare questi desideri. Ad esempio, gli psicologici che seguono questo orientamento tendono a raggiungere l'obiettivo di rendere il paziente consapevole dei sentimenti o delle sensazioni che prova.

Nella "tecnica della sedia vuota", ad esempio, uno dei metodi più ingegnosi che usano, il paziente è incoraggiato a parlare rivolgendosi ad una persona, come se essa fosse seduta su di una sedia di fronte a lui.

Il trattamento cognitivo, come abbiamo accennato, invece, si basa sulla tecnica di insegnare al paziente a non concentrare la sua attenzione solo sui pensieri negativi o sulle possibili minacce che possono venirgli dall'ambiente. Ad esempio, se il soggetto compra una auto nuova, deve evitare di pensare che può avere un incidente, che l'auto si può guastare, che consuma troppo per le sue possibilità e così via.

Se il disturbo di ansia generalizzata è prodotto da un conflitto interiore irrisolto, può essere d'aiuto la psicoanalisi. È il caso delle persone che hanno ricevuto un'educazione troppo rigida ed autoritaria. In questo caso è utile riportare a galla l'aggressività rimossa verso i genitori o eventuali sensi di colpa.

È anche opportuno imparare delle tecniche di rilassamento da applicare ogni qual volta l'ansia supera certi limiti.

L' IPOCONDRIA

Il soggetto affetto da ipocondria lamenta incessantemente dolori e malanni, senza che ci sia alcuna causa organica che giustifica la sua preoccupazione; oppure è affetto da qualche malanno di poco conto e ne esagera i sintomi e la gravità. Per ipocondria, infatti, deve intendersi un'eccessiva ed ingiustificata attenzione per le proprie condizioni di salute. Il soggetto spesso passa gran parte della sua giornata a studiare le sue condizioni fisiche, pronto a cogliere anche il benché minimo sintomo.

Questo disturbo è più comune tra le persone che hanno superato i 40 anni di età, anche se il picco è tra i 55-65 anni (Busse, 1979), con una maggiore frequenza delle donne rispetto agli uomini. Altre ricerche, Siegler e Costa, 1985, hanno messo in dubbio questi dati e sostengono che l'incidenza dell'ipocondria non è maggiore nella vecchiaia rispetto a qualsiasi altra età.

L'elemento base di questa diagnosi è rappresentato da malesseri somatici molteplici ricorrenti per i quali vengono richiesti interventi medici, ma che non hanno una causa fisica evidente. Comunemente i pazienti lamentano mal di testa, stancabilità, allergie, dolori addominali o allo stomaco, sintomi genito-urinari ecc..

I pazienti ricorrono frequentemente al medico, talvolta a più medici nello stesso periodo di tempo, per questo spesso sono chiamati "vagabondi dell'ospedale". Secondo il loro punto di vista nessuno riesce a capirli o a guarirli.

Altrettanto frequentemente fanno uso di terapie farmacologiche, anche se solo di rado le seguono scrupolosamente o le portano a termine. Per lo più si limitano a comprare i farmaci o seguono la terapia solo per qualche giorno. Per questo motivo questi soggetti quasi sempre hanno gli armadietti pieni di medicine.

A volte non soltanto fanno fingere una malattia, ma ne conoscono così bene anche i dettagli più sottili, da ingannare persino i medici. Spesso leggono libri di medicina alla costante ricerca di una spiegazione dei propri mali. Per lo più sono consci dei loro inganni e delle simulazioni, anche se non ne conoscono le motivazioni inconscie.

Qualcuno di questi soggetti arriva, addirittura, a procurarsi davvero una malattia: una dermatosi, a farsi male ad un piede o ad un braccio. Tutto per convincere se stessi e gli altri di essere veramente malati.

L'EZIOLOGIA

Non esiste una spiegazione unica valida per tutti i casi. L'eziologia può variare a seconda delle persone, anche se i motivi più frequenti sono 2-3.

A volte il disturbo ipocondriaco è secondario ad altre patologie mentali. Il caso più frequente è la depressione. In pratica si può dire che quasi tutti i pazienti affetti da depressione unipolare (o bipolare, quando sono nella fase depressiva) accusano qualche male. Spesso questa loro attenzione verso le proprie condizioni di salute supera certi limiti ed ecco che allo stato depressivo si associa anche un disturbo ipocondriaco. È chiaro che, una volta curata la depressione, anche all'attenzione maniacale per le proprie condizioni di salute migliorerà sensibilmente.

Altre volte i disturbi di tipo ipocondriaci sono determinati dal bisogno di richiamare l'attenzione su di sé, dall'esigenza di manifestare di esistere o dalla richiesta di essere preso in considerazione. È un modo per dire ai propri familiari "ci sono anch'io".

Spesso questo disturbo è una specie di SOS che il soggetto getta al mondo esterno. Con esso manifesta il bisogno di essere amato e di ricevere le cure dagli altri componenti della famiglia. È un modo come un altro per affermare sé stessi e per cercare di imporsi all'attenzione degli altri.

Il disturbo ipocondriaco può essere anche determinato dal desiderio di punire i figli, i familiari o il coniuge perché non tengono in considerazione abbastanza l'opinione del paziente e non lo fanno contare nelle scelte della famiglia.

Non di raro si tratta di soggetti istrionici ed egocentrici. In questi casi, di solito, non è la famiglia che non si cura di loro, ma sono essi ad essere troppo esigenti e famelici d'attenzione.

Ma il motivo più frequente che può dar origine all'ipocondria è un senso incontrastabile di frustrazione. Il soggetto, in questo caso, si sente un fallito, un perdente e di conseguenza sente il bisogno di costruirsi un alibi, una ragione per giustificare il proprio insuccesso.

Ad un certo punto della propria esistenza ognuno di noi fa un bilancio della propria vita. Se la trova fallimentare e si auto convince di non aver combinato niente di buono, può scattare un senso di prostrazione e di sconforto. Allora si cerca un alibi per giustificare il proprio insuccesso, non solo agli altri, ma anche a se stessi. "Se ho fallito - è il loro discorso inconscio - non è stato perché mi mancò l'intelligenza o le capacità, ma perché mi ammalai". È un modo *elegante* per ritirarsi dalla lotta, per tirare i remi in barca e considerarsi in pensione, anche se si sono superati appena i 40 anni.

La malattia diventa una fortezza dentro cui rifugiarsi, per proteggersi dal giudizio degli altri, ma anche quello severo di se stessi. È per questo motivo che il soggetto ipocondriaco spesso respinge l'idea di soffrire di problemi psichici. I disordini mentali sono infamanti, spesso disprezzati dalla gente che in parte li ritiene dipendenti dalla volontà del soggetto che ne è affetto.

Abbiamo visto un caso del genere nel primo capitolo, quando abbiamo parlato delle malattie opportuniste.

In ultimo, non dimentichiamo che i malati, quelli veri, nella nostra società rappresentano un "categoria protetta", come gli handicappati. Tutti hanno parole di solidarietà e di conforto per chi è affetto da un grave male. Per alcuni è una condizione vantaggiosa da conquistare, un modo per ottenere l'empatia di parenti e amici.

In un certo numero di casi il disturbo ipocondriaco è soltanto il risultato dell'esagerazione di una paura esistente in tutti noi: la paura di ammalarsi. Chi non si preoccupa mai per la sua salute? Per i pazienti affetti da questo disturbo si innesca un meccanismo di esasperata attenzione fino a che diventa la preoccupazione principale. In un certo senso può essere considerata una forma di disturbo d'ansia generalizzata.

Un giorno veniamo a sapere che un amico carissimo è ammalato di cancro, allora subito nasce il sospetto in noi: "Fa che ho qualcosa anch'io? Perché non mi faccio controllare?"

L'esperienza degli altri, le notizie che ci giungono quasi quotidianamente in casa attraverso la televisione, ci possono mettere in apprensione. Ogni giorno sappiamo di persone, anche famose, che scoprono all'improvviso di essere affette da un brutto male e allora iniziamo a temere anche per la nostra salute. Queste paure, poi, rinforzate da altre esperienze, con il tempo possono diventare un vero e proprio disturbo. Basta un forte dolore al petto o che si sviluppi un neo e l'ansia si trasforma in un vero e proprio disturbo.

Ci sono, poi i fattori di facilitazione. Il primo l'abbiamo già citato, sono gli stati depressivi. L'apatia, il senso di inutilità, la prostrazione, lo stare senza far niente dalla mattina alla sera, come succede a molti pensionati, può portare a concentrare l'attenzione unicamente ed esageratamente sulle proprie condizioni di salute.

Il secondo fattore di facilitazione è lo stress. Per un individuo stressato, anche un sintomo banale, può trasformarsi in una fissazione ed ecco che si convince di essere malato di cancro o di ulcera allo stomaco.

Per terzo, non bisogna dimenticare che quasi sempre l'ipocondriaco qualche male c'è l'ha per davvero per l'età. Sono i malanni banali che hanno un po' tutti: un po' di gastrite, qualche dolore reumatico, un po' d'artrite ecc.. L'ammalato ne esagera soltanto i sintomi.

Non è da sottovalutare in tutto questo, il ruolo dell'autosuggestione. Se ci si convince di essere malati, sicuramente si proverà dolore da qualche parte. La nostra mente, se è suggestionata da pensieri negativi, è bravissima a partorire sintomi di malattie inesistenti.

LA TERAPIA

Il primo passo da fare è evidente: controllare se dietro i sintomi ci sia veramente una malattia organica ed il paziente ne esagera soltanto i sintomi, oppure il problema è unicamente di ordine psicologico. In questo campo è bene andare con i piedi di piombo. Non sempre è possibile escludere con sicurezza malattie organiche.

In uno studio di Slater, 1975, si è trovato che circa la metà di un gruppo con la diagnosi di ipocondria si è rivelata, in secondo tempo, affetta da una malattia fisica che poteva essere la vera origine dei sintomi lamentati. Dalle nostre parti, dove la preparazione professionale della classe medica non sempre è all'altezza della situazione, non è raro che i medici classificano come disturbi di ordine psicologico le malattie che non riescono spiegare o che non rispondono alle loro terapie. È più comodo attribuire i sintomi a "motivo di natura di nervosa", che ammettere di non aver saputo impostare una diagnosi.

I disturbi ipocondriaci possono essere di due tipi: l'ansia può essere diretta verso un singolo male o essere generalizzata alle condizioni di salute. Nel primo caso il paziente teme di essere affetto da

un male specifico e accusa sempre gli stessi sintomi. I timori più comuni sono quelli di avere un tumore o di soffrire di una cardiopatia, ma non sono rare le paure di avere un'ulcera allo stomaco o quella dell'AIDS (paura che, per un periodo di tempo, ha avuto un vero e proprio boom). Per il passato era frequente la paura di essere affetti da tubercolosi.

Nel secondo caso, i timori del paziente non sono diretti verso un singolo male, ma accusa un malessere generale, sintomi sempre diversi che variano a seconda delle circostanze o delle stagioni. Sono le persone che vengono prese di mira dai comici nei loro sketch, con “dolori che camminano”, sintomi assurdi ecc. (si pensi alla commedia di Molière “*il malato immaginario*”). Chiaramente sono i casi più facili da smascherare.

A questo tipo di disturbo di frequente si associa il “delirio di persecuzione”, nel senso che il paziente è convinto che gli altri parlino male di lui, lo deridano o si fanno beffe di lui. È evidente che dietro le voci che il paziente crede di sentire, c'è la paura di essere “scoperto nel suo sporco gioco”. A livello inconscio aleggia il timore che gli altri lo considerino solo un malato immaginario e, quindi, parlino alle sue spalle.

Un altro tipo di comportamento diffuso tra i pazienti affetti da questi disturbi è “la paura inconscia di guarire”. In effetti, da un parte il soggetto vorrebbe guarire, recuperare la “normalità”, ma da un'altra continua a sabotare le cure, a non prendere le medicine o a farlo soltanto per qualche giorno.

La spiegazione è semplice: per il paziente guarire significherebbe essere messo di nuovo di fronte alle sue ansie, al suo senso di fallimento o alle cause che lo hanno fatto ammalare. È evidente che la malattia per lui è diventata una stampella, un comodo rifugio con cui giustificare la sua situazione. Guarire significa rinunciare alle attenzioni che riceve, alla solidarietà degli altri, all'empatia di parenti e amici e tornare alla vita attiva e produttiva.

È una patologia difficile da trattare, la guarigione riesce solo in una piccola percentuale di casi. Questo perché, di solito, il trattamento psichiatrico è rifiutato e raggirato. Se il paziente comprende di essere considerato un malato mentale finisce per rivolgersi ad altre strutture, a cambiare medico o ospedale.

La comprensione delle manifestazioni sintomatiche può alleviare la tensione del paziente ed aiutare il terapeuta ad instaurare un buon rapporto con lui, ma è un atteggiamento che non può essere tenuto a lungo. Mostrargli empatia incondizionata quasi sempre significa incoraggiare le sue provocazioni che aumenteranno di giorno in giorno, fino a superare le stesse capacità di risposta del medico. Quindi è bene mostrare comprensione e disponibilità, ma anche fermezza e serietà.

Nella maggioranza dei casi la strada di cercare di convincere con ragionamenti razionali il paziente è infruttuosa. È inutile dirgli che dai test clinici non è risultato niente, che è sano come un pesce ecc.. È una verità che egli non è in grado di sopportare, perché ha bisogno della malattia come di una stampella o di un paravento dietro cui nascondere le sue ansie e le sue insufficienze.

Cercare di far ragionare il paziente è una strategia che può funzionare nei casi più semplici, quando il soggetto ha una buona capacità di autocontrollo, ma non nella maggioranza dei casi.

L'approccio migliore, escluso i farmaci, resta tuttora il trattamento applicato dagli psicologi di orientamento comportamentale. I teorici di questa scuola hanno, infatti, impiegato un'ampia gamma di tecniche miranti a incentivare il paziente a rinunciare ai sintomi (in particolare l'economia a

gettoni*²). Per lo più queste tecniche mirano a non rinforzare i comportamenti inadeguati e a premiare quelli ritenuti corretti. Ad esempio, i familiari vengono addestrati a non dar molto peso ai sintomi del paziente, mentre devono gratificarlo quando egli dimostra di esser guarito.

Una considerazione importante, che vale per qualsiasi tipo di approccio terapeutico, come è stato osservato da Walen, Huaserman e Lavin (1977), è che sia data al paziente la possibilità di non perdere la faccia quando rinuncia al suo disturbo. In altre parole bisogna evitare che il soggetto si senta umiliato, quando progredisce con un trattamento che non è quello medico.

In tutti i casi è bene non trattare il paziente come un impostore o, peggio, come un simulatore. Anche se il suo disturbo è solo di ordine psichico, non per questo non va rispettato.

Un'altra cosa da fare è quello di cercare di distogliere la sua attenzione sulle sue condizioni di salute. Spiegargli che è chiaro che se pensa sempre e solo a "quello", alla fine qualche dolore o qualche disturbo lo troverà sempre. Perciò deve smettere di preoccuparsi troppo e solo della sua salute, ma deve distrarsi, tenersi impegnato con qualche attività. A questo scopo è bene suggerirgli un hobby, un interesse: andare a pesca, diventare tifoso di un squadra di calcio ecc.. Tutto ciò che può tenere la sua mente occupata, è ben accetto.

I DISTURBI SOMATOFORMI

Non si tratta propriamente di disturbi d'ansia, ma dato che spesso necessita distinguerli dai disturbi ipocondrici, li riportiamo per rendere più completa ed esauriente la nostra trattazione.

Mentre l'ipocondria è una preoccupazione eccessiva per la propria salute, cioè si è convinti di essere malati senza esserlo, i disturbi somatoformi si hanno quando è compromessa la funzionalità di un organo, o di un arto, senza che ci sia alcun problema di tipo organico. Ad es. un soggetto perde la sensibilità di una parte del corpo senza che ci sia un danno neurologico.

In altri casi gli individui presentano paralisi, cecità inspiegabili oppure sono incapaci di inghiottire o accusano un dolore in qualche parte del corpo.

Era un disturbo psicosomatico abbastanza frequente ai tempi di Freud, che lo chiamò isteria di conversione. Oggi è molto più raro, grazie all'innalzamento culturale della popolazione. Pochi tra coloro che vivono in Europa o in USA sono disposti a credere che una persona possa diventare di colpo e senza una ragione cieca, sorda o paralizzata. In pratica, l'aumento della incredulità popolare ha ridotto in modo significativo la diffusione di questo disturbo.

Secondo Keitman, nella cultura occidentale il senso di disperazione viene oggi vissuto soprattutto come depressione, mentre in passato si esprimeva principalmente sotto forma di dolori e di disturbi fisici (come avviene ancora in Cina e in altri parti del terzo mondo).

Il problema reale in questi casi è fare una diagnosi differenziando quello che è un disturbo somatico, da una malattia propriamente organica. A volte si arriva a praticare un intervento chirurgico o un trattamento farmacologico non necessario, perché è interpretato dai medici come una malattia fisica.

Altre volte, al contrario, non si applica alcun trattamento medico anche se si dovrebbe, in quanto si ritiene che l'origine del disturbo sia psicologica. Una ricerca (Slater, 1975) ha dimostrato che circa la metà di un gruppo di soggetti con la diagnosi di disturbo di conversione, si è rivelata, in un secondo tempo, affetta da una malattia fisica che poteva essere la vera origine dei sintomi lamentati.

A volte pur esistendo una malattia organica, il paziente accusa dei sintomi sproporzionati rispetto al proprio male.

Un secondo problema diagnostico relativo ai disturbi da conversione, è la necessità di distinguerli dalle simulazioni di malattie, fatte allo scopo di evitare una responsabilità o per ottenere un risarcimento dalle assicurazioni.

Non è neanche raro il caso di soggetti, che a furia di accusare un male, di ripetere alle commissioni sanitarie degli enti di assistenza o alla polizia, i loro sintomi, alla fine si auto-convincono di essere davvero malati.

L'EZIOLOGIA

Anche qui i motivi che possono dar origine a questo tipo di disturbo possono essere vari:

In alcuni casi il disturbo di conversione sembra essere una risposta a pericoli reali del mondo. Molti piloti, ad es., nella seconda guerra mondiale, svilupparono, come sintomi di conversione forme di cecità che impedivano loro di continuare a volare e di partecipare a missioni pericolose. In effetti era un "modo" per sottrarsi a situazioni di vita piuttosto sgradevoli o che comportavano forti ansie.

In altri casi il disturbo può insorgere in seguito a traumi di estrema gravità e diventa un modo per "cancellare" dalla propria memoria le scene orribili a cui il soggetto è stato costretto ad assistere. Un esempio molto noto è la cecità riscontrata in molte donne fuggite dalla Cambogia, alla fine degli anni '70' quando i Kmer Rossi avevano trasformato questo paese in un regno di terrore (Rosèe e Van baemel, 1989). Queste donne manifestarono una sindrome da stress post - traumatico, dovute alle torture che avevano subito o di cui erano state testimoni. Molte di esse avevano visto i propri figli sottoposti a lente torture e poi uccisi. Una donna descrisse così la sua terribile esperienza: "Tutta la mia famiglia fu uccisa nel 1975 e io piansi per quattro anni. Quando smisi di piangere ero cieca". Anche Freud e Breuer (1985) nei loro studi sull'isteria ipotizzarono che un disturbo di conversione può essere causato da esperienze che comportano un forte eccitamento emozionale.

In una buona percentuale di casi il disturbo di conversione è associato a forti sensi di colpa. È la tesi che sostiene anche Freud che spiega *l'isteria* come una manifestazione di autopunizione per una pulsione aggressiva nascosta. In questi casi il disturbo di conversione è dovuto a forti desideri autopunitivi per una ignobile azione commessa o perché ci si ritiene colpevole di qualcosa che si poteva evitare. È il caso dell'assassinio che ritiene che il proprio braccio sia paralizzato perché colpevole di aver pugnalato la moglie. È un mezzo per espiare colpe e mancanze.

Non è necessario che si siano commessi gravi delitti, a volte basta aver infranto norme morali di estrazione religiosa. È il caso dell'adolescente che crede di essere diventato cieco, per i forti sensi di colpa dovuti al fatto che si è masturbato più volte.

I disturbi di conversione talvolta hanno una base organica. I problemi organici più comuni sono lesioni cerebrali, ictus, encefalite e tumori cerebrali. Dal momento che la maggioranza delle paralisi, delle analgesie e dei deficit sensoriali hanno cause organiche, non è difficile che veri problemi neurologici vengano erroneamente diagnosticati come disturbi di conversione.

Due studiosi, Slater e Glithero, 1965, studiarono questa possibilità di errore con una ricerca di controllo di pazienti che 9 anni prima erano stati diagnosticati sofferenti di tale disturbo. Dalla loro ricerca emerse che circa il 60 per cento di questi soggetti nel frattempo erano morti o avevano sviluppato sintomi di malattia fisica.

Altre volte i disturbi somatotoformi sono secondari ad altri disordini psichici, cioè li troviamo associati ad altre patologie. Uno di questi è l'ipocondria. Si perde la sensibilità al braccio per dimostrare agli altri, ma anche a se stessi, di essere malati.

Ci sono poi i fattori di facilitazione. Il primo è senz'altro lo stress. Talvolta ne è la causa principale, non di rado succede nei disturbi da stress post traumatico. Altre volte lo stress è solo uno dei fattori che contribuiscono all'insorgere del disturbo.

Altri fattori di facilitazione possono essere: stati depressivi, eccessiva sensibilità ecc.. Un ruolo importante gioca anche la capacità di autosuggestione. Una chiara dimostrazione ne è il fatto che paralisi, analgesie e cecità, possono essere indotte in soggetti mediante ipnosi.

LA TERAPIA

Il primo passo da fare, come sempre, è una diagnosi corretta sui fattori che possono aver determinato il disturbo nel caso specifico. Se per esempio, è dovuto ad un forte senso di colpa per un'azione che il paziente ha commesso nel passato e che ha, poi, rimosso bisogna a poco a poco farne riemergere il ricordo. Le tecniche basate sull'insight sono efficaci in un gran numero di casi. Riportare a galla l'evento o il motivo che ha provocato il disturbo di conversione può essere molto utile, anche se è bene non aspettarsi guarigioni miracolose. Spesso bisogna lavorarci molto, prima che l'evento venga a galla e perda la sua forte carica emotiva.

L'approccio farmacologico mirante ad eliminare l'ansia, il trattamento dello stress o della depressione sono tutte tecniche molto valide. Un valido aiuto lo si avrà anche dallo scorrere del tempo. I disturbi di conversione, infatti, di solito tendono tutti a migliorare con gli anni.

L'AVARIZIA PATOLOGICA



È un disturbo di cui non si parla su nessun manuale (forse siamo stati i primi a farlo), ma non è una patologia affatto rara. Ognuno di noi è portato a tesaurizzare le proprie risorse (vedi istinto di possesso), però c'è un limite oltre il quale questa sana tendenza istintiva diventa una sindrome patologica. L'avarico patologico quasi sempre non ha problemi di soldi, egli di solito ha già accumulato abbastanza per poter vivere agiatamente, ma nonostante ciò continua a vivere molto al di sotto delle sue possibilità, spesso al limite della sopravvivenza. Tutto ciò allo scopo di accumulare ricchezze e di mettere da parte i risparmi.

C'era una barbona che chiedeva la carità per strada. Mangiava alla mensa dei poveri e vestiva in modo cencioso. Quando morì nel suo appartamento furono scoperti diverse centinaia di milioni di lire, la maggior parte in monetine, ma non mancavano mazzette di banconote legate da un elastico. Perché viveva miseramente facendosi mancare anche il necessario quando in realtà era ricca?

Il motivo era semplice, perché era affetta da avarizia patologica.

La figura emblematica dell'avarico patologico è quella di Paperone dei Paperoni, il personaggio dei famosi fumetti di Walt Disney. Pur essendo ricco egli vive con pochi mezzi, risparmiando anche il centesimo.

Ci sono avari che, pur essendo benestanti, fanno un lungo viaggio in treno seduti su una valigia pur di non spendere qualche lira in più per prendere una cuccetta o per prenotare un posto. Una ragazza per paura di sfilare le calze quando le indossava, si metteva i guanti. Tutto ciò pur di non spendere poche migliaia di lire.

Per l'avarico patologico il denaro non è più uno strumento per procurarsi dei beni, ma diventa fine a sé stesso. L'avarico ama maneggiare il denaro, desidera possederne in grande quantità ed non è mai soddisfatto per quanto egli ne possa accumulare. A volte l'amore per il denaro diventa l'unico scopo della sua vita.

L'EZIOLOGIA

Scrivendo Bernardo di Chiaravalle, un monaco francese vissuto tra il 1090 ed il 1153: "Che cos'è l'avarizia? Vivere in povertà per paura della povertà." Il suo era un giudizio dettato dall'esperienza. In effetti, l'avarizia patologica è un disturbo di ansia. Quasi sempre il paziente affetto da questo disturbo è un soggetto che ha vissuto tempi difficili, viene da una famiglia povera dove mancava anche l'essenziale. Chi è vissuto sempre nelle ristrettezze economiche tende a tesaurizzare in modo esagerato le risorse di cui viene in possesso, spesso senza tenere conto che la sua situazione economica è cambiata e che ora può permettersi un tenore di vita più alto.

Altre volte il soggetto affetto da questo disturbo è a sua volta figlio di un avaro ed ha imparato dal padre ad essere taccagno e parsimonioso fino al patologico.

In altri casi si tratta di soggetti che hanno iniziato ad accumulare un piccolo capitale per mettere su un'impresa e rimangono vittima di questo meccanismo. Cioè, ad un certo punto perdono di vista il loro obiettivo e la loro unica fonte di gratificazione diventa accumulare denaro in banca.

Le cose, come per la maggior parte dei disturbi, cambiano in modo significativo da soggetto a soggetto ed in un certo qual senso ogni caso fa storia a sé. Come pure, spesso troviamo tale disturbo associato ad altre patologie, prima tra tutte la depressione. Il paziente depresso non di rado non spende un soldo e manca di nutrirsi o di curarsi in modo adeguato.

LA TERAPIA

Il primo passo è quello di far prendere coscienza al paziente di essere affetto da avarizia patologica. Di solito l'avarico patologico giustifica la sua tirchieria con mille scuse: "Che bisogna evitare gli sprechi", "che non ha senso spendere tanti soldi " ecc.. In verità egli cerca ogni giustificazione razionale, pur di non spendere una lira.

Anche le terapie basate sull'insight possono portare notevoli benefici. Se il paziente comprende i meccanismi inconsci che lo portano ad essere avaro, avrà fatto significativi passi in avanti.

È utile anche far capire al paziente che spesso l'avarizia ha due effetti spiacevoli: rovina la propria immagine sociale e ciò può avere risvolti negativi per la qualità della vita.

Per secondo, spesso l'avarico invece di spendere di meno, spende di più. Se, ad esempio, non provvede a cambiare subito il braccetto della ruota dell'auto può accadere che questo si rompa in autostrada. La riparazione, ovviamente anche perché si dovrà chiamare un carro attrezzo, costerà molto di più che dall'officina di fiducia sotto casa.

Altro esempio, se ci si mostra avari con le persone, queste sicuramente preferiranno fare le loro transazioni economiche con persone più generose e ciò può portare gravi danni finanziari.

I DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI

I disturbi ossessivo-compulsivi sono caratterizzati dalla presenza di idee o di fantasie ricorrenti (ossessioni) e ripetuti impulsi o azioni (dette compulsioni) che il paziente di solito riconosce come morbosi e verso cui prova una forte resistenza. Secondo il DSM IV non solo devono essere presenti ossessioni, ma le compulsioni ricorrenti devono essere abbastanza gravi da comportare significative perdite di tempo o causare disagio marcato o menomazione significativa.

Sebbene l'ansia sia l'elemento principale di questi disturbi, diversamente dalla fobie, non ha origine come risposta a stimoli esterni, ma come reazione a pensieri e a pulsioni elaborati all'interno della mente. Dal 2 al 3 per cento della popolazione americana è afflitta da questo disturbo, che coinvolge più frequentemente le donne che non gli uomini (Karno e Golding, 1991).

Le persone affette da disturbi ossessivo-compulsivi si sentono costrette a ripetere più volte pensieri o continuamente la stessa azione. Spesso l'intromissione può essere così grave e costante da renderli incapaci di svolgere le proprie attività.

Il disturbo ossessivo-compulsivo ha aspetti cognitivi e comportamentali. Le ossessioni sono pensieri incontrollabili che si presentano in continuazione, mentre le compulsioni sono azioni che il soggetto si sente obbligato a compiere nel vano tentativo di far fronte almeno in parte alla propria ansia. La persona che controlla decine di volte che la porta sia chiusa, infatti, è dominato dall'idea ossessiva dei ladri.

Anche se di solito le due cose vanno insieme, quasi sempre, infatti, l'una è la risposta dell'altra, si possono avere pensieri ossessivi senza che ci senta costretti ad agire in modo compulsivo e viceversa.

Gli atti compulsivi sono utilizzati nel vano tentativo di controllare le idee ossessive. Ad esempio, alcune persone recitano continuamente parole e formule per impedire che un'immagine ossessiva e spaventosa si impadronisca della loro mente. Spesso gli stessi soggetti affetti da tali disturbo sono pronti a riconoscere che si tratta di compulsioni eccessive e irragionevoli. Se il soggetto tenta di resistere può avere un aumento dell'ansia o della tensione, perciò dopo ripetuti insuccessi può cedere o non provare più il desiderio di resistervi.

Inoltre, di frequente la persona evita tutte le situazioni che riguardano il contenuto delle ossessioni, come lo sporco o la contaminazione. Ad esempio, una persona con tale disturbo eviterà di stringere la mano a sconosciuti o non entrerà mai in un bagno pubblico.

Forme moderate di ossessioni e di compulsioni rientrano nella normale esperienza della maggioranza delle persone, soprattutto durante l'infanzia o nei periodi di stress. A tutti è capitato di avere di tanto in tanto pensieri assurdi e irrazionali, come la sensazione che gli occhi stiano per schizzare fuori dalle orbite o che la testa stia per scoppiare, altre volte ci si sente assaliti da legioni di microbi perché sporchi e sudati. Da un confronto tra le ossessioni di persone affette da disturbi ossessivo-compulsivi e le ossessioni normali, non si sono rilevate differenze sistematiche rispetto al loro contenuto, ma soltanto rispetto all'intensità (Racham e De Silva, 1978).

In altre parole, mentre nelle persone normali questo tipo di pensieri sono di lieve entità e tende a scomparire col tempo, in quelle disturbate peggiora fino ad interferire pesantemente nella loro vita quotidiana.

I pensieri ossessivi più comuni riguardano la morte, le malattie o la paura di restare sfigurati o menomati. Nei pazienti affetti da disturbi ossessivo-compulsivo si riscontra spesso un significativo

stato di depressione, anche se ritroviamo questo disturbo più spesso associato ad altri disturbi d'ansia, in particolare a quello di panico o a qualche fobia (Austin e al., 1990).

Sulla base dei sintomi che presentano si possono distinguere 5 forme di disturbi ossessivo-compulsivi:

1 - Disturbi ossessivo-compulsivi da pensieri di contaminazione. Si tratta di persone che si lavano moltissime volte al giorno, fino a 200- 300 volte. Riferiscono di avere un paura folle di essere contaminati dai microbi e di riuscire ad alleviare questa loro preoccupazione solo lavandosi ripetutamente.

2 - Disturbi ossessivo-compulsivi di perdere l'autocontrollo. È il dubbio o la paura di fare qualcosa di proibito o di pericoloso per sé o per gli altri, in altre parole è la paura di perdere il controllo di sé. Alcuni sono afflitti dalla paura di fare qualcosa di terribile, bestemmiare ad alta voce in chiesa o in luogo pubblico, urinare nel soggiorno di qualcuno, uccidere una persona amata, saltare giù da un ponte mentre vi passano sopra ecc..

3 - Disturbi compulsivi di verifica. Riguardano quelle persone che controllano dieci volte che il gas sia chiuso, che le luci siano spente o che tutti i rubinetti siano chiusi.

Ci sono, poi, i disturbi ossessivo-compulsivi meno noti:

- Mania dell'ordine. Disagio intenso quando gli oggetti sono in disordine o asimmetrici, necessità di avere le cose in un certo ordine.

- Paura di impazzire. L'individuo ha la sensazione di essere diventato pazzo e che la sua mente abbia perso lucidità ed equilibrio. È un'ansia che non troviamo associata solo a questo disturbo, ma a varie patologie mentali.

- Sentirsi responsabile dei mali del mondo o di una parte di essi. È una rara patologia in cui il paziente si convince che ogni persona può influenzare gli altri e quindi gli eventi, perciò si sente responsabile di non aver fatto abbastanza per la fame nel mondo, per salvare gli uomini dall'alcolismo o i cani randagi dalla morte per fame e così via.

- Sentirsi colpevole della morte di qualcuno o di non aver fatto abbastanza per salvare una persona. È un disturbo originato da sentimenti di colpa, ma che può diventare una vera e propria ossessione.

L'EZIOLOGIA

I ricercatori che studiano i disturbi ossessivo-compulsivi individuano i fattori che possono esserne all'origine in modo diverso a seconda dell'orientamento teorico a cui si riferiscono.

Il modello psicanalitico considera i disturbi ossessivo-compulsivi come difese inadeguate all'ansia prodotta da conflitti aggressivi inconsci. Gli studiosi di scuola freudiana ritengono che le difficoltà abbiano origine dal fatto che gli impulsi dell'Es sono trattati con eccessiva severità nell'infanzia. Se, ad esempio, tali impulsi sono severamente puniti nel corso della fase anale, durante il periodo di addestramento all'evacuazione, potrebbero trovare espressione in seguito.

Generalmente affiorano nella forma di pensieri ossessivi, altre volte possono essere contrastati o sopraffatti da idee o azioni antagoniste.

È una posizione che non condividiamo, l'abbiamo riportata solo per dare completezza al nostro studio.

Nell'interpretazione comportamentista un pensiero originariamente neutrale può produrre ansia se viene associato ad uno stimolo ansiogeno. Quando un'azione riduce l'ansia, l'atto si fissa come un rituale compulsivo. Ad esempio, lavarsi ripetutamente le mani potrebbe essere considerato un meccanismo di difesa dalla paura ossessiva di ammalarsi. In altre parole, secondo i teorici comportamentali il disturbo ossessivo compulsivo consiste in comportamenti appresi che vengono rinforzati dalle loro stesse conseguenze.

Mowrer (1960) ha ipotizzato che uno stimolo dapprima neutro possa associarsi all'ansia venendo accoppiato con uno stimolo naturalmente ansiogeno. In secondo tempo, per ridurre l'ansia creata dallo stimolo appena condizionato vengono prodotte delle risposte d'evitamento, ma, a causa dell'ampia generalizzazione della risposta di paura a molte situazioni e molti oggetti, tale comportamento di evitamento diventa inutilizzabile.

È una teoria accettabile solo parzialmente. Ad esempio, è nel giusto quando afferma che l'atto di lavarsi ripetutamente le mani è una risposta capace di ridurre la preoccupazione ossessiva di contaminazione, ma non spiega in modo esauriente che cosa provoca la paura ossessiva che ne è all'origine. Noi tutti abbiamo, in qualche misura, paura di prendere una malattia infettiva, ma non per questo passiamo la maggior parte della nostra giornata in bagno a lavarci. Il problema maggiore, se si vuol scoprire la vera eziologia di questo disturbo, è capire che cosa trasforma una paura normale, in un'ansia patologica, incontrollabile.

I teorici dell'indirizzo cognitivista sostengono, riportando prove sperimentali, che i disturbi ossessivo-compulsivi si manifestano con maggior frequenza nelle persone rigide nel modo di pensare e che tendono ad aspettarsi il peggio da situazioni nuove (Steketee e Foa, 1985). Secondo Carr (1974) le persone che soffrono di tale disturbo hanno immagini piuttosto negative dell'esito delle loro azioni. Esse tendono ad esagerare le normali preoccupazioni della maggior parte della gente, circa la salute, le finanze, le relazioni personali e così via. McFall e Wollershiemi (1970) sottolineano che i disturbi ossessivo-compulsivi sono portati a sovrastimare le possibilità che le cose vadano storte, perciò essi vivono questa circostanza come una minaccia costante, capace di generare ansia. Il modello cognitivo, in sintesi, prevede che gli individui con i disturbi ossessivo-compulsivi siano perfezionisti e non solo abbiano aspettative negative sull'esito delle loro azioni, ma tendono ad avere scarsa fiducia nelle proprie azioni. Anche questa è una teoria che spiega solo alcuni aspetti del disturbo (che oltretutto, a nostro parere, hanno un'importanza marginale), ma è lontana dal dare un'interpretazione eziologica esauriente del disturbo.

Per i sostenitori del modello biologico i disturbi ossessivo-compulsivi trovano le loro radici soprattutto nelle malattie di carattere organico e riportano a sostegno della loro tesi che tali disturbi si manifestano in conseguenza di lesioni cerebrali accertate ai gangli della base. A tale scopo citano studi tomografici che evidenziano quadri di attività insolita nei gangli della base delle persone con questo disturbo (Rapoport, 1988, 1991).

Altri elementi che portano ad ipotizzare che alla base dei disturbi ossessivo-compulsivi ci sono motivi biologici:

1 - I successi ottenuti sottoponendo questi pazienti ad un trattamento farmacologico. Farmaci come la clomipramina e la fluvoxamina si sono dimostrati efficaci a curare i disturbi ossessivo-compulsivi.

2 - Una buona risposta, in alcuni pazienti, alla psicotomia (Elkins et al., 1980. Lieberman, 1984. Turner et al., 1985).

3 - Un recente studio ha rivelato che il volume del nucleo caudato nei pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo è significativamente inferiore rispetto ai soggetti sani (Luxemburg et al., 1988).

4 - L'esplorazione diagnostica tramite PET praticata su soggetti affetti da ossessioni e compulsioni evidenzia un'attività insolitamente intensa nella zona dei lobi frontali, immediatamente sopra gli occhi e in una zona profonda e più primitiva del cervello. Inoltre, encefalite, trauma cranici, tumori al cervello sono tutte condizioni che sono state associate a questi disturbi.

I disturbi ossessivi compulsivi hanno spesso origini fisiche, cioè sono legate all'alterazione di alcuni neurotrasmettitori come: La serotonina, che influisce sul dubbio e la sicurezza, portando il paziente a controllare o a ripetere le stesse azioni; la dopamina, che influisce sull'appetito e sulla sazietà; e la norepinefrina, responsabile dello stress e dello stato d'ansia.

Esistono anche molti studi a favore di una componente genetica del disturbo ossessivo compulsivo (Carey e Gottesman, 1981). Tassi elevati di disturbi d'ansia si riscontrano tra i parenti di primo grado di pazienti affetti da tale disturbo. Lenane et al. (1990) hanno rilevato che in circa il 30% dei pazienti da essi esaminati, avevano parenti che avevano sofferto o soffrivano di disturbi ossessivi-compulsivi.

Anche se tale teoria, attualmente, sembra la più convincente (certamente è vera in un buon numero di casi; infatti, a nostro parere le cose variano significativamente da soggetto a soggetto) tuttavia è possibile che un'anomalia dei gangli della base sia soltanto una condizione predisponente allo sviluppo di questo disturbo e non la causa primaria.

In conclusione, piuttosto che alternativi i vari orientamenti sulle cause dei disturbi ossessivo-compulsivi sembrano essere complementari. Ad esempio, l'orientamento biologico e quello comportamentale non sono affatto incompatibili e potrebbero descrivere due aspetti dello stesso problema. Il primo potrebbe fornire il quadro dei meccanismi fisiologici dell'esperienza d'ansia, mentre il modello dell'apprendimento potrebbe spiegare come questa tendenza possa essere condizionata a vari stimoli o a varie situazioni presenti nell'ambiente circostante.

Inoltre, ciascuna teoria sembra focalizzarsi su aspetti differenti del disturbo e concentrarsi sulla spiegazione di questi aspetti. Ad esempio, la teoria cognitiva descrive in modo reale i processi di pensieri che, con ogni possibilità, interessano le persone affette da tali disturbi. Mentre il punto di vista dei biologici si concentra sugli aspetti fisiologici e sugli interventi farmacologici.

In ogni caso è importante distinguere i casi i cui i disturbi ossessivo-compulsivi sono essi stessi disturbi primari e quando sono secondari ad altra patologia o ad una condizione medica generale. Ad esempio, talvolta questi disturbi sono soltanto la conseguenza di uso di droghe, di abusi di farmaci o di esposizione ad una tossina. Non solo, ma spesso impulsi, pensieri o comportamenti

compulsivi possono manifestarsi nel contesto di altri disturbi mentali. Ad esempio, negli episodi depressivi maggiori è frequente la presenza di ruminazioni potenzialmente spiacevoli o su possibili azioni alternative.

Anche il disturbo d'ansia generalizzata è caratterizzato da preoccupazioni eccessive, ma tali preoccupazioni riguardano ansie eccessive della vita reale, mentre le ossessioni vengono vissute dall'individuo come inappropriate.

Altri ricercatori hanno individuato proprietà fisiologiche che possono essere collegate ai disturbi ossessivo-compulsivi. Una persona può avere un sistema nervoso autonomo o un sistema reticolare che s'attiva facilmente in seguito ad eventi stressanti o negativi, a causa di tendenze ereditarie (Lacey, 1967) o stress cronico (Seligman, 1971). In entrambi i casi questa sensibilità potrebbe far sì che l'individuo reagisca esageratamente ad eventi stressanti.

Questo ultimo punto è da tenere in estrema considerazione. Secondo la nostra opinione, lo stress è uno dei principali sospettati tra le cause che predispongono ai disturbi ossessivo-compulsivi. Per chi conduce una vita stressante da anni “ogni mucchio di sabbia può sembrare una montagna”. Questa particolare condizione di debolezza mentale fa sì che ansie o paure “normali” ad un certo punto diventino ossessive e incontrollabili, scatenando il disturbo. Poi, il processo si autoalimenta da solo. Il disturbo o. c. produce stress, che a sua volta mantiene in vita il disturbo.

A riprova di questa tesi ci sono vari esperimenti che hanno provato che i pensieri ossessivi aumentano quando le persone sono soggette a stress (Parkinson e Rachman, 1981).

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DA PENSIERI di CONTAMINAZIONE (afefobia o fobia da contaminazione)



Il paziente ha il terrore di prendere una malattia e per questo si lava ripetutamente o pratica rituali che dovrebbero portare alla decontaminazione dei cibi o delle cose che tocca. Sono comuni preoccupazioni di tipo ipocondriaco con visite mediche ripetute in cerca di rassicurazione. Come pure possono essere presenti sentimenti di colpa o disturbi del sonno. Inoltre, tale disturbo può essere associato ad abuso di alcol o di psicofarmaci, soprattutto ipnotici o ansiolitici. Spesso si possono osservare problemi dermatologici causati da un numero eccessivo di lavaggi con acqua e detergente.

A.B. un uomo sposato di 35 anni, era ossessionato dalla paura di essere contaminato ogni qual volta toccava un'altra persona. I suoi sintomi erano cominciati circa 10 anni prima, quando un suo compagno di squadra l'aveva abbracciato sporco e sudato dopo una partita. Questa sensazione di disgusto era stata la molla che aveva innescato una serie di meccanismi psicologici che l'avevano portato a diventare fobico. Dopo quell'episodio le cose erano peggiorate sempre di più. Faceva la

doccia varie volte al giorno, si lavava sempre più spesso ed aveva addosso sempre la sensazione di essere sporco e sudato.

Le persone affette da questo disturbo, di solito, elaborano dei cerimoniali, riguardante la pulizia e l'ordine, che richiedono delle ore o, addirittura, la maggior parte della giornata. Un paziente riferiva di passare 3 o 4 ore al giorno nel bagno, lavandosi e rilavandosi. Altre volte evitano oggetti con certe caratteristiche, ad esempio, stanno lontani da qualsiasi cosa sia di colore marrone. Anche i pasti possono durare delle ore. Un'altra paziente mangiava solo tre pezzi di cibo alla volta e doveva a masticarli a lungo. Questi rituali secondo la paziente avevano il potere di decontaminare il cibo.

Spesso questi soggetti coinvolgono anche i loro familiari nella loro fobia o nei loro rituali. Rosalba, una donna affetta da questo disturbo, non solo si lavava spesso, ma quando aveva finito lavava anche i suoi due piccoli, cambiandoli più volte al giorno. Un'altra paziente costringeva il marito ad agitare una teiera o delle verdure surgelate sopra la testa per allontanare i microbi.

Altre volte le loro compulsioni li portano a recitare formule magiche di valore protettivo o a toccare un certo talismano o un portafortuna sempre con l'intento di sfuggire "all'assalto di legioni di virus". Vestirsi, provvedere all'igiene personale, piegare gli abiti o fare azioni simili possono occupare gran parte delle giornate tanto che spesso i pazienti non sono più in grado di lavorare o di soddisfare altri impegni.

L'EZIOLOGIA. I batteri e i virus sono un pericolo reale per la vita dell'uomo. Ancora oggi che viviamo nell'era degli antibiotici e la medicina ha fatto passi da gigante, milioni di persone ogni anno nel mondo muoiono per malattie infettive. Se poi facciamo un excursus storico ci renderemo conto che le malattie infettive hanno fatto più vittime delle guerre. Si pensi soltanto alle epidemie nel Medioevo. Tutto ciò ha lasciato una traccia nella memoria collettiva degli uomini che hanno iniziato a provare sensazioni di disgusto verso tutte le "cose sporche" o quelle situazioni che possono essere occasione di contaminazione. Lo sporco, infatti, indica un ambiente dove batteri proliferano con facilità.

Il disturbo ossessivo compulsivo da pensieri di contaminazione, quindi, è dovuto all'exasperazione di una paura presente in tutti noi: la paura di prendere una malattia infettiva. Questa paura, a nostro parere, può diventare incontrollabile a causa di uno o più di questi motivi: 1) per motivi fisiologici 2) per lo stress 3) per la depressione (ne è prova evidente che questo disturbo risponde bene agli antidepressivi e agli IMAO).

Un ruolo importante lo gioca anche la capacità di autosuggestione. Il paziente elabora in continuazione pensieri in cui "immagina di essere assalito da migliaia di minuscoli microbi invisibili che vede dappertutto".

A volte il paziente rimane impressionato dalla perdita di un familiare o di un amico morto con una malattia infettiva (o rimane colpito da fatti simili visti in televisione). Quest'esperienza negativa colpisce la sua fantasia e, a poco a poco, un po' per lo stress, inizia a partorire immagini di "armate" di batteri che vanno all'assalto del suo corpo.

Altre volte la fobia di contaminazione, come abbiamo accennato, è causata da forti sensi di colpa. È il caso di Lady Macbeth, nel dramma di Shakespeare, che non cessava di lavarsi le mani dopo l'assassino del Re Duncan nel vano intento di liberarsi del sangue immaginario di cui erano sporche le sue mani. L'acqua non pulisce solo in senso materiale, ma anche spirituale. È usata in tutti i

rituali religiosi o folcloristici per purificare, nel battesimo per togliere il peccato originale (vedi inconscio collettivo). In India ci si immerge nel Gange per rinascere e così via.

LA TERAPIA

Come per la maggioranza dei disordini mentali è solo l'approccio farmaceutico unito alla psicoterapia a dare i risultati migliori. La psicoterapia più indicata è la desensibilizzazione sistematica. Se il paziente possiede ancora delle buone capacità di autocontrollo, deve cercare di frenare le autosuggestioni o le immagini mentali della sua fantasia distorta e smettere di vedere batteri dappertutto.

Non è l'unico tipo di approccio possibile. Si può intervenire anche in altri modi. Ad esempio cercando di capire il motivo che ha dato origine al disturbo (terapia basata sull'insight), convincere il malato che lavandosi sempre, non ferma i batteri, ma li favorisce perché rovina la pelle (terapia di tipo cognitivo). Ma la modalità di intervento più efficace resta sempre quella di cercare di rimuovere la causa dello stress, che eventualmente ne è all'origine. Ci torneremo a fine capitolo.

I DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI di VERIFICA



Sono affetti da questo disturbo quei pazienti che riscontrano pensieri persistenti di non aver compiuto adeguatamente un compito già portato a termine. Ogni volta che usciva di casa un ragioniere di 40 anni iniziava a chiedersi: “Ho chiuso la porta? Ho chiuso il gas? Ho lasciato qualche rubinetto aperto?”

Sebbene ricordasse perfettamente di averlo fatto, doveva ritornare indietro a controllare. È chiaro che una persona che controlla in modo ossessivo la serratura della porta o la chiusura delle finestre è dominato dalla paura dei ladri. In tutti i casi, infatti, i disturbi ossessivo-compulsivi di verifica sono originati dalla paura ossessiva che possa succedere un incidente. Vediamo i più comuni:

CONTROLLO DEL GAS. Il soggetto affetto da questo disturbo controlla decine di volte in modo compulsivo che il gas sia chiuso. È evidente che teme che una fuga di gas possa essere la causa di un incendio o di una esplosione. È un'ossessione alimentata dalle decine di fatti di cronaca riportati ogni anno dai mass media, in particolare dalla TV. Ad esempio, lo scoppio di una tubatura di gas avvenuta il 27 novembre 2001 a via Ventotene a Roma, che ha provocato la morte di 8 persone, ha fatto aumentare di 3 - 4 volte le telefonate che segnalavano fughe di gas. Tutti allarmi che, poi, si sono rivelati ingiustificati. Gli incidenti legati al gas fanno un centinaio di vittime all'anno: non solo esplosioni, ma anche intossicazioni. La loro notizia, riportata quasi sempre dai media, incrementa paure già diffuse nella popolazione.

CONTROLLO DELL'ACQUA. In questo caso il timore evidente è quello di avere la casa allagata. Eventi del genere non sono affatto rari nelle nostre città.

CONTROLLO DELLA PORTA O DEGLI INFISSI. È chiaramente la paura che qualche intenzionato si possa introdurre nelle nostra casa e rubare o usarci violenza. Anche questo è un timore alimentato dai tantissimi fatti di cronaca di cui veniamo a conoscenza tramite la televisione o i mass media. È chiaro che se una vecchietta viene a sapere che una sua coetanea è stata massacrata da un rapinatore, poi controlli con attenzione tutti gli infissi per evitare che una cosa del genere succeda anche a lei. Poi, con il passar del tempo, quello che era un semplice bisogno di sicurezza, può trasformarsi in un disturbo ossessivo-compulsivo.

PAURA di LASCIARE LA LUCE ACCESA. In questo caso si incrociano due paure: una di tipo economico, cioè il timore di pagare una bolletta salatissima, ed una che possa verificarsi un corto circuito o un incidente che possa dar luogo ad un incendio.

Che cosa fa sì che queste paure diventano esagerate e irrazionali?

Innanzitutto, bisogna tener presente che nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti facilmente suggestionabili, pazienti ansiosi che spesso soffrono, sia pure in forma leggera, di disturbo d'ansia generalizzata.

Per secondo, spesso dietro questi disturbi ci sono motivi fisiologici che fanno sì che le paure apparentemente normali diventano incontrollabili e totalizzanti, cioè occupino totalmente la mente del paziente.

Il terzo fattore, come abbiamo già accennato, è lo stress che in questo caso fa da detonatore. Per chi soffre di stress cronico, non riesce a dormire, è esaurito, anche una piccola paura può diventare, col tempo, un'ossessione. È lo stesso per le persone depresse, sono soggetti che possono facilmente associare alla loro depressione un disturbo ossessivo-compulsivo.

Inoltre, ad alimentare i disturbi ossessivo-compulsivi di verifica quasi sempre contribuisce un altro meccanismo poco noto, ma altrettanto importante. Non di rado noi facciamo le azioni in modo inconsapevole, se mai pensando ad altre cose, ciò fa sì che commettiamo degli sbagli. A volte il paziente affetto da questo disturbo controlla in modo distratto che il gas o i rubinetti siano chiusi. Ciò fa sì che, poi, una volta uscito di casa, sia assalito da dubbi e debba tornare indietro per verificare. Molti arrivano a riaprire il gas, in modo da richiuderlo, per essere sicuri di averlo fatto.

In uno studio condotto da Sher e Otto (1983) venivano utilizzati compiti cognitivi per vedere se gli studenti universitari, che ad un precedente test avevano raggiunti punteggi elevati nella misurazione della tendenza compulsiva a controllare, soffrirono di un deficit di memoria relativo alle azioni compiute, in altre parole se nell'effettuare i controlli fossero un po' distratti e smemorati. I risultati dell'esperimento confermarono che spesso i soggetti portati al controllo compulsivo, avevano scarsa memoria delle azioni compiute in precedenza, cioè non ricordavano bene se avevano fatto il controllo con la dovuta accuratezza.

Perciò, nei casi meno gravi suggeriamo questa tecnica. Il paziente non solo deve fare il controllo in modo cosciente (se mai dandosi un pizzicotto sulla guancia per essere sicuro di essere perfettamente consapevole delle sue azioni), ma deve compilare un tagliando su cui scrive che nel giorno tot, all'ora X (bisogna essere precisi fino al minuto), ha fatto il controllo del gas e che tutto è a posto. In questo modo poi, quando uscito di casa gli si presenterà il dubbio: "ho chiuso bene?"

Cercherà in tasca il tagliando e lo leggerà. Ciò dovrebbe dargli la certezza assoluta che il controllo è stato effettuato.

Un altro ottimo sistema è di dotarsi di tutti i moderni sistemi di sicurezza, come un rivelatore elettronico delle fughe di gas, che possa mettere al riparo da eventuali incidenti. Lo scopo evidente è quello di abbassare il livello d'ansia. Se ci si riesce, anche il disturbo dovrebbe migliorare in modo significativo.

Quindi l'azione terapeutica, oltre che sull'approccio farmacologico, dovrebbe basarsi principalmente su due tipi di intervento: 1) Diminuzione della paura di incidenti (spiegando che gli incidenti quasi sempre sono dovuti a cattiva manutenzione, all'inosservanza delle norme di sicurezza ecc.) 2) Far sì che il paziente al momento di chiudere il "gas" non pensi ad altro e sia veramente cosciente di quello che fa.

I DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI DA PAURA DI PERDERE L'AUTOCONTROLLO

Sono pensieri ed immagini ricorrenti e intrusivi che invadono la coscienza e che appaiono irrazionali ed incontrollabili. Per lo più sono dovuti alla paura di perdere il controllo di se stessi. L'impulso imperioso a compiere determinate azioni, che vanno da capricci insignificanti, a gravi atti aggressivi. Un padre affettuoso riferiva che ogni tanto veniva colto da un impulso a strangolare il suo unico figlio. Altre persone sono tormentate dalla paura di perdere il controllo e di fare qualcosa di socialmente imbarazzante. Un signore riferiva di aver la tentazione di denudarsi in chiesa durante la funzione.

Si possono distinguere vari tipi di pensieri ossessivi:

1 - Impulsi a fare atti aggressivi. Si manifestano specialmente verso persone che il paziente ama molto. Un impiegato di 45 anni, di tanto in tanto, era assalito dall'impulso di strangolare il figlio, a cui era molto legato.

2 - Impulsi a fare azioni socialmente riprovevoli. Un avvocato era ossessionato dall'idea che potesse urinare davanti al giudice, in tribunale. Un insegnante temeva che nel bel mezzo della lezione, potesse parlare dei suoi rapporti sessuali insoddisfacenti con la moglie.

3 - Impulsi a fare cose pericolose o atti autodistruttivi. Un giovane che d'estate si dedicava al paracadutismo confessava che, varie volte, mentre scendeva dal cielo, aveva avuto la tentazione di sganciarsi dal paracadute. Ciò avrebbe significato una morte certa. Un giovane padre a volte aveva la tentazione di spingere il suo unico figlio di 3 anni, che amava moltissimo, in mezzo alla strada, facendolo così finire sotto le ruote di un'auto.

Chi soffre di tale disturbo è ossessionato dall'idea che potrebbe, prima o poi, tradurre in atto i propri terribili pensieri ossessivi. Nella stragrande maggioranza dei casi, per fortuna ciò non accade, ma la preoccupazione è tale da causare livelli d'ansia elevati.

L'EZIOLOGIA. Le ossessioni, a nostro parere, sono originate proprio dal timore di perdere l'autocontrollo e dal terrore che ci si possa rendere responsabili di tali azioni "mostruose". L'impulso a strangolare il figlio, nel caso su citato, nasceva proprio dalla sua paura che potesse fare

una cosa del genere. Egli lo amava così tanto che aveva paura che qualcuno (in questo caso se stesso) potesse fargli del male. Se egli riusciva ad amarlo di meno o ad avere meno paura che gli potesse fare violenza, anche le sue ossessioni sarebbero diminuite. Ne era prova che egli non provava impulsi aggressivi verso le persone a cui non era legato affettivamente.

La paura di perdere il controllo e fare atti socialmente riprovevoli, come spogliarsi o fare atti osceni in pubblico, nasce in quelle persone che ci tengono esageratamente alla loro immagine sociale e sono terrorizzati dall'idea che possano fare veramente una cosa del genere. Se si riesce a convincerli che anche se un giorno cedessero all'idea di spogliarsi per strada, non succede niente, perché la gente comprenderebbe che si tratta di un malato mentale. Tutt'al più chiamerebbero la polizia che li farebbe rivestire e li accompagnerebbe al più vicino centro di malattie mentali.

Se egli impara a non temere questa eventualità, anche i suoi pensieri ossessivi diminuiranno di intensità e si presenteranno meno di frequente. Bisogna far capire al paziente che è proprio il terrore che egli possa far una cosa del genere a generare i suoi pensieri ossessivi.

In questi casi si innesca un complesso processo mentale, che non è difficile da spiegare. La mente del soggetto è angosciata da un pensiero doloroso, quello di fare del male a qualcuno o di fare un'azione riprovevole; che cosa fa la nostra mente quando è angosciata da un forte timore?

Cerca di liberarsi, non importa come, di questi pensieri angosciosi. Ed ecco apparire gli impulsi aggressivi che vanno nella direzione opposta a ciò che desideriamo veramente. Il giovane era assalito dagli impulsi di sganciare il paracadute, solo perché la sua mente si voleva liberare dal terrore che potesse fare una cosa del genere.

Chiaramente sono meccanismi favoriti dallo stress, dalla depressione o da condizioni di salute precarie, cioè spesso entrano in gioco i fattori di facilitazione visti nei precedenti paragrafi.

LA TERAPIA

I disturbi ossessivi-compulsivi sono tra i più difficili da trattare. Indipendentemente dalle modalità di intervento difficilmente si riesce ad ottenere risultati definitivi e completi nella loro terapia. Trattamenti opportuni riescono a dar luogo a un miglioramento significativo riconducendo questi pazienti ad una vita quasi normale, tuttavia di solito le tendenze ossessivo-compulsive in qualche misura persistono per tutta la vita. Queste considerazioni, però, non deve indurre al pessimismo. Anche miglioramenti apprezzabili sono auspicabili. Assoggettare i pensieri ossessivi a un controllo maggiore, che renda la loro presenza meno pervasiva permettendo al paziente di condurre una vita quasi normale, è già un buon risultato.

Il trattamento comportamentale dei pensieri ossessivi si basa principalmente su tre tecniche: la desensibilizzazione sistematica, l'impedimento della risposta e "l'arresto del pensiero".

I primi due metodi consistono principalmente nell'esporre il paziente a situazioni ansiogene, ad esempio fargli toccare un piatto sporco, senza far scattare in lui rituali compulsivi. L'assunto di fondo è che il rituale costituisce un rinforzo negativo perché riduce l'ansia, provocata dall'evento. Impedendo il comportamento compulsivo si dà avvio al processo di estinzione di tale ansia.

Altre ricerche (Stanley e Turner, 1995) hanno accertato che tale trattamento non è valido o è inapplicabile per oltre metà dei pazienti ossessivi- compulsivi, compreso bambini ed adolescenti (March, 1995).

Inoltre, ci sono varie difficoltà nell'uso di questo tipo di approccio. Per primo, i rituali compulsivi ossessivi possono essere controllati in modo efficace solo all'interno di una struttura ospedaliera. Per secondo, questo tipo di intervento volto a ridurre i rituali compulsivi, risulta molto difficile e spiacevole per i pazienti che in un buona percentuale di casi rifiutano o abbandonano il trattamento.

L'impedimento della risposta, a nostro parere, porta dei risultati non perché il rituale costituisce un rinforzo del pensiero ossessivo, ma perché costituisce una forma di desensibilizzazione sistematica agli stimoli ansiogeni. Una volta che il paziente ha imparato a convivere con gli oggetti senza "decontamarli" con dei rituali, ha superato anche il suo disturbo.

La tecnica di arresto del pensiero, e qui siamo al terzo punto, è piuttosto semplice da spiegare. Il paziente deve avvertire il terapeuta quando un pensiero ossessivo si insinua nella sua mente. Allora il terapeuta grida "stop!".

Anche se il paziente sobbalza, nello stesso tempo si accorge che l'interruzione brusca del terapeuta ha interrotto la cognizione indesiderata. Successivamente il paziente viene addestrato a farlo da solo, cioè ogni qual volta un pensiero ossessivo invade la sua coscienza egli deve pronunciare "stop" a bassa voce, ma in modo fermo e deciso.

Bisogna dire, però, che non sempre i tentativi di inibire il pensiero hanno successo. Spesso questo modo di procedere porta proprio all'effetto contrario: quello di indurre una maggiore concentrazione sui pensieri che si vorrebbero evitare.

Nonostante queste osservazioni, a nostro parere, è una tecnica valida perché a furia di scacciare i pensieri ossessivi, ci si abitua a pensare di meno alle proprie paure ed in qualche misura si riduce l'ansia.

Anche le terapie basate sull'insight possono essere efficaci. Se il paziente diventa cosciente dei complessi meccanismi mentali che sono all'origine del suo disturbo, avrà fatto un notevole passo avanti. Quando comprenderà che egli non desidera veramente strangolare suo figlio, ma che è proprio la paura che potesse farlo, a far nascere in lui pensieri ossessivi, non solo si sentirà sollevato dai suoi sensi di colpa, ma vedrà diminuire i sintomi del disturbo.

Tuttavia, soprattutto nei casi più gravi, è l'approccio farmacologico a dare i risultati migliori. Il trattamento a cui si ricorre più di frequente è l'uso degli inibitori della ricaptazione della serotonina e i farmaci triciclici, usati come antidepressivi. Entrambe queste classi di sostanze hanno dato risultati positivi (Jenike, 1986).

Tuttavia altri studi (Pato et al.) hanno dimostrato che spesso gli effetti prodotti dai farmaci sui sintomi dei disturbi ossessivi compulsivi erano di breve durata e quando i pazienti cessavano di prenderli il tasso di recidività del disturbo era del 90%.

Inoltre, gli ansiolitici possono ridurre o eliminare l'ansia, ma quasi sempre da soli non sono risolutivi. Il farmaco è efficace finché il paziente continua ad assumerlo, ma dopo si possono avere ricadute o recidive. Da ciò la necessità di abbinare farmacologia con psicoterapia.

ALTRE OSSESSIONI

PAURA DI IMPAZZIRE. È una malattia opportunistica che troviamo spesso associata, oltre che ai disturbi ossessivo-compulsivi anche ad altri disordini mentali. In effetti il paziente afflitto da una qualsiasi patologia mentale, si rende conto che qualcosa non funziona bene nella sua mente ed incomincia ad avere paura di impazzire. È importante rassicurare il paziente che una volta che sarà guarito dalla malattia principale (quella che abbiamo chiamato “puller”), scomparirà anche questo tipo di pensieri ossessivi.

LA MANIA DELL'ORDINE

È una sensazione di disagio intenso dettata dal fatto che gli oggetti dell'ambiente del paziente sono in disordine o asimmetrici. Le compulsioni possono essere tentativi di assicurare ordine e stabilità in un ambiente altrimenti imprevedibile. Quasi tutti noi siamo confortati da una routine regolare e nei momenti di stress aumenta il bisogno di ordine. Il disordine mette il paziente in ansia.

In alcuni casi questa sindrome è originata dalla paura di essere puniti. È il caso di quei soggetti che hanno avuto un'educazione molto rigida e si sentono ancora sotto la supervisione di una figura genitoriale. Chi ha avuto un padre molto autoritario, che lo puniva severamente se lasciava le sue cose in disordine, potrebbe essere rimasto condizionato da questo tipo di educazione ed ecco scattare in lui l'ansia ogni volta che vede le cose in disordine. Chiaramente è una spiegazione valida solo per una piccola percentuale di casi.

Più di frequente si tratta di un disturbo secondario, in particolare spesso i soggetti autistici entrano in crisi se le cose intorno a loro non sono nell'ordine a cui sono abituati.

Note

*¹ La desensibilizzazione sistematica è descritta nel capitolo: “La terapia”, al quarto paragrafo.

*² “L'economia a gettoni” è descritta nel capitolo: “La terapia”, al quarto paragrafo

*³ Per insight si intende diventare consapevole dei meccanismi inconsci che sono alla base del comportamento.

CAPITOLO IV

I DISTURBI DELL'UMORE



Il DSM IV indica due categorie principali di disturbi dell'umore: i disturbi depressivi, caratterizzati da uno stato di depressione estrema e prolungata, ed i disturbi bipolari, caratterizzati dall'alternarsi di episodi depressivi e maniacali.

I DISTURBI DEPRESSIVI

(depressione unipolare)

Si distinguono due classi principali di disturbi depressivi: la depressione profonda (o maggiore) e la distimia. La prima è caratterizzata da sintomi molto gravi che persistono praticamente senza remissione per almeno due settimane. La distimia, invece, presenta sintomi meno gravi che perdurano almeno due anni.

Sia la depressione profonda che la distimia sono disturbi da incidenza elevata e sono diagnosticati più spesso nel sesso femminile che in quello maschile. In Italia le cifre parlano di circa 3 milioni di depressi, mentre sono più di 150 milioni in tutto il mondo.

Inoltre, dall'otto all'undici per cento degli uomini e dal 18 al 23% delle donne sono stati depressi almeno una volta nella loro vita (Weissman e Myers, 1978). È il disturbo più frequente tra le persone appartenenti alle classi socio-economiche inferiori (Hirschfeld e Cross, 1982).

È importante distinguere tra la tristezza che tutti provano in alcuni periodi della loro vita e la depressione clinica. È possibile, infatti, sentirsi talvolta scoraggiati rispetto alle prospettive future, isolati dagli altri e non avere l'energia necessaria per svolgere le normali attività quotidiane. La vita è fatta di alti e bassi in quanto periodi felici si alternano sempre a periodi neri o di tristezza. Tranne rari casi, a nessuno le cose vanno sempre bene.

Però, mentre le depressioni normali, dopo alcuni giorni, settimane o mesi, a seconda dei casi, si risolvono spontaneamente senza bisogno di alcuna terapia, la depressione clinica è uno stato duraturo dell'umore che influenza il sonno, le abitudini alimentari ed impedisce a chi ne soffre di provare sensazioni piacevoli.

I soggetti depressi sono portati a trascurare l'igiene e l'aspetto della persona e ad esternare lamentele di tipo ipocondriaco per dolori quasi sempre privi di base somatica. Prevalentemente avviliti, senza più iniziativa e speranza, tendono a rimanere apprensivi, ansiosi ed abbattuti la maggior parte del tempo.

I segni ed i sintomi più comuni della depressione indicati dall'Associazione Psichiatrica Americana (1980) sono:

- Umore depresso, triste.
- Scarso appetito e perdita di peso (o al contrario, aumento di appetito con conseguente aumento di peso. In questo caso mangiare diventa una forma di compensazione e di autograticazione).

- Insonnia, non solo difficoltà ad addormentarsi, ma anche risveglio precoce al mattino.
- Perdita di interesse e di piacere per quasi tutte le attività.
- Stanchezza, spossatezza e perdita di energia.
- Autosvalutazione, concetto negativo di sé, tendenza all'autobiasimo e a sentimenti di indegnità e di colpa.
- Rallentamento del livello di attività, il paziente si sente apatico e indolente.
- Pensieri di morte o di suicidio.

I soggetti affetti da depressione profonda, inoltre, possono avere difficoltà di concentrazione e di pensiero. Non riescono a seguire ciò che leggono o ciò che gli altri dicono. Di solito parlano lentamente, a volte con lunghe pause, usando poche parole e con voce bassa e monotona. Anche le loro conversazioni sono spesso pesanti e monotone e per questo motivi questi soggetti sono spesso evitati dalla gente comune. Il che ne accentua ancor di più il senso di isolamento e di emarginazione.

Raramente il soggetto mostra tutti questi aspetti insieme, la diagnosi di disturbo dell'umore di solito viene fatta se sono evidenti 3 o 4 dei segni sopra descritti, in particolare se è presente un senso di profonda tristezza sproporzionata rispetto alla situazione reale.

L'EZIOLOGIA

Non esiste, come per altre patologie, un'unica teorizzazione relativa alle cause che determinano i disturbi depressivi. Ciascuna posizione enfatizza un determinato aspetto della depressione a spese di altri. Diventa sempre più evidente che i fattori alla base dei disturbi dell'umore possono essere di vario tipo ed ordine e che, quindi, il modo di procedere più giusto è quello di integrare le varie posizioni.

Per prima cosa, quando si indaga sulle cause di disturbi dell'umore, è necessario distinguere tra depressione primaria e depressione secondaria. Spesso la depressione, infatti, è una conseguenza di altri problemi psicologici o di particolari condizioni di salute. La donna che ha subito un'isterectomia, ad esempio, può soffrire di depressione per ciò che ella erroneamente ritiene la perdita della sua femminilità.

I soggetti agorafobici possono avvilitarsi per la loro incapacità ad uscire di casa o gli alcolisti sentirsi depressi perché sono incapaci di controllare l'assunzione di bevande alcoliche e per i problemi sociali e lavorativi provocati dalla loro abitudine a bere smoderatamente. In questi casi, e molti altri ancora, la depressione è secondaria ad un'altra condizione o ad un altro disturbo. Si può parlare, perciò, di depressione quando questo disturbo nel soggetto rappresenta il problema primario.

Il DSM IV distingue due tipi di disturbi secondari: il disturbo dovuto ad una condizione medico generale e i disturbi dell'umore indotti da sostanze. Il primo è caratterizzato da una notevole e persistente alterazione dell'umore ritenuto una diretta conseguenza fisiologica di una condizione medica generale ed è, di solito, conseguenza di malattie croniche (diabete, sclerosi multipla, carcinomi, ictus, ipotiroidismo, infarto del miocardio). A volte sono una manifestazione associata di disturbi psicotici cronici quali schizofrenia, disturbo delirante ecc..

I disturbi dell'umore indotti da sostanze, invece, sono una diretta conseguenza dell'assunzione di droghe, alcol, dall'esposizione a tossine, o dall'effetto collaterale di farmaci usati per altri scopi.

Una volta escluse le depressioni secondarie, che seguono il decorso terapeutico della patologia di cui sono figlie, i fattori che possono essere all'origine dei disturbi dell'umore possono essere principalmente di due tipi: biologici e psicologici.

FATTORI BIOLOGICI. I disturbi dell'umore, così come la schizofrenia sono malattie con una forte componente biologica. La trasmissione familiare della patologia indica chiaramente l'importanza che hanno i fattori genetici nell'eziologia. Ne è prova il fatto che le malattie bipolari possono essere controllate abbastanza efficacemente con farmaci quali il litio e la carbanamazepina, mentre la depressione unipolare si attenua con antidepressivi tricyclici e con gli IMAO.

Negli anni '50 si scoprì, mediante una serie di ricerche, che era possibile indurre, mediante un trattamento con farmaci che riducono il livello di monoammine nei tessuti cerebrali, uno stato di depressione in persone che prima non manifestavano alcun sintomo. Questi risultati portarono a spiegare questo disturbo come derivato da una scarsa attività neurochimica a livello di quelle sinapsi cerebrali in cui i trasmettitori consistono in monoammine. Questa spiegazione ipotizzata da Scildkraut, 1965, fu chiamata teoria delle monoammine.

Non sono ancora del tutto chiari i processi biochimici che possono determinare una predisposizione ai disturbi dell'umore, ma è sempre più evidente che gli agenti biochimici più importanti implicati sono i neurotrasmettitori. I tre principali neurotrasmettitori monoaminici a livello delle sinapsi cerebrali sono la dopamina e la noradrenalina, che hanno un ruolo determinante nei meccanismi che controllano motivazione e piacere, e la serotonina che è importante soprattutto per i meccanismi che promuovono la calma, il sonno e l'alleviamento del dolore. Ad esempio, la noradrenalina, un neurotrasmettitore responsabile dello stato di attenzione e delle impennate dell'umore verso l'alto, è presente in quantità maggiori durante le fasi maniacali ed è decisamente carente in quelle depressive. Anche la serotonina è talvolta carente durante la fase depressiva.

Non si sa, invece, in che misura i fattori psicologici influiscano sulla produzione di questi neurotrasmettitori. Ad esempio, sicuramente l'interpretazione negativa di un evento incide in qualche modo sui processi chimici cerebrali che, a loro volta, amplificano pensieri depressivi. I fattori biologici non agiscono sul nulla, sono senz'altro parte integrante della reazione psicologica ad una determinata esperienza. Le relazioni tra fattori fisiologici e fattori psicologici sono sicuramente a doppio senso e in futuro ci chiariranno molti dubbi su questi disordini mentali.

FAMILIARITÀ. I disturbi depressivi sono più comuni tra i consanguinei di primo grado che nella popolazione generale. Il rischio di soffrire di depressione aumenta qualora si abbia un genitore o un fratello che ne sia stato affetto prima dei 30 anni. Se poi, si ha un gemello monozigote che soffre di tale disturbo, esistono ben 7 probabilità su 10 di ammalarsi, mentre nei gemelli dizigoti il rapporto è di 1 a 5.

La forte incidenza familiare è dimostrata anche dal fatto che, le persone adottate affette da disturbi dell'umore hanno spesso parenti biologici che soffrono, o che hanno sofferto, di tali disturbi (o che sono alcolizzati).

FATTORI PSICOLOGICI. Nonostante sia ormai innegabile l'importanza dei fattori biochimici nell'eziologia di questi disturbi, come molte ricerche hanno evidenziato, (Elkin, 1989, Di Mascio et al., 1979) la psicoterapia gioca ancora un ruolo centrale nel loro trattamento. Ciò dimostra che anche i fattori psicologici rivestono un'importanza non trascurabile.

Sul piano psicologico la maggior parte delle volte la depressione è originata da un disturbo dell'autostima nel contesto di relazioni interpersonali fallimentari. Ad un certo punto dell'esistenza, consciamente o inconsciamente, ognuno di noi fa un bilancio della propria vita e scoprire che è stata "un fallimento" può gettare i germi della sfiducia e dello sconforto. Scoprire che fino allora si è realizzato ben poco e che i mille progetti fatti in gioventù sono falliti una alla volta, può portare a una visione pessimistica della vita.

Bibring (1953) considerò la depressione come ergente dalla tensione tra ideali e realtà e indicò quali parametri di condotta tre aspirazioni fondamentali: voler essere amato, desiderare essere forte e superiore, credere di essere bravo e amorevole. La supporta incapacità di essere all'altezza di questi parametri produce depressione. Il risultato è che la persona si sente debole e impotente, si autosvalorizza, acquista uno scarso concetto di sé. Secondo quest'autore, qualunque frustrazione che riduca la stima di sé, può degenerare in una depressione clinica.

In altri casi la depressione è il risultato di aspettative troppo alte o di mete non realistiche, con il conseguente senso di frustrazione che ne consegue. È il caso dello scrittore che si convince di essere un "genio incompreso", dell'attore che non riesce a sfondare nel campo del cinema o del compositore le cui musiche hanno poca fortuna. Non avere successo, può far nascere sentimenti di sfiducia in se stessi e pensieri pessimistici.

Questi individui, a volte riescono ad adattarsi alla realtà, ma spesso vivono con un senso di insoddisfazione e di frustrazione che li accompagna per tutta la vita. Sentimenti che possono divenire terreno fertile per un disturbo dell'umore. La "miccia" che potrebbe innescare tale patologia potrebbe essere un evento negativo, una forte delusione o un rovescio finanziario.

È grosso modo anche il punto di vista degli umanisti. Carl Rogers, ad esempio, afferma che il comportamento patologico è il risultato di un'eccessiva sensibilità che attribuiamo ai giudizi delle persone che ci circondano. Quando l'individuo si preoccupa eccessivamente delle valutazioni e delle aspettative altrui, non segue più in modo adeguato la propria spinta interiore ad autorealizzarsi. Ed è proprio in questa incapacità di raggiungere la pienezza del proprio potenziale che gli umanisti vedono i motivi che determinano i disturbi della personalità.

In un altro buon numero di casi la comparsa della depressione va messa in relazione con esperienze stressanti vissute dalla persona. A. Billings ed i suoi collaboratori nel 1983 condussero una ricerca su 400 persone che stavano iniziando un trattamento antidepressivo ed un gruppo di controllo di uguale numero, ma non depressi, che vivevano negli stessi quartieri da cui provenivano i componenti del primo gruppo. Dalle loro interviste emerse che la frequenza delle perdite gravi (ad esempio la morte di una persona cara, la perdita del lavoro, un divorzio, problemi economici ecc.) subite dai soggetti depressi era all'incirca il doppio di quella rilevata nel gruppo di controllo. Le persone depresse, inoltre, avevano vissuto un numero relativamente più alto di situazioni stressanti: problemi di salute, liti familiari, tensioni sul lavoro, conflitti con i superiori o sul lavoro ecc..

In effetti, i teorici comportamentali sostengono che più è alto il numero degli eventi sgradevoli a cui le persone hanno preso parte, più le persone sono depresse. Tesi che ha trovato un effettivo riscontro nella realtà (vedi le ricerche di Lewinsohn e Libet, 1972). I dati indicano, infatti, che i soggetti depressi dichiarano di avere meno esperienze positive di quanto facciano le persone non depresse. La depressione, perciò, sarebbe un comportamento appreso ed il risultato di un percorso di vita particolarmente difficile, in cui si sono incontrate numerose difficoltà.

Molto è stato scritto circa le somiglianze tra depressione e ansia generalizzata. Spesso i due disturbi coesistono nella stessa persona e sembrano avere alla base una predisposizione biologica causata dagli stessi geni, nonché sono caratterizzati da uno stesso insieme di sentimenti negativi (Zin Barg, 1992). Non sono, però, da trascurare le differenze. Mentre l'ansia si accompagna di solito ad uno stato di attivazione fisiologica e di ipervigilanza, il paziente spesso si preoccupa di ciò che può accadergli in futuro; la depressione, infatti, comporta una totale assenza di piacere e un senso di assoluta disperazione (Clark e Watson, 1991). Il soggetto è vinto da un sentimento di inutilità, non vede alcuna prospettiva per la propria esistenza e riduce la sua autostima a livelli bassissimi. "Non valgo niente, sono un completo fallimento e nessuno mi considera più" sono i pensieri che spesso dominano la mente del depresso.

Però è anche vero, che spesso la depressione trova origine nell'ansia o nello stare sempre in apprensione per qualcosa o per qualcuno.

Un'altra posizione che trova molto credito tra gli psicologi è la teoria della depressione da senso di impotenza appresa proposta da M. Seligman (1986). Sulla base di ricerche che egli aveva condotto con un gruppo di cani, Seligman aveva scoperto che questi animali, dopo essere stati ripetutamente sottoposti a scariche elettriche che non potevano evitare, non erano più in grado di apprendere, e si limitavano a subire la scarica passivamente, senza far alcun tentativo per evitarle. In effetti, secondo tale teoria, la depressione deriva dalla rinuncia a cercare di controllare il proprio destino e che tale atteggiamento sia determinato da esperienze negative, ripetute e del tutto incontrollabili.

Ricerche successive, questa volta condotte sui ratti, hanno confermato le esperienze di Seligman. L'esperienza di ripetute scariche elettriche inevitabili producevano sui roditori modificazioni del comportamento di impotenza, non solo, ma causava una prolungata riduzione dei livelli cerebrali di noadrenalina e dopamina (Herm 1989, Wess 1976).

Quando le persone si sentono di umore depresso, di solito riescono a superare questo stato di abbattimento incominciando a pensare in maniera positiva, oppure cercando conforto e solidarietà presso parenti e amici o impegnandosi in attività che trovano gratificanti. Le persone depresse, invece, non sono capaci o non sono in grado di far leva sui pensieri o sulle azioni. Il loro modo di pensare e di agire lavora contro la possibilità di recupero, anziché a favore.

In effetti, l'umore depresso promuove sentimenti negativi che a loro volta deprimono ancora di più il paziente. Inoltre, il soggetto depresso è portato ad evitare istintivamente attività piacevoli o gratificanti, il che lo priva dei momenti piacevoli e delle emozioni positive che potrebbero scuoterlo o motivarlo a reagire al suo stato abulico e di impotenza appresa. Da ciò l'esigenza, come spiegheremo più avanti quando parleremo di psicoterapia, di migliorare l'umore con una terapia

farmacologica opportuna in modo da predisporre il paziente a pensare e ad agire in termini positivi, spezzando così il circolo vizioso della depressione che genera altra depressione.

Un'altra posizione estremamente interessante è quella di A. Beck (1967), uno studioso che si rifà alle teorie cognitive. La sua tesi è che gli uomini diventano depressi perché tendono a distorcere qualunque cosa accade loro nel senso dell'autobiasimo, della catastrofe e simili. I soggetti depressi traggono conclusioni illogiche quando valutano se stessi, il mondo che li circonda ed il loro futuro. Vedono solo i propri difetti, interpretano l'ambiente esterno come ostile e in ogni evento scorgono sventure possibili o difficoltà insormontabili.

Tutti noi abbiamo degli schemi mentali o dei set percettivi che ci aiutano a dare ordine alla nostra vita. Le persone depresse, invece, sono soggetti che hanno acquisito schemi negativi che attivano ogni volta che incontrano una nuova situazione. Così uno schema di inettitudine può far sì che i depressi si aspettino il più delle volte di sbagliare. Uno schema di autobiasimo li carica di responsabilità per le loro disgrazie ed uno schema di autosvalutazione ricorda loro in permanenza la mancanza di valore. Ecco alcuni degli errori o delle conclusioni illogiche a cui è portato una persona depressa:

Inferenza arbitraria; avviene quando si traggono delle conclusioni illogiche da un evento. Ad esempio, un uomo conclude di essere un buono a nulla, solo perché viene a piovere il giorno in cui ha organizzato un ricevimento sul terrazzo di casa.

Ipergeneralizzazione; sulla base di un solo elemento si trae una conclusione assoluta e generale. Ad esempio, uno studente che non supera un esame considera questo fatto come una prova definitiva della sua incapacità e stupidità. Un altro esempio è quello dell'uomo che quando sbaglia esclama "Non ne faccio una buona!".

Ingigantimento e minimizzazione; sono due tipi di errori grossolani che il depresso fa nel valutare una prestazione. Con il primo si ingigantiscono gli effetti di un evento negativo. È il caso dell'uomo che nel notare una leggera scalfitura sul paraurti esclama: "la macchina è tutta rovinata".

Con la seconda, il depresso continua a considerarsi un buono a nulla nonostante una successione di risultati encomiabili.

È più o meno sulle stesse posizioni A. Ellis, psicologo alla State University di New York, (USA), che sostiene, che il nostro modo di valutare un evento possa causare emozioni negative o stress. Secondo Ellis, infatti, partendo da presupposti sbagliati una persona può giudicare sfavorevoli eventi che in realtà non lo sono. Ad esempio, arrivare secondi in una importante gara internazionale è un ottimo risultato, ma a volte è vissuto dal protagonista come una sconfitta.

Quale delle teorie su menzionate è quella giusta? A nostro avviso, un po' tutte. Ognuna di esse ha messo in evidenza alcuni aspetti dei disturbi dell'umore, mentre ne ha sottostimato altri. Come non esiste una forma di depressione uguale ad un'altra ed i sintomi possono variare sensibilmente da individuo ad individuo, così l'eziologia della depressione può variare in modo significativo da persona a persona.

Ci sono pazienti la cui depressione si basa chiaramente su predisposizione familiare e i fattori biochimici sono quelli prevalenti e trainanti; e pazienti il cui umore depresso è imputabile solo a fattori psicologici. Più spesso le due cose si sommano l'una all'altra. Eventi negativi, un lutto in

famiglia, una grave malattia ecc., possono diventare la classica goccia che fa traboccare il vaso di una situazione fisiologica silente.

Volere a tutti i costi trovare una spiegazione unica per tutti i casi, come fanno alcuni autori, tacendo le significative differenze che la casistica clinica può presentare, costituisce senz'altro una forzatura della realtà. C'è la persona che diventa depressa in seguito alla perdita del posto di lavoro e la persona che lo diventa perché conduce una vita stressante e sempre piena di impegni ed un'altra che elabora schemi mentali che la portano a vedere soli lati negativi della vita, minimizzando quelli positivi.

Non sono neanche da sottovalutare gli effetti degli atteggiamenti mentali sulla "chimica" del cervello. L'umore nero, con il passare dei giorni si riflette sulla produzione di neurotrasmettitori, sul livello di serotonina. In effetti ogni caso va studiato a sé, sia perché si presenta diverso dagli altri, sia perché il disturbo può avere un'etiologia diversa da individuo a individuo.



La depressione, perciò, può essere dovuta:

1) A fattori biologici e gli aspetti psicologici sono solo una conseguenza dei primi 2) A fattori ambientali che sfruttano una predisposizione familiare, quindi le due cose si sommano l'una all'altra.

3) Principalmente a fattori psicologici, che poi finiscono per riflettersi anche su fattori biochimici.

In ultimo, bisogna tenere presente le capacità reattive dell'individuo, la sua personalità e le sue "risorse", cioè i fattori "interni" di ognuno. Come giustamente sostengono i cognitivisti il nostro comportamento non è determinato solo dai fattori ambientali, ma è il risultato dell'interazione di questi ultimi con quelli "interni", quali il carattere o gli schemi mentali che ognuno di noi ha. Ad esempio, le persone con alti livelli di ansia si ammalano di depressione con una frequenza nettamente maggiore del resto della popolazione.

È lo stesso per gli individui sensibili, facilmente impressionabili; sono più a rischio di chi è dotato di una certa hardness (durezza), come la chiamano gli americani, e non si lascia troppo coinvolgere dalle disgrazie altrui.

Perché due persone, di fronte allo stesso evento stressante, spesso reagiscono in modo del tutto diverso, ad esempio l'una diventa depressa e l'altra no?

Per una ragione semplicissima, perché sono diversi dentro. Hanno personalità, modo di pensare e di agire completamente differenti l'uno dall'altro.

LA DEPRESSIONE BIPOLARE

Alcune persone che soffrono di episodi periodici di depressione, a volte improvvisamente presentano uno stato di esaltazione gioiosa e diventano iperattive, eccessivamente fiduciose e pieni di progetti grandiosi e impraticabili. La depressione bipolare, infatti, è caratterizzata dall'alternanza tra stati depressivi e stati maniacali, iperattivi.

Sono descritti anche casi clinici di soggetti che hanno esperienze solo della mania, senza depressione, ma si tratta di forme estremamente rare.

Il DSM IV identifica due classi principali di disturbi bipolari: il disturbo bipolare, che è la forma più grave, e la ciclotimia, la forma meno grave, caratterizzata da cambiamenti d'umore di più lieve entità.

Lo stato di mania si presenta con questi sintomi:

- Umore esaltato, espansivo o irritabile;
- Loquacità insolita, linguaggio rapido e impressione che i pensieri si succedano velocemente.
- Aumento del livello di attività sia lavorativa, che sociale o sessuale.
- Alta stima di se stessi. Convinzione di avere talento, potere o particolari capacità.
- Distraibilità, attenzione che devia facilmente da un soggetto ad un altro.

Il bisogno maniaco di attività può far sì che l'individuo sia socievole e invadente in maniera fastidiosa, sempre indaffarato e talvolta senza scopo.

Il comportamento maniaco, a prima vista, può attirare le simpatie della gente, ma ben presto appare chiaro che le reazioni del paziente, in questo periodo, sono esasperate e inappropriate. Spesso questi soggetti fanno piani dispendiosi e stravaganti che sono del tutto irrealistici e finiscono per rovinare la famiglia economicamente. A volte possono essere aggressivi o confusi, incoerenti, disorientati e persino violenti. Hanno un ottimismo esasperato, un'autostima smisurata, sono portati a passare il tempo in perenne baldoria e a spendere i soldi in modo improvvisato e smisurato (per questa ragione, a volte, è necessario interdirlı legalmente ed evitare così che portino la famiglia alla rovina economica).

Ma non sempre gli effetti sono negativi. Forme lievi di iperattività mentale tipiche dello stato maniaco possono alimentare la creatività. Pazienti che soffrono di tale disturbo si sono rivelati, a volte, ottimi pittori, poeti, artisti, commediografi ecc..

Coloro che soffrono di depressione bipolare si distinguono dai depressi unipolari per più aspetti e non solo per il fatto di avere o no episodi maniacali.

La depressione bipolare, in genere, insorge in età più avanzata (di solito verso i 40 anni), rispetto al disturbo bipolare.

Il disturbo bipolare risente in misura maggiore della familiarità, infatti, si riscontra con maggiore incidenza tra i parenti rispetto a quelli che soffrono di disturbi unipolari.

I soggetti affetti da disturbo nella fase depressiva dormono più a lungo e sono rallentati, mentre coloro che soffrono di depressione unipolare sono insonni e spesso agitati.

Il carbonato di litio ha maggior efficacia sui soggetti con disturbo unipolare in fase depressiva, che nei depressi cronici.

L'EZIOLOGIA

Quando il disturbo bipolare non è dovuto a fattori biologici o a familiarità, come è spiegabile l'alternarsi di periodi depressivi a periodi maniacali? Se un individuo, come sostengono i cognitivisti è depresso perché dà poca importanza agli eventi positivi, mentre è attento a quelli negativi che ingigantisce a dismisura, come può essere che da un giorno all'altro cambi modo di

interpretare la realtà? Se la depressione è il risultato di impotenza appresa, come sostengono i teorici comportamentali, come mai in poco tempo questi condizionamenti ambientali spariscono?

Le spiegazioni possono essere varie. È chiaro che la stragrande maggioranza dei disturbi bipolari si basano su fattori biologici o su predisposizione familiare.

A volte la fase maniacale può essere l'effetto diretto di un trattamento antidepressivo.

Nel caso, invece, che il disturbo bipolare si basi solo su fattori psicologici, la spiegazione diventa semplice se si tiene conto di un fattore importantissimo: lo stress. Il paziente, nel periodo maniacale, conducendo una vita esuberante ed iperattiva, dormendo poco e intraprendendo numerose attività, ad un certo punto è come se "esaurisse la carica". Cioè subentra uno stato di stress, che è determinante nell'innescare la fase depressiva.

Allora in pochi giorni si ha un brusco cambiamento del comportamento del paziente. Incomincia a dormire molto, esce poco di casa, abbandona all'improvviso tutte le iniziative che aveva intrapreso nella fase maniacale. Sente forti sensi di colpa per i danni economici causati alla famiglia o agli altri. Incomincia a rendersi conto di essere "malato" e fa propositi di ritirarsi dalla "vita attiva". È iniziata la fase depressiva, segnata da uno stile di vita dimesso e appartato, spesso con poche relazioni sociali e nessuna attività che non siano quelle della quotidianità.

Ma è una "calma apparente" che non deve trarre in inganno. Egli è come un vulcano nella fase silente, pronto a riesplodere, alcuni mesi dopo con una nuova fase maniacale.

Una prova a favore di questa tesi ci è data dal fatto che se si suda con dei farmaci il paziente nella fase maniacale, questa dura più a lungo, cioè entra con settimane o mesi "di ritardo" nella fase depressiva.

Un'altra prova ci è data dal fatto che, di solito, il paziente i primi giorni, quando inizia la fase depressiva, dorme molte ore, anche 14- 15 ore al giorno, quasi avesse accumulato della stanchezza o dello stress.

Inoltre, anche la depressione unipolare è ciclica nel senso che ci sono dei periodi in cui il paziente sta meglio e dei periodi in cui egli sta peggio.

LA TERAPIA

Non esistendo un'unità di vedute sui motivi che sono all'origine della depressione, non esiste neanche un unico modo di curarla. In pratica ogni scuola ha sviluppato i propri metodi e le proprie tecniche. A nostro avviso bisogna operare senza lasciarsi influenzare da pregiudizi ideologici ed utilizzando qualsiasi trattamento che dimostri di funzionare.

Due sono i fatti incontestabili:

- La terapia deve variare a seconda dei motivi che sono all'origine della depressione. Come abbiamo visto, le cause che possono essere all'origine di questa patologia sono molteplici, l'approccio terapeutico, perciò, deve variare a seconda dei casi.

- Bisogna aggredire il male su più fronti. L'esperienza terapeutica ci dice che è solo la combinazione di farmaci + psicoterapia + reinserimento sociale a dare i migliori risultati. Perciò mai limitarsi ad applicare solo gli interventi suggeriti dalla corrente psicologica a cui si appartiene.

L'APPROCCIO COGNITIVISTA. La terapia cognitivista, insieme ad una farmacologia opportuna, è la strategia che fino adesso ha dato i risultati migliori. Ciò ha spinto numerosi terapeuti ad adottarla e a svilupparla.

A. Beck ed i suoi collaboratori, in armonia con la loro teoria secondo la quale la depressione e la perdita dell'autostima sono causate dal modo interpretare gli input provenienti dal mondo esterno, hanno elaborato una terapia mirante a modificare i modelli di pensiero aberranti. Scopo della loro azione è quello di persuadere la persona depressa a mutare le sue opinioni sugli eventi e su di sé. Ad esempio, quanto il paziente afferma di non valere nulla e che ogni cosa che fa, finisce in modo disastroso, il terapeuta deve citargli degli esempi contrari e deve confutare le sue tesi suggerendogli di non sottovalutare le sue capacità.

Inoltre, il paziente viene addestrato a riconoscere e a modificare quei modelli di pensieri che contribuiscono alla sua depressione. Ad esempio, se sbaglia a fare una cosa, non deve subito pensare che non ne fa una buona.

Le viene, poi, insegnato a riflettere sulle sue convinzioni negative predominanti e sul fatto che esse influiscono significativamente sul suo stato d'animo.

Nel suo trattamento della depressione Beck include anche componenti più propriamente comportamentali. Non si limita a dire che cosa bisogna fare o pensare, ma li incoraggia a fare delle cose, come alzarsi ad una certa ora al mattino, tenere in ordine la camera ecc.. Lo studioso assegnava ai suoi pazienti il compito di praticare attività che davano loro l'esperienza del successo, in modo da migliorare il loro concetto di sé e far recuperare l'autostima.

Tuttavia la modificazione del comportamento manifesto è solo uno dei punti del trattamento ideato da Beck, l'enfasi maggiore è posta sulla ristrutturazione cognitiva, cioè il persuadere il cliente a pensare in modo diverso. Egli sosteneva, infatti, che il cambiamento di comportamento, di per sé, non è sufficiente a migliorare la depressione in modo significativo, se non si modificano gli errori logici che commettono le persone depresse. Se essi, ad esempio, continuano a guardare il mondo come in un cannocchiale rovesciato, minimizzando i propri successi ed ingigantendo i propri fallimenti, sarà difficile ottenere dei risultati. Bisogna, invece, insegnare loro a vedere anche gli aspetti positivi dell'esistenza. Inoltre, bisogna che imparino a vedere la vita anche come il risultato della propria azione e della propria volontà, modificando così la loro visione rinunciataria e fatalista.

Altri punti su cui si deve basare l'approccio psicologico sono:

MIGLIORARE L'AUTOSTIMA DEL PAZIENTE. Il primo metodo, come abbiamo già accennato, per incrementare la stima di sé, è quello di soffermarsi a parlare delle qualità positive del paziente e di tutti gli eventi in cui egli ha ottenuto risultati positivi o un successo. È importante che si renda conto che la sua vita non è stata costellata solo da insuccessi, ma anche da importanti obiettivi raggiunti.

Il secondo sistema che suggeriamo è quello di invitare il paziente a fare un elenco dettagliato delle sue qualità positive. Sicuramente sarà intelligente, istruito, sensibile ecc., dovrà annotare tutti questi aspetti. Accanto ad ogni qualità può citare episodi o situazioni in cui si è dimostrato tale.

Per terzo, bisogna chiedere al paziente compiti semplici, che può svolgere con successo e gratificarlo, poi, per questo.

Tutto ciò al fine di fargli acquisire fiducia in sé stesso. Successivamente si passerà a compiti più complessi. Ad esempio, se è anziano gli si può chiedere di andare a scriversi al vicino circolo di bocce in modo da occupare i suoi pomeriggi in compagnia di altre persone della sua età.

CREARE INTERESSE E MOTIVAZIONE. È un altro punto fondamentale della terapia della depressione. Di solito le persone che soffrono di disturbi dell'umore non hanno interessi o motivazioni e vedono la loro vita completamente vuota. Quello che manca loro sono obiettivi o mete per cui lottare. Non provano interesse o piacere per nessuna attività. Tutto scorre nell'indifferenza e nell'apatia.

Se il paziente non inizia a riprendere "gusto" per la vita, non uscirà mai dalla depressione. Deve, invece, vincere questa sua abulia ed impegnarsi in qualche hobby. All'uopo gli si può chiedere quali erano i suoi interessi prima che si ammalasse, in modo da cercare di ripristinarli.

Non è neanche sbagliato fargli intraprendere nuove attività: ad esempio, andare a pescare, tifare per una squadra di calcio, collezionare schede telefoniche usate ecc. Uno dei problemi più evidenti del depresso è che non sa cosa fare o deve andare, ciondola avanti ed indietro per casa finendo per controllare tutto ciò che fanno i suoi familiari (vigilando, ad esempio, che non lasciano luci accese, rubinetti aperti ecc.). È attento alle spese e ai consumi e quasi sempre finisce per diventare ossessivo e fastidioso.

DARGLI DELLE METE. Il depresso quasi sempre non ha né mete, né obiettivi da raggiungere. È convinto che a quel punto della sua vita ormai "i giochi sono fatti" e che eventuali miglioramenti sono improbabili (e ciò quasi sempre è vero). In questi casi bisogna capovolgere il proprio modo di ragionare, non più mete da raggiungere, progetti da realizzare, ma deve impegnare il suo tempo in attività piacevoli e rilassanti, come viaggi, (nei limiti delle sue possibilità economiche), fare sport, scrivere un libro, dipingere dei quadri, coltivare degli hobby, dedicarsi alla lettura o alla cultura. "Basta quanto ha lavorato - gli si deve suggerire - ora deve pensare a godersi la vita e a passare dei giorni sereni".

L'importante è evitare l'ozio, il dolce far niente, il ciondolare avanti ed indietro senza una meta. Tenere la mente occupata è importante per sfuggire alla depressione.

MIGLIORARE LE RELAZIONI INTERPERSONALI. Il terapeuta deve aiutare il paziente a migliorare le sue relazioni sociali. Prima deve migliorare quelle all'interno della famiglia, poi nell'ambito più vasto dei parenti e degli amici.

Il paziente non solo deve capire l'importanza delle relazioni sociali, ma deve impegnarsi a mantenere le amicizie che ha. È importante che si renda conto che l'amicizia non è un *dono del cielo*, ma che bisogna sapersela guadagnare (come tutte le cose). Se non si comporterà bene, affliggerà gli altri con le sue *lamentele*, sarà egoista e concentrato solo su stesso, gli altri "scapperanno via". Perciò non deve tormentare la gente con il racconto dei suoi malanni veri o fittizi che siano, ma cercare di apparire sereno e spensierato.

Le persone depresse sono portate ad isolarsi (spesso hanno rapporti solo con i familiari o i parenti stretti), un po' per loro natura, un po' perché sono evitate dalle persone normali che le ritengono "pesanti e di pessima compagnia".

Lewinsohn riteneva che la depressione era causata dalla riduzione delle attività di partecipazione sociale, perciò lo studioso spingeva sempre i suoi pazienti ad impegnarsi in svariate attività: fare la spesa, dedicarsi a passatempi, parlare con altre persone, partecipare a ricevimenti ecc.. L'addestramento sociale, come altre ricerche hanno indicato (Shaw 1977), fallisce se usato da solo e non è supportato da psicoterapia e farmacologia idonea.

COMBATTERE LO STRESS. È un altro punto importante. A volte lo stress è una delle cause scatenanti degli stati depressivi. Chi è a rischio di depressione deve evitare di condurre una vita troppo frenetica e piena di impegni, evitare di sottoporsi a “tour de force” e non dimenticare mai che le persone esaurite possono ammalarsi facilmente di depressione.

DIVENTARE CONSAPEVOLI DELLA PROPRIA CONDIZIONE. La terapia basata sull’insight anche se non è risolutiva, aiuta in modo significativo a migliorare la situazione. Rendere consapevole il paziente dei meccanismi psicologici che sono alla base della sua patologia resta sempre un’ottima strategia.

Ecco altri consigli utili per combattere la depressione:

- Cercare di sviluppare il senso dell’umorismo. Lo sappiamo che può sembrare un consiglio utopistico, in realtà non lo è. Tutti abbiamo il senso dell’umorismo, quindi anche le persone depresse. Se il paziente impara a sdrammatizzare, a trovare il lato comico di ogni situazione, ha aperto un importante varco da cui possono entrare i primi raggi di sole. Il riso ci permette di scaricare le tensioni interne e ci aiuta difenderci dall’ansia. È naturale che il depresso non ama leggere libri umoristici o vedere alla Tv spettacoli di cabaret, ma è un grave errore. All’inizio deve sforzarsi di farlo, poi, a poco alla volta, ci prenderà gusto ed inizierà a guardarli con piacere. Senza saperlo assimilerà le battute ed il gusto per la comicità.

- Praticare uno sport o fare ginnastica. Per il depresso l’esercizio fisico è importante perché non solo attiva la circolazione del sangue, muove i muscoli e mobilita energie fisiche inespresse, ma combatte anche l’apatia, l’inerzia, l’ozio e potenzia la volontà.

- Cercare un appoggio nella fede. Se il paziente è un credente, di qualsiasi religione sia, un riavvicinamento alla fede potrebbe fargli trovare “la stampella” su cui appoggiarsi almeno per superare la fase più critica. Se incomincia ad andare in chiesa, a frequentare un gruppo parrocchiale o semplicemente a pregare Iddio, queste attività potrebbero risvegliare in lui un bisogno di soprannaturalità, che potrebbe fargli ritrovare quell’interesse per la vita che gli manca.

- Coltivare la speranza. Un’altra cosa importante è creare nella visione nera e negativa della vita uno spiraglio di speranza. Se in lui si accenderà una fiammella, incomincerà a credere che tutto questo un giorno cambierà, che supererà la sua malattia e tornerà quello di prima, che la vita gli sorriderà ancora, si sentirà subito meglio. È l’assoluta assenza di prospettive per il futuro a far piombare il depresso in una visione pessimistica della vita.

Ricominciare a sperare, a pensare che un giorno questo periodo nero della vita sarà solo un brutto ricordo, può innescare meccanismi che gli faranno ritrovare interesse e motivazione. La cosa importante è che egli, o ella, se è una donna, consideri la sua malattia come qualcosa di transitorio, che passerà.

A tal uopo si può utilizzare anche il training autogeno. Si conia uno slogan che deve ripetere nel corso della giornata. Ad esempio, deve dirsi che le cose stanno cambiando, che sta migliorando e che un giorno riderà delle sue paure e che tutto tornerà come una volta.

L'APPROCCIO FARMACOLOGICO

Oggi è disponibile un'ampia varietà di farmaci antidepressivi e quasi sempre non è pensabile, tranne nei casi più leggeri, un intervento psicoterapeutico senza l'aiuto di una farmacologia appropriata.

Le tre categorie di farmaci più usate sono gli antidepressivi eterociclici (ADE), gli inibitori della monoaminoossidasi (IMAO) e i sali di litio.

Gli ADE rappresentano la classe più estesa di farmaci antidepressivi e comprendono gli antidepressivi triciclici classici (ADT), le amine terziarie (amitriptilina ed imipramina) e i loro metaboliti amine secondarie (nortriptilina e desipramina). Diversamente dai farmaci derivati dall'amfetamina non hanno effetti immediati euforizzanti e quindi non sono efficaci nella tristezza fisiologica.



Gli IMAO inibiscono la deaminazione ossidativa delle 3 classi di amine biogene noradrenergiche, dopaminergiche e serotoninergiche così come le altre feniletilamine. È stata chiaramente stabilita l'efficacia della fenelzina per il disturbo da attacco di panico. Nonostante la loro efficacia gli IMAO vengono sottoutilizzati negli Usa perché i clinici temono molto il verificarsi di ipertensione paradossa che può derivare da interazioni dietetiche o farmacologiche.

Il litio, invece, è un metallo alcalino che si trova in natura. Fin dagli anni 70 ne è stata dimostrata l'efficacia e ne sono stati chiariti i criteri di somministrazione, anche se non ci conoscono ancora completamente i meccanismi con cui la sostanza riesce a stabilizzare le oscillazioni di umore. Sebbene il litio sia in grado di attenuare le fluttuazioni bipolari dell'umore, non ha alcuno effetto sull'umore normale.

Ma il farmaco più famoso è il Prozac, il suo nome scientifico è fluoxetina diocloride. Sei milioni di americani e 10 milioni di persone in tutto il mondo ne fanno uso quotidianamente. “Da quando lo prendo sto talmente bene che raccomando il prozac anche ai non depressi” racconta una paziente. Un saggio di P.K. Kramer “Listening to Prozac” su tale farmaco è stato più di 5 mesi nella classifica dei best-seller americani con 250 mila copie vendute.

In tutti questi casi, i pazienti e le loro famiglie devono essere preavvisati che devono passare di solito 2 settimane prima che si possa osservare qualche effetto terapeutico.

L'uso di farmaci nella cura delle depressione, quasi sempre indispensabile nei casi più gravi, è importante in quanto stabilizzano il paziente e permettono la terapia con “la parola”. Però è bene tenere presente:

- Non affidarsi mai esclusivamente ai farmaci perché una volta che il paziente ne sospende l'assunzione, la ricaduta è il caso più frequente (Klerman et al., 1975). Di solito, infatti, la terapia farmacologica non è risolutiva quando non è accompagnata da psicoterapia. I pazienti trattati esclusivamente con farmaci tendono a recidivare quando questi vengono sospesi o comunque non

hanno effetti duraturi. Ciò è particolarmente vero per i disturbi dell'umore che hanno come eziologia fattori prettamente psicologici.

- È bene non usare farmaci se si tratta di forme di depressione leggera o temporanee, dovute a situazioni particolari (come un lutto in famiglia) o a motivi prettamente di ordine psicologico (ad esempio, la depressione da stress).

Naturalmente il nostro è stato un approccio limitato. È bene, infatti, lasciare agli psichiatri la scelta dei farmaci. Senza contare il fatto che in questo campo le cose cambiano velocemente. Quasi ogni anno vengono immessi sul mercato nuovi farmaci sempre più efficaci e con meno effetti collaterali.

LE TERAPIE SOMATICHE

Il trattamento della depressione più drammatico e controverso è l'elettroshock terapia. Praticato in ospedale consiste nell'induzione di una crisi convulsiva provocata facendo passare una corrente da 70 a 130 volt attraverso il cervello del paziente, mediante elettrodi posti sul capo. Oggi è usato solo per le forme di depressioni gravi, quando sono falliti tutti gli altri tentativi compreso quello farmacologico.

Per fortuna c'è già chi ha pensato di sostituire questo metodo di altri tempi, con qualcosa di meno traumatico. Un gruppo di ricercatori spagnoli ha scoperto che la stimolazione magnetica produce dei benefici nella cura delle depressioni croniche. Presso l'Università di Valencia hanno sottoposto 17 pazienti affetti da depressione grave, che non rispondevano alle normali cure, a tale terapia. La cura consiste nel collocare una spirale magnetica su tre zone del cranio e stimolarle, poi, con una frequenza di 10 pulsazioni al secondo. Il grande vantaggio rispetto all'elettroshock sta nel fatto che la somministrazioni delle stimolazioni magnetiche non ha bisogno di anestesia, non dà mai luogo ad attacchi epilettici e può avere come unico effetto collaterale sgradevole un passeggero mal di testa.

TERAPIA DISTURBO BIPOLARE

Naturalmente appena il paziente lascia la fase depressiva per entrare in quella maniacale, va cambiato sia l'approccio farmacologico, sia la psicoterapia. Ora l'obiettivo non è più "tirare su" il paziente, ma sedarlo, calmarlo, soprattutto per impedirgli di commettere azioni irresponsabili.

Innanzitutto, va reso cosciente che la fase maniacale fa parte della sua malattia come quella depressiva, che non è vero affatto che è *guarito*. Ha cambiato solo tipo di problema, ora non deve più mirare a migliorare il suo umore, ma tenere a bada la sua eccessiva euforia ed il suo attivismo. Gli individui affetti da disturbo bipolare, infatti, durante i periodi maniacali, sono molto difficili da trattare, in quanto non riconoscono di essere malati e si oppongono a qualsiasi trattamento.

FARMACOLOGIA. Le persone affette da disturbo bipolare spesso trovano giovamento dall'uso di dosaggi accuratamente controllati di litio, assunto sotto forma di sale, il carbonato di litio. A volte, tale composto viene somministrato anche solo a scopo preventivo, vale a dire somministrato in assenza di sintomi allo scopo di prevenire cambiamenti radicali dell'umore (Davis, 1976). Però, a causa degli effetti collaterali, che possono anche essere gravi, il litio deve essere prescritto e usato con molta cautela.

IL COMPORTAMENTO SUICIDA



Negli Stati Uniti ogni 20 minuti una persona si toglie la vita ed è probabile che si tratta di cifre sottostimate in quanto spesso i familiari tendono a far passare per incidente la morte volontaria di un loro parente. Tuttora, infatti, il suicidio è ritenuto un atto vile di cui vergognarsi e da tenere possibilmente nascosto.

Il comportamento suicida comprende sia il tentativo di suicidio che l'atto portato a termine. Quasi la metà di coloro che si suicidano hanno compiuto almeno un altro tentativo.

Nell'antica Roma, prima dell'avvento del Cristianesimo, si attribuiva più importanza alla qualità della vita che alla sua durata, perciò non esisteva una condanna esplicita delle persone che si toglievano la vita. Le cose cambiarono radicalmente con il cristianesimo, soprattutto ad opera di due santi: Sant'Agostino e S. Tommaso D'Aquino, che proclamarono la vita sacra e il suicidio un peccato mortale, in quanto solo Dio poteva dare o togliere la vita.

Da allora, benché non esista né nel vecchio, né nel nuovo testamento una condanna esplicita, il pensiero occidentale ha cominciato a considerare quest'atto un crimine. Ancora nel 1823 a Londra ai morti per suicidio veniva conficcato un paletto nel cuore, come ai vampiri. In Gran Bretagna il suicidio ha cessato di essere un reato perseguibile penalmente soltanto nel 1961.

Il suicidio è un fenomeno che investe tutte le classi sociali e non è assolutamente vero che le persone che si tolgono la vita vivono in povertà o appartengono alle classi meno abbienti. Anzi, sembra che le persone che vivono modestamente con il loro salario hanno dei tassi di suicidio inferiori al resto della popolazione. Il rischio più elevato lo corrono psichiatri, medici, avvocati, ma anche poliziotti, musicisti e dentisti.

Il tasso di suicidi aumenta negli anni segnati da gravi crisi economiche, mentre resta stabile nei periodi di prosperità e diminuisce durante le guerre. Per suicidio non deve intendersi soltanto chi compie deliberatamente l'azione di togliersi la vita, ma anche chi si lascia morire di inedia o smette di prendere le medicine.

LA PREVISIONE DEL SUICIDIO

Gli psicologi Blumental e Kupfer hanno descritto 5 ambiti in cui possono essere individuati i fattori a rischio:

1) La diagnosi psichiatrica. La depressione, disordini emotivi, abuso di sostanze ecc.. Sono di frequente associati al comportamento suicida.

2) I tratti della personalità. L'impulsività, l'aggressività, il pessimismo ecc., sono sentimenti comuni tra i giovani che commettono suicidi.

3) La presenza di fattori psicosociali. Gli eventi negativi della vita. Come la perdita precoce di un genitore, la diminuzione dei rapporti sociali, un divorzio ecc., aumentano di molto le probabilità di un suicidio. Vi sono anche dati (Hirschfeld e Blumental, 1986) che confermano che la maggioranza dei giovani che si suicidano è reduce da un'esperienza umiliante.

4) La presenza di fattori genetici e familiari, che potrebbero predisporre le persone al suicidio. Ad esempio, il bambino che cresce in una famiglia di alcolisti è più a rischio di un bambino che cresce in una famiglia normale. Ricerche mostrano che la maggior parte degli adolescenti e degli studenti dei college che prendono in considerazione il suicidio, hanno gravi problemi familiari (Wright, 1985). In particolare rapporti conflittuali tra i genitori, un cattivo rapporto con il padre, uno dei genitori fortemente depresso, sono tutti fattori a rischio.

LE TEORIE SUL SUICIDIO

La maggior parte delle persone che tenta il suicidio ha desideri di morte ambivalenti. Il tentativo di suicidio, infatti, può rappresentare una modalità di comunicazione del desiderio di vivere ed una richiesta di aiuto. Ciò è vero soprattutto quando i piani e le azioni suicide appaiono grossolanamente inverosimili. Tuttavia tali gesti non devono mai essere sottovalutati, dal momento che ignorare questa richiesta d'aiuto e la mancanza di un trattamento tendente ad alleviare l'infelicità, possono avere l'effetto di spingere il soggetto ad ulteriori tentativi. Ben il 20% dei soggetti che ha tentato il suicidio, infatti, ripete il gesto entro l'anno.

Non esiste, però, una spiegazione unica, le motivazioni che possono portare al suicidio possono essere moltissime e cambiano sensibilmente da caso a caso. C'è chi si toglie la vita perché afflitto da pesanti sensi di colpa o perché spinto dal desiderio di rimediare ad azioni che ha commesso, c'è chi lo fa nell'estremo tentativo di richiamare l'attenzione su di sé o per punire la persona amata che ha frustrato i suoi desideri ecc.

Ma andiamo con ordine; essenzialmente la volontà di togliersi la vita è dettata da 3 tipi di motivazioni:

1- **DESIDERIO di EVASIONE.** L'origine della maggior parte dei suicidi va ricercata in un forte desiderio di sfuggire a condizioni di stress, al dolore, al vuoto delle proprie emozioni o per evadere una realtà che non si riesce ad accettare. È il caso dell'uomo d'affari che resta vittima di un rovescio finanziario. Chi si uccide lo fa principalmente per sfuggire a una situazione che ritiene insostenibile.

Numerosi studi hanno rilevato una correlazione significativa tra intento suicida e disperazione. La convinzione che le cose non miglioreranno mai e niente cambierà in un prossimo futuro, sembra essere il più forte indice predittivo del suicidio (Beck, 1985).

Sono soggetti a rischio tutti coloro che sono stati eccessivamente viziati dai genitori, hanno avuto una vita facile e sono pochi avvezzi alle avversità e alla sofferenza. Questa fragilità psichica li rende poco inclini a sopportare i rovesci della vita e ad accettare la realtà quando questa è molto amara.

2- **DESIDERIO di RICHIAMARE L'ATTENZIONE SU di SÉ.** È il caso di scrittori, artisti, musicisti, poeti, che hanno visto fallire tutti i loro tentativi di aver successo. Buona parte delle persone che tentano il suicidio per questo motivo, di solito comunicano le loro intenzioni con una lettera.

3 - **DESIDERIO di PUNIRE GLI ALTRI O UNA PERSONA DETERMINATA.** È il caso del giovane che si suicida per punire l'innamorata che lo ha rifiutato o quello dello scrittore che col suo gesto disperato desidera "punire" la gente perché non l'ha mai apprezzato. "I pazienti depressi

spesso sentono che il suicidio è l'unica vendetta soddisfacente nei confronti dei loro genitori" G. Gabbard (1990).

Nei casi più estremi ci si può suicidare per il desiderio di ricongiungersi ad una persona amata deceduta. È il caso di quelle persone che hanno perso il coniuge per una grave malattia e trovano insostenibile continuare a vivere senza di lui o di lei.

Poi esiste il suicidio "altruistico" (Durkheim, 1897) che è quello che attuano quelle persone che sentono così forte la propria appartenenza ad un gruppo, da dare la vita per la causa della loro comunità. Rientrano in questo caso coloro che arrivano a sacrificare se stessi per la libertà o per lottare per i propri diritti, come i monaci buddisti che si davano fuoco per protestare contro la guerra in Vietnam o i terroristi palestinesi che si fanno saltare in aria nell'intento di uccidere dei soldati israeliani. In questo caso è improprio parlare di suicidio, perché il fine non è togliersi la vita, ma il sacrificio personale per quello che si ritiene il bene del gruppo.

FATTORI di FACILITAZIONE. La pubblicità data dai mass media, in particolare la TV, ai casi di suicidio può provocare un aumento di suicidi. Bandura nel 1986, indagando su questa inquietante possibilità, ha scoperto, ad esempio, che i suicidi aumentarono del 12% nel mese successivo alla morte di Marilyn Monroe. Come pure il suicidio del cantante dei Nirvana, Kurt Cobain, provocò un aumento dei suicidi tra gli adolescenti.

A nostro parere, difficilmente ci si suicida soltanto "per imitazione". Si tratta sempre di soggetti che avevano già idee suicide e, pertanto, il gesto estremo di una persona famosa fa scattare meccanismi già da tempo predisposti.

Disturbo secondario. Per Shneidman (1987) il 90% dei casi di suicidio è riconducibile a qualche disturbo classificato nel DSM. Tuttavia lo stesso autore fa notare che la stragrande maggioranza dei pazienti affetti da depressione o da schizofrenia non si suicida. Egli sostiene che le dieci caratteristiche che compaiono più di frequente nel suicidio non traggono origine da un disturbo mentale. Secondo Shneidman il suicidio è "il tentativo di dare una soluzione ad un problema che causa un'intensa sofferenza". Perciò si può dire che la presenza di disturbi mentali, a parte la depressione, sia soltanto un fattore di facilitazione e non la causa preminente.

Unica eccezione, come accennato, è la depressione che spesso è il movente principale che spinge il soggetto a togliersi la vita. Si ritiene, infatti, che più della metà dei suicidi sia commessa da persone che si trovano in uno stato di profonda prostrazione o di depressione al momento dell'atto estremo (Frances et al., 1986). Per questo motivo il comportamento suicida è stato inserito in questo capitolo.

Il comportamento suicida si associa anche ad altri disturbi mentali, in particolare al disturbo borderline di personalità (Lineham e Shearin, 1988), all'alcolismo (il tasso di suicidi tra gli adolescenti maschi è molto più alto che nella popolazione) e alla schizofrenia. Tra le persone afflitte da schizofrenia arriva a toccare percentuali del 13%.

Non sempre, però, il comportamento suicida è da considerare come un disturbo mentale. Il malato terminale di cancro che ingerisce un tubetto di barbiturici al fine di sottrarsi alle sofferenze che la sua malattia comporta nell'ultimo periodo di vita, non può essere considerato un suicidio.

LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

L'approccio più efficace alla prevenzione del suicidio consiste nel curare il disturbo di cui il paziente è affetto. Questa modalità di intervento è idonea per chi tenta di togliersi la vita in conseguenza di disturbi mentali come la depressione, la schizofrenia, la dipendenza da sostanze o il disturbo borderline di personalità. Secondo l'approccio cognitivo di Beck, riuscendo a ridurre la depressione, si riduce ovviamente anche il rischio di suicidio del paziente. Lo stesso dicasi per la terapia degli altri disordini mentali correlati al comportamento suicida. Se si riesce a ridurre la sofferenza psicologica del paziente, si è fatto degli importanti passi avanti anche nella prevenzione del suicidio.

Come intervenire con coloro che hanno già tentato il suicidio?

A nostro parere chi compie un gesto del genere non si rende conto pienamente delle conseguenze del suo gesto disperato, perciò uno degli approcci più efficaci è quello di "aprire loro gli occhi". Bisogna renderli coscienti che uccidendosi, essi cesseranno di esistere e non per questo daranno una qualche soluzione ai loro problemi. La maggior parte delle persone che si toglie la vita non si rende conto della gravità del loro gesto. Se si insegna al paziente ad avere paura della morte, egli non tenterà più di suicidarsi. Come pure è utile renderlo cosciente dei motivi (quelli esposti su, per intenderci) per cui di solito si tenta il suicidio.

Un altro filone di ricerca (Neuringer, 1964; Levenson, 1972) ha avanzato l'ipotesi che le persone che tentano il suicidio siano più rigide nel loro approccio ai problemi e poco flessibili nel cercare soluzioni alternative. Questa ristrettezza di vedute, sempre secondo tale teoria, sarebbe all'origine della loro incapacità di cercare soluzioni diverse dal togliersi la vita di fronte ai problemi della vita. Shneidman in un suo testo cita il caso di una studentessa, non sposata, che era decisa a suicidarsi perché era rimasta incinta. L'unica soluzione a cui la ragazza riusciva a pensare, oltre al suicidio, era che avrebbe dovuto usare dei contraccettivi per non trovarsi nella situazione disperata in cui era.

Quando lo studioso le suggerì un elenco di soluzioni alternative al suicidio, tra cui abortire in una città diversa dalla sua, dare il bambino in adozione, partorire e affidare il bambino ai suoi genitori finché non era in grado di provvedervi da sola, ciò ebbe l'effetto di calmarla. Il suo desiderio di annientamento si attenuò e riuscì a ragionare più lucidamente desistendo dal suo proposito.

Ogni clinico sa bene che le crisi suicide finiscono quasi sempre per passare e che, in seguito, il paziente sarà probabilmente grato a chi ha impedito loro di suicidarsi.

Un'altra tecnica molto usata è quello di convincere il soggetto con idee di suicidio a rimandare i suoi propositi. Di solito, una volta superato il momento critico, non tenterà più di uccidersi.

CAPITOLO V

I DISTURBI DISSOCIATIVI



Una persona sviluppa un disturbo dissociativo, termine introdotto da Freud, quando dissocia una parte della propria mente dal resto e fa azioni di cui non è consapevole. Esiste anche una forma di dissociazione che possiamo definire “normale”. Nella maggior parte delle persone è possibile indurre uno stato di dissociazione mediante ipnosi. Impartendogli un ordine l’individuo ipnotizzato non sarà in grado di ricordare ciò che è avvenuto quando era in trance ipnotica.

Il DSM IV classifica 3 forme di disturbi dissociativi: l’amnesia psicogena, la fuga psicogena e la personalità multipla. Caratteristica comune a tutte tre i disturbi è un’alterazione improvvisa e temporanea delle normali funzioni integrative della personalità e dell’identità. Vi è nel paziente l’incapacità di richiamare alla mente eventi personali ovvero c’è una perdita dell’abituale identità.

Alcuni aspetti dei disturbi dissociativi risaltano subito agli occhi:

- 1) I disturbi dissociativi sono strettamente correlati con la facilità di essere ipnotizzati. Gli individui predisposti ad una dissociazione spontanea hanno di solito alti valori nelle scale di ipnotizzabilità.
- 2) I disturbi dissociativi sono originati da meccanismi di difesa, tendenti a rimuovere dalla coscienza contenuti spiacevoli, dolorosi e ansiogeni.
- 3) Studi clinici mostrano come nei pazienti con disturbi dissociativi sia presente, con particolare frequenza, il ricordo di gravi abusi sessuali e aggressivi subiti nell’infanzia.

L’AMNESIA DISSOCIATIVA

(fuga psicogena)

È il tipo più semplice di disturbo dissociativo, presenta come unico sintomo la perdita di memoria che può essere parziale o totale.

Nel primo caso l’amnesia può essere selettiva e coinvolgere solo una particolare esperienza traumatica. Di solito ciò avviene dopo un evento stressante. La perdita di memoria che hanno moltissime persone in seguito ad un incidente d’auto, può essere un esempio semplice di amnesia dissociativa. Più raramente l’amnesia è selettiva, cioè interessa solo alcuni eventi relativi ad un certo periodo di disagio.

Nel secondo caso, una persona dimentica la totalità della sua vita passata, insieme ai conflitti che l’hanno travagliata. Il soggetto può arrivare a non ricordare il suo nome, il luogo dove abita. Il paziente con amnesia totale può non riconoscere i parenti e gli amici, ma conserva la capacità di parlare, di leggere e di ragionare. In effetti, tranne che per la perdita di memoria, il comportamento del soggetto è praticamente normale. L’unica cosa rilevabile in questi casi è un certo disorientamento, dovuto ai vuoti di memoria.

L'amnesia, sia quella parziale che quella totale, può durare parecchie ore, giorni o addirittura anni. Spesso scompare improvvisamente e spontaneamente così come appare.

L'EZIOLOGIA. Per primo bisogna distinguere un'amnesia di origine organica e amnesia di origine psicogena.

La prima chiaramente è dovuta a cause fisiche come l'epilessia, l'intossicazione da farmaci o da alcol, da danni cerebrali causati da un colpo apoplettico, dall'encefalite, da malnutrizione abbinata ad alcolismo, da traumi cranici ecc.. L'amnesia dovuta ad una malattia cerebrale può essere distinta con relativa facilità. Mentre nei casi di disturbi organici la memoria viene meno lentamente nel tempo, senza che ciò sia legato ad eventi stressanti. Nei casi dovuta a fattori psicologici, invece, la perdita della memoria è improvvisa e si verifica di solito dopo un periodo di forte stress.

Inoltre, nel primo caso la memoria è rara o incompleta, mai assente del tutto, e sono presenti anche altri sintomi come turbe dell'attenzione e incontinenza emotiva.

La maggior parte degli studi su individui che soffrivano di amnesia psicogena hanno evidenziato la presenza nella vita di questi pazienti di gravi problemi familiari, legali, finanziari o di altro tipo. Ciò ha fatto pensare che il disturbo sia un tentativo di evadere la realtà e di sfuggire ad una situazione che l'individuo trova intollerabile (Alpoel e Lewis, 1984). In altre parole, il soggetto dimentica tutti gli eventi che non riesce ad accettare. È una forma di rifiuto della realtà.

LA FUGA PSICOGENA

La fuga psicogena è una forma particolare di amnesia in cui il soggetto parte ed inizia una nuova vita altrove. Non solo chi ne è colpito dimentica il suo passato, ma abbandona il luogo dove vive e sviluppa una nuova identità, nettamente distinta dalla prima, spesso assumendo anche un nuovo nome e costruendosi una nuova vita.

Quando la fuga termina, di solito a distanza di giorni o di mesi, la persona ritorna alla sua identità originaria, con tutti i ricordi ad essa associati, perdendo ogni ricordo di ciò che è accaduto nel periodo di fuga.

Tipicamente le fughe avvengono dopo esperienze di forti stress, come litigi coniugali, rifiuti personali, servizio militare di guerra o in caso di disastri naturali, come terremoti o eruzioni. La remissione, pur variando il tempo necessario per raggiungerla, di solito è completa. L'individuo non ricorda ciò che è avvenuto durante l'allontanamento dai suoi luoghi abituali.

IL DISTURBO DISSOCIATIVO DELL'IDENTITÀ

(Personalità multipla)

Il DSM IV definisce la personalità multipla come un disturbo mentale, in cui una persona manifesta, in momenti diversi, due o più distinte personalità. Il passaggio da un'identità all'altra di solito avviene automaticamente, come risposta ad uno stimolo ambientale. È una situazione che è stata descritta, dato l'evidente effetto scenico, in molti romanzi o nel film.

Un tempo era un disturbo abbastanza raro. Fino al 1970 la letteratura scientifica riportava solo un centinaio di casi (Boor, 1982), da allora il numero di casi è aumentato a dismisura. La spiegazione più logica è che la grande popolarità che ha conosciuto questo disturbo grazie ai mass media, in particolare il cinema e la fiction, avrebbe portato molti pazienti a simularne, (inconsiamente o

consapevolmente) i sintomi. Tale popolarità, inoltre, avrebbe indotto molti terapeuti a diagnosticare la personalità multipla anche là dove non c'era (Spanos et al., 1985).

I più famosi resoconti sui casi di personalità multipla sono contenuti nei libri "The three Faces of Eve" di Thigpen e Cleckley (1954) e "Sybil" di Schreiber (1974). Riportiamo un estratto da Sybil, una biografia scritta da Flora Schreiber, che descrive molto bene un caso di personalità multipla.

"Il dott. Wilbur si diresse verso di lei, rapidamente, ma non abbastanza. Prima che potesse raggiungere la paziente, si sentì un rumore. Il pugno aveva fracassato il vetro.

- Fammi vedere la mano - insistette il dottore, quando lei gli afferrò il polso.

Sybil mollò rapidamente la presa.

- Voglio vedere solo se ti sei tagliata- spiegò gentilmente il dottore.

Questa volta la paziente rimase immobile, gli occhi spalancati per la meraviglia, come se vedesse il dott. Wilbur per la prima volta da quando si era alzata da quella poltrona. Con una voce lamentosa da bambina piccola, una voce completamente diversa rispetto a quella che aveva inveito prima contro gli uomini, la paziente chiese: "È arrabbiata per il vetro?"

Dal momento in cui Sybil si era lanciata verso la finestra, il dottore si era reso conto non solo che si trovava davanti ad un comportamento insolito, ma anche che la paziente sembrava diversa, più piccola, come rattrappita. Sybil stava sempre più diritta che poteva, perché si considerava bassa di statura e non voleva apparire tale. Ma in quel momento sembrava essersi ritirata in se stessa. La voce era completamente diversa da bambina piccola, non la sua. Eppure quella voce così infantile aveva pronunciato parole da adulta quando aveva detto: "Gli uomini sono tutti uguali, non ci si può proprio fidare di loro". E il termine proprio: Sybil, un'allieva perfezionista, che rispettava rigorosamente la grammatica, non avrebbe mai usato una parola incolta come proprio. Il dottore aveva la netta impressione che Sybil stava affrontando qualcuno più giovane di lei. Ma quell'invettiva contro gli uomini? Il dottore ne era certo.

Poi improvvisamente le chiese: "Chi sei?"

La risposta, accompagnata da una scrollata di spalle, fu: "E che differenza fa? Sono Peggy."

Il dottore non rispose e lei continuò: "Non ci somigliamo affatto, come può vedere"

Quando il dottore le chiese quale fosse il suo cognome, Peggy replicò vivacemente: "A volte uso Dorset e a volte Baldwin. In realtà sono Peggy Baldwin".

"Dimmi qualcosa di te" - le suggerì il dottore.

"Va bene - accondiscese Peggy - Vuole sapere dei miei quadri? Mi piace dipingere in bianco e nero. Faccio dei disegni a carboncino e a matita. I miei lavori sono meno numerosi e belli di quelli di Sybil"

Il dottore aspettò un momento e lei continuò: "E chi è Sybil,?"

Il dottore esitò e Peggy replicò: "Sybil, perché, è l'altra ragazza".

"Lo vedo - replicò il dottore. Poi lei chiese: "E tu dove vivi?"

"Io vivo con Sybil ma la mia casa, come le ho detto, è Willow Corners" - replicò Peggy.

"La signora Dorsett era tua madre?" - le chiese ancora il dottore.

"No, no" - esclamò spaventata Peggy, aggrappandosi al suo cuscino - "La signora Dorsett non è mia madre".

"No, non importa, va bene così" - la rassicurò ancora il dottore - "volevo solo saperlo".

Ci fu un movimento improvviso. Peggy si alzò e attraversò la stanza con quegli stessi rapidi movimenti da ragno con cui prima si era avvicinata alla finestra. Il dottore la seguì. Ma Peggy era

svanita. Seduta sulla seggiolina di mogano accanto al tavolo c'era la studentessa di prima - Sybil. Questa volta il dottore si accorse della differenza".

Come si può notare, di solito le personalità sono del tutto diverse o addirittura opposte l'una all'altra, anche se ognuna di esse è completamente integrata e complessa, con i suoi modelli di comportamento, i suoi ricordi e i suoi rapporti. Naturalmente ogni personalità predomina in un particolare momento e spesso i mutamenti dall'una all'altra sono improvvisi.

Inoltre, quando un individuo ha più di 2 personalità, di solito ciascuna di esse è in qualche modo consapevole dell'esistenza delle altre. In qualche caso arrivano anche a parlarsi l'una con l'altra.

L'EZIOLOGIA. Si danno molteplici spiegazioni di questo disturbo.

Un'ipotesi sostiene che le personalità multiple possono essere involontariamente generate dall'ipnosi, quando quest'ultima è utilizzata per identificarle. Se al paziente viene chiesto sotto ipnosi di manifestare l'altra personalità, può accadere che il paziente per compiacere il terapeuta, ne produca una, autoconvincendosi che sia stata sempre presente. Ciò dovrebbe sconsigliare l'uso dell'ipnosi nella diagnosi, quando ancora non si è sicuri di non trovarsi davanti ad un caso di disturbo di personalità multipla.

È stato anche suggerito che gli individui che soffrono di questo disturbo abbiano capacità di auto-ipnosi (Bliss, 1986). Secondo questa concezione gli individui che soffrono di personalità multipla sono capaci di indurre in sé stessi stati di coscienza simili alla trance. Ne è prova che i pazienti con personalità multipla sono più facilmente ipnotizzabili dei soggetti normali o dei soggetti affetti da disordini mentali di altro tipo (Bliss, 1986).

Continuando nel campo delle ipotesi, qualche clinico è arrivato ad ipotizzare che quasi tutti i casi di personalità multipla non sono altro che simulazione. Il che è senz'altro vero per una certa percentuale di casi.

Non di rado è accaduto che delle persone hanno finto di essere affette da tale disturbo, al fine di ottenere l'infermità mentale o di evitare la prigione per crimini commessi. Uno studio di Spanos, Weekes e Bertrand (1985) comprova la possibilità che una persona adotti un'altra personalità allo scopo di evitare una punizione. Ad esempio, al processo di Kenneth Bianchi, lo strangolatore di Hillside, venne presentata "eccezione di non colpevolezza per infermità mentale". L'uomo sosteneva di essere affetto da disturbi dissociativi.

I teorici dell'apprendimento spiegano le personalità multiple come risposte di evitamento che servono per proteggere l'individuo da eventi fortemente stressanti. Anche se non impiegano il concetto di rimozione o ammettono l'esistenza di istanze inconscie, la concezione comportamentista dei disturbi dissociativi non è dissimile dalle congetture avanzate dagli psicoanalisti e attualmente restano le spiegazioni più logiche di tale disturbo.

Nella stragrande maggioranza dei casi di personalità multipla, infatti, si tratta di persone che hanno subito traumi, forti stress, violenze, casi di donne stuprate o di persone che hanno assistito ad omicidi o a gravi fatti di sangue. Questi individui si rifugiano in un'altra personalità perché trovano intollerante la realtà.

Secondo i teorici psicoanalitici il paziente impara ad affrontare questi traumi dissociandosi in personalità differenti. Tutto ciò allo scopo di evitare il confronto con ricordi intollerabili e dolorosi.

Secondo questa concezione il soggetto si sente talmente sconvolto e minacciato che arriva a separare completamente una parte della coscienza, al punto da diventare del tutto inconsapevole persino della sua esistenza. La seconda personalità, in molti casi, infatti, è retta da un super-io più flessibile e può realizzare più facilmente i desideri vietati alla prima personalità. A volte, infatti, le personalità multiple sono un sistema per permettere ad una persona di fare cose che in realtà vorrebbero fare, ma che non possono, a causa dei forti sensi di colpa che ne deriverebbero.

I disturbi dissociativi, confermano, sia pure ce ne fosse bisogno, l'esistenza di un meccanismo di difesa come la rimozione. In tutte e tre i casi, amnesia psicogena, fuga dissociativa e personalità multipla, i pazienti si comportano come avessero dimenticato una parte della loro vita. È come se un periodo della loro esistenza fosse stato del tutto cancellato dalla loro mente. Non solo, ma sono persino ignari di questa perdita di memoria.

Leahy e Martin (1967) descrivono il caso di un americano che fu colpito da amnesia totale durante la Seconda Guerra Mondiale. Mentre era amnesico non riconosceva la moglie e le parlava come se fosse francese. Inoltre agiva come se pensasse di essere in Francia, dove era stato destinato durante la guerra.

È un disturbo che compare più spesso nelle persone che durante l'infanzia hanno subito esperienze traumatiche, soprattutto maltrattamenti (Kluft, 1985).

Uno degli studi sulla personalità multipla meglio documentato, quello di Philip Coons e dei suoi collaboratori (1988), conferma questa tesi. Questi studiosi hanno seguito per 13 anni, 50 casi di personalità multiple fra i pazienti che si erano rivolti alla loro clinica. Di questi 50 casi, 48 erano stati vittime durante l'infanzia di abusi fisici e sessuali gravi e ripetuti (46 di questi casi erano donne) da parte dei genitori o di adulti. Dei due pazienti che non avevano subito abusi, uno aveva la madre schizofrenica e l'altro caso, una donna, veniva picchiata spesso dal marito.

Anche uno studio condotto nei Paesi Bassi e in Canada ha evidenziato che le persone diagnosticate come affette da personalità multiple erano in maggioranza donne e che si trattava di soggetti che avevano subito ripetuti maltrattamenti ed abusi sessuali (Boon e Draijer, 1993).

È possibile che un ambiente d'infanzia estremamente violento, tale da mettere in pericolo la vita stessa del bambino, possa portare, come meccanismo di difesa, allo sviluppo di molte e distinte personalità.

Infine i soggetti che sviluppano disturbi dissociativi di solito sono fragili psicologicamente, molto suggestionabili, inclini alle fantasticherie e spesso conducono una vita stressante o si sentono frustrati.

Talvolta i casi di personalità multipla vengono classificati come una forma di schizofrenia. È un'interpretazione errata. Una scissione della personalità, per cui all'interno di un soggetto vi è la presenza di due o più identità, è del tutto diversa da quelli che sono i sintomi riconosciuti della schizofrenia.

Esistono addirittura degli studiosi che mettono in dubbio l'esistenza stessa di tale disturbo, sebbene sia formalmente riconosciuto e compaia nel DSM IV.

Sfortunatamente le informazioni a nostra disposizione sono scarse a causa della rarità di casi autentici di personalità multipla. Questi tipi di disturbi dissociativi sono tra le sindromi cliniche più imperfettamente spiegate.

LA TERAPIA. Il primo passo consiste nell'individuare la causa o le cause che hanno portato il paziente a sviluppare il disturbo dissociativo, in particolare l'evento o gli eventi stressanti che hanno spinto il soggetto a dissociare parte della propria personalità.

È anche importante ottenere un periodo senza stress per il paziente, in cui egli possa riposare e star lontano per un po' dall'ambiente abituale.

Se all'origine della dissociazione c'è un grave trauma e si riesce ad individuarlo con sicurezza, bisogna agire con molta prudenza. All'inizio se il paziente non è in grado di fronteggiare il ricordo, è meglio evitare di riportarlo alla mente. Però con il passare del tempo, a mano a mano che egli diventa capace di accettarlo, è bene fargli rivivere l'esperienza traumatica al fine di fargli scaricare l'emotività racchiusa in esso.

Alcuni studiosi come Combs e Ludwig (1982) indicano che alcuni pazienti affetti da amnesia possono riguadagnare i ricordi perduti semplicemente stimolandoli pazientemente a ricordare. Questo metodo può essere combinato con la tecnica delle associazioni libere. Quando il paziente fa un salto nel tempo, il terapeuta lo incoraggia a ricordare proponendogli delle associazioni libere relative all'evento che ha preceduto il vuoto di memoria (Parfitt e Gall, 1944).

Il trattamento psicanalitico che si basa sull'insight viene applicato con maggior entusiasmo che in altri disordini mentali. L'obiettivo finale è quello di sollevare le rimozioni e rendere il paziente cosciente dei contenuti che ha cancellato dalla sua coscienza. In particolare il trattamento psicoanalitico è efficace in quei pazienti che sono in grado di servirsi delle capacità introspettive stimulate da tale metodica.

Infine, è importante assumere nei riguardi del paziente un atteggiamento positivo, bisogna rassicurarlo che la memoria sarà recuperata, che a poco alla volta, tutto tornerà come prima. Inoltre, non bisogna mai mostrare scetticismo verso le sue affermazioni o trattarlo come se stesse mentendo o simulando (a meno che non sia effettivamente così). È importante che egli si senta compreso e sostenuto.

L'IPNOSI. Nei pazienti con amnesia psicogena può essere utile ricorrere all'ipnosi per far riaffiorare idee rimosse. Analogamente l'ipnosi può essere efficace per rimuovere le barriere amnestiche tra le varie personalità nei disturbi di personalità multipla. Ricerche sperimentali (Bower, 1981) condotte sulla base della manipolazione del tono dell'umore per mezzo dell'ipnosi, hanno confermato che la rievocazione è migliore se lo stato d'animo dell'epoca, in cui si è verificato l'apprendimento, coincide con quello del momento del ricordo. Bower osservò che vi sono spesso differenze di umore importanti tra le varie personalità di una persona affetta da tale disturbo.

Analogamente alla fuga psicogena, una persona fugge da una situazione emotivamente stressante verso un'esistenza più serena. I diversi stati emozionali potrebbero spiegare, almeno in parte, la perdita selettiva della memoria.

LA TERAPIA FAMILIARE. Può essere importante (o indispensabile) in quei casi in cui il paziente proviene da una famiglia i cui rapporti sono molto disturbati.

Possono essere anche molto utili interventi sull'ambiente, ad esempio cambiamento di lavoro, assistenza domiciliare, sostegno sociale ecc., ed il rapporto di sostegno da parte di un medico.

LE SCHIZOFRENIE

La schizofrenia è la più sconcertante ed invalidante di tutte le patologie mentali. È il disturbo più frequente tra i ricoverati nelle strutture psichiatriche, ove rappresenta una percentuale superiore a qualsiasi disordine mentale. Riguarda una percentuale di persone che va dallo 0,5 al 1 per cento della popolazione. L'incidenza è grosso modo la stessa nei due sessi, anche se, di solito, la sua insorgenza è più precoce nei maschi. I primi sintomi compaiono tra i 18 ed i 25 anni negli uomini e tra i 26 ed i 45 anni nelle donne.

I sintomi della schizofrenia possono riguardare diversi ambiti di primaria importanza, quali il pensiero, la percezione, l'attenzione ecc., anche se, di solito, i pazienti schizofrenici raramente presentano tutti i insieme sintomi che descriveremo più avanti.

A differenza della maggior parte delle categorie diagnostiche nessun sintomo essenziale deve essere necessariamente presente. I pazienti schizofrenici spesso differiscono l'uno dall'altro più di quanto lo sono i pazienti affetti da altri disturbi. L'ampiezza del concetto di schizofrenia, infatti, resta tuttora una delle difficoltà principali della ricerca contemporanea. Risulta sempre più evidente che non si tratta di una patologia unica, ben delineata, ma di vari tipi riconducibili ad una stessa famiglia. Lo stesso Bleuler, lo studioso svizzero che può essere considerato un vero e proprio pioniere nello studio di questa malattia, parla di gruppo di schizofrenie, anche se per il passato, spesso sotto questa denominazione si sono raggruppati disordini mentali che avevano l'unico requisito di presentare sintomi analoghi.

I sintomi principali della schizofrenia si possono raggruppare così:

1) - **DISTURBI DEL PENSIERO**. Benché il paziente possa fare ripetuti riferimenti a talune idee centrali o ad un tema, raramente le immagini o i frammenti di pensiero sono connessi. Il soggetto affetto da tale disturbo spesso fa voli pindarici, è incoerente, non sempre distingue con esattezza la realtà dalla fantasia, a volte usa neologismi, cioè parole senza significato coniate da egli stesso.

Quelle che seguono sono le risposte di uno schizofrenico ad una serie di domande. Esse illustrano l'incoerenza, l'uso di associazioni vaghe e di neologismi.

- *“Quanti anni ha?”*

- *Suvvia, ho dei secoli signore.*

- *Da quanto tempo si trova qui?*

- *Sono stato dentro e fuori questa proprietà per molto tempo. Non so esattamente quanto, perché la notte siamo assorbiti dall'aria e loro riportano indietro la gente.*

Loro distruggono ogni cosa; possono farti mentire, possono parlare per bocca tua.

- *Di che si tratta?*

- *Suvvia, è l'aria.*

- *Come si chiama questo posto?*

- *Dicono che questo posto sia una stella.*

- *Chi è il medico che la segue?*

- *Un corpo proprio come il suo”*

(White, 1932).

Risulta subito evidente che il paziente è incapace di dare un ordine alle proprie idee, spesso fa dei salti da un'idea all'altra, senza la guida di nessi logici, ma di altri fattori, come la semplice associazione di idee.

Ecco l'augurio che uno dei pazienti rivolse a Bleuler (1911), in occasione del Capodanno: "Le auguro un felice, gioioso, prospero, fiorente e fruttuoso anno e le auguro molti anni dell'uva, e tanti e prosperi e felici anni delle mele, dei crauti, dei cavoli, delle zecche e dei semi". Come si può notare la mente del paziente dopo essersi fissata sulla parola frutto, entra in una catena di associazioni e comincia ad enunciare vari tipi di frutta e di ortaggi.

Altre volte il paziente schizofrenico procede per associazione o per assonanza, cioè si esprime con parole in rima che egli inserisce nel discorso, solo per un effetto sonoro e non perché abbiano un nesso logico con quanto sta dicendo.

Altre caratteristiche del pensiero degli schizofrenici sono la povertà dei contenuti, la perseverazione e il blocco. Per quanto riguarda il primo elemento risulta subito che il soggetto schizofrenico non ha contenuti di qualche consistenza da esporre, per lo più si tratta di frasi belle ad effetto, ma che non dicono molto. Per perseverazione si intende che il paziente usa in maniera persistente parole ed idee. Se si ha, infatti, la costanza di seguire i suoi discorsi per un certo periodo di tempo si scopre che finisce per ripetere sempre le stesse cose.

Per blocco, invece, si intende che il paziente a volte si interrompe come per prendere fiato, ma in un attimo perde il filo del discorso e non sa come proseguire.

Un'ultima caratteristica del pensiero degli schizofrenici è l'inattendibilità della loro valutazione del mondo circostante o delle loro condizioni mentali. Quasi sempre non si rendono conto dei loro effettivi problemi, compresi quelli di tipo pratico o dei loro limiti mentali. Vivono quasi sempre in un mondo separato, in una dimensione diversa da quella reale, per questo trascurano la cura della persona e l'igiene personale.

2) **I DISTURBI DELLA PERCEZIONE.** I pazienti schizofrenici riferiscono di frequente che il mondo circostante appare in modo distorto ed irrealistico. A volte percepiscono come troppo grandi o troppe piccole alcune parti del corpo, altre volte la luce può sembrare loro troppo accecante o oggetti circostanti possono sembrare troppo vicini o troppo lontani, in particolari casi rumori normali possono diventare una sofferenza continua. Ma il disturbo della percezione più evidente, ma anche più caratteristico di questo disturbo sono le allucinazioni. Si tratta di false percezioni sensoriali, cioè il paziente vede o sente cose che in realtà non esistono.

Le allucinazioni possono essere di tipo uditivo o visivo. Chi ha allucinazioni visive vede cose o persone immaginarie, chi ha allucinazioni uditive ode voci che danno ordini, avvertenze o fanno critiche (e ciò accade nel 64 % dei casi), ma possono essere coinvolti anche altri sensi. Ad esempio, delle persone hanno la sensazione che milioni di insetti camminino sulla loro pelle o che il cibo sappia di veleno.

Una casalinga riferiva di udire la voce di un uomo che parlava con un intenso bisbiglio, da un punto posto a circa 1 metro al di sopra della sua testa.

Se gli si fanno domande precise sull'origine di queste voci, spesso il paziente risponde che provengono da dentro la testa o che sono prodotte dal suo stesso apparato vocale contro la sua

volontà. Talvolta per tacitare queste voci i soggetti ricorrono a metodi insoliti come parlare tra sé o contare (per tenere la mente impegnata) o tenere la bocca spalancata in modo da immobilizzare l'apparato vocale (Bick e Kingsbourne, 1987).

Quale è la spiegazione più logica delle allucinazioni? A nostro avviso sono una diretta conseguenza dei deliri di persecuzione e di controllo, né è prova il fatto che quasi sempre allucinazioni e deliri sono sinergici. Ad esempio, un uomo con deliri di persecuzione può udire ripetutamente la voce del suo persecutore che gli rivolge insulti e minacce.

Non bisogna mostrarsi troppo sorpresi di questi sintomi, anche le persone normali possono essere vittime di allucinazioni. Quante volte crediamo di aver sentito il telefono squillare senza che ciò sia vero? Quante persone credono di aver visto un UFO ed invece, è solo un'allucinazione, magari dovuta ad un momento di stanchezza?

I casi di alterazione degli stati di coscienza sono più frequenti di quanto si pensi. All'uopo suggeriamo di leggere quanto abbiamo scritto nel libro: "PSICOLOGIA- La nuova frontiera", nel capitolo "gli stati di coscienza".

Altri disturbi presenti nella maggioranza dei pazienti schizofrenici sono il deficit di attenzione e il deficit di volontà.

Riguarda il primo, cioè l'incapacità di selezionare i vari stimoli e di focalizzarsi su un "pezzo" di informazione per volta, è una delle difficoltà centrali degli schizofrenici. Non solo essi riferiscono di avere difficoltà nel prestare attenzione a ciò che accade intorno a loro, ma si sentono "assillati" da troppi stimoli, invasi da troppi pensieri che non riescono a mettere in ordine o a controllare.

In effetti la distrazione per lo schizofrenico è uno stile di vita al punto che alcuni autori considerano le difficoltà di attenzione come uno dei sintomi essenziali di questa patologia.

Riguardo il secondo, cioè il deficit di volontà, questo disturbo è presente soprattutto nei pazienti affetti da schizofrenia catatonica. Il paziente è apatico, abulico, si lascia andare, ed ha chiare difficoltà di iniziativa o a prendere decisioni.

3) **I DELIRI.** Possono essere di tre tipi: deliri di grandezza, deliri di persecuzione e deliri di controllo. Chiaramente il tipo di delirio è indicativo della forma di schizofrenia di cui il paziente è affetto.

Delirio di grandezza. Il paziente è convinto della sua forza fisica o della sua intelligenza o di discendere da un'illustre famiglia imparentata con le migliori corti d'Europa. A volte si attribuisce titoli e posizioni, in rari casi veste anche in uniforme, porta decorazioni o impersona personaggi importanti, ad esempio, crede di essere un ricco uomo d'affari che commercia con tutto il mondo.

Spesso, il soggetto ha un concetto sproporzionato di sé ed una grande autostima. Si considera dotato di talento, famoso o influente più di quanto lo sia effettivamente. Non è infrequente il caso in cui il paziente si crede investito di una missione divina: riscattare o redimere l'umanità dai suoi peccati e dichiara di essere un profeta o il Messia, mandato sulla terra a portare la parola di Dio. Certamente qualcuno dei grandi profeti, di cui parlano i testi sacri, non era realmente tale, ma soltanto un soggetto affetto da schizofrenia paranoide.

Qualche osservazione a proposito dei deliri di grandezza.

Non sempre si tratta di soggetti schizofrenici, si può soffrire benissimo di delirio di grandezza senza essere affetti da schizofrenia. Alcuni di questi pazienti sono semplicemente ammalati di una forma di paranoia che alcuni autori hanno chiamato “nevrosi di grandezza”. Il DSM III riconosce una psicosi detta **paranoia**, considerata distinta dalla schizofrenia paranoide. Noi siamo perfettamente d'accordo con questa posizione. Ciò che distingue questo disturbo dalla schizofrenia paranoide è la mancanza dei disturbi del pensiero che caratterizzano lo schizofrenico. Cioè, sia pure in presenza di deliri di grandezza, il soggetto ragiona in modo razionale e difende le sue idee con coerenza.

In alcuni casi, si tratta di pazienti affetti da una forma esasperata del disturbo narcisistico istrionico, sindrome che tratteremo più avanti.

I soggetti, non schizofrenici, che soffrono di deliri di grandezza per lo più sono persone con un'intelligenza superiore alla norma o molto preparate in un campo. Non di rado occupano buone posizioni sociali o posti di comando. Spesso i deliri di grandezza sono frutto del successo che ha “dato loro alla testa”. Chi diventa famoso, ottiene risultati eccezionali nel suo campo o in affari e, con il tempo, si può autoconvincere di essere una specie di Re Mida, che tutto quello che tocca diventa oro. Molti grandi della storia erano affetti da deliri di grandezza, come pure alcuni profeti, Messia o presunti tali.

Se la timidezza è il disturbo di chi ha avuto una vita difficile, la paranoia può essere considerato il disturbo di chi ha avuto le cose facili ed ha trovato il successo o il potere senza troppa fatica. E allora si persuade di essere un genio o una persona superiore agli altri. Tutto ciò porta ad un eccesso di autostima che, con gli anni, può tramutarsi in un delirio di grandezza.

[Delirio di persecuzione](#). A molti è capitato, a volte, di essere preoccupati che gli altri possano pensare male di loro. A volte tali timori sono giustificati, altre volte sono ingiustificati. In ogni caso le persone imparano a convivere con questa paura o a fregarsene di quello che la gente può pensare di loro. Non è così per gli schizofrenici. Spesso sono vigili, attenti, pronti a cogliere qualsiasi segno che indichi loro un giudizio negativo da parte della gente.

Altre volte il loro non è un dubbio, ma una certezza. Sono convinti che i loro persecutori hanno dei dispositivi di ascolto sofisticati che possono udirli anche nei momenti di intimità. Nei casi più estremi credono che gli altri riescano a leggere nei loro pensieri o che questi vengano “rubati” dalla loro mente da una forza esterna, che vi legge come su una lavagna.

Si convincono che frasi di conversazione colte per caso si riferiscono a loro o interpretano la presenza ripetuta di una certa persona in una strada (se mai uno che abita nella zona) come una prova di sorveglianza da parte di “agenti stranieri”.

I deliri di persecuzione sono presenti nel 65% dei pazienti schizofrenici.

Le spiegazioni dei deliri di persecuzione sono molteplici e tutte ancora nel campo delle ipotesi.

Il paziente schizofrenico non è del tutto inconsapevole dei suoi comportamenti strani e bizzarri. Non si sa in quale misura ma si rende conto, anche confrontandosi con gli altri, che qualcosa dentro di lui non va. Soprattutto si rende conto, con la sensibilità propria dei disturbati mentali, che non sempre è accettato dagli altri, che spesso la gente lo evita o lo asseconda per non contraddirlo. Nota, inoltre, che la gente, o i passanti, si accorgono dei suoi comportamenti inusuali. Da qui il timore che gli altri possano giudicarlo male, deriderlo o parlarne male alle spalle.

Non bisogna mai sottovalutare l'intelligenza e la sensibilità degli schizofrenici, intuiscono molte più cose di quanto si pensi. Sentite questo caso. Un paziente schizofrenico la domenica andava a messa portando in braccio un bambolotto, che trattava come fosse suo figlio. Spesso durante la funzione lo coccolava e lo vezzeggiava come fosse un bimbo vero. Era una cosa inusuale, ma tutto sommato, date le condizioni del paziente, per niente strana. Quello che invece colpiva era che, se si aveva la pazienza di osservarlo bene, egli prendeva delle precauzioni per non dare troppo nell'occhio.

Per prima cosa si metteva in fondo alla chiesa, in un posto dove pochissime persone potevano vederlo. Per secondo entrava a funzione iniziata, quando tutti erano rivolti verso l'altare, ed usciva dalla chiesa in silenzio, prima che la messa finisse e la gente si girasse verso la porta. Tutto ciò senza che nessuno dei fedeli avesse mai riso di lui o avesse mostrato di meravigliarsi del suo comportamento (era noto nel quartiere).

In conclusione gli schizofrenici, ma anche la maggior parte dei pazienti affetti da altre patologie mentali, si rendono conto almeno in parte della loro "anormalità" o della stranezza dei loro comportamenti e temono il giudizio della gente, come tutti. Da ciò il timore, esasperato dallo stress che la loro patologia comporta, che gli altri possano ridere di lui, canzonarlo o criticarlo alle spalle.

Altre volte il deliro di persecuzione ha origine dalla paura che la gente possa "scoprire il suo sporco gioco". Ci si riferisce al caso riportato nel primo capitolo (o ai pazienti ipocondrici). Lo studente aveva giustificato il suo fallimento negli studi inventandosi delle malattie organiche. Tutto ciò, però, non lo faceva stare tranquillo. Temeva che in molti si fossero accorti che dietro le sue finte malattie, ci fossero la sua incapacità e la sua inettitudine, ed ecco nascere in lui il timore che la gente parlasse male alle sue spalle.

Una volta che si riesce a convincere il paziente che le voci che sente vengono "dall'interno" e che "dietro le porte non c'è nessuno a spiarlo", i suoi deliri inizieranno sicuramente a calmarsi.

Delirio di controllo. Il paziente crede che i suoi pensieri o le sue azioni sono controllati da fili invisibili come quelli che muovono le marionette. Si sente dominato da forze esterne, indipendenti dalla sua volontà, obbligato a fare certe azioni. Una giovane segretaria dava questa descrizione di sé: "Sono un burattino che viene manipolato da fili cosmici. Quando i fili vengono tirati il mio corpo si muove ed io non posso impedirlo".

Il paziente sente di essere un contenitore passivo ed involontario di sensazioni corporee imposte da un agente esterno. Uno schizofrenico credeva di essere attraversato da raggi X "che entravano nella nuca, scendevano lunga la schiena per poi sparire nel bacino".

La spiegazione più logica dei deliri di controllo è che il paziente, almeno in parte, come abbiamo detto, si rende conto della "anormalità" di certi suoi comportamenti e perciò cerca di contrastarli con la forza della sua volontà. Ma è una lotta impari, un nano contro un gigante, la sua ragione contro il suo inconscio malato.

Allora, con il passare del tempo, si convince che per quanto "combatta" è tutto inutile, perché c'è una forza che lo domina e lo obbliga a comportarsi secondo il suo volere. In qualche raro caso intuisce che questa forza è dentro di sé ed è il suo inconscio malato, ma il più delle volte l'attribuisce ad oscuri fattori esterni, come gli extraterrestri e gli alieni. Identifica i suoi persecutori negli agenti di una potenza nemica che vuole rovinarlo ed ostacolarne i piani.

Più raramente il deliro di controllo è dovuto al tentativo di scaricare all'esterno le responsabilità dei suoi comportamenti poco usuali. "Se sono dominato da forze esterne - è il discorso inconscio del paziente - allora non sono responsabile delle mie azioni."

Un'altra spiegazione logica è questa: lo schizofrenico paranoide in una certa misura si rende conto dell'incoerenza tra quando sostiene di essere, ad esempio un generale o un presidente, ed il suo potere effettivo. In altre parole, nonostante egli sia un "grande uomo" non corrisponde una posizione sociale o di potere corrispondente, e allora giustifica questo suo "insuccesso" (o mancanza di potere) con l'opposizione di agenti nemici o di forze che cospirano contro di lui per impedirgli di emergere ed assumere la posizione di leader che gli competerebbe. Ad esempio, egli crede di essere un principe, un discendente dello zar, ma agenti nemici fanno sì che non sia riconosciuto come tale dagli altri.

Deliri di gelosia. Qualche volta, oltre a quelli su citati, sono presenti altri tipi di deliri, il più comune di questi è il delirio di gelosia. Il paziente incomincia a sospettare della fedeltà e dell'amore del suo partner, si autoconvince che questo ultimo lo tradisca o tramis oscure tresche alle sue spalle. Chiaramente si tratta di una forma di delirio di persecuzione. I meccanismi che ne sono alla base, infatti, sono gli stessi.

Però, bisogna fare attenzione a non confondere il delirio di gelosia con la gelosia morbosa. Nel primo caso è soltanto uno dei sintomi che accompagna la schizofrenia. Nel secondo caso si tratta di una sindrome primaria e non la conseguenza di un altro disturbo mentale. Abbiamo trattato tale sindrome tra i disturbi della socialità.

4) **I SINTOMI MOTORI.** Gli schizofrenici spesso presentano disturbi dell'attività motoria: fanno gesti bizzarri, smorfie, possono gesticolare ripetutamente seguendo particolari sequenze o, al contrario, restare nella completa immobilità per ore (immobilità catatonica).

A seconda dei sintomi comportamentali, gli schizofrenici si possono dividere in due grandi categorie: pazienti con sintomi positivi e pazienti con sintomi negativi. Questa distinzione non solo è indicativa del tipo di schizofrenia di cui il paziente è affetto, ma può essere utile nell'itinerario terapeutico.

Sintomi positivi. Una parte degli schizofrenici manifestano un insolito aumento delle attività. Possono presentare un eccitamento notevole o un'agitazione sfrenata. A volte passano ore a ripetere sistematicamente un gesto, ad esempio piegare in successione le dita della mano, altre volte reagiscono con risposte discostanti rispetto al contesto o assolutamente fuori luogo. Ad esempio, schizofrenici hanno reagito con una sonora risata alla notizia che la loro madre era morta. Altri sono andati in collera perché un altro paziente gli aveva fatto un complimento su di un capo di vestiario che essi indossavano. Non è raro nemmeno il caso che persone affette da questo disturbo passino da uno stato emotivo a quello opposto, rapidamente e senza una ragione apparente.

Sintomi negativi. Un'altra parte degli schizofrenici, si presenta invece, apatica, abulica, estranea al mondo che lo circonda. In questi casi si può parlare di affettività piatta, nessun stimolo in pratica riesce a provocare una qualche risposta da parte loro. Spesso restano con lo sguardo lontano, a fissare il vuoto, i muscoli mimici del volto inespressivi, gli occhi assenti. Quando gli si parla o non rispondono o lo fanno con voce piatta e monotona. In alcuni casi si può avere l'immobilità

catatonica, cioè l'assunzione di posizioni insolite che mantengono per lunghi periodi di tempo, anche mezza giornata.

I pazienti catatonici possono presentare il fenomeno noto come flessibilità cerea, li si può muovere in varie direzioni o metterli in posizioni strane che vengono mantenute dal paziente.

Per una ragione che ci è ancora sconosciuta questi tipi di sintomi sono più frequenti tra i pazienti schizofrenici di sesso femminile, che tra quelli di sesso maschile. Chiaramente, i pazienti che presentano soprattutto sintomi negativi, quasi sempre sono affetti da schizofrenia catatonica.

5) **I DISTURBI DELLA SOCIALITÀ.** Di solito gli schizofrenici hanno scarse abilità sociali, sono portati ad isolarsi e a evitare la compagnia di altre persone. Quando una persona si ammala di schizofrenia, in genere, a poco a poco perde tutte le amicizie, inizia a evitare tutte le occasioni di vita sociale e tende a rifugiarsi in un mondo oscuro e solitario. Se non hanno familiari che si prendono cura di loro finiscono col diventare barboni, a dormire per strada e riescono a sopravvivere solo grazie all'aiuto delle associazioni umanitarie o di volontariato.

Solo i pazienti affetti da forme leggere riescono a mantenere il lavoro, sempre che si tratti di lavori non impegnativi. Inoltre, gli schizofrenici per lo più trascurano completamente l'igiene e la cura della persona.

In passato spesso si è classificato per schizofrenici disturbi che in realtà non lo erano, oggi si è molto più attenti e si è ristretta in modo significativo la gamma dei pazienti che vengono diagnosticati schizofrenici.

I criteri indicati dalle fonti più autorevoli, tra cui il DSM IV, sono:

Innanzitutto, vengono esclusi i pazienti con sintomi di un disturbo dell'umore. In secondo luogo, le persone devono avere segni di schizofrenia per almeno 6 mesi, sono così esclusi i pazienti che hanno avuto un breve episodio psicotico, spesso collegati a traumi o a stress.

Per terzo, forme lievi di schizofrenia oggi vengono classificate con il termine di personalità schizotipica o border line.

TIPI DI SCHIZOFRENIA

Sulla base dei sintomi predominanti il DSM IV identifica 4 tipi di schizofrenie:

- 1) Il tipo paranoide, caratterizzato soprattutto da deliri di grandezza.
- 2) Il tipo catatonico, in cui prevalgono i sintomi di non reattività all'ambiente.
- 3) Il tipo disorganizzato, caratterizzato soprattutto da disturbi del pensiero e da discorsi incoerenti (pensiero paralogico, cioè pur sembrando impostato secondo criteri logici risulta incoerente).
- 4) Il tipo indifferenziato, in cui trovano posto tutte le forme di schizofrenie non inquadrabili nei precedenti tipi.

Naturalmente, non è una classificazione "perfetta", anche perché non sempre le varie forme di schizofrenia sopra descritte sono nettamente distinte e separate, ma è senz'altro quella che si avvicina di più alla realtà.

SCHIZOFRENIA PARANOIDE. Il termine paranoide è stato così usato nel linguaggio corrente che ha finito per assumere il significato di persona sospettosa, che si crede spiata o vittima dei giudizi altrui. Ciò non sempre corrisponde alla realtà, non tutti gli schizofrenici presentano deliri di

persecuzione o di controllo. Una buona percentuale di pazienti con questa patologia (intorno al 34 %), non sospettano affatto di essere spiati o perseguitati. Inoltre, molti di essi dimostrano di essere coerenti e credibili, pur ostinandosi nel loro deliro di grandezza. A volte, pur credendo di essere investiti della missione di salvare il mondo dalla corruzione, dalla malvagità e dalla violenza, presentano le loro idee con coerenza.

Altre volte pensano di esser personaggi famosi importanti, politici o non, come Napoleone, Hitler, Einstein, Giovanna D'arco o generali alla testa di fantomatici eserciti. Hanno un esagerato senso della loro importanza, del loro potere, delle loro conoscenze e della loro identità.

Gli schizofrenici paranoidi sono irrequieti, facili all'ira e talvolta violenti. Ciò che li distingue dagli altri tipi di schizofrenia è che conservano la capacità di risposta sul piano emozionale, sono più vigili e loquaci rispetto agli altri. Inoltre i loro processi ideativi, come abbiamo accennato, pur deliranti non sono frammentati, ma parlano e ragionano in modo coerente e quasi sempre riescono a disbrigare le loro incombenze quotidiane. Molti di essi conducono un'esistenza quasi normale e raramente richiedono un trattamento terapeutico di loro spontanea volontà, in quanto ritengono di essere perfettamente sani.

SCHIZOFRENIA CATATONICA. L'immobilità non è l'unico sintomo motorio della schizofrenia, ciò che distingue di più i pazienti affetti da questo tipo di schizofrenia è la passività, l'apatia, il sottrarsi alla realtà per ritirarsi in un mondo fantasioso. Ma né la denominazione, né i sintomi negativi ci devono indurre in errore. Gli schizofrenici catatonici non sono sempre passivi e tranquilli, a volte subiscono attacchi di movimento sfrenato ed eccitato. Basti pensare al fatto che prima che i farmaci moderni eliminassero la necessità di ricorrere alla camicia di forza, erano gli schizofrenici catatonici quelli che erano costretti ad indossarla con maggior frequenza.

Altri sintomi sono: rallentamento generale dei movimenti corporei, impoverimento del linguaggio (il discorso si fa lento, faticoso, non spontaneo), appiattimento dell'affettività, riduzione o assenza nell'esprimere le proprie emozioni, la perdita di pulsioni come la fame e la scomparsa del piacere che normalmente deriva dal gratificare le pulsioni. Tutti questi sintomi non solo si presentano in misura variabile, ma spesso li troviamo anche negli altri tipi di schizofrenia (come la perdita dell'appetito).

La schizofrenia catatonica fino a qualche decennio fa relativamente comune, oggi è diventata abbastanza rara sia negli Usa, che in Europa. La farmacologia ed una migliore gestione clinica dei pazienti l'hanno resa poco frequente. Segni catatonici, comunque, si possono ritrovare anche in malattie organiche cerebrali come l'intossicazione da monossido di carbonio o in alcune neoplasie cerebrali.

Quale è la spiegazione più plausibile dell'immobilità catatonica?

Succede anche alle persone normali, qualche volta, di assentarsi con il pensiero a tal punto da non rispondere se qualcuno li chiama o dice loro qualcosa. Si resta immobili, con il pensiero lontano, estranei agli stimoli esterni che si smette di recepire. Mentre le persone normali, però, sono in grado di interrompere in qualsiasi momento questo stato di trance momentaneo, gli schizofrenici no. Nei momenti di immobilità catatonica è come se avessero tagliato i ponti con la realtà, il pensiero è assente. La persona è lontana, persa dietro un volo pindarico. È come se la loro mente si fosse staccata dal corpo.

È quello che succede un po' nel sonno REM; nonostante stiamo sognando e quindi “facendo azioni, correndo o saltando” con la fantasia, il nostro corpo è bloccato immobile, da un meccanismo inventato dalla natura per impedirci di farci male.

Questa tesi è confermata dal fatto che gli arti del paziente possono essere mossi in varie direzioni, quasi si trattasse di un robot e che queste, poi, vengono mantenute come se fossero “staccate” dalla mente o dai centri di controllo.

Un'altra spiegazione possibile è questa: l'immobilità catatonica potrebbe essere l'effetto di un grave deficit di volontà. È come se il paziente non fosse più in grado di decidere o di ordinare al suo corpo nessun movimento, in preda ad un'apatia estrema e ad un'affettività piatta. Infatti, nonostante l'apparente noncuranza di ciò che gli sta intorno, il paziente schizofrenico, successivamente, è in grado di riferire tutto ciò che è accaduto durante la fase di stupore. È come se fosse rimasto, per tutto questo tempo, uno spettatore passivo.

Probabilmente sono vere ambedue le ipotesi, a volte l'immobilità catatonica è dovuta ad una paralisi della volontà, altre volte soltanto ad una “fuga di pensieri”.

SCHIZOFRENIA DISORGANIZZATA. È caratterizzata dalla presenza di numerosi sintomi positivi: allucinazioni, deliri di persecuzione, ipocondria, in rari casi deliri religiosi o di tipo sessuale. A volte il paziente presenta idee strane o bizzarre, si comporta in modo contraddittorio ed imprevedibile, può fare smorfie o movimenti senza senso. I suoi comportamenti sono caratterizzati da un quadro di incoerenza e assurdità. Spesso il suo atteggiamento è un groviglio confuso di deliri, di manierismi e rituali di vario genere. Inoltre i pazienti affetti da schizofrenia disorganizzata presentano dei comportamenti motori disorganizzati, spesso sorridono scioccamente, si esprimono o gesticolano in maniera inappropriata, parlano usando “insalate di parole”, cioè senza senso o nesso logico.

Per lo più i soggetti affetti da questo tipo di schizofrenia trascurano la loro persona, non fanno mai il bagno, non si lavano i denti o non si pettinano. In casi estremi diventano incontinenti ed evacuano ovunque e in qualsiasi momento.

SCHIZOFRENIA INDIFFERENZIATA. Come abbiamo su accennato il tipo indifferenziato si riferisce a pazienti con sintomi psicotici che non si adattano a nessuno degli altri tipi, ovvero, hanno sintomi comuni a più di un tipo. In altre parole, vengono diagnosticati come schizofrenici indifferenziati i casi in cui i pazienti hanno deliri, allucinazioni e comportamenti disorganizzati, ma non soddisfano i criteri per la schizofrenia paranoide, catatonica o disorganizzata.

Inoltre, i sintomi di alcuni pazienti cambiano dopo la diagnosi iniziale e la loro classificazione cambia in conformità.

L'EZIOLOGIA

Gli studi che individuano importanti collegamenti tra schizofrenia e fattori biologici, quali anomalie biochimiche e predisposizione familiare, sono così numerosi che ormai sembrano esserci pochi dubbi in proposito. La teoria che attualmente gode di maggior credito è quella che attribuisce l'origine della schizofrenia ad anomalie a livello di neurotrasmettitori, in particolare della dopamina. Nei cervelli dei pazienti schizofrenici deceduti è stato riscontrato un eccesso di recettori per la dopamina. Inoltre, è stato provato che la loro riduzione per mezzo di farmaci attenua in maniera significativa i sintomi della schizofrenia.

Un'altra prova a favore di questa teoria ci è data dal riscontro che alcune sostanze, come la cocaina e le anfetamine, che provocano un aumento delle attività dopaminiche a livello cerebrale, possono aggravare i sintomi della schizofrenia nelle persone che già ne soffrono (Davis, 1974) e in dosi elevate possono indurre sintomi di schizofrenia anche nelle persone sane (Griffith et al., 1972).

Nonostante i molti indizi accumulati, la teoria della dopamina non convince del tutto gli studiosi, soprattutto perché non tutte le ricerche in merito hanno portato ad esiti chiari e definitivi, ma spesso i risultati sono stati contrastanti (Meltzer, 1992). Attualmente è ritenuta più plausibile una versione modificata della teoria originaria della dopamina. Le cause della schizofrenia andrebbero ravvisate in quadri insoliti dell'attività dopaminica a livello cerebrale, attività iperattiva in alcune aree e ipoattività in altre (Fowles, 1992). Dato che la dopamina gioca un ruolo importante nella capacità di selezionare le informazioni in arrivo, di percepirle e di integrarle (in parole povere ci aiuta a collegare sensazioni, come un odore, un colore ecc., ai ricordi), un eccesso di dopamina fa sì che quasi ogni odore, colore o altra percezione, provocherebbe un eccesso di sensazioni, soverchiando le nostre capacità di risposta.

Anche se non sembrano sussistere dubbi che la schizofrenia abbia una base biologica ed una componente genetica, molti problemi restano aperti. Per primo, è improbabile che una patologia così complessa come la schizofrenia sia strettamente correlata semplicemente ad un eccesso o ad un difetto di neurotrasmettitori.

Per secondo, anche se ciò fosse vero e l'attività dei neurotrasmettitori fosse l'unica causa, avremmo ancora bisogno di capire quali eventi sono all'origine delle disfunzioni di questi neurotrasmettitori. Che cosa fa alzare il livello di dopamina e quali fattori ne provocano la carenza?

Per terzo, può darsi benissimo che l'attività di questi neurotrasmettitori sia fortemente influenzata da fattori psicologici, quali stress, traumi, ambiente familiare disturbato ecc..

Altri studi, invece, hanno cercato correlazioni tra alcune anomalie cerebrali ed i sintomi della schizofrenia. In particolare da varie ricerche biologiche è emerso che le persone affette da tale disturbo hanno i ventricoli insolitamente grandi e che spesso manifestano una riduzione dell'attività metabolica nei lobi prefrontali della corteccia cerebrale (Buchsbaum, 1960).

Nell'eziologia della schizofrenia sono fortemente sospettati i traumi subiti dal bambino durante la vita fetale o al momento della nascita. Da più fonti si è sottolineata la correlazione tra le difficoltà della nascita e schizofrenia, in base alla supposizione che in quei momenti il cervello subisca qualche lesione in conseguenza dell'ipossia o di altri eventi traumatici. Da uno studio di Mednick (1987), è emerso che i traumi durante la vita fetale e alla nascita erano correlati con lo sviluppo della schizofrenia soltanto se i bambini erano geneticamente a rischio (ad esempio avevano uno dei due genitori schizofrenico). Non si evidenziava, invece, una qualche correlazione per i soggetti per cui non sussisteva alcuna predisposizione familiare. A quanto può sembrare, l'azione dei geni predispongono soltanto a una maggiore vulnerabilità agli stress subiti dal bambino al momento della nascita, ma non esiste una precisa relazione di causa effetto.

Altre fonti indicano nelle infezioni virali nella fase prenatale uno dei motivi principali che può dar luogo all'insorgenza della schizofrenia (Torrey, 1988). Non sono da trascurare neanche infezioni virali in età adulta, come la sifilide o gravi carenze alimentari. Ad esempio, una carenza di

acido folico durante il primo periodo di gravidanza è sufficiente ad impedire la chiusura del tubo neurale fetale, dal quale nascerà il cervello.

L'EREDITARIETÀ della SCHIZOFRENIA. Un gran numero di studi familiari e sui gemelli hanno prodotto una così considerevole mole di dati che ormai ci sono pochi dubbi che esiste una predisposizione genetica alla schizofrenia. Se si tiene conto che il rischio della schizofrenia nell'insieme della popolazione è leggermente inferiore al 1%, dal grafico sotto riportato, si può constatare che il rischio che una persona diventi schizofrenica è inversamente proporzionale alla relazione genetica con un familiare schizofrenico. Arriva al 50% nel caso si hanno ambedue i genitori schizofrenici. Anche studi sui gemelli monozigoti hanno accertato un tasso di concordanza all'incirca del 50% (Gottesman, Shields, 1972).

Studi sull'adozione confermano il rapporto tra ereditarietà e schizofrenia. Pochissime volte bambini adottati da persone affette da tale disturbo ne sono stati anch'essi colpiti, mentre il rischio sale se uno dei genitori biologici è affetto da tale disturbo.

In conclusione, anche se una predisposizione genetica è probabilmente necessaria per tale malattia, sicuramente vari fattori psicologici giocano un ruolo importante nell'insorgenza di tale patologia. Sebbene non sia possibile osservare in tutti i casi uno specifico tipo di personalità, molti pazienti destinati a divenire schizofrenici mostrano tratti di ipersensibilità, timidezza e asocialità, mancanza di affetto e atteggiamenti paranoici; di qui derivano inevitabilmente difficoltà nelle relazioni interpersonali e isolamento sociale. Ci torneremo nel prossimo paragrafo.

I FATTORI PSICOLOGICI

Si è ritenuto a lungo che le condizioni stressanti presenti in alcune famiglie (in particolare quando le relazioni madre - figlio sono disturbate) fossero decisive nello sviluppo della schizofrenia. Quest'opinione era talmente comune che si coniò il termine "madre schizofrenogenetica", per indicare le madri nevrotiche, fredde, autoritarie, respingenti e moraliste.

H. S. Sullivan (1962) faceva risalire l'origine della schizofrenia alle difficoltà di rapporto madre-bambino. Inadeguate cure materne, secondo lo stesso autore, determinano nel neonato un sé carico di angosce e impediscono al bambino di ricevere soddisfazione per i suoi bisogni. L'esordio della schizofrenia, sempre secondo tale concezione, consiste in una rinascita del sé dissociato, che porta ad uno stato di panico e quindi alla disgregazione psicotica. Nella vasta letteratura sulla schizofrenia vi è un chiaro consenso nel ritenere che un precoce disturbo nella relazione tra il neonato e la figura materna sia un riscontro quasi universale nei pazienti schizofrenici.

Oggi si è molto prudenti nell'accusare le madri di causare la schizofrenia. Come ha osservato lo stesso Sullivan, è più probabile che le madri dei soggetti disturbati non siano in grado di offrire un ambiente sicuro ed affidabile e che vi sia una stretta correlazione tra madri disturbate e l'insorgenza della malattia. È più facile che errori educativi si vadano a sommare ad una predisposizione genetica e che i fattori ambientali funzionino solo da miccia per innescare il processo patologico, piuttosto che vi sia una diretta relazione di causa - effetto.

Se si può presupporre che fattori ambientali da soli favoriscano il nascere della schizofrenia, bisogna che questi fattori siano ben gravi come bambini abbandonati, respinti, maltrattati, fatti oggetto di ripetute violenze o di abusi, malnutriti o costretti a lavorare in condizioni terribili per 10 -

12 ore al giorno. Anche lo studioso Walker (1982) osservò che la precoce separazione dai genitori e il fatto di venire allevati in istituzioni pubbliche potevano essere predittivi di successiva schizofrenia.

L'ambiente familiare, invece, sembra influire in modo significativo sul recupero degli schizofrenici dopo le loro dimissioni dall'ospedale. Vari studi hanno dimostrato che quando vengono espresse critiche e si dimostra una certa ostilità verso il paziente, il numero di ricadute è maggiore rispetto ai pazienti il cui rientro in famiglia è accompagnato da accettazione ed empatia.

Altre ricerche hanno, invece, messo in evidenza l'esistenza di una relazione tra classe sociale e schizofrenia. Nello studio decennale di Hollingshead e Redlich (New Haven, Connecticut) fu trovato che la percentuale di pazienti affetti da tale disturbo era due volte più elevata nelle classi di basso livello socio - economico. Dato confermato da analoghe ricerche in paesi come la Danimarca, la Norvegia e l'Inghilterra (Kohn,1968).

È difficile interpretare questa correlazione. Alcuni credono che il fatto di appartenere alle classi sociali inferiori può in qualche modo favorire l'insorgenza della schizofrenia. È la cosiddetta teoria sociogenetica. L'impossibilità di accedere a ricompense, il basso livello di istruzione, un maggior numero di frustrazioni e condizioni ambientali meno favorevoli, sicuramente rendono la vita delle persone di più basso rango sociale più stressante e difficoltosa di quelle dei ceti medi o alti.

Ma esiste anche un'altra spiegazione, che è chiamata la "teoria della deriva sociale". Chi è affetto da schizofrenia, a poco alla volta, va "alla deriva" nelle aree urbane dominate dalla povertà. È noto che le possibilità di guadagno e di lavoro degli schizofrenici sono spesso compromesse dalla malattia e, quindi, quasi sempre non possono permettersi di vivere in quartieri medio-alti. Inoltre, quasi sempre essi stessi scelgono di vivere in aree depresse dove sono gravati da una pressione sociale minore e dove possono sfuggire a rapporti sociali troppo impegnativi.

L'altra spiegazione è che essendo la schizofrenia in buona parte ereditaria, è facile che il paziente schizofrenico non provenga da una famiglia benestante. Chi è affetto da disturbi mentali difficilmente avrà successo in campo economico e se è ricco di famiglia, non è improbabile che sperperi l'intera eredità (in altre parole è estremamente difficile che uno schizofrenico muoia ricco).

Turner e Wagonfeld (1967) realizzarono uno studio negli Usa in cui trovarono prove a favore di entrambe le ipotesi, quella genetica e quella della deriva. I padri di schizofrenici più di frequente provenivano dalle classi sociali inferiori, ma nello stesso tempo avevano un lavoro meno di prestigio di quello dei genitori, il che convalidava l'ipotesi della deriva.

Altri fattori psicologici che possono favorire l'insorgenza della schizofrenia sono:

- Eventi stressanti, traumi. A nostro avviso va fatta una distinzione, nel caso di eventi stressanti di non particolare gravità, come un carico di lavoro eccessivo, una delusione ecc., solo le persone con propensione alla schizofrenia possono ammalarsi.

Il discorso è diverso se si tratta di forti stress, ripetuti o che durano a lungo o di condizioni di vita impossibili che persistono molto tempo. È il caso di quelle persone che perdono il lavoro, la casa, il sostegno dei familiari e sono costrette a vivere per strada, se mai elemosinando o sopravvivendo solo grazie all'assistenza di gruppi di volontariato. C'è chi considera la schizofrenia la malattia dei barboni. È una posizione estremista, ma con dei fondamenti di verità. Inoltre, bisogna distinguere tra causa ed effetto. A volte si diventa barboni perché schizofrenici, altre volte è la vita randagia e di

emarginazione ad erodere col tempo l'equilibrio psichico del soggetto spingendolo verso la malattia mentale.

Altri esempi di eventi stressanti che possono favorire l'insorgere della schizofrenia sono quelli segnati da gravi perdite. L'operaio che perde il posto di lavoro (se mai ingiustamente) e non ha nessuna possibilità, data l'età, di essere riassunto da qualche altra parte.

La ragazza che viene abbandonata dal fidanzato di cui è follemente innamorata. Il marito che trova la propria moglie a letto con un altro uomo.

Scarsa stima di se stessi. Tra i fattori psicologici il motivo più comune che può dare origine ai disturbi schizofrenici è la frustrazione del bisogno di crescita e di autorealizzazione. Fallire in uno scopo che si ritiene di primaria importanza per la propria vita, scoprire che tutti i sogni accarezzati da giovani sono andati delusi e che la propria esistenza si sta rivelando estremamente fallimentare, può scuotere l'equilibrio di chiunque. È il caso dell'aspirante scrittore che dopo 20 anni di tentativi si rende conto che non diventerà mai famoso, quello del manager che nonostante i suoi sforzi si accorge che la sua azienda sta andando in rovina e così via.

Un caso abbastanza comune è rappresentato dagli studenti universitari che si iscrivono a facoltà prestigiose, ad esempio a medicina, ma non hanno né le capacità, né la preparazione per affrontare tali studi. Dopo alcuni anni, davanti al fallimento ormai inoccultabile, la loro mente può rifugiarsi in una realtà immaginaria.

Un'ultima ipotesi, a nostro avviso da tenere seriamente in considerazione, è che, in una certa percentuale di casi, la schizofrenia è l'ultimo stadio in cui evolvono molti gravi disturbi mentali non curati. Un disturbo ossessivo compulsivo, una depressione bipolare ecc., dopo molti anni in cui il paziente è lasciato a se stesso senza alcun intervento, può evolvere in una forma di schizofrenia. Iniziano ad apparire i deliri di controllo o di persecuzione (che non sono affatto una prerogativa della schizofrenia), il pensiero diventa incoerente e illogico, si aggravano eventuali deficit di attenzione o di volontà e così via.

LA TERAPIA

L'esperienza ci insegna che è solo la combinazione di farmaci, psicoterapia e reinserimento sociale a permettere i migliori risultati.

I FARMACI. Tutti gli studi più seri sono concordi nel ritenere i farmaci antipsicotici come il trattamento d'elezione della schizofrenia. In uno studio molto famoso, spesso citato dalla letteratura sulla schizofrenia, effettuato dal Camarillo State Hospital furono messi a confronto gli esiti delle terapie dei pazienti schizofrenici a seconda che fossero trattati con psicoterapie o farmaci neurolettici. I risultati evidenziarono che i pazienti che ricevettero farmaci mostrarono un miglioramento nettamente superiore rispetto a quelli che non ricevettero farmaci e a quelli che ricevettero soltanto psicoterapia. Senza l'uso di farmaci spesso non è possibile nemmeno stabilizzare il paziente e portarlo ad un platform da cui è possibile, poi, procedere con la "terapia della parola". Se è vero, infatti, che una farmacologia opportuna è indispensabile per curare tali pazienti, è anche vero che è solo la psicoterapia a garantire risultati più stabili e duraturi nel tempo.

LA PSICOTERAPIA. I pazienti schizofrenici sono notoriamente difficili da coinvolgere in un processo psicoterapeutico. Gunderson (1987) riconosce la difficoltà di coinvolgere i pazienti schizofrenici in un trattamento terapeutico a lungo termine. Circa i 2/3 dei pazienti, infatti, abbandonano la psicoterapia dopo poco tempo, altri non collaborano o la subiscono in modo passivo. È tipico di questi pazienti impiegare 1 anno solo per stabilire una relazione personale accettabile con uno psichiatra. Perciò, spesso è necessario un ricovero a lungo termine per poter avviare un processo terapeutico duraturo ed efficace. Tali pazienti, infatti, hanno bisogno di una relazione umana che sia coerente, affidabile e di sostegno.

Ecco i principi generali su cui si deve basare una psicoterapia efficace.

- Non esiste “il trattamento della schizofrenia”, inteso come approccio unico ed indifferenziato per tutti i casi, tutti gli interventi terapeutici devono essere “confezionati” su misura per i bisogni specifici di ciascun paziente. La schizofrenia è una malattia eterogenea e come tale gli interventi devono differenziarsi a seconda dei casi.

- Nessun lavoro terapeutico sarà fruttuoso senza un'alleanza terapeutica. I pazienti schizofrenici spesso fanno fatica a fidarsi di un terapeuta, pertanto molto lavoro iniziale dovrà essere finalizzato a creare una relazione positiva, anche se ciò potrà richiedere molto tempo. Soprattutto è importante che il paziente abbia una figura costante, che sia presente in qualsiasi momento per molti anni, pronta a dargli aiuto e conforto nelle avversità.

Mc Glashan e Nayfack, 1988, hanno evidenziato che il paziente trae maggiori benefici dagli sforzi del terapeuta a stabilire una relazione positiva di fiducia, che non da tentativi di analizzare il significato inconscio dei suoi comportamenti. “L'opacità e l'anonimità, caratteristiche della classica posizione analitica, non sono appropriate nel trattamento dei pazienti schizofrenici, che hanno un disperato bisogno di una relazione autentica“ (Gabbard, 1992).

- È importante, perciò, mostrare loro empatia. I pazienti devono percepire ogni seduta come un luogo “sicuro”, nel quale si sentono circondati dalle cure e dall'interesse del terapeuta. Per tale motivo il comportamento bizzarro deve essere accettato e compreso, bisogna dimostrare di essere sempre dalla parte del paziente, difenderlo dagli altri, prestare attenzione a quanto dice senza mai dare l'impressione di prenderlo in giro o di assecondarlo tanto per tenerlo buono.

- Mantenere un atteggiamento flessibile. Alcuni pazienti non sopportano di stare seduti in uno studio a parlare, né l'idea di essere oggetto di psicoterapia, perciò bisogna avere un atteggiamento flessibile riguardo le modalità e i contenuti. Si può condurre una terapia benissimo passeggiando o seduti ad un tavolo a bere un caffè. Anche giocare a carte, a ping-pong può permettere di parlare, così non si dà l'impressione di stare facendo una seduta. Sono applicabili, infatti, molti modelli di terapia del gioco utilizzati dagli psicoterapeuti infantili.

Come pure, è bene consentire ai pazienti una certa “libertà” durante il trattamento, ad esempio adottare una distanza spaziale e temporale flessibile (lasciarli sedere dove si sentono più a loro agio, decidere insieme la frequenza degli incontri, non essere rigidi sull'orario ecc.).

- Rispettare il bisogno del paziente di essere malato. La malattia per quanto possa essere negativa, è sempre per il paziente una soluzione, “un rifugio”. I terapeuti devono essere preparati al fatto che i pazienti scelgono il male “noto” piuttosto che le incertezze del miglioramento o del cambiamento. Spesso la schizofrenia è una “stampella” su cui il paziente si appoggia. Non gliela si può togliere “finché non è in grado camminare da solo”.

- Bisogna aiutare i pazienti nell'esame della realtà, a rafforzare il loro Io, assistendoli nello sviluppo di capacità di osservazioni e di autovalutazione in modo che possono avere una certa obiettività riguardo le loro esperienze.

Perciò è importante aiutare il paziente a riflettere su se stesso e sulle conseguenze delle sue azioni. Se non si rende conto della realtà, bisogna evidenziare la differenza tra stimoli interni ed esterni, tra cose fattibili da altre assolutamente immaginarie o impraticabili.

- La terapia comportamentale, centrata sulle tecniche del condizionamento operante, spesso si è rivelata utile in particolare nelle strutture psichiatriche pubbliche. Uno studio compiuto da Paul e Lentz (1977) ha dimostrato l'utilità dei programmi di terapia basati sull'apprendimento. Centinaia di pazienti ospedalizzati, in grande maggioranza con diagnosi di schizofrenia, hanno vissuto in regime di economia a gettoni, istituito per eliminare tutti i comportamenti socialmente inadeguati e per rinforzare le risposte più appropriate, come arrivare puntuale, andare in giro ordinati, tenere la camera pulita ecc..

Schizofrenici gravemente malati dopo tali trattamenti furono dimessi e mandati a vivere in appartamenti protetti, alcuni di essi furono in grado di vivere da soli. Chiaramente non ci si deve illudere che le terapie comportamentali da sole sono in grado di produrre cambiamenti tanto profondi da poter parlare di guarigione.

Altri punti su cui si deve basare la psicoterapia sono: migliorare le capacità di attenzione, con esercizi mirati, migliorare la forza della volontà con attività pratiche, soprattutto con la ginnastica, insegnare al paziente a comunicare e ad esternare i suoi pensieri.

La terapia basata sull'insight di solito può essere utile se il problema è stato originato da un cattivo rapporto con i genitori, da un'infanzia infelice, da un'educazione troppo autoritaria e repressiva ecc.. Rendere cosciente il paziente dei meccanismi mentali che sono alla base del suo disturbo può contribuire al controllo dei sintomi e favorire la guarigione, sempre che il paziente sia in grado di sopportare l'insight.

Nel caso di deliri, non bisogna assecondare il paziente, ma neanche contraddirlo bruscamente. Lasciate che controlli se nel corridoio c'è qualcuno a spiarlo. Se sospetta che un gruppo di persone parli di lui, avvicinatele e fatele dire che stanno parlando di altre cose. Bisogna spiegargli con calma che è la sua malattia a fargli sentire delle voci e che queste ultime vengono dall'interno, anche se sono percepite come se provenissero da fonti esterne. Questo approccio deve essere rinforzato dalle risposte degli altri pazienti negli incontri di gruppo, dagli infermieri ed anche dai familiari quando vengono a far loro visita. Il parere concorde di più persone li rassicura che si sta dicendo loro la verità.

LA PSICOTERAPIA di GRUPPO. Per il paziente può essere di grande sostegno incontrare altre persone che hanno gli stessi suoi problemi specialmente se questi ultimi sono quasi guariti e si preparano a lasciare l'ospedale. Il problema principale resta quello di farlo in modo opportuno e al momento giusto. Il momento migliore sembra essere dopo che il paziente è stato stabilizzato con i farmaci ed abbia affrontato alcune sedute di psicoterapia individuale con risultati positivi.

È sbagliato, invece, forzarlo a partecipare ad incontri di gruppo se non si sente pronto a farlo o non abbia un atteggiamento positivo verso tale tipo di terapia. Le prime volte lo si può invitare solo come osservatore passivo, e poi discutere con lui su alcuni degli argomenti trattati durante l'incontro di gruppo.

È anche molto proficuo inserirlo all'interno di un piccolo gruppo di pazienti con cui discutere liberamente delle sue preoccupazioni, affrontare argomenti come il modo migliore per affrontare le allucinazioni uditive o il modo di convivere con le malattie mentali. Vari studi (Kamas, 1986) hanno riscontrato l'efficacia della psicoterapia di gruppo specialmente con pazienti ricoverati per lungo tempo.

Molto utili sono anche i gruppi di Self-help (di aiuto-aiuto) dei familiari dei pazienti schizofrenici. I loro incontri contribuiscono a diminuire i sensi di vergogna, di colpa e di paura attraverso il rapporto reciproco, riducendo altresì gli aspetti irrazionali e di disinformazione che circondano la malattia.

L'ARTETERAPIA. Molti pazienti possono comunicare meglio attraverso un mezzo artistico, come il disegno e la pittura. Il terapeuta, perciò, deve fare di tutto per coinvolgerli in tali attività. Tratteremo approfonditamente l'arte terapia nel capitolo XI.

LA TERAPIA FAMILIARE. Molti studi hanno dimostrato che la terapia della famiglia associata all'uso di farmaci antipsicotici è tre volte più efficace della farmacologia da sola. In particolare i familiari possono contribuire alle ricadute quando non accettano la malattia del paziente ed il loro comportamento è caratterizzato da un atteggiamento ipercritico.

Da ciò la necessità dell'approccio psicoeducativo delle famiglie dei soggetti schizofrenici. Non solo vanno migliorate le interrelazioni personali all'interno della famiglia, ma i familiari devono essere preparati a riconoscere i segni ed i sintomi prodromici che fanno presagire una ricaduta. Deve essere insegnato loro a ridurre le critiche e, soprattutto, bisogna sensibilizzarli sull'importanza di un programma farmacologico costante, l'unico che possa consentire una vita "regolare" al loro familiare. Bisogna, invece, evitare che il paziente assuma i farmaci in modo molto incostante.

È importante, altresì, che i familiari vengano istruiti sulle modalità e sugli atteggiamenti da tenere nei riguardi del paziente schizofrenico. In questo modo, si possono evitare molte recidive.

I motivi che consigliano la terapia familiare sono molteplici: lavorare col paziente e con la famiglia aiuta ad alleviare la tensione al suo interno e a affrontare i problemi dovuti a relazioni interpersonali, permette di stabilire nuove modalità di riadattamento e di scoprire gli elementi di stress che possano scatenare episodi schizofrenici.

In ultimo, la psicoterapia individuale, associata ad un approccio terapeutico familiare ed ambientale, migliora notevolmente le modalità di comunicazione tra il paziente e il suo ambiente.

Nella cura degli schizofrenici, inoltre, è di primaria importanza il controllo rigoroso della pressione dell'ambiente sul soggetto. Una iperstimolazione, sotto forma di alte aspettative, di forte coinvolgimento emotivo, può causare una riaccensione dei sintomi o una chiusura all'esterno; mentre una sotto stimolazione rafforza la passività, la dipendenza e la tendenza all'autismo. Tale situazione si può presentare in particolare con i genitori iperprotettivi.

Dopo la remissione dall'ospedale, l'accettazione della malattia da parte dei suoi familiari e la loro disponibilità a collaborare, aiuta il pieno recupero. Mentre la mancanza di accettazione ne prolunga o ne aggrava i sintomi.

Però bisogna stare attenti a non cadere nell'eccesso opposto. È giusto contare sull'aiuto della famiglia, ma è sbagliato porvi eccessive aspettative "scaricando" parte dei compiti di recupero che spettano al psichiatra. Non si deve dimenticare che la maggior parte delle volte si ha a che fare con

nuclei familiari disturbati, con un modesto grado di istruzione o con una vita di relazione conflittuale. La psicoterapia spetta allo psicologo, mentre la famiglia ha solo un compito di supporto e di collaborazione.

IL REINSERIMENTO SOCIALE. Gli interventi che si focalizzano sul miglioramento dei comportamenti quotidiani come il mangiare, la conversazione, il camminare e le buone maniere possono essere estremamente preziosi. In modo analogo, un'attenta valutazione attitudinale del paziente al fine di individuare suoi potenziali hobby o eventuali attività lavorative è importante per renderlo più autonomo. Naturalmente, si parla qui di situazioni protette e di orari di lavoro estremamente ridotti, sopportabili dal paziente.

Indagini sull'adattamento post-ospedaliero e sui tassi di ri-ospedalizzazione mostrano che i pazienti hanno meno recidive quando sono stati insegnate loro abilità e comportamenti adattivi e quando hanno imparato a controllare comportamenti maladattivi e sintomatici (Mosher, Keith, 1979).

IL TRATTAMENTO OSPEDALIERO. Oggi si tende per quanto possibile ad evitare il ricovero ospedaliero, tuttavia nei casi più gravi diventa indispensabile. Un breve ricovero, infatti, offre una pausa, un'occasione per permettere alla famiglia di riorganizzarsi ed acquisire una nuova direzione per il futuro. Il trattamento ospedaliero diventa indispensabile anche quando il paziente rifiuta i farmaci in maniera risoluta o non risponde alla farmaco terapia, quando ha atteggiamenti aggressivi nei confronti degli altri ed è pericoloso per sé (ad es. se è autodistruttivo o potenziale suicida) e per gli altri, se non ha alle spalle una famiglia o un altro sistema di sostegno che lo aiuti ad affrontare le difficoltà della vita.

Lo scenario ottimale è il ricovero ospedaliero breve, fino a quando il paziente non è stato stabilizzato con i farmaci ed è stata fatta un minimo di psicoterapia familiare in modo che si possa, poi, continuare a curarlo a casa.

Non è consigliabile, invece, l'ospedalizzazione in tutti i casi il cui paziente non è pericoloso ed ha un ottimo rapporto con i familiari. Il ricovero può allentare i legami familiari, data la prolungata separazione, ed è motivo di sofferenza per il paziente perché lo costringe a stare lontano dal suo ambiente familiare e dalle persone che ama e da cui è amato.

CAPITOLO VI

DISTURBI DELLA SOCIALITÀ (SOCIOPATIE)

I principali disturbi della socialità sono:

- Disturbo narcisistico di personalità
- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo schizoide di personalità
- Gelosia morbosa (delirante)

IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ



Nella pratica è difficile tracciare una linea di confine tra livelli di narcisismo sano, determinato da autostima, sicurezza nelle proprie possibilità ecc., e narcisismo patologico. Una certa quantità di amor proprio non solo è normale, ma è indispensabile per una vita serena e felice. L'autostima è riconosciuta come una delle qualità essenziali per avere successo e per un sano equilibrio mentale, non a caso in libreria abbondano i titoli sull'argomento. La difficoltà è nell'individuare il punto in cui smette di essere una sana qualità, per sconfinare nel patologico.

Un altro fattore di confusione è il fatto che in certi soggetti alcuni comportamenti possono essere patologicamente narcisisti, mentre in altri possono essere una manifestazione di autostima. Un adolescente che passa un'ora ad aggiustarsi i capelli finché l'ultimo capello non è perfettamente a posto in quanto la sera deve andare in discoteca, può far sorridere, ma è comprensibile. Tale comportamento è parte di una fase evolutiva in cui si dà molta importanza al fattore estetico e gli adolescenti sono famosi perché a volte si vedono esageratamente brutti. Ma un uomo di 40 anni che passa delle ore davanti allo specchio è sconcertante, in quanto un assorbimento sul proprio sé di tal genere è lontano dalla norma alla sua età.

A complicare ancora di più le cose c'è il fatto che viviamo in una società altamente competitiva, il cui la corsa verso il successo e le cariche sociali più alte è sentito quasi come un imperativo in tutti gli strati sociali. Dati statistici mostrano che nelle librerie titoli "Come avere successo nella vita" o "Come essere il n.1" restano in cima alle classifiche dei best-seller per mesi.

La nostra società è anche molto attenta ai fattori estetici. Oggi avere una bella presenza è riconosciuto come uno dei requisiti per avere successo e per condurre una vita felice. Di fatto la struttura stessa del nostro sistema economico è fondata sul ricompensare coloro che sono capaci di convincere gli altri ad acquistare un prodotto (Maccoby, 1976; Person, 1986) e la bella presenza, una certa dose di autostima sono fattori importanti nelle relazioni sociali. Nel mondo aziendale produrre, ma soprattutto vendere, è diventato più importante rispetto a valori come impegno, lealtà, integrità e calore personale.

Dato questo sconcertante assortimento di interpretazioni dei comportamenti, risulta che è difficile tracciare una linea di confine tra una sana stima di sé ed una artificialmente gonfiata. Quali criteri possono essere utilizzati per differenziare un narcisismo sano, da uno patologico?

Il DSM IV elenca nove criteri diagnostici per l'individuazione del disturbo narcisistico di personalità (vedi riquadro sotto), ma a nostro parere solo gli ultimi cinque riguardano il nostro caso, in quanto questo manuale associa i due disturbi: il narcisismo e il delirio di grandezza. Patologie che nella pratica clinica di solito ritroviamo insieme, ma che possono essere anche distinti e separati. Non sempre chi è narcisista, infatti, soffre anche di manie di grandezza e viceversa.

La caratteristica principale del soggetto affetto da disturbo narcisistico di personalità è che egli si accosta alle persone trattandole come oggetti da usare e abbandonare secondo i suoi bisogni, incurante dei loro sentimenti. La loro tragedia è l'incapacità di amare e di provare empatia per gli altri. Questi soggetti non hanno rispetto per le idee degli altri e per i loro sentimenti, sono incapaci di tolleranza e di riconoscere il contributo degli altri nelle relazioni interpersonali. Si sentono al centro del mondo e tutto ruota intorno alla loro personalità narcisistica ed istrionica.

Il paziente narcisista ha evidenti difficoltà a riconoscere i desideri, le esperienze soggettive e le necessità degli altri. Sono spesso sprezzanti o impazienti con le persone che parlano di se stessi o dei loro problemi, perché vogliono sentirsi sempre al centro dell'attenzione e ad essi non interessa ascoltare, ma parlare. Sono, infatti, prolissi e tendono a monopolizzare il discorso imponendo il proprio modo di vedere agli altri. Chi si pone in relazione con gli individui narcisisti trova, al di là di come vogliono apparire, freddezza emotiva e mancanza di interesse reciproco.

Il soggetto affetto da questo disturbo spesso invidia il successo o le proprietà degli altri ed è propenso a credere che gli altri siano invidiosi. Non di rado i narcisisti assumono comportamenti arroganti superbi o manifestano atteggiamenti snob, sdegnosi, dandosi delle arie di persone di alto rango sociale.

Di solito i narcisisti non sembrano avere nessun tipo di consapevolezza del loro impatto sugli altri. Parlano come se si rivolgessero ad un vasto pubblico, credono di dire cose interessantissime senza rendersi conto che i loro discorsi spesso sono retorici, noiosi e ripetitivi.

Altre volte i narcisisti sono estremamente sensibili al modo in cui gli altri reagiscono nei loro confronti, tanto che qualche studioso (Glen O. Gabbard, 1990) parla di un sottotipo di narcisismo da lui denominato "narcisista ipervegile". I soggetti affetti da questo disturbo, sebbene non lo dimostrino esternamente, sono molto sensibili alle critiche. Eventuali giudizi negativi possono tormentarli o lasciarli umiliati, avviliti e svuotati. Tali esperienze possono, addirittura, spingere il narcisista al ritiro sociale o ad una parvenza di umiltà per mascherare e proteggere le sue idee di grandiosità.

I pazienti che arrivano in trattamento in età relativamente giovane si lamentano spesso della qualità delle loro relazioni. Di solito la loro vita sentimentale si riduce a ripetute infatuazioni brevi e insoddisfacenti, in quanto sono incapaci di instaurare rapporti affettivi profondi e duraturi. Dopo l'entusiasmo iniziale la relazione si consuma, l'idealizzazione del partner lascia spazio alla svalutazione e alla noia. Allora il paziente narcisista finisce per ritirarsi dal rapporto convincendosi che l'altro non è "la persona giusta". Ritorna alla ricerca di nuovi partner in grado di soddisfare il suo bisogno di ammirazione, di affermazione e amore insoddisfatto. Pensano che il problema sia

negli altri, in verità è in loro stessi, in quanto sono incapaci di innamorarsi profondamente di una persona. Sono troppo pieni di sé per lasciarsi andare, per accettare l'altro e allora l'amore volta loro le spalle.

L'amore richiede un minimo di altruismo, di abbandono, di disponibilità all'altro, la capacità di dimenticare se stessi per porre l'altro al centro dell'attenzione e di questo il narcisista non è capace. Egli vede il partner solo come uno strumento di piacere e perciò, anche se riesce ad innamorarsi, i suoi sentimenti restano superficiali e temporanei. Questi soggetti, se si sposano, di solito lo fanno tardi, non di rado dopo i 40 anni e la loro unione non è mai segnata da un amore di grande intensità. Più spesso si ritrovano da sole, senza nessuna relazione che li sostenga e con il lacerante sentimento di non sentirsi amati.

Ma non è l'unica difficoltà che il paziente narcisista incontra nel corso della sua vita. A prescindere dal fatto se si sposano o no, di solito trovano il processo di invecchiamento molto disturbante. Dato che la maggior parte di questi pazienti sono attraenti o dotati di un certo fascino, doti a cui tengono moltissimo, vivono il proprio declino fisico come un autentico dramma personale. Le loro fantasie di grandiosità e di bellezza, una volta superata la soglia dei 40 anni, vengono fatte a pezzi dal lento incedere del tempo. Per provare a se stessi di essere ancora giovani ed attraenti possono cercare relazioni con partner la cui età, sia la metà della loro.

Altre volte si iscrivono ad una palestra curando molto la forma fisica e partecipando a gare massacranti come la maratona, non proprio adatte alla loro età. Non sono neanche rare le improvvise conversioni religiose con cui il narcisista evita la depressione riportando al primo posto i valori spirituali invece di quelli estetici o materiali.

IL DELIRIO DI GRANDEZZA (Paranoia, disturbi deliranti di grandezza).

Il paranoico, secondo i teorici del modello psicanalitico, è colui che ha la mania di grandezza. Ha uno smisurato orgoglio, che a volte nasconde sotto una finta modestia. Crede di essere l'intelligenza in persona, si attribuisce tutti i meriti e tutte le virtù. "I paranoici sono pieni di altero riserbo, dominatori e sprezzanti. Non sono, evidentemente, consapevoli della falsità di tutte queste manifestazioni poiché hanno un profondo bisogno di credere in se stesse" P. Daco, 1965. Per questo motivo il paziente paranoico spesso mente. Immagina situazioni in cui si crede un essere superiore, recita la parte del genio incompreso.

I paranoici a volte occupano alte posizioni sociali o sono comunque persone che hanno riscosso un certo successo nel loro campo. Ma ciò che distingue questo tipo di pazienti è un grandioso senso di autostima. Essi abitualmente sovrastimano le proprie capacità o esagerano il proprio talento. Di frequente sono assorbiti da fantasie di successo illimitato, potere, vivacità e bellezza. I soggetti affetti da questo disturbo credono di essere superiori, speciali o unici e possono risultare sorpresi quando non giungono le lodi che si aspettano e che sentono di meritare.

Cercano di frequentare o si sentono capiti solo da persone di elevata condizione sociale e possono attribuire qualità di "unico", "perfetto" a coloro che frequentano. Spesso sono attente ad avere un comportamento inappuntabile e si preoccupano di quanto vengono favorevolmente giudicati dagli altri. Non di rado si aspettano di essere trattati diversamente dagli altri o possono richiedere grande dedizione e abusarne. Tendono a stabilire amicizie solo con persone che possono favorire i loro disegni o propositi.

A volte il soggetto presenta mania di persecuzione. Si convince che sono gli altri ad ostacolare il suo cammino verso il successo a cui avrebbero diritto. Il paziente ascolta pezzi di conversazione convincendosi di essere discriminato per un piccolo difetto o perché forze oscure si oppongono alla sua ascesa.

A volte si tratta di stati paranoidei brevi che hanno spesso un'intensità psicotica. L'inizio è generalmente improvviso ed in genere questi disturbi hanno una durata inferiore ai 6 mesi, raramente diventano cronici.

Altre volte si tratta di forme latenti di schizofrenie o di depressione bipolare allo stato maniacale. Periodi prolungati di grandiosità, infatti, possono trovarsi associati ad umore ipomaniacale. Vari studi hanno messo in evidenza che pazienti che sembravano soffrire di una forma di paranoia, sono stati successivamente riconosciuti essere schizofrenici. Però i pazienti con disturbo paranoide conservano maggiormente la loro personalità rispetto ai pazienti schizofrenici tradizionali.

Più raramente il disturbo narcisistico è associato all'anoressia mentale o ai disturbi correlati a sostanze, in particolare modo all'uso di cocaina.

Le due tipologie appena viste, cioè il disturbo narcisistico e il delirio di grandezza, possono presentarsi in forma pura, ma più spesso le troviamo associate (per questo motivo nel DSM IV sono considerati un unico disturbo) o lo stesso paziente presenta una miscela delle caratteristiche fenomenologiche sopra esaminate. Inoltre tra i due estremi, cioè tra una persona narcisistica gravemente disturbata ed una sana che presenta solo tratti della personalità narcisista, vi possono essere numerose situazioni intermedie. Come sempre, le cose possono cambiare sensibilmente da caso a caso e spesso ogni soggetto fa storia a sé.

L'EZIOLOGIA

Se la timidezza è il disturbo di chi ha avuto una vita piena di difficoltà, il narcisismo o la paranoia è, in genere, il disturbo delle persone che hanno avuto fortuna. Gli individui narcisistici, infatti, spesso sono persone che hanno avuto molto successo in affari, nelle arti, nella politica, nel mondo dello spettacolo o in certe professioni (Gabbard, 1983; Rinsley, 1985, 1989). Spesso è proprio la fama conquistata ad essere all'origine del loro disturbo narcisistico. Una volta raggiunti certi traguardi finanziari o artistici, si auto-convincono di essere i più bravi, i più belli, i più meritevoli; si circondano di persone gregarie che non fanno che adularle e far loro complimenti.

Ci si può ammalare di tutto, anche di successo. Ed ecco che il soggetto con tendenze narcisistiche, inizia a diventare capriccioso, vanaglorioso ecc.. Si abitua agli "applausi" della gente e vuole essere sempre al centro dell'attenzione. Non a caso questo disturbo è più comune tra gli attori, le star del cinema, i musicisti, i cantanti e tutte le persone che hanno raggiunto una certa notorietà.

Il secondo motivo che può essere alla base del disturbo narcisistico è un'educazione molto permissiva. Si tratta di bambini viziati, con genitori iperprotettivi, che hanno assecondato tutti i loro desideri e che li hanno cresciuti sempre nella bambagia. Una volta diventati adulti sperano di avere dagli altri e dal mondo esterno le stesse attenzioni che hanno avuto da piccoli. Vogliono essere rassicurati, coccolati, assecondati, rifiutandosi di diventare grandi o desiderano continuare ad essere bambini, pur essendo ormai adulti.

Questo motivo spesso si associa ad un deficit di maturazione. Ad un certo punto dello sviluppo, di solito nella prepubertà, il bambino smette la propria posizione egocentrica e si accorge che esistono anche gli altri, che il suo modo di intendere (o le sue idee) non è l'unico. Nelle opere tra il 1923 e il 1932 Piaget ha scritto che l'egocentrismo e il realismo sono le caratteristiche fondamentali del pensiero infantile. Egli sostiene, infatti, che l'egocentrismo è la tendenza a non tenere conto della possibilità che esistano punti di vista diversi dal proprio. In altre parole, il soggetto ha difficoltà a comprendere che il modo di pensare degli altri possa essere valido quanto il proprio.

In un esperimento, che è ormai un classico della psicologia, i bambini venivano messi di fronte ad un plastico composto da una montagna di colore marrone, da un'altra coperta di neve ed infine da una collina verde. Veniva chiesto ai bambini che cosa vedeva un osservatore che si trovava dal lato del plastico opposto al loro. I risultati misero in evidenza che i bambini tendevano a generalizzare la propria esperienza e riferivano che un eventuale osservatore, all'altro lato del tavolo, vedeva prima la montagna marrone, poi, quella bianca, ed infine quella verde, cioè la successione esatta in cui essi le vedevano.

Ci sono persone che non superano mai questo stadio e continuano a vedere il mondo esterno in modo egocentrico. Il narcisista sarebbe, quindi, colui che per qualche motivo, non ha mai superato la fase egocentrica rimanendo ancorato a quella precedente. In effetti si tratta di un problema di sviluppo della socialità. Questi individui non completano tutte le fasi, si fermano ad un certo stadio. Vedono gli altri solo in funzione di se stessi, sono incapaci di calarsi nei panni degli altri e di capire che ci sono punti di vista diversi dal proprio. Non approdano all'ultimo stadio di sviluppo della socialità, quello in cui sviluppiamo l'empatia e lo spirito di solidarietà verso gli altri.

LA TERAPIA

Le persone affette da disturbo narcisistico, infatti, sono tra i pazienti più difficili da trattare perché gran parte dei loro sforzi mira a far fallire l'azione del terapeuta. Il paziente usa difensivamente la svalutazione e il controllo onnipotente per tenere a distanza il terapeuta. Kernberg (1970) ritiene che, perché il trattamento possa continuare, queste manovre difensive devono essere affrontate continuamente.

Inoltre nel trattamento del paziente narcisista quasi sempre sorgono prevedibili problemi di contro transfert. Talvolta questi problemi sono di tale grandezza e gravità da minare l'efficacia della stessa azione terapeutica. Il terapeuta può sentirsi escluso dal paziente o, addirittura, provare nei suoi confronti sentimenti di rabbia e di disprezzo. Ne deriva la difficoltà di gestire in maniera ottimale le modalità controtransferali, che implicano la necessità di restare neutrali nei giudizi e trattare l'altro come un paziente.

Un altro problema controtransferale che può sorgere nel corso del trattamento dei pazienti narcisistici è la noia. È tipico del paziente narcisista andare avanti per ore come se parlasse di fronte ad un uditorio, ignorando la presenza del terapeuta. Per prolungati periodi il terapeuta deve tollerare la sensazione di essere usato come cassa di risonanza o come valvola di sfogo delle manie del paziente e ridotto al semplice ruolo di uditore.

Le preoccupazioni del paziente devono essere discusse, il terapeuta deve sforzarsi di esprimere una comprensione del punto di vista del paziente senza, però, per questo essere d'accordo con i suoi deliri. Bisogna, soprattutto all'inizio del trattamento, evitare di contraddirlo apertamente o di ridicolizzarlo.

Bisogna, inoltre, portare i pazienti che presentano aspetti antisociali, se mai con eccessi di crudeltà o di sadismo, a diventare coscienti delle conseguenze che hanno sugli altri i loro comportamenti. Porre loro delle domande come “Se fossi stato tu al loro posto come ti saresti comportato?”

In ogni caso, è necessario chiedere al paziente di essere più tollerante verso gli altri e più distaccato. Il che costituisce il primo passo per una maggiore accettazione sociale del paziente.

Per Kohut (1984) l’empatia è il punto chiave della tecnica. Il terapeuta deve empatizzare con il paziente per cercare di riattivare una fallita relazione genitoriale, sforzandosi di andare incontro al bisogno di affermazione del paziente. L’accento di Kohut, però, sulla necessità di empatizzare con il paziente, come vittima delle deficienze empatiche degli altri, non deve portare il terapeuta a confortare attivamente il paziente, ma dovrebbe interpretare il bisogno del paziente di essere confortato. Lo studioso sostiene che un intervento tipico dovrebbe suonare così: “la ferisce non essere trattato nel modo in cui si sente di meritare di essere trattato?”.

Un’altra modalità di intervento consiste nel far acquisire al paziente la consapevolezza che esistono punti di vista diversi dai suoi e che non tutto ciò che pensa o che dice è l’unica verità, né che può continuare a svalutare le opinioni altrui considerandole solo “sciocchezze”. È utile fargli capire che ognuno è convinto che la sua visione è quella vera e reale. Come pure bisogna fargli fare degli esercizi in cui fantasiosamente si cala nei panni degli altri e prova a stare dall’altro lato della “barricata”. Egli, ad esempio, non può “monopolizzare” il bagno per ore la mattina, perché anche gli altri membri della famiglia hanno il diritto di lavarsi.

“Capovolgiamo le cose - bisogna dirgli - mettiamo che sia tuo fratello a chiudersi nel bagno per ore la mattina, tu come ti sentiresti?”

In effetti bisogna far riprendere al paziente il percorso di maturazione, fargli superare la fase egocentrica di cui parla Piaget.

È molto utile anche puntare a sviluppare il suo senso dell’humour, portarlo a ridere del suo egocentrismo in modo da sdrammatizzare le situazioni e rendere tutto più facile. È perciò importante che egli diventi consapevole di questi suoi aspetti della personalità.

L’ospedalizzazione dei pazienti narcisistici non è quasi mai consigliabile a meno che il soggetto non sia potenzialmente pericoloso verso sé stesso o gli altri. Quando i deliri sono diretti verso persone specifiche l’internamento è spesso necessario. Più grande è l’atteggiamento aggressivo, più sarà necessario il loro internamento.

FARMACOLOGIA. Farmaci antipsicotici sono utili nel trattamento e possono migliorare notevolmente i sintomi, sebbene sia rara la remissione completa anche dopo un trattamento prolungato.

PSICOTERAPIA di GRUPPO. La psicoterapia di gruppo per i pazienti affetti di disturbo narcisistico della personalità è densa di difficoltà, in particolare modo se costituisce l’unico trattamento.

I pazienti narcisistici possono trovare invitante l'idea della terapia di gruppo perché in questo modo avrebbero un palcoscenico da cui esibirsi, ma possono risentirsi del fatto che gli altri assorbono parte del tempo e dell'attenzione del terapeuta. Spesso tali pazienti abbandonano la terapia di gruppo offesi perché non viene dato loro sufficiente tempo ed attenzione. La maggior parte, infatti, dei pazienti narcisisti considera la terapia di gruppo come una situazione in cui la loro "eccezionalità" e la loro "unicità" è trascurata.

Se il terapeuta cerca di assecondare le loro richieste e dà loro ampio spazio, finiscono per monopolizzare il discorso, non di rado atteggiandosi ad "assistente" del medico.

Alcuni studiosi, tra cui Wong (1980) raccomandano un lungo periodo di preparazione, in modo da introdurre il paziente narcisistico nel gruppo solo quando quest'ultimo ne potrà avere dei benefici.

L'indubbio vantaggio della psicoterapia di gruppo è che i pazienti devono accettare il fatto che gli altri hanno dei bisogni e che essi non possono pretendere di essere sempre al centro dell'attenzione. Se il soggetto narcisista si rende conto che ci sono delle regole che vanno rispettate affinché il gruppo possa funzionare, ad esempio come quella di parlare uno alla volta, avrà fatto dei notevoli passi avanti.

Il secondo vantaggio della psicoterapia di gruppo è che i pazienti possono avere effetti terapeutici gli uni sugli altri. Se nel gruppo, ad esempio, sono presenti 2 o 3 pazienti narcisistici, gli altri possono riconoscersi in quello che sta parlando e valutare l'impatto che il loro atteggiamento egocentrico ha sugli altri.

Un ulteriore vantaggio della psicoterapia di gruppo è che essa può servire a diluire le reazioni di transfert a volte intensamente negativi. Allo stesso modo anche le reazioni di controtransfert possono essere meno problematiche perché diluite nella terapia di gruppo. È comunque consigliabile non inserire più di 2- 3 soggetti narcisisti in un gruppo eterogeneo, considerato l'impatto travolgente di questi pazienti sugli altri pazienti.

Anche se la remissione completa dei sintomi è relativamente rara, risultati parziali sono da tenere in considerazione in quanto possono migliorare sensibilmente la vita sociale del paziente narcisista. Se grazie alla terapia riescono a provare maggiore empatia verso gli altri, potranno sostituire i loro sentimenti di invidia con l'ammirazione, iniziando così ad accettare gli altri. Eviteranno, inoltre, che la loro vita, come spesso accade, si concluda in un'amara solitudine.

IL DISTURBO EVITANTE

(Timidezza patologica)

La persona affetta da comportamento evitante si sente insicura, goffa e perdente, ed ogni volta che deve confrontarsi con gli altri è presa in qualche misura da una sensazione di ansia difficilmente controllabile. I soggetti con questo disturbo evitano i lavori o le attività che implicano rapporti sociali, specialmente se con persone sconosciute, ad esempio non accettano mai un lavoro di venditore porta a porta. Possono rifiutare offerte di promozione sul lavoro perché la loro nuova carica comporta contatto con la gente o la necessità di parlare in pubblico. Di solito hanno pochi amici e trovano grandi difficoltà ad allacciare nuove relazioni, in particolare evitano sempre di rivolgere la parola a sconosciuti.

Le persone con questo disturbo non si uniscono mai ad attività di gruppo, a meno che non si tratta di piccoli gruppi di cui conoscono tutti i membri. Si sentono socialmente inetti, poco attraenti o inferiori agli altri. Hanno paura di essere criticati, disapprovati o rifiutati e sono molto sensibili ai giudizi degli altri. Sono inclini ad esagerare i pericoli potenziali di situazioni ordinarie, ad esempio possono disdire un colloquio di lavoro per timore di sentirsi imbarazzati o perché pensano di non essere vestiti adeguatamente.

Le persone timide spesso reagiscono alle situazioni per loro imbarazzanti arrossendo o balbettando. Se si sentono estremamente a disagio possono fuggire, cioè sottrarsi fisicamente agli stimoli per loro ansiogeni. Non di frequente evitano tutte le occasioni di vita sociale che possono in qualche modo metterle in difficoltà. È un disturbo di cui hanno sofferto persino personaggi famosi, sembra che Napoleone ne fosse affetto per via della sua statura e Platone aveva serie difficoltà, quando doveva parlare ad una numerosa folla di persone.

Secondo una ricerca della Società Italiana di Psicopatologia, la timidezza per un italiano su dieci è un problema grave, in grado di rovinare la via familiare e sentimentale, la carriera e le relazioni sociali. Se si considera anche i casi meno gravi, altre indagini, indicano nel 30% la percentuale della popolazione affetta in qualche modo da comportamento evitante. Sono cifre che accettiamo con beneficio di inventario, in quanto ci sembrano un po' esagerate, tuttavia sono importanti perché ci fanno capire che è un disturbo molto comune e diffuso.

Il comportamento evitante a volte inizia nell'infanzia o nella fanciullezza, ma l'età in cui si manifesta con più di frequenza è l'adolescenza. Nel primo periodo della nostra vita si manifesta con timore degli estranei o delle situazioni nuove. Nella maggior parte dei casi, però, la timidezza della fanciullezza tende a svanire spontaneamente con la crescita. Anche negli adulti con l'età tende a diventare meno evidente o ad andare incontro a remissione.

Vediamo, secondo uno studio del prof. P. G. Zimbardo, della Stanford University, quali sono gli effetti spiacevoli di questo disturbo:

Il timido a volte non osa contraddire il proprio interlocutore. Non sa parlare alla gente, perché non è abituato a farlo.

C'è gente che nei negozi non compra quello che desidera perché si sente in colpa per aver fatto perdere tempo al commesso.

Ci sono delle persone che hanno vergogna persino di chiedere il conto al ristorante "per non disturbare il cameriere", che non osano dire al tassista che li sta portando in una via vicina, non in quella richiesta.

Il timido è più soggetto agli scatti di rabbia delle persone normali, perché tende ad accumulare dentro di sé rancore e tensione non avendo il coraggio di esternarli.

I timidi sono più colpiti degli altri da depressione, malattie cardiache, fobie e si rifugiano più facilmente nel bere. L'incidenza della malattie mentali è molto più alta nelle persone timide, che in quelle normali.

L'EZIOLOGIA

Il motivo principale per cui gli individui timidi tendono ad essere inibiti ed "invisibili" è il forte timore che qualsiasi attenzione sia umiliante e rifiutante. Temono di dire cose sbagliate e che gli altri possano criticarli severamente. Sono impacciati nelle situazioni interpersonali perché si sentono inadeguati e hanno una bassa autostima di sé.

Per capire bene l'origine di questo disturbo, bisogna liberarsi di alcuni luoghi comuni errati.

Per primo, la timidezza per certi versi è normale, ognuno di noi è timido negli ambienti nuovi o nei campi dove non ha esperienza o conoscenze. È un meccanismo di difesa che serve a non farci fare cattive figure e, quindi ha il compito di evitarci di perdere il “consenso sociale”, cosa molto importante in quanto viviamo in società in cui ognuno ha bisogno degli altri.

La timidezza inizia sin da piccoli e si manifesta come paura verso gli estranei. È un comportamento istintivo che serve ad evitare di esporci a situazioni pericolose. Un adulto, infatti, ancora oggi, può rappresentare un pericolo per i bambini, si pensi a quanti di essi vengono rapiti o sono oggetto di abusi sessuali da parte di pedofili. Anche nel mondo animale i piccoli talvolta devono guardarsi dagli adulti. I leoni adulti uccidono senza pietà i piccoli di altri maschi, lo stesso fanno gli orsi. In questi casi se non ci fosse la loro madre a difenderli, gli indici di mortalità sarebbero certamente molto più alti.

Ci sono le situazioni, poi, che scaturiscono da gerarchia. Un impiegato ha sempre un po' di timore del direttore, allo stesso modo che un soldato semplice lo ha di un generale. Un bambino è conscio della sua inferiorità rispetto ad un adulto, come l'allievo verso il suo maestro.

Inoltre, a volte chi è ritenuto non-timido è solo sfacciato o addirittura, scostumato. Una certa percentuale di timidezza, perciò, è normale. Anzi oggi stiamo assistendo ad una certa rivalutazione della timidezza. Si è scoperto che l'individuo riservato, sensibile, con una certa dose di pudore, esercita un fascino discreto sugli altri. Da alcune ricerche è emerso che la persona mite, discreta, dolce, riscuote molto più simpatia di chi è molto sicuro di sé, aggressivo e prepotente. Si sta assistendo ad una vera e propria riscoperta dei valori della timidezza, non intesa come paura, ma come una forma di non aggressività, di mitezza, di riservatezza e di rispetto per la privacy altrui.

In conclusione, esiste una timidezza normale ed una timidezza patologica. Molti individui manifestano tratti evitanti di personalità, ma “solo quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva, configurano il disturbo evitante di personalità” DSM IV, 1999.

Fatta questa premessa, passiamo ad esaminare le cause che possono essere all'origine di questo disturbo.

La maggior parte delle volte, la timidezza è dovuta ad un complesso di inferiorità (come giustamente sostiene Adler), acquisito quasi sempre nell'adolescenza; età in cui si è molto sensibili ai cambiamenti estetici. Basta poco, un naso troppo grosso, una corporatura troppo piccola, obesità vistosa o un qualsiasi difetto fisico ed il giovane inizia a sentirsi diverso ed inferiore agli altri. Abbiamo conosciuto il caso di una ragazza che aveva un forte complesso di inferiorità, solo perché aveva i denti anteriori storti e perciò non sorrideva mai.

Il complesso di inferiorità può scatenare dei meccanismi di compensazione che porta l'individuo al desiderio di emergere, di affermarsi e all'estremo dominare gli altri. Può accadere, ad esempio, che una ragazza che si sente inferiore alle compagne per la sua obesità, si impegni al massimo nello studio per diventare la prima della classe. All'eccesso questo desiderio di primeggiare può portare alla cosiddetta volontà di potenza, cioè al desiderio di dominare gli altri. Molti dittatori del passato ne hanno sofferto.

Il secondo motivo che può dar origine al comportamento evitante, è un'educazione troppo rigida. Avere dei genitori autoritari e freddi affettivamente, può rendere insicuri e timorosi i figli. Porta a risultati analoghi avere dei genitori invadenti (o uno dei due) con una forte personalità (quasi

sempre sono individui che hanno avuto successo nella vita o nella professione). Sono persone che a volte, senza rendersene conto, schiacciano la giovane personalità dei figli che si sta formando. Queste persone non riescono a capire che devono rispettare i bambini proprio come se si trattasse di adulti, inoltre devono favorire la loro autonomia, invece di soffocarla.

È anche frustrante per un bambino non sentirsi mai gratificato, mai una carezza, una coccola, un incoraggiamento per quello che stanno facendo. I giovani hanno bisogno di essere rimproverati se fanno male e di essere apprezzati se fanno bene; ciò dà loro dei punti di riferimento importanti per la formazione della loro personalità. Genitori ipercritici, che cioè giudicano sempre in modo negativo l'operato dei loro figli considerandoli sciocchi ed inetti, fanno nascere in loro un senso di inadeguatezza e di inferiorità che può portarli a diventare timidi ed insicuri.

In quest'ultimo caso è proficuo ricorrere ad un trattamento di tipo psicoanalitico, in quanto riportare a galla sentimenti aggressivi inespressi o emozioni rimosse può essere davvero utile.

Il terzo motivo che può determinare l'insorgere del disturbo evitante è crescere in un ambiente particolarmente "avverso". È il caso del bambino che frequenta un gruppo di coetanei più forti o più grandi di lui, che lo dominano e lo tiranneggiano. Può succedere anche perché il bambino è l'ultimo di una famiglia numerosa ed i fratelli approfittano della loro maggiore età per sopraffarlo. Perciò, non sempre la timidezza è imputabile a genitori autoritari (come ipotizzano gli psicoanalisti), talvolta è il gruppo dei pari ad essere opprimente e schiavizzante.

In ultimo, non sono da sottovalutare i fattori genetici e la predisposizione familiare. Figli di genitori timidi, come molte ricerche hanno messo in evidenza, hanno un'alta probabilità di rivelarsi a loro volta bambini introversi. Questo non solo per una questione genetica, ma perché, come ci insegnano teorici del modello dell'apprendimento (Bandura), i comportamenti si possono acquisire anche per imitazione. Chi ha dei genitori timidi, impara ad avere "timore" dei rapporti umani.

Uno psicologo americano, J. Kagan, dell'università di Harvard, negli Stati Uniti, studiando la timidezza in gemelli omozigoti, ha ipotizzato che i geni contano almeno per il 50 per cento nel determinare la timidezza.

Secondo un altro ricercatore statunitense, Nathan Fox, dell'università del Maryland, esistono addirittura differenze di funzionamento del cervello di persone timide e quello di persone non timide. Negli individui timidi l'attività elettrica del cervello è concentrata soprattutto nell'emisfero destro, in un'area chiamata corteccia frontale. Nelle persone estroverse dalla parte opposta: nell'emisfero frontale sinistro.

Talvolta il comportamento evitante può essere il risultato di problemi di acculturazione che seguono l'immigrazione. Una persona che giunge nel nostro paese dal cuore dell'Africa, con cultura e tradizioni diverse dalla nostre, all'inizio si sentirà un po' come un pesce fuori dell'acqua.

LA TERAPIA

Le modalità di intervento per curare il disturbo evitante di personalità possono essere molteplici. Una delle più indicate è la psicoterapia di gruppo. Ritrovarsi sotto la guida di uno psicologo con altre persone che soffrono gli stessi problemi non solo fa sentire meno diversi, ma aiuta a diventare consapevole del problema e dei meccanismi inconsci che lo determinano. Inoltre, ci si può scambiare pareri e consigli, fare amicizia e sostenersi a vicenda.

Una delle tecniche usate dagli psicoterapeuti di gruppo è quella di mettere in scena una situazione tipica di timidezza (ad esempio, un ragazzo che cerca di fare amicizia con una coetanea) e riprenderla con una telecamera. Poi si rivede la pellicola tutti insieme e si discute collettivamente sotto la guida del terapeuta. È bene commentare con una punta di umorismo in modo da sdrammatizzare ed insegnare al timido a ridere delle sue ansie.

Per quanto riguarda la psicoterapia di tipo individuale, il primo passo è quello di favorire nel paziente una presa di coscienza del problema. Sembra una cosa scontata, ma a volte non lo è. Molti timidi fanno fatica ad ammettere di esserlo. Giustificano i loro comportamenti con mille scuse, cercano tutte le scappatoie possibili, non vogliono ammettere di soffrire di questo disturbo. La timidezza è una malattia psicologica, riconoscere di soffrirne, significa prepararsi ad affrontarla.

Inoltre, chi ammette di essere timido impara anche a riconoscere i propri limiti e a evitare di esporsi a situazioni troppo stressanti, come parlare al pubblico ad una folta platea.

Il secondo passo per superare la timidezza, è motivarsi a vincerla. Sembra strano, ma tanta gente si lamenta di essere timida, soffre per certe situazioni ecc., ma non fa quasi niente per diventare più sicura e disinvolta nei rapporti sociali. Il modo miglior per motivarsi è pensare a tutte le spiacevoli conseguenze che derivano dall'essere timidi.

Questi i passi preliminari, passiamo ora agli interventi veri e propri. Ci sono vari modi per superare la timidezza, vediamoli uno alla volta. Il primo è la desensibilizzazione sistematica. Il timido è portato ad isolarsi o rinchiudersi in se stesso. Deve fare esattamente il contrario: buttarsi nella mischia. Le prime volte sarà impacciato, forse arrossirà come un peperone davanti ad una bella donna o balbetterà, ma col tempo si abituerà alle varie situazioni e diventerà sempre più sicuro.

Un uomo che era molto timido con le donne riuscì a superare il problema così. Attaccava discorso con le donne, ogni qual volta ne aveva l'occasione. Le prime volte i risultati furono disastrosi, ma lui continuava imperterrito, pensando: "Questa è perduta, ma se mi abituo "al fuoco, con la prossima andrà meglio". Poco alla volta, imparò ad essere disinvolto e sicuro e allora i primi risultati non si fecero attendere.

Molti anni fa, in alcune marine, si insegnava ai marinai a nuotare in un modo piuttosto brusco, ma efficace. Li si buttava letteralmente a mare dal ponte della nave. Quasi sempre tornavano su e imparavano a stare a galla. Se non ce la facevano, li si ripescava e li si assegnava ad un reparto di terra. Per superare la timidezza si può usare un metodo simile. Se ci si butta, si imparerà a "nuotare". Convivendo con gli stimoli che provocano ansia e timidezza, ci si abitua ad essi.

In effetti, qualsiasi lavoro o attività che porta a stare a contatto con la gente, aiuta a superare la timidezza. Se si è costretti ad avere rapporti con le persone, gradualmente, si diventerà più disinvolti e sicuri.

È vero, è un metodo brutale, che non tutti hanno il coraggio o la forza di volontà di mettere in pratica, perciò si possono seguire anche strade alternative.

Una modalità di intervento è quella di agire sulle paure e sulle ansie che attanagliano il timido. Sapete quale è la cosa che paralizza di più un timido? La paura di sbagliare, di fare una brutta figura. Se si impara a non temere quest'eventualità, subito l'ansia si calma e si diventa meno timidi.

Ad esempio, se un uomo sta corteggiando una bella donna ed è terrorizzato dall'idea di fallire, sicuramente sarà timido da morire. Se, invece, lo fa tanto per provarci, dando per scontato un suo insuccesso, sicuramente sarà più disinvolto.

Il timido deve cambiare il suo modo di pensare, rendersi conto che un certo numero di insuccessi è normale nella vita. Nella vita si vince e si perde, non si può pretendere di vincere sempre. Bisogna imparare a non temere troppi eventuali *défaillance*. Il difetto dei timidi è, invece, quello di essere troppo sensibili al giudizio degli altri. Si abbattono con facilità, temono le critiche della gente o vivono nel terrore costante che le cose possono andar storte. Non mancano neanche quelli che davanti a un fallimento tentano il suicidio.

Per secondo, bisogna imparare ad accettare se stessi come si è, con tutti i pregi e i difetti. Nessuno è perfetto, quindi nemmeno noi e voi. Ecco cosa scrive W.W. Dyer a proposito: "Accettarsi vuol dire amare il proprio fisico tutto intero" e " Si può imparare a compiacersi in privato di essere come si è, senza per questo vantarsene in pubblico".

Da ciò consegue che incrementare la propria autostima è un passo essenziale per superare la timidezza.

Sapete perché i timidi si auto svalutano sempre? Perché la loro attenzione è concentrata solo sui loro difetti. Inoltre, sono ipercritici verso se stessi. Si domandano sempre dove hanno sbagliato anche quando non hanno nessuna colpa o responsabilità.

Bisogna combattere questo modo di pensare e per farlo basta prendere un foglio e iniziare a fare l'elenco dei propri pregi. Sono quelli che il timido manca sempre di tenere presente. Non solo è importante scriverli da qualche parte, ma rileggerli ogni volta che ci si sente un po' giù di morale. Ciò accrescerà l'autostima e renderà il timido più sicuro. Ma non bisogna limitarsi solo a questo, ogni volta che si scopre di avere una nuova qualità, occorre aggiungerla all'elenco.

Nel caso una certa azione incute timore, bisogna farla prima con la fantasia. Immaginate di dover fare una telefonata ad ragazza che vi piace moltissimo, il cui solo pensiero vi mette in agitazione. Andate vicino al telefono, sollevate la cornetta e fate finta di parlare con lei. Parlate prima un po' del più o del meno, raccontate qualche storiella divertente e poi con una voce molto naturale chiedetele: "Sei libera stasera, vorrei portarti in un posto veramente speciale?". Dopo averlo fatto un paio di volte per finta, poi telefonatele davvero. Vedrete che vi emozionerete molto meno del solito.

Per finire due studi molto famosi:

Il prof. P.G. Zimbardo, della Stanford University, ha creato un centro per la terapia della timidezza. Secondo la sua teoria il problema della timidezza è soltanto un problema di comunicazione con gli altri. I timidi, sempre secondo tale teoria, sono persone che non sanno iniziare o portare avanti una conversazione e questo impedisce loro di abituarsi a parlare con gli estranei. Ecco i consigli, che vengono dati in questo centro, per attaccare discorso:

1) Prepararsi in anticipo alcuni argomenti interessanti. Si è visto che quando si è competenti in un certo campo, anche le persone timide riescono ad esprimersi con scioltezza.

2) Compiere ogni giorno degli esercizi di conversazione davanti ad uno specchio. Non basta infatti, leggere e studiare, sapere i concetti è diverso che saperli esporli, se si vuole comunicare bisogna imparare a parlare di tutto.

3) Quando si sente una buona barzelletta, bisogna annotarla e raccontarla ad una sedia vuota, si imparerà così a raccontarla bene. L'umorismo è una buona terapia anche per la timidezza.

4) Se si ha vergogna di parlare con la gente, si può chiedere delle informazioni per telefono o fare conversazione quando ne capita l'occasione. La maggior parte dei timidi dietro una cornetta, a casa loro, si sente più sicura.

5) Bisogna esercitarsi dal vivo, ad esempio inserendosi in coda davanti a musei, a teatri, a concerti e attaccando conversazione con la gente.

6) Cercare nuove relazioni in ambienti in cui si ha affinità di interessi. Iscriversi ad un club, ad una palestra, ad un circolo, mettersi in una squadra, insomma fare vita sociale.

La seconda ricerca che citiamo, invece, è del prof. W. Jones, dell'Università di Tulsa (USA). Secondo questo ricercatore ecco gli errori, che fanno le persone portate ad isolarsi socialmente:

- Quando conversano con gli altri prestano poca attenzione al loro interlocutore, non si interessano molto di ciò che dice, né ascoltano volentieri.

- Cambiano spesso e senza ragione argomento di discussione.

- Pongono poche domande.

- Rispondono evasivamente alle domande che vengono loro fatte. In poche parole si interessano poco agli altri, non sono sensibili ai loro problemi e tendono a parlare sempre di se stessi. Denotano un certo egocentrismo e si fanno sfuggire tutte le occasioni per allacciare nuove amicizie e creare nuovi rapporti.

IL DISTURBO ANTISOCIALE di PERSONALITÀ

(personalità antisociale, sociopatia)



Molti studiosi hanno difficoltà a considerare questo comportamento come un disturbo della personalità. Anche se la maggior parte dei ricercatori è d'accordo che si tratta di un comportamento deviante, molti fanno presente che per deviante non debba necessariamente intendersi come comportamento anormale. Certamente non tutti i criminali possono essere considerati affetti da personalità antisociale. Il disturbo di personalità antisociale, infatti, può essere attribuito soltanto a quei soggetti le cui caratteristiche comprendono comportamenti in netto conflitto con la società: la slealtà, il gretto egoismo, l'irresponsabilità, l'impulsività, l'assoluta mancanza di considerazione per i diritti o i sentimenti degli altri.

Tipicamente il comportamento antisociale emerge nell'adolescenza e la caratteristica essenziale degli individui affetti da questo disturbo è una storia di comportamenti antisociali cronici. Il DSM IV stima che il disturbo antisociale sia circa 3 volte più probabile nei maschi che nelle femmine. Tuttavia, sembra che questa tendenza stia cambiando. Man mano che le donne modificano il loro

stile di vita verso modalità tradizionalmente maschili, aumenta il numero di persone di sesso femminile che soffrono di questo disturbo e sembra che in futuro il loro numero sia destinato a crescere sensibilmente.

Negli anni sessanta si tendeva a considerare tutti gli atti antisociali come il prodotto di un disturbo di personalità antisociale. In altre parole si riteneva che le persone che commettessero un reato fossero disturbate o mentalmente insane, e si tendeva ad addossare la colpa dei loro comportamenti antisociali, non alla volontà del singolo, ma ad insuccessi educativi della famiglia o della società tutta. La pratica clinica, però, ci ha insegnato che questa posizione non è del tutto corretta e che nell'esame dei casi bisogna essere più selettivi. Oggi si è propensi a distinguere tra criminali commessi da individui con personalità antisociale e quelli commessi da individui normali, per motivi come il guadagno o la vendetta. Studi dettagliati sulla popolazione carceraria indicano che soltanto il 40 - 50 per cento dei criminali incarcerati hanno personalità antisociale (Guze, Hare, 1983).

L'adulto con una personalità antisociale è caratterizzato da un comportamento irresponsabile, che si manifesta sotto forma di incapacità di mantenere un'attività lavorativa, di infrazione alla legge, di irritabilità e aggressività fisica, inadempienza dei debiti e azioni sconosciute. Queste persone di solito agiscono impulsivamente e benché pienamente consapevoli delle proprie menzogne e dei propri misfatti, non attribuiscono alcun valore all'onestà, al rispetto degli altri e dimostrano la totale mancanza di considerazione dei diritti degli altri. Sembra che gli individui con le caratteristiche del disturbo di personalità antisociale non riescano a conformarsi alle norme sociali. Essi compiono ripetutamente atti passibili di arresto, non rispettano i desideri, i diritti o i sentimenti degli altri e possono mentire ripetutamente, truffare o simulare.

Uno degli aspetti più evidenti della loro personalità è l'impulsività. Le decisioni vengono prese sotto l'impulso del momento, senza pianificazione o previdenza, senza alcuna considerazione per le conseguenze per sé e per gli altri. Di solito sono irresponsabili, mostrano di non curarsi molto della propria sicurezza o quella altrui. Ad esempio, a volte questi soggetti guidano in modo spericolato o a folle velocità, possono essere coinvolti in comportamenti sessuali a rischio (mancando, ad esempio di usare il preservativo anche quando le possibilità di prendere una malattia venerea sono alte) o in uso di sostanze. Possono ignorare o non curarsi di un figlio, in modo da mettere il bambino in pericolo. Questa mancanza di responsabilità li porta spesso a perdere il lavoro, perciò la loro vita, in genere, è segnata da lunghi periodi di disoccupazione, lavori saltuari ecc..

L'irresponsabilità quasi sempre è affiancata da mancanza di sentimenti verso gli altri. Mostrano scarso rimorso per le conseguenze delle loro azioni. Sono generalmente incapaci di scusarsi e quasi non conoscono i sensi di colpa. Spesso forniscono spiegazioni inappropriate alle loro azioni criminali. Se si chiede loro perché hanno colpito una persona, rispondono che "la vita è ingiusta", "i perdenti meritano di perdere" o altre spiegazioni che esprimono la loro natura di prepotenti.

Inoltre, quasi sempre minimizzano le conseguenze delle loro azioni, asserendo che in fondo non hanno fatto niente di male, che si "fa tanto casino per una testa rotta" ecc.. Se si sposano, diventano genitori irresponsabili, solo sporadicamente si prendono cura dei loro figli affidandoli ad una vicina di casa o al primo parente disponibile senza preoccuparsi troppo se quest'ultimo è in grado di provvedere o no al bambino.

Un'altra caratteristica della personalità antisociale è la povertà di emozioni. Il paziente affetto da questo disturbo è egoista, privo di rimorsi, sfrutta gli altri e non si affeziona a nessuno, se non a poche persone.

Gli individui con il disturbo antisociale si trovano più comunemente nelle aree urbane economicamente depresse, con un'alta incidenza di criminalità, che in quelle sviluppate.

L'esperienza clinica suggerisce che la diagnosi di personalità antisociale può essere applicata ad un ampio spettro di pazienti, che vanno da quelli incurabili, a quelli che presentano solo alcuni aspetti di questo disturbo. In mezzo c'è un'ampia gamma di situazioni intermedie.

L'EZIOLOGIA

Il primo fattore biologico ipotizzato è stato l'eredità genetica. Si è supposto che l'attitudine a commettere delitti sia ereditaria. Varie ricerche su persone incarcerate, perché colpevoli di atti criminali, hanno suggerito che il disturbo di personalità antisociale potesse avere una componente ereditaria. Da studi sui gemelli, compresi quelli sui gemelli separati già dalla nascita, è emerso il ruolo significativo giocato dai fattori genetici nel determinare le probabilità che una persona si ammali di questo disturbo (Gottesman e Goldsmith, 1994). Le ricerche sui gemelli dimostrano un più alto tasso di concordanza per le coppie monozigote rispetto alle coppie dizigotiche (Lyons et al., 1995).

Il disturbo antisociale, inoltre, è più comune tra i consanguinei di primo grado che nella popolazione generale. Il rischio tende ad essere maggiore nei consanguinei maschili che in quelli femminili.

Anche studi sulle adozioni rivelano una prevalenza del disturbo antisociale più alta del normale nei figli dati in adozione di genitori biologici affetti dal disturbo antisociale (Cadoret et al., 1995). Gli stessi studi, però, hanno confermato anche l'importanza dell'ambiente nel determinare l'insorgere del comportamento antisociale. In una ricerca sui bambini adottati, Cadoret ha dimostrato che un ambiente familiare avverso, con problemi coniugali e abuso di sostanze, era correlato con lo sviluppo di questa patologia. Inoltre, livelli elevati di conflittualità tra i genitori associati a livelli bassi di calore da parte di padre e madre, erano predittivi del disturbo antisociale. Non solo, ma di frequente i padri di soggetti, affetti da personalità antisociale, manifestavano essi stessi comportamenti antisociali.

Anche altri ricercatori hanno diretto la loro attenzione su problemi inter familiari. McCord e McCord (1964) prendendo in esame una vasta rassegna letteraria, giunsero alla conclusione che gravi forme di rifiuto da parte dei genitori e la mancanza di affetto fossero la causa principale del disturbo antisociale.

Altri studi hanno messo in evidenza che lo stile educativo dei genitori può avere una forte influenza sull'insorgere di questo disturbo. In particolare uno stile educativo troppo permissivo, l'incapacità dei genitori ad imporre un minimo di disciplina e di insegnare ai figli a rispettare gli altri (Bennett, 1960), può essere la causa di una personalità debole ed impulsiva. Per lo più si tratta di ragazzi che abbandonano precocemente la scuola ed hanno alle spalle una storia infantile di privazioni e di abusi da parte delle figure genitoriali.

Anche gli studi di Rubins (1996), fatti intervistando un campione di 584 casi, confermò che sia un atteggiamento incoerente dei genitori nell'imporre la disciplina, sia la mancanza di ogni

controllo sui figli era predittivo del comportamento antisociale. Una ricerca di due studiosi (Greer, 1964; Robins, 1966) ha dimostrato che l'assenza di uno dei due genitori, dovuto al fatto che era deceduto o che aveva abbandonato la famiglia, è un elemento piuttosto comune nel passato di soggetti antisociali.

Queste spiegazioni concordano con la teoria dell'apprendimento che ritiene le risposte antisociali apprese per imitazione dai genitori, dai compagni o addirittura dalle scene di violenza diffuse dalla televisione. Si è visto che i genitori dei bambini normali tendono a rinforzare i comportamenti cooperativi e a punire quelli antisociali. Non è lo stesso per i genitori dei bambini con comportamento antisociale che, di solito, sono molto permissivi. Anche se puniscono i loro figli spesso lo fanno in modo arbitrario e incoerente.

Secondo la teoria cognitiva questi bambini imparano da queste esperienze che le regole morali, che vengono predicate, non comportano realmente punizioni e ricompense e che, quindi, possono agire secondo i loro impulsi. In effetti si auto-convincono che i più prepotenti la spuntano sempre sui più deboli e che in fondo il mondo è una giungla, dove i più forti prevalgono e dettano legge. Se si studia a fondo, infatti, la mentalità delle persone affette da personalità antisociale si scoprirà che credono in un mondo di valori capovolto. Hanno grande ammirazione per i più forti, per i più furbi e disprezzano i deboli e gli sciocchi ammettendo altresì il diritto di predazione. Il loro sogno è fare un buon colpo che li sistemi per tutta la vita, in modo che non debbano più lavorare.

Al cinema tifano per i delinquenti, odiano i poliziotti anche quando fanno unicamente il loro dovere. L'unico valore in cui credono è il denaro, con cui pensano che si possa ottenere tutto e giustificano qualsiasi sopraffazione come "la legge del più forte" o come una conseguenza della selezione naturale, quasi vivessimo ancora come scimmie nella giungla.

La **teoria psicoanalitica**, invece, sostiene che il disturbo di personalità antisociale è manifestato da coloro il cui comportamento non è sottoposto al controllo del super-io. Senza questo controllo è probabile che una persona soccomba alle esigenze delle sue pulsioni inconsce senza tenere conto dei vincoli morali della situazione. Il mancato sviluppo di un super-io adeguato, con la relativa interiorizzazione dei valori, sarebbe la causa principale dell'insorgenza del comportamento antisociale.

È una spiegazione logica e coerente, che ha senz'altro dei fondamenti di verità. Noi tutti abbiamo ogni giorno impulsi aggressivi, desideri "proibiti" (si pensi soltanto all'effetto che ha il passaggio di una bellissima donna, in minigonna, su un gruppo di ragazzi fermi a chiacchierare per strada), ma non per questo diventiamo criminali o ci lasciamo andare a comportamenti antisociali. Johnson, in una sua pubblicazione, afferma che i soggetti con comportamento antisociale "possono presentare delle lacune nel super-io".

G. Davison (2000) scrive che gli psicopatici "hanno serie difficoltà a dominare i propri impulsi".

Questa tesi è confermata anche da alcune ricerche come quella di Cleckley, che ha rivelato l'incapacità degli individui affetti da questo disturbo ad imparare dall'esperienza. I soggetti che egli prese in esame sembravano incapaci di evitare le punizioni e le conseguenze negative dei loro comportamenti socialmente riprovevoli. Molti di essi infrangevano ripetutamente la legge, nonostante fossero stati arrestati più volte e fossero stati condannati a severe pene detentive.

Un'altra spiegazione sull'eziologia di questo disturbo è da ricercarsi nella mancanza di sentimenti o di empatia nelle persone affette da personalità antisociale verso gli altri. Sono individui

che sembrano immuni dall'ansia e dai rimorsi di coscienza, sentimenti che contribuiscono a ridurre l'aggressività. Da ricerche fatte risulta, infatti, che la maggior parte delle persone si astiene dal recare danni agli altri, non tanto per paura della legge, ma perché considera le conseguenze negative delle sue azioni. Non usa violenza agli altri non tanto per non finire in prigione, ma soprattutto per non far del male.

I soggetti affetti da disturbo antisociale, invece, sono incapaci di valutare gli effetti negativi delle loro azioni criminali sugli altri. Non considerano che rubando la pensione ad una vecchietta le fanno del male in quanto le tolgono l'unica fonte di sostentamento che ha.

Se vengono messi a confronto con i loro comportamenti antisociali, questi individui tendono a giustificarsi asserendo che le persone vittime dei loro atti "si meritavano quello che hanno ricevuto".

In effetti, sono persone che non hanno completato il loro percorso educativo di sviluppo della socialità. Sono rimasti fermi alla fase precedente, quando il bambino è ancora pervaso da sentimenti egoistici ed egocentrici. In questo hanno un punto in comune con i narcisisti: sono letteralmente incapaci di calarsi nei panni degli altri (soprattutto in quelli delle loro vittime) e non riescono assolutamente a vedere le cose da un punto di vista diverso dal loro.

Quale è l'interpretazione giusta?

Nessuna e tutte, in quanto, a nostro parere, non esiste un'eziologia unica del disturbo, ma le cose cambiano sensibilmente da caso a caso e spesso, più fattori si sommano tra di loro. A volte si tratta di individui che hanno un super-io troppo fragile e sono incapaci di contenere i loro impulsi istintivi, altre volte sono persone che hanno imparato a delinquere perché la loro unica scuola è stata la strada e i loro unici maestri malfattori e ladri ecc..

Inoltre, ognuna di queste teorie ha illuminato un aspetto del problema. La personalità antisociale può essere dovuta sia ad un super-io debole (mancanza di freni inibitori validi), sia a carenza di valutazione sulle conseguenze delle proprie azioni, sia a mancanza di sentimenti verso gli altri o a tutti questi motivi sommati insieme. Non solo le cose cambiano sensibilmente da caso a caso, ma quasi sempre più fattori si associano tra di loro.

DISTURBO ANTISOCIALE SECONDARIO. Altri studi hanno messo in evidenza una correlazione tra patologia antisociale e l'alcolismo o la tossicodipendenza (Cadoret, 1986). Una buona percentuale di pazienti, dal 52% al 65 %, con comportamento antisociale, infatti, ha una diagnosi di dipendenza da sostanze.

A questo punto è lecito porsi una domanda: È la tossicodipendenza a causare il comportamento antisociale o il disturbo antisociale a causare la dipendenza dalla droga?

Non si può ignorare che una parte dei criminali, soprattutto furti e scippi, è commessa dai tossicodipendenti alla disperata ricerca di denaro per procurarsi la droga, ma con questo non si può affermare che tutti i drogati sono affetti da personalità antisociale. Anche se la correlazione tra i due disturbi è molto alta, bisogna valutare caso per caso. Non esiste una regola sempre valida.

LA TERAPIA

La psicoterapia individuale ambulatoriale del paziente con personalità antisociale la maggior parte delle volte è destinata a fallire, a meno che non si tratta di un soggetto particolarmente motivato. Per prima cosa è difficile che questi pazienti, a meno che non siano costretti dal giudice,

si rivolgano ad uno psicologo. Quasi sempre si tratta di persone che non ritengono di soffrire di qualche disturbo.

Per secondo, gli interventi su questi tipi di pazienti presentano non poche difficoltà. I terapeuti che vogliono intraprendere una psicoterapia di questi soggetti devono essere preparati al fatto che saranno raggirati nonostante tutti i loro sforzi, perché mentre il fine del terapeuta è la ricerca della verità, il fine del paziente è l'inganno.

Il terapeuta deve mostrarsi tenace, incorruttibile e assolutamente non deve farsi coinvolgere dal paziente nei suoi traffici. Deve mettere costantemente il paziente di fronte al suo diniego e smascherare i suoi tentativi di minimizzare le sue colpe. Se il paziente dice che "l'ha strappata ad un tipo", il terapeuta deve chiarire con parole che si tratta di un furto. L'obiettivo è quello di far diventare il paziente consapevole del male che fa e renderlo cosciente dell'effetto che hanno le sue azioni criminali. Una domanda che gli si può porre spesso è questa: "Se fosti stato tu al suo posto cosa avresti fatto?"

Inoltre i terapeuti quando trattano i pazienti antisociali non possono restare neutrali nei confronti delle loro azioni criminose. Mostrare empatia, secondo le linee dell'approccio umanistico, è in questi casi maldiretto e collusivo. Il clinico deve far capire al paziente che ha fatto un'azione condannabile penalmente e che prima o poi sarà punito.

TRATTAMENTO OSPEDALIERO. Vi è ampio consenso tra i clinici sul fatto che i pazienti con disturbo antisociale non traggono benefici da un approccio terapeutico basato unicamente sulla psicoterapia individuale. Una qualche forma di setting istituzionale è necessario se si vogliono ottenere dei miglioramenti. È solo quando questi soggetti sono immobilizzati da un setting di ricovero che si inizia a vederli esprimere ansia e senso di vuoto. Portati, infatti, naturalmente all'azione finché hanno uno sbocco comportamentale per scaricare i loro impulsi, non entrano mai in contatto con i loro stati affettivi o decidono spontaneamente di rivolgersi ad uno psicoterapeuta.

Per questo motivo lo stato dovrebbe costringerli a seguire un trattamento quando sono in prigione, con la promessa di uno sconto di pena o di permessi premio. Sarebbe auspicabile che, invece di tenere i detenuti in cella ad oziare dalla mattina alla sera, li si tenesse occupati con dei lavori, delle letture e dei colloqui con psicoterapeuti. Per invogliarli si potrebbe gratificarli con "gettoni premi" da spendere liberamente nelle attività che preferiscono: guardare la TV, vedere una partita, incontri con i familiari ecc..

Ritorniamo al trattamento ospedaliero. Anche quando si riesce in qualche modo, ad esempio come pena alternativa alla prigione, a ricoverarli in strutture ospedaliere, le cose non sono così semplici. Il comportamento distruttivo delle personalità antisociali può interferire pesantemente con il trattamento di altri pazienti e può causare ritardi in tutti i programmi terapeutici del reparto. Questi pazienti derubano o aggrediscono gli altri pazienti, mentono e spesso mettono in ridicolo i membri dello staff.

A volte introducono in ospedale droga e alcol e non di rado corrompono gli infermieri o gli inservienti a fare azioni scorrette o disoneste. Molti studiosi, tra cui Kiger, 1967, sostengono che

questi pazienti andrebbero ospitati in strutture specializzate, come quelle carcerarie, perché i veri psicopatici creano subbuglio negli ospedali psichiatrici senza trarne alcun beneficio.

Inoltre solo un trattamento ospedaliero a lungo termine ha qualche possibilità di produrre cambiamenti duraturi.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO. Il trattamento farmacologico può migliorare la prognosi, è molto d'aiuto nei pazienti in episodio maniacale che manifestano comportamenti antisociali, ma non si è rivelato efficace con i veri psicopatici (Halleck, 1981). A tutt'oggi non esiste alcun farmaco specifico per la cura di questo disturbo.

IL DISTURBO SCHIZOIDE

(Personalità solitaria)

Le caratteristiche principali del disturbo schizoide sono gravi difficoltà nelle relazioni sociali, scarso interesse e freddezza emotiva verso gli altri. Il soggetto che soffre di questo disturbo non solo non ha amici, ma non desidera avere relazioni interpersonali ed è incline alla vita solitaria da eremita. Raramente questi pazienti riferiscono di provare forti emozioni, trovano poche attività piacevoli e sono poco interessati al sesso. Preferiscono passare il tempo da soli piuttosto che con altre persone, quasi sempre scelgono passatempi solitari. Le loro preferenze vanno a compiti meccanici o astratti, come giochi al computer o matematici. Questi individui raramente hanno amici stretti o confidenti, tranne qualche parente di primo grado.

Indifferenti alle critiche, alle lodi e ai sentimenti altrui i soggetti affetti da disturbo schizoide sembrano vivere in un mondo tutto loro, estraniato dalla realtà. Possono mostrare un aspetto mite senza reattività emotiva e spesso reagiscono in modo passivo alle circostanze avverse, inoltre di rado ricambiano gesti o espressioni del viso come il sorriso o un cenno del capo.

Di solito gli schizoidi vivono ai margini della società. Possono essere derisi dalla gente che li apostrofa come "toccati, strambi, fuori di testa". Quasi sempre dopo vari tentativi di coinvolgerli in una vita sociale normale, sono lasciati soli anche dai parenti ed abbandonati a condurre un'esistenza solitaria e riservata.

Il disturbo schizoide è meno comune tra le donne che tra gli uomini e nel complesso la sua prevalenza è inferiore all'uno per cento della popolazione (Weissman, 1993). Non è un disturbo comune negli ambienti clinici. Le persone affette da questo disturbo, infatti, raramente si rivolgono spontaneamente ad uno studio clinico. Di solito sono i familiari che esasperati dai loro comportamenti a costringere i pazienti schizoidi a mettersi in cura. I genitori possono portare i loro figli o un fratello il proprio familiare, preoccupato dal comportamento strano e solitario di questi.

A volte i pazienti che soffrono del disturbo schizoide possono avere credenze strane, pensiero magico o autoconvincersi di essere chiaroveggenti o telepatici. I loro soliloqui sono spesso caratterizzati dall'uso improprio di parole o da neologismi. Anche il comportamento e l'aspetto possono essere stravaganti.

Altre volte si vestono in modo eccentrico o trasandato, hanno poco cura di sé e poco attenzione per i fattori estetici. Quando sono presenti anche questi sintomi, oltre alle difficoltà di relazione sociale, il DSM IV parla di disturbo schizotipo di personalità. Il paziente con questo disturbo ha un'ansia eccessiva, che la familiarità verso gli altri non riesce ad attenuare, presenta anche altri

sintomi bizzarri come credenze magiche, distorsioni percettive che gli fanno sentire la presenza di una forza o di persone che non esistono.

A nostro parere, come sostiene anche Gunderson, gli individui con disturbo di personalità schizoide sono molto simili agli individui schizotipi e costituiscono un continuum, per cui è arbitrario parlare di una netta separazione tra le due patologie. In effetti, gli schizotipi sono soggetti affetti da disturbo schizoide che in più presentano anche sintomi come bizzarrie nel comportamento e nella comunicazione.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. Il disturbo evitante di personalità e il disturbo schizoide sono caratterizzati ambedue da isolamento sociale e difficoltà di relazionarsi con gli altri, ma mentre il primo desidera stare con gli altri, teme l'umiliazione e la disapprovazione, il secondo è incapace o non interessato ad intraprendere relazioni.

Critiche non del tutto convincenti a questa distinzione sono venute da studiosi come Kernberg (1984) e Akhatar (1987), che sostengono che il ritiro dell'interesse nei confronti degli altri, caratteristico del paziente schizoide, è soltanto apparente. Questi soggetti, in realtà, desidererebbero i contatti sociali, ma a causa delle loro paure inconsce possono assumere atteggiamenti difensivi di distacco. Non sono, però, state tuttora raccolte sufficienti prove a favore di questa tesi, cioè che il paziente schizoide abbia propensione per le relazioni interpersonali a dispetto del disinteresse esteriore.

L'EZIOLOGIA

L'idea prevalente è che questo disturbo sia collegato alla schizofrenia, magari con varianti meno severe. Ci sono vari fatti a sostegno di questa tesi: per primo in alcuni casi il disturbo schizoide di personalità spesso risulta l'antecedente premorbo del disturbo delirante o della schizofrenia.

Per secondo, vari studi condotti sulle famiglie hanno dimostrato che i parenti di pazienti schizofrenici sono maggiormente a rischio di sviluppare questo disturbo (Nigg e Glodsmith, 1994). Inoltre, pazienti che soffrono di questo disturbo presentano deficit del funzionamento cognitivo e neuropsicologico (Siever et al., 1993) e alcune anomalie a livello delle strutture cerebrali che sono simili a quelle rinvenibili nella schizofrenia.

Altre ricerche hanno messo in evidenza una maggiore incidenza del disturbo schizoide nei pazienti con depressione unipolare; dal che si evince una certa correlazione di questo disturbo anche con disturbi diversi dalla schizofrenia (Squires - Wheeler et al., 1993).

Secondo il modello psicoanalitico questi pazienti, sono pure capaci di provare sentimenti e passioni verso gli altri, ma sono congelati sul piano emotivo ad un precoce stadio di relazione. Alcuni teorici, tra cui Balint (1968), considerano questi pazienti come aventi un difetto fondamentale nella capacità di relazionarsi causato da inadeguatezza delle cure materne ricevute nell'infanzia. In altre parole, la loro intenzione di rimanere isolati è determinata dal fallimento della loro relazione con la madre, da cui non avrebbero ricevuto abbastanza amore.

Noi tutti impariamo ad amare e a relazionarci con gli altri da nostra madre o dai nostri familiari, se questa forma di educazione viene meno, ecco che si possono creare le condizioni per l'insorgere del disturbo schizoide di personalità. Ne è conferma il fatto che questo disturbo è più comune tra le popolazioni rurali, che vivono isolate, che tra quelle urbane. Secondo Appel (1974) i pazienti

schizoidi vivono con un timore costante di abbandono, proprio perché hanno vissuto un'esperienza di rifiuto o di assenza di cure parentali da piccoli.

È una spiegazione logica e plausibile, vera per una certa percentuale di casi, ma non è generalizzabile a tutti i soggetti affetti da questo disturbo. La posizione più giusta, almeno per la maggioranza dei pazienti, è quella che considera questa patologia come una forma leggera di schizofrenia.

LA GELOSIA MORBOSA O DELIRANTE



La gelosia morbosa presenta una psicopatologia piuttosto complessa ed è caratterizzata da deliri di gelosia riguardanti il coniuge o il partner. È stata inserita in questo capitolo in quanto si tratta di un disturbo della relazione di coppia e quindi della socialità. È un motivo che spesso, infatti, mette in crisi il matrimonio portando la coppia a separarsi.

L'angoscia del paziente deriva principalmente dalla presunta infedeltà del coniuge. Quasi sempre il paziente lancia continue accuse al partner, la spia o la segue, ne esamina gli indumenti intimi alla ricerca di prove o tracce della sua infedeltà. Di solito interpreta in chiave delirante le azioni più semplici del coniuge, ad esempio il modo come muove una tenda può diventare un segnale al suo "complice", uno squillo telefonico senza risposta, un segno che il suo amante prova a contattarla ecc.. L'ansia del paziente può trasformarsi in rabbia ed egli può diventare violento e segregatore. Il soggetto può chiedere spesso una completa confessione al partner premettendo il suo completo perdono, promessa che raramente mantiene.

L'EZIOLOGIA

Innanzitutto, diciamo che una certa percentuale di gelosia è normale in qualsiasi rapporto, anzi è indicativa che esiste l'amore tra i due partner. Diventa un problema quando è eccessiva ed inizia a disturbare la vita della coppia.

Per quanto riguarda le cause che ne possono essere all'origine, non esiste una spiegazione unica, ma i meccanismi che ne possono essere alla base possono essere vari.

Nella maggior parte dei casi dipende da insicurezze interiori del partner geloso. In qualche modo non si sente all'altezza o pensa di essere inadeguato al coniuge ed ecco nascere in lui silente la paura di perderlo o il timore che questi si possa cercarsi un partner più attraente o migliore.

Se il coniuge geloso è un uomo, questi vede la sua donna troppo bella, troppo intelligente, troppo in gamba rispetto a lui. Ciò lo porta a sviluppare un senso di inferiorità che lo spinge a sospettare che lei lo tradisca o si sia fatta una vita segreta.

Altre volte la gelosia morbosa è il risultato di una proiezione. La persona gelosa proietta sul partner il suo desiderio inconscio di tradirla. In effetti, l'infedele, almeno potenziale, è lui, non il partner di cui sospetta.

Qualche volta dipende dal senso di colpa. La persona gelosa è stata infedele (o le è ancora), ma vedendo la partner tranquilla pensa: “Come lei non sospetta e non sa niente della mia infedeltà, è possibile che nemmeno io sappia qualcosa dei suoi tradimenti”. In effetti, la persona “infedele” costituisce la prova pratica che spesso i tradimenti si consumano senza essere scoperti, da ciò il sospetto che anche l’altro possa aver fatto lo stesso.

Più raramente il dubbio nasce dall’esperienza di un amico. Si viene a sapere che la moglie lo tradisce, senza che lui sospetti niente, e allora si pensa: “Può darsi che anche mia moglie fa lo stesso ed io me ne sto tranquillo come lui”.

LA TERAPIA

Per uscire da una situazione di gelosia, non esistono soluzioni buone per tutti i casi e ci vuole l’impegno di entrambi.

La persona vittima della gelosia, facciamo il caso che si tratti di lei, non deve offrire al coniuge geloso motivi o occasioni per essere sospettoso. Se vostro marito vi tormenta con la sua gelosia, non dovete prendervela a morte per questo. Obbedisce a precisi impulsi inconsci, in un certo senso non è colpa sua, è vittima di certi meccanismi mentali. Consideratela una forma di malattia ed in effetti lo è. Non offendetevi se lui controlla tutte le vostre azioni, non è colpa sua, è colpa della sua mania.

È come prigioniero di un mostro che lo costringe a fare quello che vuole. Spesso i problemi sorgono perché la persona oggetto della gelosia, si sente offesa che si possa sospettare di lei ed inizia a nutrire rancore nei confronti del partner. Se lo amate ancora e volete salvare il vostro matrimonio dovete comprenderlo; non ostacolare i suoi controlli, ma favorirli. Non offendetevi se vi segue per strada da lontano, tanto non fate nulla di male. Siate solari e fate tutto apertamente in modo che lui possa controllare tutto. Ad un certo punto si stancherà.

Altro comportamento da evitare, almeno finché lui non abbia superato le sue crisi, è andare in giro vestite in modo succinto, con vistose minigonne, truccatissime ecc.. Al contrario bisogna essere austere nell’abbigliamento, persino trascurate. L’ultima cosa di cui avete bisogno è richiamare gli sguardi degli uomini per strada (con lui che vi spia).

Oltre ad un comportamento inattaccabile, non vi stancate mai di parlarci. Cercate di convincerlo che non avete né il tempo, né l’occasione per tradirlo. Se al mattino andate al lavoro, nel pomeriggio ci sono i figli a casa, la sera c’è lui come potete tradirlo?

Per secondo, dovete cercare di individuare il motivo che spinge vostro marito ad essere geloso. Se lo fa perché inizia a dubitare di lui, si sente inadeguato ed “inferiore” a voi, è necessario fargli dei complimenti, apprezzare di tanto in tanto la sua intelligenza, comprargli un bel vestito e dirgli che sembra ancora un “giovannotto”. Se riuscirete a fargli riacquistare la fiducia in sé stesso, a farlo sentire ancora attraente e desiderato (ad esempio, ogni tanto chiedetegli di fare l’amore, facendogli capire che lo desiderate molto), a poco alla volta smetterà di tormentarvi con la sua gelosia.

Nella realtà, invece, succede il contrario; la persona oggetto della gelosia si sente offesa e diventa sempre più fredda, poca affettuosa e scostante, facendo aumentare ancora di più le insicurezze e la gelosia del partner.

Cercate anche di farlo diventare cosciente della sua eccessiva gelosia. Se inizia a rendersi conto di soffrire di un disturbo mentale, avete fatto un notevole passo avanti. Molte volte le persone

gelose, infatti, non vogliono ammetterlo, sostengono che la loro gelosia è giustificata dai motivi seri e che i loro sospetti sono supportati da prove.

Non è sbagliato nemmeno documentarsi, leggere dei libri sulla gelosia, chiedere ad amici psicologi ecc..

Ecco, invece, i consigli per la persona affetta da gelosia morbosa. Se avete dei dubbi sulla fedeltà di vostra moglie, non serve a niente fare scenate di gelosia o tormentarla in tutti i modi, dovete raccogliere delle prove inoppugnabili. Anzi assumete un detective privato e chiedetegli di portarvi delle prove fotografiche. Se emergono solo indizi, ma non c'è nessuna prova concreta, dovete smettere di sospettare e controllarla. Se continuate ad ossessionare la vostra partner otterrete solo o che vada via e vi lasci o che vi tradisca veramente. Chi è sospettato ingiustamente di essere infedele è tentato di tradire veramente il partner, per vendicarsi delle sofferenze che è costretta a subire.

Cercate di ragionare logicamente e di prendere in considerazione seriamente che siete affetti da gelosia morbosa e che il miglior modo è curarsi. Ricordate che in questo campo non ci sono certezze assolute, se una donna vuol tradire le bastano pochi minuti e perciò bisogna aver fede e sperare che non succeda a voi. Non si può controllare tutto e tutti, a meno che non siete pensionato e non avete niente da fare dalla mattina alla sera.

I FARMACI. I farmaci antipsicotici sono utili nel trattamento e possono migliorare i sintomi, sebbene sia poco frequente la remissione completa anche dopo trattamento prolungato. L'approccio migliore resta quello di una combinazione efficace di psicoterapia e farmacologia. Nelle forme di gelosia morbosa i più efficaci sono i neurolettici, se l'inizio del quadro non è stato insidioso. Gli antidepressivi hanno, invece, maggiori benefici se la sindrome è secondaria a disturbi dell'umore o in qualche modo associata ad essi.

È comunque difficile convincere tali pazienti a seguire un trattamento prolungato.

CAPITOLO VII

LE DIPENDENZE



LA DIPENDENZA DALL'ALCOL

L'alcolismo è considerata una malattia cronica ad eziologia indeterminata. È un disturbo che riguarda una vasta area di gruppi di età ed è indipendente dall'occupazione, dall'agiatezza o dalla religione del paziente. L'alcolismo è una dipendenza a cui è facile abbandonarsi perché nella società l'alcol è facilmente disponibile e socialmente accettabile.

La rovina provocata dall'alcolismo ad un alto numero di persone, sia ai bevitori che alle loro famiglie, rende l'alcolismo un grave problema sociale. Il costo in termini monetari dei danni diretta conseguenza di questa forma di abuso di sostanza, la più diffusa in assoluto, è incalcolabile. Per tale ragione in tutto il mondo si investono grandi somme di denaro per finanziare piani di riabilitazione.

La trattazione dell'alcolismo investe principalmente due aspetti:

1) Il consumo di grandi quantità di alcol è di solito accompagnato ad una significativa tossicità, espressa clinicamente da danni organici, oltre che dai pericoli di una dipendenza fisica e da crisi di astinenza drammatica. I pazienti alcolisti possono essere ricoverati in ospedale per delirium tremens o per cirrosi epatica.

2) L'alcolismo è connesso quasi sempre a gravi problemi di inabilità personale e sociale. Spesso l'alcolismo limita le capacità lavorative dell'individuo, l'ubriachezza può portare a crisi matrimoniali, altre volte il soggetto viene arrestato perché alla guida in stato di ubriachezza. Bere smoderatamente causa difficoltà sociali e lavorative di ogni genere: liti in famiglia, violenze in stato di ubriachezza, ripetute assenze dal lavoro, in molti casi perdita di occupazione, incidenti automobilistici e così via.

Di solito, troviamo insieme questi due aspetti, ma il più delle volte uno dei due è predominante sull'altro.

I familiari degli alcolisti, inoltre, quasi sempre soffrono perché nel corso delle loro interazioni con gli individui dipendenti dall'alcol vengono maltrattati e sono soggetti a frustrazione ed instabilità finanziaria.

Ma non sono le uniche conseguenze negative del bere smoderatamente, ce ne sono altre. Cifre attendibili stimano che l'alcol sia responsabile in Italia annualmente di almeno 250.000 incidenti mortali nel traffico. In alcune nazioni gli incidenti che hanno come concausa l'alcol arrivano quasi al 50% del totale.

L'alcol è responsabile anche di incidenti aeronautici, di incidenti industriali e di infortuni domestici. Inoltre circa 1/3 di tutti gli arresti negli USA avviene per ubriachezza in luoghi pubblici. L'omicidio è un crimine spesso correlato all'alcol (si ritiene che una buona parte degli omicidi

siano commessi sotto la sua influenza), così pure il maltrattamento dei bambini da parte dei genitori, le violenze coniugali ed i reati sessuali (Brecher, 1972).

Le percentuali di suicidi tra gli alcolisti, specialmente donne, è molto più alta che tra la popolazione generale. Si stima che 1/3 di tutti i suicidi ha come concausa l'alcol.

LE TEORIE SULL'ALCOLISMO

Per comprendere l'alcolismo, ma anche le dipendenze in generale, bisogna distinguere tra le condizioni che inducono una persona a bere e quelle che hanno un ruolo fondamentale nel perpetuare nel tempo tale tipo di comportamento. Il bere cronico può diventare una dipendenza, ma il bisogno fisico che si stabilisce successivamente non spiega perché si sviluppi l'abitudine del bere. Le origini di tale abitudini possono essere dovute a fattori psicologici e a fattori fisiologici.

FATTORI PSICOLOGICI. Non esiste un'unica interpretazione, ma diverse che variano a seconda dell'orientamento di riferimento. Vediamo quelle più attendibili.

Per i teorici **COMPORIMENTALI** il bere è una risposta appresa, acquisita e mantenuta perché riduce il disagio. L'alcol ha l'effetto del sollievo immediato dall'ansia e dalla tensione.

In un esperimento, Conger (1951) dimostrò che l'alcol può ridurre la paura. Vennero addestrati alcuni animali a cibarsi di un pasto particolare. Negli esperimenti successivi, quando si avvicinavano al cibo, ricevevano una scossa elettrica, quindi per nutrirsi erano costretti a subire questi stimoli aversivi.

All'altra metà degli animali, poi, venne iniettato dell'alcol. Il risultato fu che gli animali appartenenti a questo gruppo si avvicinavano al cibo più prontamente degli animali di controllo a cui non era stato iniettato nessun alcolico. Era evidente che l'alcol presente nel circolo sanguigno diminuiva la paura delle scosse elettriche.

La spiegazione dei teorici comportamentali, però, non convince del tutto. L'alcol non ha solo effetti positivi, come euforia e diminuzione delle inibizioni, ha anche pesanti effetti negativi, che portano l'alcolista a sentirsi male il giorno dopo la sbornia. Come si spiega che queste persone continuano lo stesso a bere?

Dollard e Miller (1950) offrono la soluzione di questo apparente paradosso formulando il concetto di un "differimento del gradiente della ricompensa". Secondo questa teoria l'efficacia delle ricompense o delle punizioni, tende a diminuire quanto più esse si allontanano nel tempo. Cioè una ricompensa piccola, ma immediata può esercitare un effetto più potente di una ricompensa più grande, ma che non segue immediatamente la risposta. Gli effetti negativi, in altre parole, sono relativamente inefficaci nello scoraggiare il consumo, perché vengono sofferti molto tempo dopo il consumo di alcol. L'alcolista, in altre parole, è attirato dagli effetti immediati e non si cura troppo del giorno dopo, quando si sentirà male.

Secondo l'interpretazione degli psicologi **COGNITIVISTI**, invece, la decisione di assumere una sostanza alcolica dipende dalle convinzioni o dalle aspettative che le persone nutrono in merito a quella sostanza. Ad esempio, i ragazzi che sono convinti che l'alcol produce effetti desiderabili, come rendere più socievoli, più attivi sessualmente ecc., con gli anni finiscono per abusare dell'alcol in misura maggiore, rispetto ai ragazzi che hanno un atteggiamento negativo nei riguardi del bere.

FAMILIARITÀ. Esistono prove che l'alcolismo ha un andamento familiare. Un certo numero di ricerche indica che i parenti stretti ed i figli di alcolisti presentano tassi di alcolismo più alti che nel resto della popolazione. Alcune ricerche su gemelli monozigoti indicano una maggiore concordanza per l'alcolismo tra gemelli monozigoti che tra quelli dizigoti.

Tuttavia, è bene essere prudenti nel sostenere la possibilità di una trasmissione genetica di tale disturbo. La maggior parte di questi individui potrebbe anche essere diventata alcolista in seguito all'esposizione al bere. Chi ha avuto uno dei genitori alcolizzato ha davanti agli occhi tutti i giorni un cattivo "modello".

Anche se la presenza di un alcolizzato in famiglia non sempre spinge all'imitazione, a volte, può avere effetti diametralmente opposti. In alcuni casi, i figli sono portati ad emulare il genitore bevitore, in quanto apprendono un modo per risolvere i loro problemi. In altri, invece, assumono un atteggiamento completamente negativo verso il bere, in quanto sperimentano giornalmente gli effetti negativi di tale dipendenza.

Un studio sui figli adottivi degli alcolisti ha permesso di chiarire in modo più preciso il ruolo dell'eredità. Goodwin (1973) ed i suoi colleghi presero in esame tre gruppi di soggetti. Il primo era costituito da persone che avevano avuto uno o entrambi i genitori biologici ricoverati in ospedale per alcolismo. Nel secondo gruppo, che era di controllo, nessuno dei genitori biologici era stato mai ricoverato in un ospedale psichiatrico. I soggetti del terzo gruppo, infine, avevano avuto uno dei genitori biologici ricoverati in ospedale, ma per motivi diversi dall'alcolismo e dalla schizofrenia.

I risultati confermarono che negli uomini esiste una predisposizione genetica all'alcolismo.

Nel chiedersi che cosa possa essere ereditato e costituisce una base per la dipendenza dall'alcol, Goldwin (1979) ipotizza che si tratta della capacità di tollerare l'alcol. Una persona, infatti, per diventare alcolista deve essere capace di tollerare grandi quantità di alcol. Se ci si sente male, infatti, appena si ingeriscono pochi bicchierini di un super alcolico, ciò costituisce un ottimo deterrente per scoraggiare a bere.

Ciò spiega anche perché alcuni gruppi etnici, in particolare gli orientali, abbiano un tasso di alcolismo basso. Di fatti la maggioranza degli orientali prova effetti sgradevoli anche assumendo piccole quantità di alcolici. Gli effetti nocivi della sostanza, in effetti, tengono lontano dal bere tutte le persone che non lo tollerano.

FATTORI CULTURALI. Le probabilità che un individuo arrivi ad abusare di alcol dipendono anche dalle convinzioni personali e dall'atteggiamento nei confronti del bere. Se una persona ritiene che il bere sia un'abitudine innocente e che "la sera non c'è niente di male a farsi un bicchierino", più facilmente può diventare un alcolista. Al contrario chi è prevenuto verso l'alcolismo, se mai perché ha visto gli effetti disastrosi che ha avuto su una persona di famiglia e lo giudica in modo molto negativo, si tratterrà dal bere smodatamente.

Da alcune inchieste, ad esempio, è risultato che negli USA il tasso di alcolismo più basso si riscontra nei gruppi etnici di origine ebraica, cinese, giapponese, italiano e greco, che per tradizione considerano in modo molto negativo il bere smodatamente e l'ubriacarsi (Vaillant, 1983; Pele, 1988). In questi gruppi bere alcolici è ammesso nel contesto di solennità religiose o durante i pasti, mentre non è socialmente accettata l'idea di bere per ubriacarsi.

Anche le differenze tra i sessi rispetto all'incidenza dell'alcolismo (il numero di alcolizzati maschili è 4 volte più numeroso di quello femminile) probabilmente è dovuto a differenze culturali. Quasi tutte le culture giudicano l'ubriachezza molto più negativamente nelle donne che negli uomini.

PRESSIONE SOCIALE. Vari studi hanno evidenziato che i giovani dediti all'alcol vengono incoraggiati le prime volte ad assumere queste sostanze da coetanei (Zucken e Gomberg, 1986). Come era facilmente prevedibile, l'abuso di alcol è più comune negli ambienti in cui si usa bere di frequente.

DISTURBO DELL'AUTOSTIMA. Sebbene nessun specifico tratto di personalità sia connesso all'alcolismo, gli psicologi hanno ripetutamente notato difetti strutturali, come debolezza dell'Io o difficoltà a mantenere l'autostima (Donovan, 1986). Anche Khantzian (1982) ha osservato che i pazienti alcolisti hanno il problema dell'autostima, la modulazione dell'affetto e la capacità di prendersi cura di se stessi.

Altre due caratteristiche che sembrano comuni alla maggior parte degli alcolisti sono: una bassa tolleranza alla frustrazione e una forte tendenza a fuggire la realtà. Spesso gli alcolisti hanno storie di famiglie distrutte o di rapporti disturbati con i genitori. In questi casi ubriacarsi diventa un modo per evadere, per stordirsi o per sfuggire ai problemi della vita quotidiana. La maggior parte dei casi di alcolismo sono dovuti sicuramente a sensazioni di frustrazione e di fallimento. Moltissime persone bevono perché incapaci di affrontare l'insuccesso e i pensieri negativi che esso comporta.

SECONDARIO AD ALTRI DISTURBI. È stato più volte notato che in un buon numero di casi gli alcolisti soffrono di coesistenti disturbi psichiatrici. Studiosi del disturbo borderline di personalità hanno notato paralleli tra alcolismo e disturbo borderline di personalità (Rinsley, 1988, Hartocallis, 1982; Knight, 1953). In particolare condividono tratti di scarsa tolleranza all'ansia, scarso controllo affettivo e l'uso della scissione come difesa predominante. Sono noti da tempo gli effetti sedativi e ansiolitici dell'alcol. Molti agorafobici ricorrono all'alcol per smorzare la loro ansia quando devono affrontare esperienze particolarmente stressanti quali esposizioni a folle e a spazi aperti (Thorp e Buner, 1983). È noto che i timidi bevono per darsi coraggio e per diminuire le loro inibizioni.

Altre diagnosi che comunemente accompagnano l'alcolismo sono la depressione (Weissman, Myer 1980) e le sociopatie (Schuckit et al., 1970).

I FATTORI DI FACILITAZIONE. Ci sono poi i fattori che rendono più facile l'alcol dipendenza. Fillmore e Caetano (1980), ad esempio, trovarono livelli insolitamente alti di alcolismo tra i marinari e tra coloro che sono addetti al commercio delle bevande, cioè proprietari di ristoranti, baristi, camerieri e commercianti di liquori. Scoprirono che in questi tipi di lavoro era frequente bere. Ciò era dovuto sicuramente al fatto che quotidianamente avevano a portata di mano ogni tipo di alcolici.

LA DIPENDENZA FISICA. A questi motivi bisogna aggiungere, come abbiamo accennato all'inizio, la dipendenza fisica. Una volta che l'alcolista ha preso l'abitudine di bere si crea una doppia dipendenza di ordine fisico e psicologico. Il modello biologico considera la sindrome di

privazione che si ha nei bevitori cronici, che smettono improvvisamente di bere, come una prova che nell'alcolismo esiste anche una dipendenza di tipo fisico. Molti alcolizzati quando interrompono di assumere alcolici sperimentano una sindrome di privazione nota come "delirium tremens". L'improvvisa caduta del tasso di alcol nel sangue causa abbondante sudorazione, irregolarità dell'apertura pupillare, esperienze deliranti e allucinazioni spesso sgradevoli; in parole povere una vera e propria crisi di astinenza.

CONCLUSIONE. Non esiste una spiegazione unica valida per tutti i casi. La maggior parte degli esperti ritiene l'alcolismo un disturbo eterogeneo, con un'eziologia multifattoriale (Donovan, 1986). C'è chi inizia a bere per dimenticare (un delusione d'amore, il fallimento negli studi o economico), chi perché sente la sua vita vuota, chi imitando gli altri, chi perché timido o depresso ecc., persino per gioco o per caso. Una sera si festeggia con gli amici un anniversario e si trova gratificante farsi qualche bicchierino in più. Da allora, quasi tutte le sere, al ritorno dal lavoro, si assumono dei super alcolici; abitudine che col tempo si trasforma in dipendenza dall'alcol.

Più spesso sono più fattori a sommarsi insieme. Un individuo può sviluppare l'alcolismo come punto d'arrivo di una complessa interazione di carenze strutturali, predisposizione genetica, influenza familiare, contributi culturali e altre varianti ambientali.

LA TERAPIA

È chiaro che non esistendo un'eziologia unica, non esiste neanche un tipo di trattamento per l'alcolismo che vada bene per tutti i casi. Quello che può funzionare per un paziente, può essere inutile per un altro. I clinici devono considerare ciascun paziente individualmente, svolgendo un'attenta valutazione psichiatrica prima di impostare un qualsiasi piano terapeutico. Non bisogna ignorare l'eterogeneità del disturbo. L'alcolismo non è un'entità monolitica. Sarebbe più appropriato parlare di alcolismi, che di alcolismo. Numerosi studi attestano che non vi è una singola "personalità alcolista", ma varie (Donovan, 1986; Nathan, 1988; Allain, 1988).

Perciò il primo passo da fare è quello di cercare le cause che, nel caso specifico, hanno portato il paziente a bere smodatamente e cercare di agire su di esse. Anche se di solito non basta scoprire le motivazioni inconscie che spingono a bere, bisogna anche usare dei metodi "attivi".

L'ASTINENZA. Una delle questioni più dibattute è se l'alcolista, durante la psicoterapia, debba assolutamente astenersi dall'assumere alcol o no.

La maggior parte degli psicologi sostengono che la psicoterapia è possibile solo dopo che gli alcolisti hanno raggiunto una stabile sobrietà attraverso l'aiuto di associazioni come gli AA. (alcolisti anonimi).

Altri ricercatori (Dodes, 1984; Pattison, 1976) sostengono che l'astinenza non è un requisito assoluto in quanto potrebbe diventare un ostacolo insormontabile. Se uno psicoterapeuta chiede l'astinenza completa, il paziente potrebbe rifiutare il trattamento. Inoltre, è ingenuo aspettarsi, nel corso di una psicoterapia a lungo termine, un'astinenza totale. Se il paziente è in grado di stare lunghi periodi senza bere significa che ha raggiunto un alto grado di autocontrollo e che, quindi, non ha più bisogno di alcun trattamento.

Il problema, invece, è che, la maggior parte delle volte, il paziente non è capace di astenersi completamente dal bere nel corso della psicoterapia.

Tuttavia, è anche vero che, se il paziente continua a bere pesantemente senza alcun interesse ad esplorare le ragioni del suo bere, sicuramente sarà incapace di utilizzare il processo psicoterapeutico.

In conclusione, l'astinenza non dovrebbe essere un requisito assoluto anche se è logico richiedere un minimo di autocontrollo e di moderazione. Solo così sarà possibile la psicoterapia.

GLI ALCOLISTI ANONIMI. È l'associazione di mutuo soccorso più grande e nota nel mondo, fu fondata nel 1935 da due ex bevitori. Nei soli USA contava 30.000 gruppi e più di un milione di aderenti già nel 1986 ed è diffusa in 91 paesi in tutto il mondo. Sono gruppi che forniscono sostegno emozionale, comprensione, consigli ed una vita sociale che eviti l'isolamento. I membri dei gruppi sono esortati a fare amicizia e a telefonarsi a qualsiasi ora, se hanno bisogno di sostegno e di incoraggiamento per non ricadere nel bere.

Ogni gruppo organizza incontri frequenti durante i quali i nuovi arrivati si alzano per dichiarare di essere alcolisti. Gli anziani, chiaramente ormai sobri, danno testimonianza, raccontano le loro esperienze negative di alcolismo mettendo in evidenza quanto sia migliore la loro vita senza l'alcol. Punto centrale del loro approccio all'alcolismo è la convinzione che gli alcolisti sono dei malati e non persone viziate o perverse da disprezzare. È un punto importante perché il recupero dell'autostima è un passo importante per uscire dall'alcolismo.

“Bibbia” degli alcolisti anonimi è una tavola di dodici passi in cui l'alcolista, ammettendo che la sua vita era divenuta incontrollabile, si impegna a non bere più e a trasmettere il messaggio ad altri alcolisti (Vedi riquadro sotto).

I suoi metodi sono rivolti a bisogni psicologici e facilitano un cambiamento duraturo della personalità.

Esistono anche altri gruppi di mutuo soccorso più recenti e di nuovi ne vanno sorgendo, data la grande diffusione dell'alcolismo in tutti gli strati sociali, ma nessuno di essi ha raggiunto la notorietà degli alcolisti anonimi.

Sull'efficacia del trattamento degli alcolisti anonimi purtroppo non esistono dati completi e scientifici, ma da molti è ritenuto il trattamento migliore per uscire dall'alcolismo. Ad esempio, si suppone che circa l'ottanta per cento delle persone che appartengono a gruppi di alcolisti anonimi finiscano poi per smettere di bere (Edwards et al., 1967). Naturalmente non esistendo controlli a distanza di tempo ed è impossibile sapere quanti di questi hanno poi ripreso a bere.

Ad ogni modo, è meglio non abbandonarsi a facili entusiasmi, perché non sempre frequentare tali gruppi porta effettivamente a risultati positivi. Molti alcolisti trovano imbarazzante dover parlare di fronte ad un gruppo (e ciò è particolarmente vero per le persone timide e per quelle che temono il giudizio altrui) o sono contrari ad affidarsi ad altri, vivendo la cosa come una limitazione della propria libertà personale.

TERAPIE BASATE SULL'INSIGHT. Consiste nel rendere cosciente il paziente delle motivazioni inconscie che lo spingono a bere. Non sempre è un metodo efficace. Capire, infatti, perché si beve il più delle volte non è sufficiente per smettere o per ridurre l'assunzione di bevande alcoliche. Molti soggetti continuano a bere nonostante siano coscienti dei problemi che li hanno spinti a cominciare.

Altre volte il soggetto non è in grado di “sopportare” l’insight o rifiuta in modo ostinato le spiegazioni dello psicoterapeuta. Solo in pochi casi conoscere le motivazioni profonde che spingono a bere è veramente d’aiuto.

A nostro parere, punto centrale di una psicoterapia che miri al pieno recupero dell’individuo è la motivazione. Il paziente deve essere convinto non solo razionalmente, ma anche emotivamente, dell’opportunità di liberarsi della pessima abitudine del bere. La psicoterapia è efficace, infatti, soprattutto quando il paziente che si rivolge ad uno psicoterapeuta vuole smettere di bere, ma non ci riesce. Sono persone coscienti che il loro comportamento li porterà alla malattia e alla rovina, ma sono schiavi di un’abitudine di cui non sanno liberarsi.

Uno dei metodi più efficaci è quello di associare l’idea di bere alle conseguenze negative che esso comporta, come il pericolo di un tumore al fegato, la perdita di controllo che può portare ad atti violenti ecc.. A tale scopo è bene mostrare al paziente filmati che lo ritraggono in stato di ubriachezza, per fargli vedere come egli perda il controllo di sé stesso e si abbrutisca sia fisicamente che psicologicamente.

Un altro metodo per scuotere chi è affetto di questa pessima abitudine è di portarlo a far visita in ospedale ad alcolizzati a cui è stata diagnosticata una cirrosi epatica. Un colloquio con uno di questi malati spesso è più efficace di qualsiasi intervento psicoterapeutico.

Un altro punto, strettamente correlato al primo è quello di ottenere che il paziente cambi atteggiamento verso il bere. Deve smetterla di ritenerla un’abitudine innocente, ma un pessimo vizio che lo porta all’abbruttimento e in futuro sarà causa di sofferenza e di malattia. Non deve continuare a vedersi in “modo simpatico” e considerare gli ubriachi delle “persone goffe che fanno ridere”, ma sentire la degradazione di tale stato.

Inoltre, è bene, quando si comincia un trattamento, a non essere troppo ottimisti. È naturale aspettarsi delle ricadute. Nessuno esce dall’alcol al primo tentativo. Ciò eviterà che l’alcolista al primo passo falso si faccia vincere dallo sconforto e si senta ancora più depresso di prima, ricominciando a bere convinto che non ce la farà mai.

La cosa più importante è preparare il paziente a resistere alle immancabili tentazioni che dovrà affrontare ogni giorno per evitare di ricadere negli eccessi del bere. Il paziente deve rivedere mentalmente le situazioni che gli si possono presentare nella vita quotidiana e decidere già allora come reagire. Ad esempio, deve immaginare di incontrare al bar degli amici e che questi, come fanno sempre, gli offrono un bicchierino. Lui deve rifiutare optando per una bibita analcolica.

Per secondo, punto importantissimo, deve evitare di frequentare amici alcolizzati e tutti coloro che in qualche modo possono spingerlo a bere, nonché deve rifiutare di entrare in tutti gli ambienti dove potrebbe essere indotto a ricominciare ad assumere alcolici. È più facile evitare le tentazioni, che resistervi.

Un altro ottimo sistema è quello di tenersi occupato tutto il giorno con il lavoro o con altre attività. Chi sta senza fare niente dalla mattina alla sera, infatti, prima o poi ricadrà nel bere. Si dice che “l’ozio è il padre dei vizi”, in questo caso è particolarmente vero. Spesso l’abitudine del bere è dovuta in gran parte al fatto che il soggetto conduce una vita vuota, senza passioni ed interessi, perciò il primo passo da fare è cercare di riempire il suo tempo libero con qualche attività o un hobby.

LA PSICOTERAPIA di GRUPPO. È usata spesso nel trattamento dei pazienti alcolizzati sia ricoverati, sia ambulatoriali. È difficile valutarne l'efficacia, perché questa modalità viene raramente usata isolatamente, ma di solito, fa parte di un piano terapeutico comprensivo che comporta anche altri tipi di interventi.

Nella maggior parte dei casi risulta essere efficace (stiamo parlando di interventi diversi da queglii degli alcolisti anonimi), ma non è utilizzabile in tutti i casi. Diversi terapeuti, tra cui Khantzian (1986) mettono in guardia dall'usare questo tipo di approccio, a causa delle difficoltà che hanno alcuni alcolisti nel regolare emozioni come l'ansia, la depressione, la rabbia. Il confronto con altre situazioni, a volte, può essere controproducente o addirittura, dannoso. Molti alcolisti trovano che gli incontri non funzionano a causa del loro imbarazzo a parlar di fronte ad un gruppo.

IL CONTRATTO COMPORTAMENTALE. Un altro approccio che spesso funziona è il contratto comportamentale. L'alcolista ricoverato in un'istituzione accetta di astenersi dal bere in cambio di certe ricompense, ad esempio permessi di fine settimana, rinforzi in beni materiali come caramelle, cioccolatini o attività che egli gradisce come vedere la televisione, andare allo stadio a vedere una partita di calcio e così via.

Il problema di questo metodo sono i controlli, c'è bisogno di sorveglianza continua perché il paziente sicuramente non dirà la verità

IL BERE CONTROLLATO. Considerato quanto sia difficile nella nostra società evitare del tutto l'alcol (in pratica si vende ad ogni angolo di strada), molti studiosi hanno pensato che forse è molto più utile insegnare all'alcolista a bere con moderazione. In questo modo l'autostima del bevitore ne trova beneficio ed il fatto di sapersi controllare lo farà sentire responsabile della propria vita.

Questa convinzione contrasta con quella di altri, come gli AA che ritengono che gli alcolisti devono astenersi completamente dal bere, perché dopo aver bevuto i primi bicchierini, non sono più in grado di controllarsi.

Nelle prime forme di addestramento al bere controllato (Lovibond e Caddy, 1970) al paziente era consentito di bere fino a raggiungere un livello moderato. Il paziente veniva, poi, informato se il tasso ematico di alcol si innalzava oltre un dato valore. Veniva anche insegnato loro a scegliere un alcolico liscio invece, che allungato, a sorseggiare a lungo una bibita, invece di tracannarla a grandi sorsi. I risultati confermarono che almeno alcuni alcolisti erano capaci di imparare a controllarsi e a migliorare certi aspetti della loro vita.

Questo approccio tuttavia, suscitò subito molte critiche e sollevò notevoli perplessità. Ricerche successive mostrarono che la maggior parte dei pazienti che bevevano in modo controllato, continuavano a farlo di nascosto, poi a casa e si dimostrarono reticenti a controlli a distanza di tempo (Pendery, Maltzan e West, 1982).

La questione è tuttora aperta. Molti operatori del settore continuano a mettere in dubbio la validità del bere controllato come trattamento, temendo che tale modo di procedere si dimostri un'illusione.

Se si vuol scegliere tale approccio terapeutico bisogna tenere presente:

- Il bere controllato richiede maggiore forza di volontà e capacità di autocontrollo del non bere del tutto.

- Come alcune ricerche hanno confermato (Marlatt, 1983) il bere controllato, piuttosto che l'astinenza, funziona meglio per gli alcolisti che ce l'hanno fatta a superare un programma di astinenza totale, e quindi per quelli che sono dotati di maggior capacità di autocontrollo.

- Non bisogna stabilire la massima quantità di alcol ingeribile in modo generico, ma indicarla in modo preciso. Ad esempio, se l'alcolista è in un bar in compagnia di amici può bere al massimo tre bicchierini di whisky (non allungati o doppi) e non uno di più. Soprattutto il paziente non deve farlo mai a casa sua da solo, quando è facile che si faccia prendere la mano.

Se è in compagnia, è bene che il paziente dichiari subito che non può bere più di tre bicchierini, pregando gli amici di non esercitare alcuna pressione su di lui. Se questi ultimi continuano ad insistere, deve salutarli ed uscire dal locale.

I TRATTAMENTI OSPEDALIERI. Gli ospedali possono costituire per gli alcolizzati un luogo sicuro entro cui rifugiarsi per disintossicarsi e valersi di terapie sia individuali che di gruppo. L'astinenza totale, infatti, può essere molto dolorosa, a tale scopo si somministrano tranquillanti per rendere più tolleranti l'ansia e il disagio provocati dall'astinenza.

Sarebbe auspicabile la nascita di comunità terapeutiche sul modello di quelle per tossicodipendenti.

LA TERAPIA AVERSIVA. Nella terapia della dipendenza dall'alcol si possono anche usare farmaci antagonisti, come l'Antabuse (o l'Alcover), un farmaco antagonista che dà sintomi forti come tachicardia, vomito, sudorazione, difficoltà respiratorie se il soggetto ingerisce bevande alcoliche. Naturalmente non è facile convincere gli alcolisti ad assumere questo farmaco. Se si riesce a motivarli a farlo con regolarità si può essere certi che non berranno per 3- 4 giorni (quanto durano gli effetti del farmaco).

In questo tempo la persona ha modo di sperimentare un modo di vivere senza bere cercando soddisfazioni nelle comuni gioie della vita: vedere una partita di calcio, una buona cena al ristorante, una festa in casa di amici ecc.. Si ha così anche modo di intervenire con la psicoterapia.

I teorici comportamentali tempo fa hanno sperimentata anche una terapia di tipo aversivo basata sul condizionamento classico. All'alcolista veniva somministrata una scossa elettrica mentre allungava la mano per prendere la bevanda alcolica che di solito egli assumeva. Questo approccio è stato, in seguito abbandonato, per motivi etici perché ritenuto troppo aggressivo. Successivamente si è provato ad usare lo stesso sistema con la sola immaginazione. L'alcolista viene addestrato a sentirsi male al pensiero di bere o ad associare il bere a qualcosa di spiacevole. Chiaramente si è dimostrato un sistema poco efficace.

Da quando detto emerge che è bene personalizzare ed adattare alle esigenze e alla personalità del paziente il tipo di trattamento. Per alcuni pazienti è indicata la psicoterapia individuale, altri possono trovare utile unirsi ai gruppi di alcolisti anonimi e altri ancora, trovano maggiore beneficio combinando i due metodi.

LA PREVENZIONE. I mass media, in particolare la televisione, potrebbero fare tanto in termini di prevenzione occupandosi del problema alcolismo ed evidenziando le conseguenze negative che

esso comporta. La gente dovrebbe essere avvertita sui pericoli del bere e sui grossi problemi sociali che tale pessima abitudine comporta. Invece, si fa molto poco a riguardo. Si parla troppo poco di alcolismo sia sulle pagine dei giornali che in televisione. Si continua a non fare informazione sul problema, ignorando le migliaia di vittime che ogni mese l'alcolismo fa.

Le campagne di informazione dovrebbero porsi due obiettivi: scoraggiare le persone dal bere avvertendole di tutti i danni che tale abitudine comporta; incoraggiare chi è già alcol dipendente a chiedere aiuto.

I DISTURBI DA USO di SOSTANZE LE TOSSICODIPENDENZE



Il termine dipendenza si riferisce ad uno stile di vita caratterizzato dall'uso compulsivo di una droga e dal totale coinvolgimento in essa, ciò anche in assenza di una dipendenza fisica. Difficilmente la gravità dei problemi che l'abuso di sostanze psicotrope comporta per i singoli e per la società può essere sottovalutato. Droghe come la cocaina e l'eroina, diffuse illegalmente, sono fonti di ulteriori disastri; oltre quelli causati alla salute da chi ne fa uso, sono motivo di furti, rapine, omicidi, atti di microcriminalità.

Il periodo di maggior rischio è l'adolescenza, cioè il momento di passaggio all'età adulta. Le crisi dell'età, la pressione dei coetanei o semplicemente il desiderio di fare nuove esperienze, possono spingere il giovane a cadere nella ragnatela della droga. Con sostanze come la cocaina o l'alcol, invece, per motivi di costi e di abitudini sociali, di solito si comincia dopo i 30 – 35 anni. Si tratta per lo più di persone che dopo aver organizzato la propria vita sul successo e sulla competizione, scoprono un vuoto interiore.

Per varie ragioni le droghe, invece, non sembrano interessare le persone di una "certa età". È rarissimo che ci si incominci ad assumere droghe dopo i 40 – 45 anni, a meno che non si è stati tossicodipendenti in gioventù.

LE DROGHE. Le droghe si possono dividere in due grosse categorie: i sedativi e gli stimolanti. Le sostanze del primo gruppo rallentano le attività dell'organismo e ne riducono le capacità di risposta. Ne fanno parte i narcotici organici, come l'oppio ed i suoi derivati, morfina, eroina e codeina, ed i barbiturici sintetici.

Gli stimolanti, che sono amfetamine e cocaina, invece, agiscono sul cervello e sul sistema nervoso simpatico accrescendo la vigilanza e l'attività motoria.

In quanto agli oppiacei sono le droghe più diffuse attualmente (incalzate però dall'uso di cocaina) ed anche le più pericolose, a causa della dipendenza che inducono e, soprattutto, degli effetti rovinosi sulla personalità e sulle facoltà intellettive, oltre che sul fisico. Sia l'oppio (sostanza naturale prodotta da un papavero), sia la morfina e l'eroina (entrambe sintetiche), producono sensazioni di grande euforia e benessere. Ma il benessere delle prime volte non dura a lungo, è ben presto sostituito da un malessere generale che spinge il soggetto ad aumentare le dosi e la loro

frequenza. Poiché l'eroina produce dipendenza fisica, ad un certo punto, la sospensione del tossico, anche per brevi periodi di tempo (24 ore), scatena la crisi di astinenza. Tachicardia, abbassamento della pressione arteriosa, sudorazione diffusa, diarrea, escrezione di un'eccezionale quantità di urina, dilatazione delle pupille e insonnia sono i sintomi più diffusi. Con il passare del tempo, poi, sopraggiunge un misto di eccitazione e di angoscia con sensazione di morte imminente e agitazione psicomotoria intensa. Nei casi più gravi, in particolare se c'è stata una overdose, si arriva al coma e a volte alla morte.

Talvolta gli oppiacei sono utilizzati in campo medico anche se, visti i danni risultanti dagli effetti secondari di queste sostanze, si cerca di ridurre progressivamente l'utilizzazione. Ciò non di meno la morfina è ancora prescritta in diversi casi, in quanto non sempre è sostituibile nel trattamento del dolore nel cancro avanzato e nell'infarto del miocardio. Gli oppiacei, quindi hanno un duplice effetto, riducono il dolore e procurano piacere. Il motivo principale, infatti, per cui vengono usati in campo non medico, è perché producono sensazioni di euforia e riducono l'ansia.

Al contrario, non si conosce una sindrome da astinenza strettamente fisica riguardo la **cocaina**, anche se induce in coloro che ne fanno uso un estremo bisogno di affidarsi ad essa. Molte ricerche sul campo indicano che questa sostanza può "afferrare" la persona altrettanto tenacemente delle droghe che inducono dipendenza fisica.

La cocaina è ricavata dalle foglie di una pianta, comune nell'America Meridionale ed è in genere assunta per inalazione allo scopo di ottenere euforia, aumento dell'attenzione e sensazione di sicurezza. Produce rapidamente assuefazione e dipendenza psichica costringendo il consumatore ad aumentare via via le dosi per cercare di averne gli stessi effetti. La sospensione determina una violenta depressione, mentre dall'uso continuativo possono derivare psicosi allucinatorie e persecutorie.

Le anfetamine, sono una specie di "anestetici della fatica" poiché producono la sensazione di una particolare acutezza mentale e di avere la capacità di lavorare senza sentire stanchezza. Se il loro uso è saltuario possono non provocare tossicomania, se però una persona vi ricorre spesso o è debole di carattere, si ha il pericolo della dipendenza. Le amine stimolanti, infatti, finiscono col condannare chi ne fa uso alla convinzione di non riuscire a fare nulla senza averle prima assunte.

Oltre a queste droghe classiche ve ne sono altre, relativamente nuove:

Il crack, che si ottiene dalla cocaina eliminandone la componente acida ed è assai più penetrante di questa e costa assai meno. Arriva al cervello rapidamente. I danni sono dello stesso tipo di quelli provocati dalla cocaina, ma più ampi e pesanti. I pericoli maggiori sono costituiti da crisi cardiache e colpi apoplettici. Devastanti, poi, gli effetti se il crack viene assunto insieme all'alcol o alle amfetamine.

Ecstasy. È un prodotto di laboratorio, stimolante e allucinogeno, venduto sotto forma di pastiglie più o meno colorate, può procurare scompensi cardiaci, soprattutto se viene presa insieme all'alcol.

Polvere d'angelo. Si tratta di un allucinogeno di laboratorio. Lo si è scoperto per caso sperimentando cocktail di stupefacenti: eroina e cocaina iniettate insieme. Può derivarne la morte istantanea per collasso cardiocircolatorio.

In ultimo, abbiamo le cosiddette droghe leggere, cioè hashish e marijuana, entrambe euforizzanti e derivanti dalla canapa indiana. Per la maggior parte degli studiosi non provoca una dipendenza di tipo fisico, ma solo di natura psichica. Secondo alcuni la liberalizzazione delle droghe leggere frenerebbe la corsa a quelle pesanti. Secondo altri, invece, spesso rappresentano il primo passo verso l'eroina o la cocaina. Dal punto di vista farmacologico non c'è nessuno passaggio automatico dalle droghe pesanti a quelle leggere, ma la tentazione per chi fa uso di cercare sensazioni più intense può essere forte.

Dipende dai casi, molte persone che amano le droghe leggere sono contrarie e molto critiche nei confronti di quelle pesanti. Altre volte, effettivamente esse fungono da ponte verso droghe più pesanti.

Un altro rischio delle droghe leggere è quello di diventarne un forsennato consumatore. Marco fu ricoverato per la prima volta alcuni anni fa, aveva allucinazioni uditive, visive e relative al soma, cioè aveva anche la sensazione di trasformazioni corporee. I sintomi erano quelli di una schizofrenia acuta. Si può immaginare la sorpresa dei medici quando scoprirono che i suoi sintomi erano dovuti all'abuso di "canne". Marco, di tanto in tanto, era solito aggiungere al suo "menu tossico" anche qualche acido lisergico. Però, era stata la sua voracità di spinelli a mandarlo totalmente fuori di testa.

Per quanto riguarda la marijuana di recente sono stati accertati i suoi effetti dannosi sui cromosomi, sulle difese immunitarie e sui neuroni della sostanza cerebrale. Nell'intossicazione acuta, si ha prima un periodo di euforia, con benessere e rilassamento, cui fa seguito una fase allucinatoria- impulsiva con perdita delle nozioni di spazio e tempo.

Inoltre, l'abuso di droghe leggere quasi sempre porta in superficie e aggrava scompensi psichici che stanno in sottofondo. In ultimo, ma non per ultimo, chi ne fa uso frequente diventa apatico, tende ad essere pigro ed indolente e assume spesso un comportamento asociale. Gli adolescenti che "fumano" appaiono appiattiti negli affetti e svuotati di impulsi e di energia.

LE TEORIE SULLE ORIGINI DELLE TOSSICODIPENDENZE

I meccanismi di sviluppo delle tossicodipendenze sono complessi e in parte ancora oscuri, varie le teorie e le spiegazioni possibili.

I teorici comportamentali spiegano le dipendenze in termini di condizionamento operante. Nella loro interpretazione il sollievo e il piacere, sia pure di breve durata, prodotto dalla sostanza psicoattiva funge da potente rinforzo per la sua assunzione continuata. In effetti, gli psicologi di questo orientamento, pongono l'accento sul sentimento di piacere e sullo stato di euforia che sono provocati dalle droghe.

Certi indizi ambientali possono innescare risposte fisiologiche condizionate, ciò spiega, ad esempio, perché dopo aver trascorso un lungo periodo in un centro di disintossicazione senza assumere la sostanza e senza averne sentito il bisogno, una persona può provarne un improvviso ed intenso desiderio quando ritorna nell'ambiente in cui era abituato ad assumerla.

Il piacere è, infatti, un ingegnoso sistema creato dall'evoluzione per "convincere" le prime forme di vita a mangiare a riprodursi e quindi a garantire la sopravvivenza e la continuazione della specie. Ma a differenza del piacere ottenuto con questi comportamenti, quello acceso dalle droghe fa inceppare il meccanismo di regolazione e tiene continuamente attivo "il desiderio". In pratica,

mentre il desiderio di mangiare si calma dopo un pasto abbondante, il desiderio di chi consuma sostanze psicotrope non si spegne mai e diventa brama, ossessione ed infine dipendenza.

Un'altra spiegazione, molto vicina a quella precedente, è che il tossicodipendente continua a prendere la droga per evitare reazioni di astinenza. È evidente, che almeno in parte ciò è vero. La dipendenza fisica e quella psichica, hanno un ruolo importante nel perpetuare l'uso della droga, anche se da sole non sono sufficienti a spiegarne l'eziologia. Ad esempio, non spiegano perché le persone iniziano a drogarsi o perché ritornano ad assumere sostanze anche quando sono state per mesi in una comunità e quindi del tutto disintossicate.

Ausubel (1961), ad esempio, sostiene che è sbagliato esagerare gli effetti dell'astinenza da eroina, in realtà non sono più gravi di un brutto episodio di influenza. Per non parlare delle altre droghe che non danno dipendenza fisica.

Altri studiosi hanno cercato altrove i motivi dell'uso di sostanze psicotrope. Un studio (Paton et al., 1977) condotto su studenti liceali implicati nell'uso di droghe pesanti identificò nella depressione uno dei fattori predisponenti all'uso di sostanze psicotrope. Ad esempio, Khantzian ha notato che la cocaina sembra attenuare lo stress legato alla depressione.

Treecce, invece, giunse alla conclusione che il fattore chiave per differenziare il tossicodipendente cronico da chi abusa in modo controllato o casuale, è la presenza nel primo di un grave disturbo della personalità. Una rassegna su soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti trovò che fino al 93% dei soggetti che abusavano di oppiacei rientravano anche nei criteri di altre diagnosi psichiatriche (Khantzian, Treecce, 1985). Un altro studio accertò che più dell'ottanta per cento delle persone che facevano uso di oppiacei avevano alla spalle una storia psichiatrica, le cui più comuni entità diagnostiche erano: disturbi dell'umore e disturbo antisociale di personalità (Rounsaville, 1982).

Blatt e collaboratori hanno identificato un ampio gruppo di dipendenti da oppiacei gravemente nevrotici. Questi individui cercano di sfuggire a sentimenti come mancanza di valore, sensi di colpa e di vergogna per un'azione criminosa di cui si sono macchiati.

Ugualmente importante nella patogenesi della tossicodipendenza è il mantenimento dell'autostima. L'assunzione di droga talvolta è il tentativo disperato di far fronte alle carenze dell'autostima, al sentimento di sfiducia nel futuro o al senso di fallimento che pervade certe persone, soprattutto se questi sentimenti sono accompagnati da un senso di impotenza per ottenere un cambiamento o per raggiungere taluni obiettivi.

La cattiva integrazione sociale, la privazione culturale ed economica sono tutti motivi che possono spingere il soggetto a cercare un'evasione nella droga. Spesso si tratta di persone incapaci di affrontare la realtà o che non hanno le risorse fisiche e psicologiche per affrontare situazioni avverse o rovesci della vita. Ci sono individui che hanno iniziato a drogarsi perché abbandonati dalla fidanzata, perché lasciati troppo soli o perché avevano una disastrosa storia familiare. Talvolta sono individui schizoidi, che hanno paura, chiusi e depressi, con una storia di tentativi di suicidio o gesti autolesivi. È innegabile che, talvolta, i narcotici vengono usati dagli individui allo scopo di sfuggire al loro disagio.

Sebbene non sia possibile tracciare un profilo di personalità che conduce invariabilmente alla dipendenza, tuttavia gli studi suggeriscono che certe caratteristiche sono presenti in modo abbastanza sistematico: l'immatunità emotiva, una bassa tolleranza alla frustrazione o alla tensione e

una forte tendenza a fuggire la realtà. Ad ogni modo, vi sono anche circostanze in cui l'uso di droga, pur conducendo a dipendenza, non sembra connesso ad alcun quadro particolare di personalità.

Altri studiosi indicano nelle disastrose situazioni familiari la causa prima della tossicodipendenza. Hein (1964) ed i suoi colleghi hanno ipotizzato che i difetti di personalità del tossicodipendente, quali che siano, si sviluppano a causa del background familiare. In molti casi il padre è assente nella vita domestica o, se è presente, è una figura ostile e distante; spesso si tratta di genitori separati. Altre volte il padre vive di microcriminalità e di frequente viene arrestato o la madre fa la prostituta.

Un soggetto "debole" può essere, ad esempio, il ragazzo che non ha finito le scuole dell'obbligo, quello che vive con genitori separati o che appartiene alle classi sociali più disagiate.

Nelle popolazioni benestanti, invece, i fattori di rischio possono essere altri: la sofferenza psicologica generale, la solitudine, il desiderio di provare esperienze nuove, "proibite" o fuori dal normale.

"Può accadere che una persona cominci a prendere la droga per caso o perché vuole provarne gli effetti" Davison (1989). La curiosità e il desiderio di fare nuove esperienze coinvolge in modo particolare i giovani. A volte si comincia tutto per gioco, ma una volta entrati nelle paludi della droga diventa poi difficile uscirne. Altre volte il giovane è spinto dalla noia e dalla mancanza di valori o da una visione cinica ed utilitaristica della vita.

In alcuni casi si inizia, addirittura, assumendo la droga per motivi medici, ad esempio per alleviare i dolori di una ferita, e poi si diventa dipendenti. È quello che è successo a molti soldati feriti in Vietnam.

Altri studiosi hanno focalizzato la loro attenzione sulla pressione del gruppo dei coetanei. Ciò è particolarmente vero nell'adolescenza e quando si tratta di droghe leggere come la marijuana. Si è trovato, ad esempio, che la maggior parte delle volte il giovane è iniziato alla droga non in modo accidentale, ma volutamente, e non da un adulto, ma piuttosto da un membro del gruppo dei coetanei. Il che starebbe ad indicare l'importanza delle sollecitazioni esercitate dal gruppo di amici.

Un altro fattore che gioca un ruolo importante è l'incapacità dell'individuo di controllare i propri impulsi. Chi fa uso di sostanze spesso ha un super-io debole, scarsi principi morali e una personalità fragile. Chi, invece, ha una forte volontà, è stato educato a seguire rigidi principi morali o è abituato a fare dei sacrifici o a imporsi delle mete, difficilmente è incapace di difendersi da certe tentazioni.

In ultimo, ci sono i fattori di facilitazione. Come era facilmente intuibile l'abuso di droghe è più frequente negli ambienti in cui queste sostanze sono facilmente reperibili, come nei ghetti urbani dove domina la "cultura della strada".

Quale è, tra le spiegazioni sopra esposte, quella giusta?

Secondo il nostro parere, spesso sulle tossicodipendenze si è fatta molta confusione. In particolare è errato cercare una spiegazione valida per tutti i casi. Le cose variano sensibilmente a seconda delle persone e delle circostanze. C'è chi entra nella droga per sfuggire ai suoi problemi, al suo destino di emarginazione e al suo disagio sociale e chi vi entra solo per curiosità o sotto la pressione del gruppo di coetanei. Può succedere persino per caso o per sbaglio o per aiutare il

proprio ragazzo che è tossicodipendente. Ogni caso fa storia a sé. Più spesso i motivi che abbiamo visto su, si sovrappongono gli uni agli altri.

I fattori visti finora, tuttavia, non sono del tutto sufficienti a spiegare l'uso di sostanze. Possono spiegare bene come si inizia, ma non perché è così difficile liberarsi dalle tossicodipendenze. Ci sono ancora due fattori da tenere in considerazione: la dipendenza e la tolleranza.

La dipendenza, a livello comportamentale significa che la persona, che ne fa uso ripetuto, incontra molte difficoltà se vuole smettere. Si possono distinguere due tipi di dipendenze: dipendenza fisica e dipendenza psicologica, che spesso si trovano associate.

La dipendenza fisica comporta turbe fisiche più o meno violente, come dolori diffusi, contrazioni, nausea, diarrea, rinorrea, lacrimazione ecc.. Ad un certo punto il tossicodipendente prende la droga più per mettere fine agli effetti spiacevoli che prova in crisi di astinenza, che per provare piacere.

La dipendenza psicologica comporta sintomi psichici, in particolare uno stato di tensione, di malessere e di angoscia che si instaura quando il consumatore si astiene dall'assumere il prodotto a cui è abituato.

Le droghe, da questo punto di vista, si possono dividere in due categorie: quelle che causano principalmente dipendenza psicologica, che sono cocaina, marijuana, amfetamine e gli allucinogeni come l'LSD o il MDA; e quelle che causano dipendenza sia fisica che psichica come gli oppiacei.

Per **tolleranza** si intende l'adattamento dell'organismo agli effetti della droga per cui sorge la necessità di aumentare le dosi per mantenerne l'effetto. Il tossicodipendente, quindi, deve assumere dosi sempre più elevate per provare la stessa sensazione di euforia.

La necessità di aumentare le dosi comporta due effetti spiacevoli: 1) Più aumentano le dosi, più gli effetti collaterali sono pesanti; 2) Per far fronte al bisogno crescente della sostanza il tossicodipendente deve procurarsi più soldi e, quindi, più facilmente può essere coinvolto in azioni di criminalità.

LA TERAPIA

Gli psicologi clinici Treece e Khantzian (1986) hanno identificato 4 componenti essenziali di un programma di trattamento per la gestione della tossicodipendenza:

1) **TERAPIA DISINTOSSICANTE**. Per il trattamento dell'uso di droga pesante fondamentale è la disintossicazione, cioè l'astinenza totale della droga stessa. Senza questo primo passo è quasi impossibile la psicoterapia o alcun trattamento. Fino ad una decina di anni fa i tossicodipendenti che volevano smettere dovevano passare attraverso una dolorosa crisi di astinenza. Oggi è possibile superarla con anestetici.

Dipendenza dai derivati dell'oppio: Attualmente la sostituzione con metadone è il metodo preferito per lo svezzamento dai derivati dell'oppio, mentre nei casi di intossicazione acuta (overdose) si preferisce usare il naloxone, poiché non ha effetti depressivi sulla respirazione. Il metadone viene assunto per via orale per prevenire i sintomi più gravi di astinenza, ma non sempre riesce ad eliminarli tutti. Poiché è anch'esso un narcotico, molti operatori dubitano di questo tipo di

approccio. Secondo la loro opinione, non si fa altro che trasformare semplicemente l'eroinodipendente in un metadonedipendente.

Tuttavia il metadone presenta dei vantaggi innegabili rispetto all'eroina:

Il tossicodipendente non deve più ricorrere alle iniezioni e alle attività criminali per soddisfare il bisogno fisico.

Il metadone deve essere preso ogni 24 ore, e non ogni 3 - 4 ore, un ritmo che non impedisce il lavoro.

Non solo è ridotto il rischio di morte, ma anche quello di contrarre malattie come l'AIDS e l'epatite.

I problemi più evidenti che presenta sono:

Dal momento che il metadone, non dà un'euforia marcata, molti soggetti ritornano all'eroina appena possibile.

Il tossicodipendente deve recarsi una volta al giorno ad un centro ad ingerire il metadone alla presenza del personale. Ciò richiede da parte sua motivazione e senso di responsabilità.

All'estero si usa già il LAAM (levo-alfa-acetil-metadol), un altro derivato dall'oppio che può essere somministrato ad intervalli di 2 - 3 giorni, anziché quotidianamente.

Ci sono poi altri due farmaci: la buprenorfina che dà un piacere che si autolimita e il naltrexone, che elimina il piacere della droga. Questi farmaci, somministrati a dosi crescenti, modificano di fatto l'intera natura dell'eroina facendo sì che essa non produca più l'effetto di euforia ricercata dal tossicodipendente. In pratica, se un tossicodipendente prende l'eroina, dopo che gli è stato somministrato "un'antagonista" non prova nulla.

I METODI ULTRARAPIDI. Da alcuni anni è stato introdotto anche in Italia il metodo UROD (disintossicazione ultrarapida da oppiacei) che permetterebbe di superare le crisi di astinenza. Consiste nella introduzione, in anestesia totale, di farmaci antagonisti nello stomaco del paziente. In poche ore si scatena una forte crisi, insopportabile da svegli, che "ripulisce" l'organismo dalla droga. Dopo il trattamento, molto costoso, i pazienti devono continuare a prendere il naltrexone per qualche mese, mentre seguono un programma di psicoterapia. Il metodo inventato dallo psichiatra spagnolo J. Legardo, è stato sperimentato per anni in Israele. Gli ultimi studi pubblicati su tale metodo, purtroppo, hanno dimostrato che non è la soluzione ottimale e che le ricadute non sono infrequenti.

Dipendenza dalla cocaina. Quando si smette di usare questa droga non si riesce più a provare piacere per nulla. Le crisi di astinenza fisica non c'è, ma la dipendenza psicologica è fortissima. Il trattamento dall'intossicazione acuta da cocaina non è in genere necessario a causa dell'estrema brevità d'azione del composto. In caso di overdose possono essere usati i barbiturici o il diazepam. Le speranze sono riposte su una molecola sintetizzata allo Yerkes Primate Center dell'Università Emory, che sembra promettente contro la dipendenza da cocaina e anfetamine. Si chiama RTI -113. Per adesso si ricorre più che altro all'uso di antidepressivi e di buprenorfina.

Dipendenza dalla cannabis (marijuana). Quando se ne interrompe l'assunzione non si ha alcuna sindrome di astinenza, tuttavia l'assunzione cronica e periodica di tale sostanza o dei suoi derivati, porta a elementi di dipendenza psichica.

Dipendenza da farmaci ansiolitici ed ipnotici. Queste sostanze possono portare a dipendenza psichica quando se fa un uso continuo o li si assume per lunghi periodi. Inoltre, danno dipendenza fisica soprattutto quando il consumo di dosi è notevolmente superiore a quello terapeutico. La procedura per il trattamento della dipendenza da sedativi, in particolare dei barbiturici, consiste nel “reintossicare” il paziente e, successivamente, diminuire l’uso del farmaco con un programma rigoroso, facendo attenzione ai segni di una marcata astinenza.

2) **SOSTEGNO PSICOLOGICO.** Dalla droga non si esce da soli, il tossicodipendente deve essere aiutato e guidato, qui ci si riferisce alla dipendenza benigna da una persona: uno psicologo, un centro di recupero, un familiare capace.

3) **ADEGUATO TRATTAMENTO di ALTRI DISTURBI PSICOLOGICI,** se presenti; questo sia con la psicoterapia, sia con i farmaci. Come abbiamo visto, in un gran numero di casi la tossicodipendenza è associata a disturbi mentali anche di lieve entità, ad un carattere fragile o ad una personalità in disordine.

4) **PSICOTERAPIA.** L’abuso di droga non è affrontabile esclusivamente con il trattamento farmacologico o con gli antagonisti. Le persone si rivolgono alle droghe per molte ragioni (anche se in buona parte la tossicodipendenza è condizionata da uno stato di dipendenza fisica), pertanto gli psicologici terapeuti non devono focalizzare la loro attenzione solo sull’uso di droga, ma guardare alle tematiche sottostanti e mirare alla crescita e al cambiamento strutturale della personalità.

Il primo passo di una psicoterapia mirata ed efficace dovrebbe essere quello di motivare sufficientemente il paziente in modo che segua tutti gli appuntamenti e si impegni nel processo terapeutico. Quello di far scaturire in lui una forte motivazione ad uscire dal tunnel della droga deve essere uno dei primi obiettivi dello psicologo. Lo si può fare mostrando tutti gli effetti negativi che la droga può avere, rendendo cosciente il paziente che così sta perdendo l’amore, l’affetto del partner, la stima dei genitori, che potrà andare a finire in prigione per procurarsi i soldi della droga, che per lui non ci sono altre vie d’uscita ecc..

“Il successo della psicoterapia è legato alla volontà del paziente di disintossicarsi. Se quest’ultima non c’è o è debole. La guarigione è assai improbabile. Le terapie che riescono meglio, infatti, sono quelle in cui il tossicodipendente, una volta che ha toccato il fondo della sua crisi personale, chiede aiuto perché si rende conto che non ha altre possibilità che smettere e cambiare. Bisogna che i ragazzi, però, decidano da soli di uscire dalla droga e non perché è stato imposto loro dall’esterno. La loro deve essere una convinzione emotiva, non razionale. Il bisogno di affrancarsi dalla droga deve scaturire da se stessi e non “per far piacere” agli altri.

Il lavoro per far nascere dentro la voglia di chiudere per sempre con la droga può durare mesi, anche anni, perciò non bisogna mai scoraggiarsi, né illudersi che sarà tutto semplice e facile. Il segreto consiste nel cercare il punto debole del tossicodipendente, quello in cui è più sensibile. Si può far leva sui problemi che la droga pone, per la professione, per gli affetti ecc. o sul fatto che lo costringe a rubare, a vivere una vita “randagia”. Bisogna scandagliare tutte le possibilità fino a trovare “là chiave” giusta per fare breccia nel suo animo.

Una giovane prostituta eroinomane fu indotta ad intraprendere la psicoterapia, perché la psicologa sollevò la sua paura inconscia di diventare brutta. L'eroina le aveva già annerito tutti i denti. Ogni volta che si presentava al centro per assumere il metadone, l'operatrice le faceva notare che era peggiorata, che i suoi denti erano diventati ancora più neri, che le sue rughe aumentavano ecc.. Finché un giorno la giovane disse basta e iniziò un trattamento che la portò ad accettare l'ingresso in una comunità di recupero.

Non esistono “regole d'oro” o universali, ogni intervento terapeutico va calibrato personalmente ad una serie di fattori: al tipo di sostanza che si assume, alla personalità del soggetto, ai motivi che hanno spinto inizialmente a bucarsi e all'ambiente di vita del tossicodipendente.

Non basta allontanare il paziente dall'ambiente, ma bisogna insegnargli di nuovo il piacere naturale del sesso, del cibo, dell'ambizione, dell'arte e della musica. È necessario sostituire i paradisi artificiali della droga, con le normali soddisfazioni della vita di ogni giorno.

La seconda regola fondamentale, su cui deve essere impostata una psicoterapia efficace, è quella di tenere la mente del tossicodipendente occupata in modo da non lasciare troppo spazio alle tentazioni. L'ozio è il padre dei vizi, forse anche quello della droga.

Inoltre, quando si va avanti con una psicoterapia di questo tipo, non bisogna mai scoraggiarsi. Nessuno riesce ad uscire dalla droga al primo tentativo. Spesso bisogna provarci tante, ma tante volte. L'importante è non mollare. Se sarete preparati al fatto che le ricadute non sono affatto rare, avrete il coraggio di riprendere il cammino, altrimenti potreste restare schiacciati sotto il peso dello scoramento. Secondo A. Leshner del National Institute on drug abuse degli USA “la ricaduta occasionale è normale, dimostra solo che c'è ancora necessità di trattamento”.

LA PSICOTERAPIA FAMILIARE. Molti psicologi sostengono la necessità di adottare delle tecniche di terapia familiare. Ciò è necessario nella misura in cui i problemi di droga sono causati da problemi familiari.

Ma non bisogna solo curare, ma anche prevenire, perciò è importante: assistere le famiglie in difficoltà (con colloqui con gli assistenti sociali, aiuti economici ecc.); seguire i bambini problematici, soprattutto quelli ricoverati in istituti per minori; combattere la dispersione scolastica, facendo recuperare ai ragazzi gli anni di scuola perduti, curare l'inserimento sociale dei soggetti a rischio ecc..

LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO. La psicoterapia di gruppo è entrata a far parte di molti programmi a causa dell'effetto positivo, sotto il profilo clinico, che ha su molti pazienti. I tossicodipendenti, spesso, si sentono sostenuti nel parlare con altre persone che hanno vissuto gli stessi problemi. Dal confronto possono avere benefici di diverso tipo: possono riconoscersi, capire meglio se stessi, avere la conferma che l'unico modo per uscire dalla droga è stare lontano da certi ambienti e da certe amicizie ecc..

È preferibile, però, che non sia l'unica modalità di trattamento.

LE COMUNITÀ. L'approccio più diffuso, e forse più efficace, è rappresentato dai centri autogestiti o dalla comunità di recupero. Queste sono progettate per ristrutturare le prospettive di vita dei tossicodipendenti. Quasi sempre si tratta di trattamenti lunghi e costosi. Per liberarsi completamente dalla tossicodipendenza sono necessari, di solito, 2 o 3 anni.

In ogni comunità, di solito, la terapia è divisa in 3 tappe fondamentali:

1) l'accoglienza, in questo periodo ci si affida completamente agli altri. 2) la residenza, in cui il giovane inizia a sperimentarsi e a credere in se stesso. 3) Il reinserimento, che è il momento di confronto con il mondo esterno. È questo il momento più delicato (dai 4 ai 6 mesi, a seconda dei casi). L'ex-tossicodipendente, recuperate le forze fisiche e la fiducia in se stesso, esce da una situazione protetta e reimpara a vivere nel mondo esterno. Il fatto di essere stato fino a quel momento lontano dalla droga gli dà un forte, ma spesso falso, senso di sicurezza.

I vantaggi del recupero in comunità sono:

Un ambiente "protetto", in cui le droghe non sono disponibili.

La separazione del tossicodipendente dal suo ambiente sociale e quindi da relazioni "pericolose".

Le comunità terapeutiche in un certo senso sostituiscono la famiglia. I giovani non vi trovano solo sostegno ed aiuto per uscire dalla droga, ma allacciano relazioni, fanno amicizia, vengono a contatto con figure, come gli educatori, che in parte fungono da modelli positivi. "I giovani che si rifugiano nella droga spesso si sentono soli. Abbiamo sostituito il bisogno di comunicare con la radio prima, con la televisione dopo, ma i ragazzi hanno bisogno dei genitori e gli adulti di quelle dei loro figli", ha dichiarato in un'intervista Don Mazzi fondatore del gruppo Exodus.

È inutile aggiungere che le amicizie sono fondamentali per sostenere i ragazzi, specialmente se si tratta di ex tossicodipendenti con alle spalle brutte esperienze di droga. Vedere che qualcuno "ce l'ha fatta" ad uscire dalla droga è "terapeutico" per il giovane.

Una situazione in cui il tossicodipendente non è stigmatizzato come un fallito o come un criminale.

Viene offerto un sostegno continuo per facilitare la transizione ad un modello di vita libero dalla droga.

La presenza di modelli, spesso carismatici, di ex tossicodipendenti che hanno superato con successo la tossicodipendenza.

La possibilità della terapia di gruppo, nella quale attraverso il confronto il tossicodipendente è spinto ad accettare i suoi problemi. Il gruppo funziona come una specie di specchio, fa rendere conto che i propri problemi sono simili a quelli degli altri, li smitizza, attenua le paure e crea possibilità di relazione con altri soggetti.

Dato che non è semplice rientrare nel mondo del lavoro dopo anni di dipendenza, la possibilità di una riqualificazione professionale può essere fondamentale al fine del pieno recupero. Molti accettano di tornare sui libri, anche se hanno ormai 25 - 26 anni, ma la maggioranza preferisce imparare un mestiere, lavorando nei laboratori artigianali della comunità. Molte comunità si sono organizzate in tal senso, l'esempio più noto è quello della comunità di S. Patrignano, un grosso villaggio comunità fondato da V. Muccioli presso Rimini, che ha fatto del lavoro il suo punto di forza. Secondo un'indagine dell'Università di Bologna, il 90% di chi esce da S. Patrignano riesce a trovare un'occupazione (come artigiani, operai specializzati ecc.) e a mantenerla poi.

È importante anche l'effetto "trascinamento" dovuto al clima di imitazione tra i ragazzi; quelli più anziani fungono da modello per quelli più giovani. Inoltre il giovane ha davanti agli occhi persone che ce l'hanno fatta ad uscire dal tunnel della droga e ciò dà loro fiducia.

Nonostante tutte queste ragioni non sono pochi quelli che dubitano delle comunità di recupero. Ci sono molti motivi che spingono a raffreddare gli entusiasmi.

Per primo, dato che l'ammissione alle comunità è volontaria, è presumibile che siano le persone più motivate a chiedere di entrare in queste comunità. Se una persona è fermamente intenzionata ad uscire dalla droga, può considerarsi a ragione, già a metà del percorso terapeutico.

Per secondo il numero delle rinunce è alto, perciò coloro che rimangono non si possono considerare un gruppo rappresentativo dell'intera popolazione dei tossicodipendenti.

Inoltre, il vero problema del tossicodipendente non è quando vive in comunità, ma quando torna a "casa". Avrà la forza di resistere alla tentazione di cercare la droga?

Ci riuscirà nella misura in cui ha ricostruito la sua personalità, ha trovato un nuovo equilibrio, ha scoperto nuovi valori per cui battersi. È importante anche che sia preparato a tutto ciò. Il tossicodipendente deve sapere che:

Il momento del ritorno a casa è quello più difficile.

Che di tanto in tanto avrà la tentazione di cercare la droga e che tale desiderio non lo lascerà mai del tutto.

Deve evitare i vecchi giri, le amicizie pericolose.

Deve avere degli obiettivi, delle mete per cui battersi. Se sentirà la sua vita vuota, crescerà in lui la voglia di drogarsi.

Inoltre, è bene che una volta a casa l'ex tossicodipendente sia seguito 1 o 2 volte la settimana da uno psicologo o da un centro. Deve sentirsi in qualche modo seguito, assistito e non abbandonato a sé stesso.

Il distacco dalla comunità terapeutica deve avvenire in modo graduale, ad esempio, cominciando con dei permessi brevi per uscire la sera o con un week-end passato a casa. Alla fine potrebbero passare soltanto il week-end in comunità e la settimana casa. Il giovane deve staccarsi completamente dalla comunità soltanto quando si sente pronto per farlo.

LA DIPENDENZA DA GIOCO

Fino agli anni '80 la passione per il gioco non era considerata una malattia, ma una mania innocente che in alcuni casi poteva provocare risvolti molto spiacevoli. Famiglie finite in rovina, uomini che si sparavano fuori dal casino ecc.. Per tanto tempo sottovalutata la dipendenza dal gioco d'azzardo ha cominciato ad attirare l'attenzione degli specialisti solo da pochi decenni. Ultimamente si è cominciato a considerarla un malattia psichiatrica e la si è classificata con il nome GAP "gioco d'azzardo patologico".

Il GAP è stato inserito all'interno del gruppo delle dipendenze, perché proprio come la droga o l'alcol, il paziente perde totalmente la capacità di controllarsi e di resistere al desiderio di giocare. Al pari del tossicodipendente o del fumatore incallito, il giocatore patologico non riesce a smettere di giocare. Pur di scommettere sui cavalli o di puntare alla roulette il giocatore patologico è capace di sacrificare tutto o di mettere a repentaglio la sicurezza economica della sua famiglia.

Non tutte le persone attratte dal tavolo verde sono a rischio di malattia purché il rapporto con il gioco rimanga libero e non diventi un comportamento "compulsivo". La distinzione tra gioco sano e gioco patologico anche se sottile, è essenziale. Il giocatore sano gioca per divertirsi ed è libero di

giocare o no o di ritirarsi quando vuole, il giocatore patologico, invece, non è più padrone delle sue azioni. Sotto la spinta di impulsi inconsci gioca perché non può farne a meno. Ha un bisogno quasi fisico di giocare, la sua è una dipendenza psicologica di cui non sa liberarsi. “Spendo la maggioranza dei soldi della pensione - ci confessava un pensionato - per comprare biglietti del gratta e vinci - Ogni volta che ne prendo in mano uno mi sento in colpa, ma è più forte di me”

Il giocatore patologico, inoltre, è portato a giocare sempre più spesso, fino a dedicare ogni momento della sua giornata o ogni pensiero alla sua passione. Inoltre, col passare del tempo punterà somme di denaro sempre più alte. Il processo di assuefazione, infatti, lo porta ad aumentare sempre di più la dose per provare le stesse emozioni.

La passione del gioco non conosce distinzione né di classe, né geografiche. Nel nostro paese è diffuso da Torino a Palermo, dal giovane all'anziano, dal povero al benestante, colpisce anche le donne ed ha un ritmo di propagazione così elevato che negli ultimi anni si parla di una vera e propria epidemia. Alle vecchie roulette si sono affiancati i poker elettronici, le slot machine, i vari tipi di lotterie ecc..

Negli Stati Uniti l'attenzione verso i “gamblers”, cioè i giocatori patologici, è in costante crescita sia nella popolazione, che nell'autorità. La paura è che l'ossessione per il gioco diventi una piaga sociale molto diffusa che grazie alla pubblicità e al passaparola, si estenda a macchia d'olio. Si ha il timore che diventi un nuovo flagello, al pari dell'eroina e che metta in gioco le risorse finanziarie delle famiglie e che incrementi il tasso di criminalità. Succede, infatti, sempre più spesso che i giocatori patologici siano spinti ad autofinanziarsi con furti, rapine, spaccio, atti di microcriminalità ecc..

Secondo le statistiche il gioco d'azzardo nelle sue varie forme attiva almeno il 75% della popolazione (cifre che aumentano nei periodi di crisi), ma i giocatori patologici non superano il 5% del totale.

Il giocatore patologico è in prevalenza di sesso maschile, ha un QI spesso superiore alla media, è industrioso ed attivo, insofferente della noia e amante del rischio. La malattia di solito compare già nell'adolescenza e prosegue per fasi. Nella prima il giocatore, di solito, ha un periodo fortunato e vince acquistando un alto concetto di sé ed autoconvincendosi di essere nato con la camicia.

Nella seconda fase inizia a subire perdite e ad intaccare il suo patrimonio, ma egli continua a giocare convinto di potersi rifare.

Nella terza fase il destino del giocatore patologico è ormai segnato. Va incontro a perdite consistenti che lo portano a compromettere i rapporti familiari (arrivando alla separazione col coniuge) e a sacrificare la sua posizione lavorativa (se è un imprenditore può portare la sua impresa a fallimento). Si comincia ad assentare dal lavoro, a contrarre debiti con amici e parenti, a compiere atti legali fino a trascinare se stessi e la famiglia nella rovina economica.

L'associazione degli psichiatri americani ha individuato tre livelli di giocatori: gli occasionali, cioè coloro che si fanno prendere dal gusto del gioco, ma sanno ritirarsi in tempo, “i portatori” che giocano convinti che esiste una chiave matematica per vincere (e sono decisi a trovarla facendo conti su conti) ed infine i bruciati. Questi ultimi presentano un quadro psicologico simile a quello

degli alcolisti o dei tossicodipendenti, cioè sono caratterizzati dal comportamento compulsivo a giocare sempre più spesso, aumentando sempre più le puntate.

L'EZIOLOGIA

Gli psicologi pensano che uno dei fattori che predispongono alla malattia sia la famiglia. Non tanto perché la passione del gioco sia trasmissibile geneticamente dai genitori ai figli, ma perché il bambino che vive in una famiglia dove è presente un giocatore è facile che si inneschi un meccanismo di imitazione che lo porti ad entrare nel mondo del gioco o delle scommesse. Come tutti i comportamenti si può apprendere dagli altri. Di solito, infatti, nessuno entra da solo nel mondo del gioco. La maggior parte lo fa perché iniziato da un amico, da un parente o da un collega di lavoro.

Altri studi hanno focalizzato la loro attenzione sulla presenza di anomalie a livello organico. Secondo questa teoria esiste una disfunzione all'interno di alcuni sistemi di trasmissione dei messaggi del cervello. In particolare il giocatore patologico presenterebbe uno squilibrio a livello di alcuni neurotrasmettitori, tra i quali la serotonina. I neurotrasmettitori, si sa, hanno il potere di bloccare i comportamenti, regolare l'aggressività e controllare gli impulsi. Secondo questo punto di vista oggi è possibile affrontare la malattia non solo con la psicoterapia, ma anche con i farmaci. Sono stati alcuni medici americani ad iniziare a curare il Gap con la somministrazione di alcune medicine di solito utilizzate nel trattamento della depressione. I farmaci in questione sono gli inibitori della ricaptazione della serotonina. L'uso di queste sostanze riesce a bloccare l'impulso verso il gioco, dando così la possibilità di intervenire più efficacemente con la psicoterapia.

Le motivazioni che spingono il giocatore patologico a tentare la fortuna sono molteplici e complesse. La prima è la ricerca di sensazioni forti. Il giocatore ha una propensione per il rischio e trova gratificazione nell'ansia di attesa dell'esito della giocata. Quando è uscito il risultato, la tensione cala di botto ed egli ha bisogno di una nuova "dose". Alla roulette, infatti, l'emozione più grande non è quando esce il numero, ma l'attimo in cui il croupier lancia la pallina e i pochi secondi che passano prima che la ruota si fermi.

La seconda caratteristica del giocatore è l'estroversione. Il vero giocatore è esibizionista, ama mettersi in mostra ed è molto comunicativo. Diventa schivo e riservato solo quando le perdite diventano irreparabili ed egli va verso la rovina economica.

Per terzo, spesso i giocatori sono fatalisti e superstiziosi. Sono convinti che le oscure forze che causano la sconfitta vanno combattute e lo fanno per mezzo di calcoli, di informazione riservate (questo nel mondo delle scommesse) o anche di rituali, che vanno dall'ordine di indossare i vestiti, all'orario di inizio del gioco o alla scelta del tavolo ecc..

Ma il motivo principale che spinge il paziente a tentare la sorte nelle sale da gioco è un altro. La maggior parte delle volte il giocatore patologico si sente un fallito, un perdente. Egli pensa di ribaltare il "verdetto" del destino con un colpo fortunato. Sono molti quelli che sognano di vincere una grossa somma e ritirarsi, poi, a godersi i propri soldi. Ciò non succederà mai. Anche se il soggetto riesce a vincere una piccola fortuna, e ciò accade di rado, egli tornerà al tavolo verde a dissipare quanto ha vinto.

Altre volte si tratta di appassionati di matematica, di uomini con il pallino dei numeri, convinti di conoscere il sistema giusto. Nel 1954 un giocatore d'azzardo pose al grande matematico Pascal una serie di domande sulle probabilità di vincita nel gioco ai dadi, nella speranza che gli fornisse un sistema per vincere. Da allora un esercito di giocatori è alla ricerca di sistemi, formule magiche, tecniche e metodi infallibili. Ancora oggi azzardo e matematica vanno a braccetto. Ogni giocatore, infatti, ha un suo sistema che quasi sempre definisce scientifico, anche se in nessun gioco è possibile rovesciare a proprio favore le possibilità. Il banco vince sempre, può perdere momentaneamente, ma nel lungo periodo è nettamente in vantaggio. L'esperienza insegna che sono i padroni dei casinò a farsi i soldi, raramente i giocatori.

Altre volte il soggetto è sotto di molto e gioca nel vano tentativo di rincorrere le perdite fatte al gioco. Continua a giocare per rifarsi del denaro perso. In questo modo non fa che gettare altro denaro in un pozzo senza fondo. Non esiste un sistema per vincere e se anche si riesce a recuperare la somma persa, nessun giocatore è capace di fermarsi in tempo e ritirarsi dal gioco.

SECONDARIO. A volte il Gap non è un disturbo isolato o primario, ma si presenta in associazione con altri disordini mentali come abuso di sostanze: alcol e droghe, ansia e depressione. In questo caso il giocatore patologico non presenta come sintomo unicamente la compulsione al gioco, ma ha problemi di ansia, disturbi di tipo affettivo ecc.. Episodi maniacali del disturbo depressivo bipolare sono accompagnati da periodi di gioco smodato, oltre che da insonnia, megalomania ed eccessi di ogni genere.

LA TERAPIA

La difficoltà maggiore che lo psicologo incontra nella terapia di questo disturbo è il rifiuto del paziente a sottoporsi a psicoterapia. Egli non si considera affatto malato e non si rende conto di avere bisogno di assistenza e di aiuto. Anzi quasi sempre considera il gioco come l'unico modo per provare sollievo da una sensazione di malessere generale o per evadere la realtà. L'identificazione della malattia è ostacolata dalla quasi assenza di sintomi, tanto che da alcuni psicologi è chiamata la "malattia nascosta".

Di solito il giocatore è ignaro di tutto. Almeno nella prima fase, tra perdite e vincite, riesce a barcamenarsi da solo. È solo dopo un po' di tempo che è costretto ad uscire allo scoperto, in quanto non riesce a tenere nascosto il suo bisogno estremo di denaro. Di solito il giocatore patologico chiede aiuto, soltanto se si rende conto che non potrà mai risolvere da solo i suoi problemi finanziari. Spesso chiede prestiti a tutti, soldi che non restituirà mai, quando non finisce nelle mani di strozzini che lo porteranno alla rovina.

Varie le modalità di intervento:

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE. Il migliore metodo per curare questo disturbo è incidere direttamente nelle convinzioni del paziente. Bisogna che egli si renda conto che al gioco d'azzardo, tranne rare eccezioni non si vince, si perde sempre. Se i casinò arrivano ad offrire soggiorni gratuiti, se i padroni delle sale da gioco viaggiano su lussuose berline e hanno uno stile di vita decisamente superiore alla media, qualche motivo c'è.

Non solo, ma quasi sempre le case da gioco sono un apparato ben organizzato per "ripulire" gli incauti. Sotto ci sono imbrogli e trucchi, si vince solo se vogliono "loro". Ogni tanto fanno vincere

qualcuno per farsi pubblicità sui giornali, ma il gioco onesto ormai non esiste più. I trucchi sono così sofisticati che spesso anche i professionisti fanno fatica a scoprirli.

Oggi l'unico modo per giocare onestamente, senza trucchi, è riunirsi in un sottoscala tra amici (sperando che nessuno di essi bari). Mettere piede in un casinò, significa dichiarare la propria stupidità ed ingenuità.

L'elemento essenziale di una psicoterapia di successo, come è era facile immaginare, si basa soprattutto sulla motivazione. Solo il giocatore che è seriamente motivato a non giocare più, riuscirà a tenersi lontano dai tavoli da gioco. Per questo motivo bisogna fare un elenco dettagliato di tutti i motivi che consigliano di non giocare più.

È un'ottima idea mostrare dei filmati di programmi televisivi in cui vengono intervistati ex giocatori finiti in rovina. La loro esperienza può essere illuminante per il paziente.

Inoltre, bisogna far capire al paziente che non ha altre possibilità che uscire dal mondo del gioco. Se non esce volontariamente, sarà costretto a farlo quando avrà perso tutti i suoi soldi e si sarà rovinato economicamente.

Per secondo, nella terapia individuale è utile affrontare, oltre agli aspetti specifici del problema, i problemi dell'affettività, dell'emotività, della sessualità e della socializzazione, componenti che possono influire in modo notevole sul disturbo. È anche utile ristabilire l'equilibrio con il coniuge se il rapporto è entrato in qualche modo in crisi.

Il percorso verso la guarigione spesso è lungo e pieno di difficoltà e raramente dura meno di 2 anni. L'obiettivo da raggiungere è prospettare al malato la possibilità di affrontare la vita senza il gioco d'azzardo.

Uno dei trucchi migliori è quello di materializzare all'esterno il proprio nemico, che non può essere non identificato nei padroni dei casinò o nelle società che gestiscono le sale da gioco. Bisogna vederli come i furbi, quelli che approfittano della credulità e dell'ingenuità per spennare i polli. È tutto organizzato, al gioco non si vince, si perde. Si può vincere momentaneamente, ma l'esito finale è scontato: la perdita dei propri risparmi.

Anche quei pochi giocatori che riescono a vincere fanno gli interessi dei casinò, in quanto hanno un ruolo importantissimo: dimostrare agli scettici che si può vincere. Sono in un certo senso una forma di pubblicità e possono essere considerati dei "complici" dell'organizzazione, in quanto se nessuno vincessesse, nessuno mai più non giocherebbe.

Un altro sistema è prendere coscienza di questo vizio e cercare di limitare i danni. Il paziente può, ad esempio, assecondare la sua passione giocando a carte con gli amici piccole somme.

Naturalmente, ogni tentativo sarà vano se non si smette di frequentare certi ambienti, di incontrare persone dedite al gioco, di girare nei dintorni dei casino o delle sale da gioco. Se si vuol continuare a frequentare certi ambienti è come voler rimanere casti, dormendo vicino ad una bella donna. Certo, tutto è possibile, ma è estremamente più difficile e faticoso.

Il migliore sistema, ad ogni modo, per uscire dal gioco patologico è quello di crearsi una passione alternativa. Se, ad esempio, il paziente che decide di smettere di giocare si appassiona alla pittura e passa il suo tempo libero in un circolo di artisti, sarà tutto più facile. Se una volta che ha smesso di lavorare, prende la canna e va a pescare con degli amici, sarà più facile che stia lontano dalle tentazioni. Anche in questo caso vale la vecchia regola: "l'ozio è il padre dei vizi".

I FARMACI. Una linea di ricerca piuttosto recente negli Stati Uniti è quella di considerare il gioco d'azzardo come una malattia curabile con farmaci. I farmaci inibitori della serotonina (Ssri) si sono dimostrati efficaci nel bloccare lo stimolo del gioco. Il meccanismo di azione si basa sulla capacità di riequilibrare i livelli di questa sostanza nel sistema nervoso, che in presenza di questo disturbo sono alterati.

L'utilizzo dei farmaci anche se non è risolutivo è, tuttavia, un notevole passo avanti in quanto consente di bloccare l'impulso dando la possibilità di intervenire con la psicoterapia. Secondo gli studiosi americani, che seguono questa linea di ricerca, una carenza di neurotrasmettitori cerebrali, come la serotonina, sembra sviluppare, oltre a sintomi depressivi, a disturbi ossessivi compulsivi come la cleptomania, anche probabilmente la costrizione al gioco.

LA TERAPIA di GRUPPO. Sull'esempio degli alcolisti anonimi sono sorti anche in Italia dei gruppi spontanei di giocatori anonimi. Negli Stati Uniti un approccio che sembra funzionare è quello dei "gamblers anonymous", gruppi di giocatori che si incontrano 2 - 3 volte la settimana e durante queste riunioni gli ex giocatori si aprono agli altri raccontando la propria storia, facendo autocritica e prendendo l'impegno di non giocare più in futuro.

CAPITOLO VIII

DISTURBI DA STRESS



DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO

Viene definito disturbo da stress post traumatico il disturbo che è direttamente ed esplicitamente collegato ad un avvenimento traumatico o ad una serie di avvenimenti negativi che la persona ha vissuto. Questo disturbo di solito compare immediatamente dopo l'esperienza traumatica, ma non sono infrequenti i casi in cui si manifesta a distanza di tempo, anche di mesi. Si manifesta col rivivere in modo incontrollato e doloroso l'evento o gli eventi che ne sono all'origine, sia nei sogni che allo stato di veglia. Il soggetto, in pratica, resta bloccato a quell'esperienza negativa che diventa una vera e propria idea fissa ricorrente. Questo disturbo è riscontrato quasi sempre nelle persone che hanno subito forme di violenze o sono state vittime di gravi incidenti o soldati che sono stati impegnati in cruenti combattimenti.

Nel tentativo di sfuggire ai propri ricordi e alla realtà molte vittime dello stress post-traumatico possono cercare rifugio nella droga o nell'alcol o in un mondo immaginario popolato solo dalle proprie fantasie. Hanno difficoltà a prendere sonno, a volte sono divorati da sensi di colpa (a volte soltanto per essere sopravvissuti, mentre altri non ce l'hanno fatta), soffrono di depressione e di forte irritabilità.

Le vittime di un trauma oscillano tra il diniego dell'evento e la sua ripetizione compulsiva attraverso flashback o incubi (Horowitz). Nel primo caso il soggetto rimuove dalla sua mente le scene che ha vissuto perché cariche di ricordi dolorosi e angosciosi ed è frequente che non ricordi più niente. È quello che succede alle persone dopo un incidente di auto, spesso non hanno nessun ricordo di quanto è accaduto.

Nel secondo caso il paziente è riportato a rivivere continuamente il trauma. Ciò può accadere sia sotto forma di incubi ricorrenti ed intrusivi che riproducono l'evento e che spesso portano al risveglio, che di stati di dissociazione della coscienza durante i quali l'individuo sembra ritrovarsi di nuovo a vivere l'esperienza traumatica. Tali episodi si verificano sullo sfondo di ansia cronica, stato di ipervigilanza ed insonnia, condizioni spesso associate a difficoltà di memoria o di concentrazione.

Molte le implicazioni che un trauma può comportare, si va dallo sviluppo di reazioni fobiche o di disturbi di conversione, all'attivazione di meccanismi di difesa o di evasione. Nel primo caso l'individuo tende ad evitare tutte le situazioni che riattivano i ricordi del trauma o condizioni analoghe. Se, ad esempio, un minatore rimane per giorni intrappolato in fondo ad una miniera, niente di più facile che sviluppi una claustrofobia. Un soldato può spaventarsi per un forte temporale perché i tuoni ed i fulmini gli possono ricordare le azioni di guerra.

Nel secondo caso, invece, scattano dei meccanismi di evasione ed il soggetto si rifugia nell'alcol o nella droga. Non sono infrequenti disturbi dissociativi come amnesia, fuga psicogena, personalità multipla ecc..

La maggior parte dei pazienti, in ogni caso, lamenta perdita di motivazione nei confronti della vita o del prossimo, perdita dei loro interessi abituali; si sente emotivamente morta o fuori della realtà. Tutte condizioni che possono essere il primo passo verso stati depressivi.

Altri disturbi che lo stress da trauma può dare luogo sono: disturbi di attacco di panico, disturbi di ansia generalizzata, insonnia, in rari casi persino schizofrenia.

Molto comuni sono forti sensi di colpa per essere sopravvissuti, paura di identificarsi con le vittime, colpa per i propri impulsi distruttivi o di rabbia, collera intensa verso chi è considerato la fonte dei “propri guai”. Krystal, 1968, ha notato un’alta prevalenza di malattie psicosomatiche sia nei sopravvissuti ai campi di concentramento, sia nei veterani di guerra. Un forte trauma può portare ad un arresto dello sviluppo affettivo se si tratta di bambini, mentre in età adulta può provocare una regressione

La condizione fondamentale affinché si verifichi tale disturbo è l’esposizione ad uno stress sconvolgente. Ma non tutti gli individui rispondono allo stesso modo a situazioni traumatiche e da ciò dipende anche la gravità dei sintomi. Non tutti i soldati alla fine della guerra presentano disturbi della personalità, né sintomi della stessa gravità.

Per fortuna esistono anche persone capaci di superare gravi traumi senza subire danni significativi. Ciò dipende dalla personalità del soggetto, dal suo modo di affrontare gli eventi e dalle sue condizioni di salute. Ad esempio, un individuo stressato è più suscettibile di sviluppare comportamenti anormali. Quindi non sono importanti solo gli stimoli ambientali, ma anche la vulnerabilità del soggetto e il significato che possono avere tali stimoli ambientali (Ursano, 1987; West, Coburn 1984). Individui diversi possono reagire in modo opposto davanti allo stesso evento traumatico.

CLASSIFICAZIONE. Il disturbo da stress post-traumatico deve essere differenziato dai disturbi d’ansia o da quelli depressivi o fobici. Sebbene presenti aspetti simili alle suddette condizioni, appare chiaro come questi non dominano il quadro clinico e sono soltanto secondari al trauma.

A nostro avviso, andrebbe incluso in una categoria più ampia: i disturbi da stress. Categoria che dovrebbe comprendere due tipi di disturbi: i disturbi da stress post traumatico, in cui vanno catalogati tutte quelle patologie che hanno origine in un trauma (stress da cause brevi), ed i disturbi da stress di una certa durata (cause lunghe) in cui vanno inserite tutte quelle patologie in cui lo stress ha un “cammino” più graduale e lento.

Il disturbo da stress post traumatico può essere distinto in 4 gruppi a seconda degli stimoli che ne possono essere all’origine:

TRAUMI DA GUERRA. In questo gruppo vanno inclusi tutti i traumi dovuti ad eventi bellici, a stress da combattimento, a prigionia nei campi di concentramento, a bombardamenti, a torture ecc.. Ad esempio, da un’indagine dei Centers for Disease Control di Atlanta (1988) è risultato che il 15% di tutti i veterani del Vietnam hanno sofferto di disturbo di stress post traumatico per qualche periodo, dopo il congedo.

A nostro avviso, come esiste una chirurgia da guerra, così dovrebbe esistere una branca della psicologia che si dovrebbe occupare specificamente degli stress dovuti a conflitti bellici.

Ovviamente tali ricerche dovrebbero essere finanziate e sostenute dall'esercito o dal Ministero della Difesa. Non andiamo oltre, perché è un campo vasto, che esula dalle finalità di questo libro.

TRAUMI DA ATTI AGGRESSIVI. In questa categoria vanno inclusi gli stupri, le rapine, i rapimenti, i tentati omicidi ecc., cioè tutti gli eventi in un cui una persona subisce un'aggressione violenta. Non vanno considerati, però, solo i casi in cui si subisce la violenza, ma anche quando si è testimoni o in qualche modo si partecipa o si assiste a fatti di sangue. Talvolta i testimoni restano traumatizzati più degli stessi protagonisti.

TRAUMI da INCIDENTI. In questa categoria vanno incluse tutte le persone che hanno subito incidenti d'auto, d'aereo o di mezzi navali, nonché incidenti sul lavoro o tra le mure domestiche.

TRAUMI da DISASTRI NATURALI. Rientrano in questo gruppo non solo gli stress causati da uragani, terremoti, alluvioni, eruzioni ecc., ma anche da incendi, incidenti nucleari ecc.. Di solito l'effetto di questi traumi sono meno gravi di quelli dovuti agli eventi considerati ai punti precedenti, perché li si ritiene più dipendenti dalla volontà umana e quindi più controllabili. Inoltre, l'uomo in un certo senso è vaccinato contro i disastri naturali perché li ha dovuti fronteggiare sin dalla sua comparsa sulla terra.

LA TERAPIA

La terapia deve mirare soprattutto a una riduzione significativa dell'ansia e della ipereccitabilità. Sono particolarmente utili le tecniche comportamentali di desensibilizzazione sistematica e talvolta l'economia gettoni*¹.

Le tecniche di rilassamento, poi, devono avere un ruolo centrale. Se il paziente impara a rilassarsi, non solo combatte la tensione e lo stress, ma acquista man mano la capacità di autocontrollo sul proprio corpo e sulla propria mente, fondamentale per superare questo tipo di disturbo.

Se sono presenti sintomi di tipo dissociativo o dipendenze da sostanze, deve essere impostata una psicoterapia che comprende anche questi aspetti.

L'uso di farmaci ansiolitici e antidepressivi può essere molto utile. Diventa indispensabile se si tratta di casi gravi, anche se bisogna procedere con molta prudenza perché tali pazienti sono particolarmente esposti a sviluppare dipendenza. Per tale motivo andrebbero evitati trattamenti particolarmente lunghi.

Anche l'uso di ipnosi può rivelarsi utile. Durante la seconda guerra mondiale molti soldati affetti da stress da combattimento furono trattati con la narcosintesi (Grinker e Spiegale, 1945) con buoni risultati. Veniva fatta un'iniezione endovenosa di pentothal alla dose sufficiente per indurre sonnolenza profonda. Il terapeuta allora gli faceva rivivere gli episodi più tragici della battaglia, in modo da far riemergere i ricordi rimossi. Spesso il paziente ricordava eventi spaventosi di cui non c'era traccia allo stato di coscienza. Quando, poi, il paziente tornava allo stato di veglia, lo psicologo continuava ad incoraggiarlo a discutere di tali esperienze allo scopo di farlo rendere conto che erano eventi ormai accaduti nel passato e che, quindi, non costituivano più una minaccia. In ogni caso, è importante che il paziente ne parli in modo da scaricare l'emotività rimasta dentro.

Molto indicati, al fine di superare il disturbo da stress post-traumatico, sono i gruppi di discussione organizzati da alcuni psicologi per i reduci di guerra. Il rievocare insieme ai commilitoni gli eventi bellici, il sentire il mutuo sostegno di altre persone che hanno condiviso le stesse esperienze e che adesso soffrono degli stessi problemi psichici, aiutano ad “accettare” le esperienze traumatiche vissute e far sì che queste non restino dinamicamente attive.

Molti di questi soldati hanno trovato utile ritornare a guerra finita sui campi di battaglia o nei posti con cui avevano subito il trauma. Questo perché, rivedere in tempi di pace i luoghi delle loro esperienze traumatiche è rassicurante. Aiuta a “convincere” il soggetto che il pericolo è passato e che non c’è più nessuna minaccia.

La psicoterapia esplorativa finalizzata ad aiutare a ricostruire il trauma può essere dannosa in alcuni casi e perciò non è applicabile in modo generalizzato. Senza contare che talvolta è piuttosto arduo convincere il paziente a parlare del proprio trauma. Perciò vanno distinti due casi:

Nel primo caso, se il trauma è troppo recente ed il soggetto non è in grado di sopportare il fall-out emotivo che la rievocazione comporta, è meglio non rievocare i fatti. La migliore cosa, anzi, è quella di evitare di ricordare l’evento.

In effetti bisogna procedere per gradi. All’inizio si evita di toccare certi punti che nel paziente suscitano una forte reazione emotiva; poi con il tempo, quando egli è in grado di accettare certi ricordi, si può procedere con la tecnica della rievocazione, in modo da fargli scaricare i sentimenti rimossi.

Un ottimo sistema è questo: rivivere il fatto, ma cambiare con la fantasia il finale o il risultato. Se, ad esempio, il soggetto è rimasto traumatizzato perché è stato vittima di una rapina, deve rivivere la scena immaginando di svincolarsi, di dare un pugno al suo aggressore e poi scappare. È anche utile scaricare l’aggressività, immaginando di insultare o di picchiare il rapinatore o di chiamare la polizia.

Altri punti importanti della psicoterapia sono:

- Accettazione di ciò che è successo. Bisogna entrare nell’ordine di idee che qualunque siano le colpe e le responsabilità, ormai è successo e non si può più fare niente per cambiare il passato. È necessario convincere il paziente a non restare “attaccato” al trauma ed evitare che la sua vita “ruoti” intorno al ricordo dell’evento. Deve acquisire il senso della vita che continua, che quando si cade ci si rialza, non si può restare per sempre “fossilizzati” al giorno in cui è successo.

- Riversarsi nel lavoro, nelle relazioni sociali, coltivare hobby ecc., ma tenersi con la mente impegnati. In questo modo si eviterà che il pensiero corra sempre là. Bisogna attaccarsi alle cose che si amano, per spezzare in qualche modo l’idea fissa che ci tormenta.

- Non farsi vincere da pensieri di vittimismo. Bisogna evitare di chiedersi sempre “Perché è successo proprio a me?”

È necessario convincersi che non c’è una ragione per cui le cose accadono, la vita distribuisce i suoi dolori a caso, non manda un incidente a Tizio perché gli antipatico, un tumore a Caio perché risulta odioso o una grave malattia ad un altro, perché ha fatto qualcosa di male. La vita è una specie di lotteria, ogni giorno il destino distribuisce cose belle, ma anche cose cattive compreso esperienze dolorose e morte.

Si può usare il training autogeno puntando su due idee di base:

“Bisogna continuare a vivere. Dovete sentirvi forti e coraggiosi perché non siete come gli altri, che una volta caduti non si rialzano più. Voi siete diverso, vi rialzerete per continuare coraggiosamente a vivere”.

“Che ci vorrà tempo, ma dimenticherete” tutto. Da questa sicurezza scaturirà la forza per farvi lottare e per non farvi deprimere. Ripetetevi in continuazione: “tutto questo un giorno sarà solo un brutto ricordo da raccontare ai nipotini”.

LO STUPRO



Un disturbo da stress post-traumatico è lo stupro. Per stupro si intende un rapporto sessuale imposto per mezzo della violenza ad un partner non consenziente. Si calcola che circa il 25% delle donne subisca una qualche forma di violenza sessuale nel corso della sua vita (Kilpatrick e Best, 1990) ed è probabile che più dell'80% delle aggressioni sessuali non sia denunciato.

Se si tiene presente anche le molestie sessuali, alcune fonti (Koss, 1985) rivelano che il 75% delle studentesse universitarie subisce qualche genere di attività sessuale indesiderata nel corso dei suoi studi.

Le vittime dello stupro restano quasi sempre traumatizzate dall'esperienza, sia fisicamente che psicologicamente. Per settimane o mesi dopo lo stupro la maggior parte delle persone che hanno subito violenza restano tese e profondamente umiliate. Possono covare forti sentimenti di vendetta e spesso si sentono in colpa per non essere state capaci di lottare più strenuamente.

Molte soffrono di depressione e perdita di autostima e la notte hanno incubi riguardanti il trauma che hanno vissuto. A volte le persone che hanno subito uno stupro sviluppano fobie. Non sopportano di stare o di passare per luoghi simili a quelli in cui hanno subito violenza. Molte vittime della violenza sviluppano un atteggiamento negativo verso il sesso e hanno difficoltà nelle relazioni con mariti o partner.

È un modo di reagire così diffuso che i clinici, di solito, ogni volta che hanno in cura una paziente che soffre di disfunzioni sessuali, sospettano subito che abbia subito una qualche forma di violenza sessuale. In assenza di intervento i sintomi di ansia e di depressione possono persistere anche anni dopo l'aggressione. Anche il rischio di suicidio è elevato, così come l'abuso di sostanze. Inoltre le vittime di uno stupro possono soffrire di svariati problemi somatici come effetto dello stress sulla salute fisica.

Tra i fattori in grado di mitigare le conseguenze negative dello stupro ha un posto fondamentale il sostegno sociale di familiari ed amici.

È importante che la vittima trovi empatia e solidarietà nella sua famiglia e nella stretta cerchia delle persone a lei intime.

DISTURBI DA STRESS PROLUNGATO (CAUSE LUNGHE)



Al contrario del caso precedente, non si tratta di patologie che hanno origine in un trauma (stress da cause brevi), ma di disturbi da stress di una certa durata (cause lunghe).

Lo stress cronico non produce alcun disturbo specifico, ma può essere all'origine (o un fattore di facilitazione) di tantissime patologie sia fisiche che mentali.

Vediamo prima le malattie organiche. Chi è esposto per lungo tempo a situazioni di stress, spesso si ammala. Sono dette, appunto, malattie psicosomatiche quelle causate da stress.

Le più note sono: ulcere, emicranie, asma, eczema, coliti, ipertensione, fibromialgie, riduzione delle difese immunitarie, herpes simplex, perdita di peso, diminuzione della fertilità, aumento del colesterolo e maggiore predisposizione a malattie cardiache, persino a dolori artritici ecc..

“Dio perdona i nostri peccati – diceva William James – Il nostro sistema nervoso no.” Ognuno di noi davanti ad una situazione di stress scarica su qualche organo. C'è chi digrigna i denti, chi secerne acido gastrico predisponendosi all'ulcera, chi reagisce con un aumento della pressione arteriosa diventando suscettibile all'ipertensione, secondo la *teoria della debolezza somatica*, lo stress colpisce l'organo più sensibile.

Come un pneumatico scoppia nel punto più debole e più sottile, così nel corpo umano un sistema respiratorio congenitamente fragile potrebbe predisporre all'asma o uno stomaco portato naturalmente a secernere acido in eccesso, sviluppare l'ulcera.

Ecco altre conseguenze negative dello stress:

- Rilascio di cortisone da parte delle ghiandole surrenali. Se cronicamente elevato distrugge la resistenza del corpo al cancro e alle infezioni.

- Aumento dell'ormone tiroideo nel sangue. Questo ormone accelera il metabolismo, pertanto il corpo brucia più velocemente il suo “combustibile” per produrre energie, da ciò intolleranza al caldo, nervi scossi al punto che si salta per un nonnulla, insonnia e, infine, esaurimento vero e proprio.

- Rilascio di endorfine dall'ipotalamo. Uno stress prolungato può esaurire i livelli di endorfina, il nostro antidolorifico naturale. Ciò può aggravare l'emicrania, il mal di schiena e dolori artritici.

- Riduzione degli ormoni sessuali con conseguente diminuzione della fertilità.

- Immissione di zucchero nel sangue con aumento dei livelli dell'insulina per metabolizzarlo.

- Aumento del colesterolo nel sangue, soprattutto proveniente dal fegato.

- Accelerazione del ritmo cardiaco, ciò può avere come conseguenza l'ipertensione.

- Blocco dell'apparato digerente. Stomaco ed intestino, in caso di stress intenso, arrestano quasi del tutto ogni movimento e secrezione. Il retto e la vescica tendono a svuotarsi affinché prima della lotta, l'organismo si liberi di tutto il peso.

Mangiare sotto stress fa male perché introduce cibo in uno stomaco inattivo, ciò può provocare gonfiore, nausea, crampi, malessere, persino diarrea.

Le conseguenze psicologiche di uno stato di stress prolungato possono essere altrettanto preoccupanti: diminuzione della reattività al mondo esterno, ipersensibilità, disturbi del sonno, incubi, ansia, tremori, irritabilità, affaticamento, senso di spossatezza, stanchezza cronica, difficoltà di concentrazione, confusione mentale, riduzione della memoria e della lucidità e così via. Ma non è finita, ci sono ancora altri effetti poco conosciuti:

Lo stress spesso è l'anticamera della depressione. Gravi forme di stress possono evolvere in stati depressivi.

Lo stress spesso apre la strada a qualche disturbo mentale. Un organismo affaticato e stressato è molto più fragile di uno sano.

Lo stress aumenta notevolmente il tasso di errore. Ad esempio, se siete reduci di una violenta lite in famiglia, non è il caso di salire in macchina e di lanciaarvi a folle velocità sull'autostrada. Quando si è sconvolti, si diventa imprudenti e si sbaglia con maggiore facilità.

Lo stadio estremo dello stress è l'esaurimento nervoso (i francesi lo chiamano surmenage, gli inglesi overwork), che è il momento in cui il nostro organismo incomincia ad ammalarsi seriamente. In questo stadio, compare una sensazione di stanchezza generale, spesso pesantezza di capo, le idee nere diventano depressione, si riduce il rendimento sul lavoro e la capacità di concentrazione, a volte cala la pressione, non si ha voglia di fare niente ed un grande confusione mentale ci pervade la mente. Si è come in un vicolo cieco e non si sa che fare. A volte compaiono persino pensieri di suicidio, si hanno grosse difficoltà a riposare e a recuperare. Si è a rischio per un disturbo mentale. Soprattutto si entra in uno stadio in cui è difficile recuperare da soli.

LE FONTI di STRESS

Ma che cosa causa lo stress? Anche se a prima vista può sembrare una domanda semplice, in effetti non lo è. Soprattutto per un motivo, non esiste un'unica fonte, lo stress può essere causato da tantissime cose. In pratica qualsiasi cosa, in "maniera eccessiva", può causare stress: troppo calore, troppo lavoro, troppo rumore, troppo esercizio, insonnia, ansia, malattie organiche ecc.. I motivi che possono essere all'origine dello stress sono davvero numerosi. Qui di seguito riporteremo i più comuni. Per trattarli in modo sistematico li abbiamo divisi in gruppi.

CAUSE FISICHE

Sono i casi più semplici, lo stress è causato da fattori fisici: freddo intenso, caldo afoso, poco ossigeno (ad alta quota), troppo fumo, troppo alcool, restare lunghi periodi senza mangiare o senza bere, gravi limitazioni dei movimenti, camminare a lungo sotto il sole ecc..

ALTERAZIONI DEI CICLI CIRCADIANI. Il nostro organismo obbedisce ad un orologio biologico interno. Una volta che si è abituato ad un certo ritmo, ad esempio ad alzarsi ad una certa ora, a pranzare a mezzogiorno o ad andare a dormire a mezzanotte, gradisce molto conservarli. Un caso di alterazione dei cicli circadiani molto noto è quello dei turnisti.

Lavorare un giorno di mattina, uno di pomeriggio ed uno di notte è piuttosto stressante. Le persone che sono costrette a fare i turni soffrono con più frequenza degli altri di insonnia, di problemi digestivi, di ulcere allo stomaco ecc..

VITA DISORDINATA. È un caso analogo a quello trattato al punto precedente. Chi conduce una vita molto sregolata, mangia sempre a orari diversi, dorme poche ore per notte o a orari impossibili, è facilmente soggetto a stress.

MALATTIE ORGANICHE. Quasi tutte le malattie organiche, chi in misura maggiore, chi minore, sono fonte di stress: emicrania, febbre alta, gravi malattie infettive, indigestione, epatiti, ferite ecc.. È per questo motivo che in tutti questi casi, i medici consigliano il riposo assoluto a letto.

ALIMENTAZIONE INADEGUATA. Anche un'alimentazione sbagliata può tradursi in un motivo di stress. I casi più comuni sono:

- Sottonutrizione. È il caso di quelle persone che non si nutrono a sufficienza o perché sono anoressiche o perché eccessivamente povere. Una dieta povera di proteine e di vitamine porta al deperimento organico e alla debilitazione fisica.

- Alimentazione sbilanciata. Succede quando si mangiano sempre le stesse cose. Ad esempio, certi bambini vanno avanti a patatine fritte e hamburger, mentre non si nutrono mai di frutta e verdura.

- Eccesso di alimentazione. È il caso opposto, si mangia troppo e ciò può dar luogo ad obesità, colesterolo alto, ipertrigliceridemia ecc.. Significa lavoro in più per il cuore, per lo stomaco ecc.. Tutto ciò porta ad affaticare l'organismo.

L'USO di SOSTANZE. Fare uso abituale di droghe, come eroina, cocaina, ecstasy ecc. può avere un effetto devastante sul nostro organismo. Senza contare che il tossicodipendente, di solito non si nutre adeguatamente ed è sempre in tensione per procurarsi i soldi della droga (a meno che non sia ricco). Inoltre, quasi sempre conduce una vita molto sregolata.

L'ANSIA. Le preoccupazioni, si sa, possono rovinarci la vita e sono una fonte notevole di stress. In pratica qualsiasi cosa genera in noi ansia, preoccupazione, tensione, è motivo di stress.

Un altro motivo che spesso è motivo di stress è l'ansia che ci procura il giudizio degli altri o la ricerca del consenso sociale. C'è chi addirittura di questo problema ne fa una mania. Si sente sempre sotto i "riflettori", dà un eccessivo peso a quanto la gente pensa o dice di loro.

PORSI OBIETTIVI NON REALISTICI. Correre dietro a sogni di gloria spesso costa carissimo. C'è chi si avvelena la vita per questo. Non sempre il gioco vale la candela, se un obiettivo ha un prezzo troppo alto, è meglio lasciar perdere. Ogni cosa ha un suo prezzo, ma se questo diventa troppo alto, il migliore affare è rinunciarvi. Non diciamo che bisogna abbandonare i propri desideri di affermazione e di successo, ma di rifiutarsi di pagare un prezzo troppo alto. Non è sbagliato provarci, ma se va male, non bisogna farne un problema.

SENSI di COLPA. Ecco altri pensieri che ci possono stressare. I sensi di colpa talvolta sono un tormento notevole, c'è gente che si è suicidata per questo. "Imparare dai propri errori è un aspetto salutare e necessario della crescita. Il senso di colpa, invece, è malsano perché inutilmente consumiamo energia nel presente a sentirci offesi, irritati, depressi per una cosa già successa. Lo si

scorge nei numerosi auto rimproveri e nel cessare di chiedere scusa per azioni passate” (W. Dyer, 1977).

FATTORI AMBIENTALI. I fattori ambientali che possono provocare stress, come c’era da aspettarsi, sono piuttosto numerosi:

- Lavorare in un ambiente rumoroso, degradato, inquinato o con persone mentalmente labili (ad esempio con persone affette da personalità antisociale, tossicodipendenti, alcolizzati ecc.)
- Abitare in una casa, fredda, umida, piccola, rumorosa adiacente ad una arteria di grande traffico.
- Non avere affatto un’abitazione, cioè essere un homeless. Chi vive sotto un ponte, dorme nella sala di attesa di una stazione o in una baracca di lamiera, non ha certo una vita facile.
- Vivere in una periferia degradata o in una baraccopoli tipo favelas brasiliane, in cui tra l’altro dilaga la microcriminalità.

PROBLEMI ECONOMICI. Le preoccupazioni che derivano da problemi di tipo economico sono una delle principali fonti di stress della vita. Vivere con un modesto stipendio che basta appena per mangiare. Arrabattarsi per pagare le rate della casa o essere costretti giornalmente a fronteggiare vari creditori, è una delle cose più stressanti che esistono.

I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ. La grande maggioranza dei disturbi psichici (compresi i problemi sessuali) portano come conseguenza una certa quantità di stress. Il soggetto che soffre di agorafobia, ad esempio, quasi sempre vive forti conflitti interiori. Da una parte vorrebbe uscire di casa, perché ne ha bisogno o perché la vive come una grave limitazione della sua libertà personale, dall’altra è bloccato dalla propria fobia.

CONFLITTI INTERIORI. Si può parlare di conflitto quando una persona è costretta a scegliere tra obiettivi o corsi d’azione incompatibili, contraddittori o mutuamente esclusivi. In pratica ogni qual volta ci troviamo davanti a dubbi, ad incertezze, a decisioni sofferte, siano essi relativi a motivi pratici oppure a questioni spirituali (quante persone ad esempio sono tormentati da dubbi di fede?), abbiamo un eccesso di consumo di energie e, quindi, una situazione di stress.

INTROIEZIONE EMOTIVA. Alcune persone, spesso per timidezza, si “tengono tutto dentro” senza lasciare alcuna “valvola di scarico” alle proprie emozioni. Assorbono ogni colpo, ogni frustrazione senza parlare o senza protestare. Non danno libero sfogo alle proprie emozioni, ma le reprimono selvaggiamente, accumulandole dentro di sé. Tutto ciò è stressante.

LE IDEE FISSE. L’idea fissa è una concentrazione, quasi sempre involontaria, della propria mente su un pensiero che arriva ad occupare quasi interamente la nostra mente. Anche se altri impegni riescono a distrarci per un po’, subito l’idea fissa torna ad occupare i nostri pensieri. Nemmeno il sonno riesce ad interromperla veramente, perché spesso ci segue anche nei sogni, quasi sempre influenzandoli e trasformando il riposo in un sonno tormentato. A volte sono causate da disturbi della personalità, ad esempio da fobie, da paranoie, da allucinazioni o da schizofrenia.

È inutile sottolineare che le idee fisse diventano in breve tempo un motivo di stress e che bisogna trovare il sistema per interromperle, almeno per consentire un riposo sereno di notte.

PROBLEMI CON LA LEGGE. Anche avere problemi con la legge, può essere una fonte notevole di stress. Si va dalla reazione di contrarietà o di rabbia per una multa non meritata o inaspettata, a situazioni più serie come il sequestro dell'auto personale o di un immobile, per finire alla detenzione.

STRESS DA LAVORO. Il lavoro in condizioni normali può dare stanchezza, ma mai stress. Diventa una fonte di stress solo in alcune situazioni, in particolare quando ha orari massacranti o quando è svolto con ansia e fretta.

STRESS DA IMPEGNI EXTRALAVORATIVI. Non esiste solo lo stress da troppe ore di lavoro, c'è anche quello da troppi impegni extralavorativi. Ci sono persone che hanno un vita sociale davvero intensa. Coltivano mille hobby, quasi sempre la loro vita è una corsa, con il telefono che squilla in continuazione (tra l'altro amano anche circondarsi di numerosi amici), con pasti frettolosi, con riposi notturni ridotti non di rado a pochissime ore ecc.. Pensano di essere persone moderne, energiche, attive, in realtà non hanno capito una cosa fondamentale: la giornata ha solo 24 ore. Il loro ritmi sono troppo intensi, prima o poi, lo stress farà sentire i suoi effetti.

STRESS DA MANCANZA di STIMOLI. Al polo opposto c'è l'ozio, la noia, la mancanza di stimoli. Sembra strano, ma c'è chi si stressa per il troppo lavoro e chi si stressa perché non ne ha abbastanza. Anche stare senza fare niente dalla mattina alla sera stressa e più di quanto si possa credere. Affermava C. Jung "Circa un terzo dei miei pazienti sono affetti da nevrosi clinicamente non definibili, ma causate dalla loro vita vuota e senza senso".

L'uomo non è fatto per oziare, per poltrire, ha bisogno di un minimo di attività, di interessi, di mete per cui lottare. "La completa assenza di stimolazioni genera noia ed anche la noia è stressante" (Lindzey, 1991).

STRESS DA FAMIGLIA. La famiglia è una cosa bellissima, ma solo se vi regna l'amore e l'armonia, in caso contrario può diventare una fonte di stress notevole. I casi più frequenti in cui è motivo di stress sono: situazione conflittuale tra i coniugi, una persona di famiglia malata o disturbata, figli ribelli o con un carattere difficile, bambini molto piccoli e bisognosi di cure ecc..

STRESS DA VITA SENTIMENTALE. L'amore è una delle gioie più belle della vita, ma a volte, si trasforma in una fonte di sofferenza e di dolore. Può succedere, ad esempio, quando il rapporto è conflittuale, ma il caso in cui l'amore si trasforma in un vero trauma è quando si perde l'amore. Essere abbandonati dal partner, che si ama ancora disperatamente, può diventare un motivo di forte stress e di depressione. Non di rado questo evento porta al suicidio o a fatti di sangue (ci si vendica sparando al compagno).

La fine di un amore, come pure la separazione dal coniuge, è uno degli eventi più negativi che possa capitare. Il suo impatto emotivo è paragonabile a quello della perdita di un parente o di un familiare.

EVENTI POSITIVI. Che gli eventi positivi o di gioia possano essere una fonte di stress è noto da tempo. A tutti è capitato di aver passato una notte insonne o di essere su di giri per aver vinto un

concorso, una gara o semplicemente perché la squadra del cuore ha conquistato lo scudetto. Naturalmente per quanto possano comportare stress, si tratta sempre di eventi piacevoli, desiderabili, quindi il loro effetto non è minimamente paragonabile a quelli negativi.

GLI EVENTI DELLA VITA. Tutti gli eventi della vita che implicano forti emozioni: un lutto, una perdita economica, un divorzio, un licenziamento ecc., sono stressanti. Due ricercatori americani Holmes e Rahe hanno cercato di misurare l'effetto prodotto dagli eventi della vita sul nostro benessere individuale. Curando pazienti affetti da raffreddori e congestioni nasali, si resero conto che spesso queste malattie comparivano a ridosso dei cambiamenti più significativi. Sull'esame accurato di più di 5.000 pazienti, per stabilire quali eventi ricorrevano più spesso prima della comparsa della malattia, arrivarono a costruire una scala (pubblicata nel 1967) delle esperienze più stressanti della vita.

Tale scala è diventata in breve tempo conosciuta e famosa in tutto il mondo. Da questa emerge che eventi come la morte di una persona di famiglia, un divorzio, un'ipoteca sulla casa o una detenzione in carcere (vedi riquadro sotto) hanno un impatto stressante sul nostro benessere individuale e che i momenti critici sono sempre collegati alla comparsa di malattie.

SCALA DI HOLMES- RAHE DI VALUTAZIONE DELLO STRESS

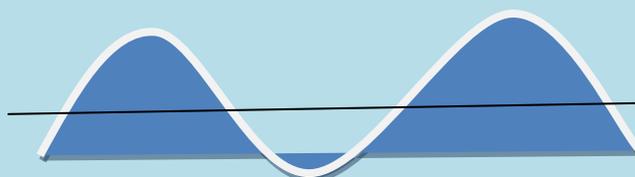
Eventi più stressanti nella vita:	valore
Morte del coniuge	100
Divorzio	73
Separazione coniugale	65
Detenzione in carcere	63
Morte di un parente stretto	63
Ferite o malattie personali	53
Matrimonio	50
Licenziamento	47
Riconciliazione coniugale	45
Pensionamento	45
Problemi di salute di un membro della famiglia	44
Gravidanza	40
Problemi sessuali	39
Entrata di un nuovo membro nella famiglia	39
Cambiamento negli affari	39
Cambiamento della situazione finanziaria	38
Morte di un amico intimo	37
Spostamento sul lavoro	36
Cambiamento nella frequenza delle liti coniugali	35
Ipoteca o prestito superiori allo stipendio annuo	31
Estinzione di un'ipoteca e di un prestito	30

Nuove responsabilità sul lavoro	29
Figlio/a che esce di casa	29
Problemi con i parenti acquisiti	29
Eccezionale successo personale	28
Inizio o fine del lavoro del coniuge	26
inizio o fine della scuola	26
Cambiamento nelle condizioni di vita	25
Modifiche abitudini personali	24
Problemi con i superiori	23
Cambiamento dell'orario o delle condizioni di lavoro	20
Cambiamento di residenza	20
Cambiamento di scuola	20
Cambiamento di scuola	20
Cambiamento negli svaghi	19
Cambiamento nelle attività religiose	19
Cambiamento nelle attività sociali	18
Mutuo o prestito inferiore allo stipendio annuo	17
Cambiamento nelle abitudini relative al sonno	16
Cambiamento nel numero delle riunioni di famiglia	15
Cambiamento nelle abitudini alimentari	15
Vacanze	13
Natale	12
Piccole infrazioni della legge	11

STRESS DA ALTERAZIONE DEI MECCANISMI DI RECUPERO

Il nostro organismo non è una macchina, un robot che può andare avanti per mesi o anni senza mai fermarsi. Ha bisogno di soste, di pause per ricaricarsi. Il ciclo normale di un qualsiasi essere vivente (ci si riferisce soprattutto agli animali superiori), è questo:

attività - riposo - di nuovo attività - di nuovo riposo



Cioè ad un periodo di dispendio di energie deve seguirne sempre uno di recupero. Se ciò non avviene, con il passare del tempo, il saldo diventa sempre più negativo e il nostro organismo va verso uno stato di esaurimento. “La stanchezza è un segnale di allarme, un disco rosso. Davanti a questo segnale il motore umano deve fermarsi, fino ad arrestarsi completamente. Il riposo e il sonno sono bisogni naturali, e si impongono sempre di più nella misura in cui si prolunga l’attività” (P. Daco,1965).

Ma non sempre è possibile *fermarsi*, a volte dipende dalla nostra volontà, ad esempio, abbiamo delle consegne urgenti o dei lavori da ultimare. Altre volte vorremmo, ma non ci riusciamo perché siamo troppo tesi ed incapaci di rilassarci (o soffriamo di insonnia).

In questo modo viene a mancare il momento della “ricarica”, ed un organismo che non si riposa adeguatamente è destinato prima o poi ad esaurirsi.

I motivi che possono portare ad un inceppamento dei “meccanismi di riposo”, come c’era da aspettarsi, sono piuttosto numerosi.

STRESS DA MANCANZA di RIPOSO

Molti confondono il sonno con il riposo. Il sonno è quando si perde lo stato di coscienza, in pratica è quando ci si addormenta. Il riposo, invece, è quando ci si rilassa e ci distende. È vero che durante il sonno ci si riposa, anzi la sua principale funzione, a nostro giudizio, è propria quella di costringerci all’inattività al fine di farci riposare, ma è anche vero che ci si può riposare anche senza dormire.

Non solo, ma le pause di riposo durante il giorno contribuiscono in modo significativo al recupero delle energie spese con il lavoro e con le attività quotidiane. Da ciò si evince che non solo è importante riposare bene di notte, ma anche sapere approfittare delle tante occasioni di pausa che la giornata lavorativa ci offre. Purtroppo, ciò non succede sempre, spesso siamo incapaci di rilassarci, andiamo avanti ed indietro instancabili, senza alcuna sosta, arrivando a fine giornata spossati e distrutti.

I DISTURBI DEL SONNO L’INSONNIA



È una delle cause più comuni di stress, in quanto un individuo che non recupera le sue energie con il sonno è destinato, prima o poi ad esaurirsi.

L’insonnia è un disturbo molto comune che si stima colpisca circa il 15% della popolazione italiana. È un vero e proprio esercito di persone soprattutto se si considera che da questa percentuale sono esclusi gli individui che soffrono di insonnia cosiddetta da “adattamento” o “situazionale”, che è quella legata da eventi stressanti della vita come un lutto, una separazione, problemi di lavoro e così via. Questa forma di insonnia, infatti, è transitoria e si risolve con il superamento del periodo di difficoltà.

L’EZIOLOGIA. L’insonnia è un disturbo complesso e che è difficile trattare in poche pagine. Le cause, infatti, che possono esserne all’origine sono piuttosto numerose.

Al primo posto, tra i fattori più comuni che possono causare l’insonnia, troviamo i fattori ambientali. Se fa troppo freddo, troppo caldo, è afoso, c’è troppa umidità (o altitudini superiori ai 1.500 – 2.000 metri) o si dorme in una stanza troppo rumorosa, è naturale che si abbia difficoltà ad

addormentarsi. Può succedere anche quando si è costretti a dormire in un ambiente inquinato, con puzza di vernice, fiori troppo odorosi, luce troppa forte, la presenza di zanzare fameliche e così via.

Al secondo posto troviamo le malattie organiche. Il dolore causato da ferite o da artrite cronica, da febbre alta, cattiva digestione, mancanza di calcio, di vitamine D e B6 ecc., sono tutti mali di tipo fisico che possono causare l'insonnia.

Al terzo posto ci sono le insonnie secondarie a disturbi della personalità. Il risveglio precoce dei malati di depressione bipolare, la tensione causata da fobie ecc.. "A volte l'insonnia è un sintomo, non una malattia" (Farné).

Al quarto posto troviamo le insonnie da abuso di sostanze, prima tra tutte la caffeina. Prendere un caffè di sera può rendere molto difficile l'addormentamento. Come mai certe persone dormono bene anche se bevono vari caffè?

Dipende dal fatto che sono assuefatte a tale sostanze e che, quindi, per avere effetto devono essere prese ad alte dosi. Inoltre, in questi casi prendere il caffè fa parte dei rituali per addormentarsi, perciò invece di ostacolare, favorisce il sonno.

Altra sostanza che può ostacolare l'addormentamento è l'alcol. A piccole dosi favorisce l'assopimento, ad alte dosi interferisce con gli stadi del sonno.

Al quinto posto troviamo l'ansia, che è in assoluto, uno dei fattori più comuni di insonnia. Stare in pena per qualcosa o per qualcuno, essere preoccupati per l'esame che bisogna fare l'indomani, essere in apprensione perché bisogna subire un importante intervento chirurgico ecc., sono tutti motivi molto comuni di insonnia.

Anche eventi lieti possono causare lo stesso problema. Vincere un'importante gara, essere promossi ad un esame difficilissimo, essere felici perché la ragazza che corteggiavamo da tempo ha accettato la nostra corte, sono tutti motivi di euforia che può provocarci una leggera insonnia.

Al sesto posto troviamo le cause psicologiche, prima tra tutte proprio la preoccupazione di non riuscire ad addormentarsi. Può sembrare il gatto che si morde la coda, ma talvolta è proprio così. A volte è proprio il timore di non riuscire ad addormentarsi a provocare l'insonnia. Anzi un buon numero di insonnie hanno questa origine. Al sonno non si comanda, è una cosa spontanea che viene come conseguenza di uno stato di rilassamento e di assopimento. Chi si vuole addormentare per forza, spesso ottiene l'effetto opposto, causa uno stato di tensione che ostacola l'addormentamento.

Questo tipo di insonnia costituisce il 12,5 % di tutte le insonnie, colpisce particolarmente le donne e peggiora fino a spingere all'uso di ipnotici o di alcol.

In questo caso, non bisogna preoccuparsi tanto della mancanza di sonno, ma della mancanza di riposo. Se si resta a letto rilassati, in uno stato di torpore, anche se non si dorme, si riposa e ciò è sufficiente a permetterci di ricaricarci per l'indomani.

Inoltre, è importante tenere presente che non conta la quantità, ma la qualità. Cinque ore, ma di riposo perfetto, valgono più di 8 ore di sonno agitato e frammentato.

Bisogna convincersi che anche se non si dorme, ma si sta calmi e distesi, si riposa lo stesso. Inoltre, se l'insonnia non è dovuta a cause esterne o ad impedimenti, non fa male e non porta

conseguenze. Il prof. N. Kleitman, professore della University of Chicago, ha passato moltissime ore a fare ricerche sul sonno ed ha potuto constatare che “nessuno è mai morto di insonnia”.

Sam Untermyer, un famoso avvocato internazionale dormiva solo poche ore per notte. Passava metà della notte a leggere e si alzava alle cinque del mattino. Quando gli altri iniziavano la loro giornata, lui aveva già sbrigato metà del suo lavoro. Visse fino ad ottant'anni senza che abbia dormito una sola notte per intero. Se si fosse preoccupato per la sua insonnia, probabilmente si sarebbe rovinato l'esistenza.

In rari casi, l'insonnia è dovuta ad una paura inconscia del sonno. Si vede il sonno come una specie di morte temporanea. Si ha timore di prendere sonno perché si ha paura inconscia di non svegliarsi. Il sonno è uno stato di incoscienza e molte persone temono che possa succedere loro qualcosa, come non riaprire più gli occhi l'indomani. Non si vuol dormire perché si vuole restare sempre vigili e coscienti. È la paura inconscia del buio e della morte.

Un altro motivo frequente di insonnia è l'alterazione dei ritmi circadiani. L'organismo umano come quello della stragrande maggioranza degli animali superiori, è regolato da un sistema di orologi naturali, chiamati ritmi circadiani. Questi, nell'arco della giornata, scandiscono funzioni e bisogni dell'organismo. I cicli circadiani si basano sul ciclo buio - luce giornaliero, di 24 ore e sono regolati dall'ipotalamo che modula i ritmi biologici dell'organismo: ormoni, temperatura, motilità intestinale ecc. compreso il ritmo sonno - veglia. Ovviamente, qualsiasi alterazione di questi cicli può portare alla perdita del sonno.

Un esempio molto noto di alterazione dei cicli circadiani è la cosiddetta: “Jet lag syndrome”, cioè il cambio dovuto al salto dei fusi orari. Si tratta di un disturbo causato dagli spostamenti in aereo in luoghi con fuso orario diverso da quello dove viviamo. È caratterizzato da difficoltà di iniziare o di mantenere il sonno, mancanza di concentrazione, irritabilità ecc.. Nella maggior parte dei casi il disturbo si risolve temporaneamente nel giro di 2 – 3 giorni, a meno che il salto di fuso non sia considerevole, allora ci vuole un po' più di tempo. È un fenomeno abbastanza diffuso tra i piloti d'aereo professionisti.

LA PSEUDOINSONNIA

A volte l'insonnia è un falso problema. Il soggetto ritiene di soffrirne, ma non è così. Il soggetto è convinto di dormire poco e male o di non dormire per niente, sebbene ciò non sia vero. Spesso si tratta di persone il cui sonno è caratterizzato da continui risvegli della durata di pochi secondi, che frammentano il sonno e producono la sensazione soggettiva di una notte passata in bianco. Non esiste un numero di ore che bisogna dormire, valido per tutti.

Dipende dall'età, fino a 6 mesi si dorme 18 ore su 24, si passa poi a 14 ore al giorno dopo un anno; 10 ore a 10 anni. Il bisogno di sonno, infine, decresce molto nell'anziano.

Negli adulti varia da persona a persona, di solito 7 – 8 ore, ma ci sono quelli a cui bastano 5 ore per sentirsi perfettamente. Toscanini, il famoso musicista, ad esempio, dormiva solo 5 ore per notte.

Altre cause di insonnia possono essere: un pasto abbondante prima di andare a dormire, un materasso scomodo, un ambiente sfavorevole al sonno ecc.. Ci torneremo più avanti, nel paragrafo “sonno agitato, tormentato”.

LE PARASONNIE

Oltre alle insonnie abbiamo le PARASONNIE che sono: il sonno tormentato e il sonnambulismo.

SONNO AGITATO. Il soggetto riesce ad addormentarsi, ma il sonno è scarso e di pessima qualità. È il caso di quelle persone che la mattina si svegliano più stanche di quanto si sono addormentate. Spesso hanno frequenti risvegli durante la notte o si agitano molto nel sonno.

Questo tipo di problema ha più o meno le stesse cause dell'insonnia, perciò quanto detto qui, in una certa misura è valido anche per il caso precedente.

Di solito il sonno riflette le attività della giornata: vita frenetica e piena di ansia = sonno agitato. Vita calma e senza affanni = sogni tranquilli.

In particolare, favoriscono il sonno agitato:

- Andare a dormire dopo un'abbondante cena, specialmente se si ha una digestione lenta e difficoltosa.

- Dormire in modo scomodo; in poco spazio, in una posizione innaturale, avere un materasso troppo rigido o troppo morbido, riposare in un ambiente freddo ed umido o al contrario troppo caldo. È meglio perdere un po' di tempo per sistemarsi bene, per preparare per bene il letto, riscaldare un po' l'ambiente ecc., in modo che poi si dormirà tranquilli.

- Prima di andare a dormire si deve evitare di vedere film di orrore o particolarmente impressionabili. Se capita una sera di essere sconvolto dalle scene di un filmato, non bisogna andare subito a letto. Meglio chiudere la televisione e fare qualche attività leggera o una passeggiata.

- Allo stesso modo, non si deve andare a dormire subito, se si è in preda ad una forte emozione. Ad esempio, se si è in collera per qualche motivo, è bene calmarsi prima di mettersi a letto. A tale scopo è utile fare qualche esercizio di rilassamento.

- Se si soffre di qualche disturbo della personalità, bisogna ricorrere alla psicoterapia. Solo quando ci si è liberati dalle "zavorre" mentali si riuscirà ad avere sonni veramente tranquilli. Non a caso Freud cercava di individuare le nevrosi dei suoi pazienti indagando sui loro sogni.

- Se un incubo vi sveglia nel cuore della notte, non giratevi dall'altra parte riaddormentandovi, altrimenti 80 volte su 100, il sogno riprenderà. Invece è meglio svegliarsi, nel caso alzarsi e fare qualche azione cosciente. Bisogna riprendere a dormire solo dopo essere stati alcuni minuti svegli, così da spezzare il filo del sogno.

- Se ci si sveglia stanchi o a pezzi, non bisogna stressare ancor di più il proprio organismo con un inizio frenetico. Si ha bisogno di una "partenza" morbida, dolce. Non bisogna sottoporre il proprio organismo subito ad un ritmo stressante, è meglio partire piano, aumentando man mano il ritmo. Anzi, se i propri risvegli sono traumatici, meglio alzarsi una mezz'ora prima e passare un po' di tempo a rilassarsi e a ricaricarsi.

Ci spieghiamo meglio. Una volta svegli, bisogna distendersi su un divano o su un letto e praticare un esercizio di rilassamento.

È necessario lasciare che tutta la tensione accumulata con un sonno tormentato "defluisca lentamente". Solo dopo si può iniziare lentamente a prepararsi per andare al lavoro. Date tempo al vostro organismo di riprendersi da una notte agitata, in quanto può essere più stanco di quando si è addormentato.

IL SONNABULISMO. Spesso si fa molta ironia su questo disturbo. I sonnambuli sono rappresentati come persone in pigiama che, ad occhi aperti e braccia tese in avanti, camminano pericolosamente sui tetti o sui cornicioni.

Quanto c'è di vero? Molto poco. Nella maggioranza dei casi, infatti, il sonnambulismo si manifesta con una serie di gesti che mimano azioni finalizzate a vestirsi o a fare toilette personale. Solo poche volte c'è deambulazione o il soggetto si affaccia ad una finestra o esce di casa.

Gli episodi, inoltre, durano di solito solo alcuni minuti, quasi mai più di mezz'ora.

Se si assiste ad un episodio di sonnambulismo è bene non intervenire e limitarsi unicamente a sorvegliare la persona che non si metta in una situazione di pericolo. Di solito i soggetti affetti da tale disturbo al risveglio non ricordano niente.

PARLARE NEL SONNO. Non è niente di grave. È dovuto ad uno straripamento delle attività oniriche. Il soggetto, cioè, sogna e questi sogni sono così realistici che parla. Non bisogna preoccuparsene o fare qualcosa per evitarlo, perché è ritenuta una cosa normale.

Ha la stessa origine il bruxismo, cioè il digrignare i denti durante il sonno. Gli episodi di bruxismo si possono ripetere anche decine di volte per notte e con il passare del tempo possono causare dolore alla mandibole, usura dei denti o danno periodontale.

Se si osserva bene questi soggetti si noterà che sono soliti digrignare i denti anche durante lo stato di veglia (anche se spesso in modo poco evidente), in particolare quando provano rabbia, delusione o forti emozioni negative. Il miglior sistema per evitare questo problema è abituarsi a non farlo durante il giorno, automaticamente ciò avverrà meno di frequente anche nel sonno.

LE IPERSONNIE

Accanto alle insonnie e alle parasonnie troviamo anche il disturbo opposto: le ipersonnie, cioè quelle particolari situazioni caratterizzate da eccessiva sonnolenza e da frequenti desideri di dormire durante il giorno.

NARCOLESSIA. È senz'altro la più seria delle ipersonnie, è caratterizzata da invincibili attacchi di sonno durante il giorno, attacchi che possono essere improvvisi e durare da pochi minuti ad un'ora. Se sono molto brevi possono anche non essere avvertiti dalle persone, infatti esse si addormentano un istante per poi risvegliarsi e riprendere la loro attività al punto in cui l'avevano lasciata.

Se si è alla guida di un'automobile o si fa un lavoro di responsabilità, può essere molto pericoloso. Le persone che soffrono di tale problema non dovrebbero mai fare attività in cui è indispensabile la vigilanza costante e continua.

LA TERAPIA

Il metodo migliore per combattere l'insonnia è risalire alla causa, o alle cause, che ne sono all'origine. Non si può improvvisare o procedere a casaccio.

Una volta che tutti i motivi, che sono alla base dell'insonnia sono stati individuati, bisogna agire in modo da rimuoverli o da risolverli. Se, ad esempio, siete insonni perché dormite in un ambiente rumoroso, non vi resta che cambiare stanza o casa. Se siete agitati perché preoccupati per un esame, meglio prendere una tisana e così via.

È opportuno anche cambiare atteggiamento mentale nei riguardi del sonno. Non bisogna considerarlo solo “un’inutile perdita di tempo”, ore buttate via. Ma tempo utile, passato a “ricaricare” il proprio organismo, sfinito da una giornata di lavoro. Spesso, più o meno coscientemente, resistiamo al sonno perché pensiamo che è tempo impiegato in modo stupido e che in quelle ore potremmo fare tantissime cose.

La nostra società spesso condanna la stanchezza. Il sonno è visto come una cosa da deboli, da bambini. Quanti giovani si vantano di andare a dormire solo alle 5 del mattino? Il sabato sera, non si fa forse a gara a chi torna più tardi dalla discoteca?

Siamo abituati a coltivare il mito dell’uomo energico, sempre attivo, in movimento. Chi crolla, si stanca, si assopisce, è disprezzato. In molti ambienti non si ride forse di chi va a letto prima di mezzanotte? Non si dice in modo dispregiativo “andare a letto con le galline”?

Tutto ciò porta disprezzare il sonno, a rifiutarlo. Bisogna, invece, convincersi che il sonno è un’attività importante e fondamentale della nostra vita. Nessuno può sopprimerlo impunemente o ridurlo a poche ore per notte.

Bisogna, perciò, evitare di acquisire una cattiva abitudine: quella di respingere il sonno. Se ogni volta che ci viene voglia di assopirci, ci rifiutiamo di farlo, a poco alla volta potremo avere difficoltà a prendere sonno. Se vi abituate a saltare tutte le “fermate”, niente di più facile che il vostro “treno” impari a tirare sempre diritto.

Ma non esistono solo metodi passivi, ci sono anche dei metodi attivi. Vediamo quelli più comuni:

- Andare a dormire sempre alla stessa ora e cercare di dare un ritmo regolare al sonno. Non importa se non si ha sonno, mettersi a letto soprattutto per riposare. Se ci si annoia si può leggere un libro (non impegnativo) o vedere la televisione.

L’importante è che sia un’attività rilassante e distensiva. Soprattutto, non si deve essere costretti a pensare o a riflettere, si deve essere soltanto ricettivi. Gli stimoli devono raggiungere gli organi di senso e finire là. Si deve diventare uno “spettatore passivo”.

- Non fare esercizi fisici prima di andare a dormire. Non ci si riferisce ad attività leggere, ma ad attività impegnative, stressanti. L’attività fisica attiva le risorse del corpo, mobilità le energie che è il contrario di quello che deve fare una persona che vuole andare a dormire.

- Ripetere sempre lo stesso rituale prima di addormentarsi: indossare il pigiama, lavarsi i denti, bere una tisana rilassante ecc.. Si è visto che tutte queste azioni, una volta che ci si è abituati, predispongono l’organismo al riposo. Diventano degli esercizi preparatori.

- Fare qualche esercizio di respirazione profonda, un bagno caldo o sorseggiare una tazza di latte (il latte ed i latticini contengono triptofano, un aminoacido necessario alla sintesi della serotonina, uno degli ormoni che favoriscono il sonno). È utile anche prendere una camomilla, una tisana

- Durante il giorno bisogna stancarsi. È chiaro che se non si fa niente tutto il giorno, se mai riposando anche di pomeriggio, la sera poi non si ha sonno. Al contrario più si è stanchi, più ci si addormenta facilmente (senza però cadere nell’eccesso opposto, perché quando si è molto stanchi, di solito si ha difficoltà anche a prendere sonno). Ricordarsi che un po’ di attività fisica durante il giorno aiuta, poi di sera, a prendere sonno.

- Evitare, come abbiamo già detto, pasti abbondanti di sera. Anche andare a dormire a stomaco completamente vuoto può dare dei problemi, l’ideale è consumare un pasto leggero.

- Fumare poco prima di coricarsi. La nicotina, al pari della caffeina, ha un effetto eccitante.

- Se si soffre di insonnia non bisogna dormire di pomeriggio, né esagerare con le ore di sonno di notte. È chiaro che se la notte precedente si è rimasti a letto 12 – 13 ore, la sera seguente, poi, si ha difficoltà a prendere sonno.

- Per dormire è strettamente necessario distendere i muscoli. Se restano in qualche modo tesi è difficile, poi, prendere sonno. Perciò se ci si accorge che si è troppo tesi, praticare degli esercizi di rilassamento.

- Se ci si agita in continuazione, ci si gira e rigira mille volte insonni, sarà difficile che si riesca ad addormentarsi. Ci si deve, invece, costringere a restare fermi per un po' di tempo. Un nostro amico aveva la moglie che tutte le sere faceva sempre così, incominciava a muoversi e a girarsi in continuazione dicendo che non aveva sonno. Una sera seccato, l'uomo scoprì il sistema giusto, le assestò una pedata nel sedere. La donna fu costretta così a restare ferma e in pochi minuti si addormentò. Talvolta anche le pedate possono essere terapeutiche.

- Se il problema è un rumore inopportuno, il rimedio consiste nel trasformarsi in ricettori volontari di quel tale rumore, cioè concentratevi volutamente nel suo ascolto. “Una volta mi toccò dormire in camera con un altro pellegrino che cominciò a russare così rumorosamente che avrebbe svegliato un morto. Dapprima ne fui spazientito, poi applicai il metodo di ascoltare volutamente soltanto il russare del mio vicino e di rendermene conto; dopo pochi minuti dormivo.” Irala, 1969.

I FARMACI. Tantissime persone, appena vedono che il sonno tarda a venire prendono subito un sonnifero. È la scelta giusta o non?

Il farmaco non risolve il problema, lo evita soltanto. Non agisce sulla causa, ma sul sintomo. Dopo un poco di tempo induce dipendenza fisica e psicologica, in pratica si diventa dipendenti dalla “pillola”.

È utile, invece, usare i sonniferi solo e sempre per brevi periodi, sotto controllo medico e cercando sempre di rimuovere la causa che è alla base dell'insonnia. In effetti devono essere un supporto, non la soluzione.

Molto meglio sono le tisane, preparati naturali comprati in erboristeria, non hanno controindicazioni e tutto al più inducono una dipendenza di tipo psicologico molto leggero. Però bisogna tenere conto che hanno un'azione più lenta e che, quindi, vanno prese almeno un'ora prima di andare a letto.

Ottimi sono gli integratori alimentari a base di **melatonina**, anche se danno esiti sensibilmente diversi a seconda delle persone. La maggior parte delle volte danno risultati eccezionali, qualche volta deludenti.

TERAPIA di GRUPPO. È un ottimo metodo, senz'altro tra quelli più efficaci. Incontrarsi con altre persone due volte la settimana per parlare del proprio disturbo, aiuta molto a renderci coscienti dei meccanismi inconsci che ne sono alla base.

L'esperienza degli altri, spesso è illuminante; scambiarsi idee e consigli con altre persone che soffrono dello stesso disturbo non solo è utile, ma è confortante. Non si dice forse “mal comune mezzo gaudio”?

Infine, non sono da trascurare i metodi tradizionali. Spesso sono più efficaci dei sistemi più moderni. Il più conosciuto è quello di contare mentalmente le pecore che saltano una staccionata, ma qualsiasi cosa che sia monotona e noiosa è utile allo scopo.

Note. *¹ Vedi capitolo la terapia.

CAPITOLO IX

I DISTURBI DELLO SVILUPPO



La classificazione dei disturbi dello sviluppo è cambiata radicalmente in questi ultimi trenta anni. Il DSM I e il DSM II trattavano i disturbi dell'età evolutiva come una sorta di estensione verso il basso dei disturbi dell'adulto. Ai bambini venivano adattate diagnosi studiate o usate per le persone adulte. Era un sistema inefficace, che ben presto evidenziò i suoi limiti, facendo sorgere la necessità di trattare in modo autonomo i disturbi che potevano interessare l'età che va dall'infanzia all'adolescenza.

L'esigenza di un cambiamento nel sistema di classificazione spinse nel 1966, il "Group of Advancement of Psychiatric" (GAP), un'organizzazione di psichiatri americani, a sviluppare uno schema diagnostico specifico per i bambini. Il loro lavoro fu incorporato nel DSM III che, a differenza delle precedenti edizioni, conteneva una sezione specifica con 40 diagnosi specifiche da applicare unicamente ai bambini.

Sebbene molti studi sui criteri diagnostici proposti dal DSM III per l'infanzia indicano un grado di attendibilità non particolarmente alto, la sua accettabilità può essere considerata discreta. Risulta eccellente per alcune categorie specifiche, ad esempio, il disturbo da deficit di attenzione, l'ansia di separazione, l'anoressia nervosa ecc., ma non per altri, come il disturbo della condotta di socializzazione.

I disturbi delle persone in età da sviluppo differiscono dai disturbi dell'adulto per un aspetto fondamentale. Mentre l'adulto richiede un trattamento per se stesso in quanto ritiene di avere dei problemi per i quali desidera essere aiutato, la maggioranza dei bambini vengono così definiti dagli altri. Ciò significa che quando un bambino viene invitato per un trattamento psicologico, un adulto ha avuto la sensazione che questo bambino sia disturbato.

Ma è davvero così? Tal bambino è veramente difficile da gestire o semplicemente ricorda a sua madre il marito da cui è separata? Una certa bambina è veramente distratta o è semplicemente annoiata dalla scuola, perché le vengono proposti contenuti troppo semplici per la sua vivace intelligenza?

Sono tutti interrogativi che ci devono far riflettere ed invitare alla prudenza, non fosse altro perché si tratta di minori che possono restare danneggiati nel caso di diagnosi errata o di trattamenti inutili.

Chiaramente, dato lo spazio a nostra disposizione, il nostro sarà un approccio limitato. Le nostre conoscenze sui disturbi dello sviluppo sono così vaste ormai che per una loro esauriente trattazione sarebbe necessario un volume specifico. Qui ci limiteremo solo agli aspetti essenziali.

I principali disturbi dello sviluppo sono:

- I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO

- I DISTURBI DI CONTROLLO COMPORTAMENTALE, che sono: deficit di attenzione con iperattività, i disturbi della condotta, l'eccesso di controllo comportamentale (o timidezza infantile).
- IL RITARDO MENTALE
- L'AUTISMO
- LA SCHIZOFRENIA INFANTILE
- LA DEPRESSIONE INFANTILE

I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO

I bambini con disturbi di apprendimento presentano significativi deficit nell'apprendimento di una o più abilità o di gruppi di informazioni, difficoltà che non possono essere spiegate in base all'età o ad un'istruzione inadeguata. La dizione disturbi dell'apprendimento comprende i problemi dell'apprendimento e dell'insieme delle abilità cognitive che si manifestano con difficoltà nell'assimilare nuove informazioni o comportamenti. Nei test che riguardano le abilità in questione, i bambini con tali problemi, mostrano capacità sensibilmente al di sotto della media.

Anche se sono state identificate numerose sindromi, il DSM III elenca 4 tipi principali di disturbo dello sviluppo.

- DISLESSIA o disturbo evolutivo della lettura. I bambini con tale sindrome hanno difficoltà ad imparare a leggere, in particolare trovano difficile distinguere alcune lettere (di solito quelle più complesse come la W, Y, H ecc.) e a comprendere il significato di quanto letto. La lettura di questi bambini è lenta, la loro comprensione piuttosto limitata ai contenuti più semplici. Spesso omettono, aggiungono o distorcono le parole.

- DISTURBO DELLO SVILUPPO DEL CALCOLO. I bambini affetti da questo disturbo hanno difficoltà nell'esecuzione di calcoli matematici, talvolta anche semplici. Tale disturbo è studiato meno degli altri e non si sa molto su di esso. In forma lieve interessa moltissimi alunni, in particolare di sesso femminile, che trovano "antipatica" la matematica ed incontrano notevoli difficoltà ad apprenderla. Spesso dipende da un'istruzione inadeguata (cioè l'alunno manca delle basi necessarie per affrontare studi più complessi), in questo caso le difficoltà devono imputarsi agli insegnanti che non hanno saputo presentare i contenuti in modo adeguato. Altre volte, si tratta di soggetti con scarse attitudini personali. Le cose cambiano sensibilmente da individuo ad individuo.

- DISTURBO DELLO SVILUPPO DEL LINGUAGGIO. Può essere di tipo ricettivo o espressivo. Nel primo caso il bambino ha difficoltà a capire il linguaggio parlato o espressivo; nel secondo, invece, il bambino ha difficoltà ad esprimersi con la parola.

Nella forma ricettiva il bambino può sembrare sordo, tanto è carente nella comprensione di ciò che ascolta. Nella forma espressiva, invece, il bambino pur desiderando comunicare non riesce a trovare le parole giuste o non sa costruire la frasi in modo corretto. Ad esempio, a 4 anni sa dire solo frasi brevi o molto elementari.

Per lo più il problema è imputabile ad un'istruzione inadeguata o lo si riscontra nei bambini che vivono isolati in campagna (o in un ambiente povero di stimoli).

- DISTURBO DI SVILUPPO DELL'ARTICOLAZIONE. Il linguaggio dei bambini affetti da tale disturbo rassomiglia al balbettio di un bambino piccolo. In particolare hanno difficoltà ad

articolare suoni complessi composti da più lettere, come “stra, schi, spri” ecc.. È un disturbo abbastanza raro.

L'EZIOLOGIA. Le cause che possono dar luogo a disturbi dell'apprendimento sono varie e possono essere sia di tipo fisiologico che psichico. In pratica qualsiasi fattore interferisca con i processi cognitivi di assimilazione può causare problemi di apprendimento.

Incominciamo dai fattori fisiologici. Anni fa si parlava di “danno cerebrale minimo”. Oggi esistono varie ipotesi sui difetti in aree cerebrali che possono essere responsabili dei disturbi dell'apprendimento. Si pensa ad esempio, che i soggetti con difficoltà di linguaggio abbiano danni al lobo frontale sinistro. Oltre a lievi deficit cerebrali e a predisposizione genetica (fratelli monozigoti, ad esempio, spesso hanno le stesse difficoltà nella lettura; Benton, 1978) le difficoltà di apprendimento possono essere causate da una dieta povera o sbilanciata (come carenze di vitamine o di proteine) o da fattori ambientali come l'avvelenamento da piombo.

Tra i fattori biologici vanno annoverati malattie, come la sindrome di Down, che portano come conseguenza il ritardo mentale.

FATTORI PSICOLOGICI. Innanzitutto bisogna distinguere tra disturbi di apprendimento primari e secondari. In molti casi, infatti, il problema è secondario ad un altro disturbo, come può essere il deficit di linguaggio in un bambino autistico. Altri disturbi abbastanza comuni che portano come conseguenza difficoltà di apprendimento sono: il ritardo mentale (trattato più avanti), disturbi di ansia ecc..

Passiamo ora ai disturbi di apprendimento primari. Esistono due posizioni principali. La maggior parte degli psicologi attribuiscono il disturbo di apprendimento a disfunzioni del processo percettivo. I bambini, cioè non riescono ad apprendere perché fanno errori nel percepire gli input esterni. Ad esempio, i bambini dislessici possono scambiare una lettera per un'altra, una d per una b. Tale teoria ha trovato degli effettivi riscontri nella pratica.

Negli scritti di alcuni bambini spesso le lettere sono invertite o le parole scritte a rovescio. Però appare subito evidente che è impossibile generalizzare tale spiegazione a tutti i casi. È una spiegazione che va bene in alcuni casi, ma non in tutti.

La seconda posizione, anch'essa molto diffusa, vede il disturbo di apprendimento come il risultato di un'istruzione inadeguata. Secondo questi studiosi, si tratta di un problema di insegnamento, piuttosto che di apprendimento (Englemann, 1969). L'alunno, ad esempio, che non ha avuto buoni insegnanti alle scuole elementari può accumulare dei ritardi e trovarsi in difficoltà alle scuole medie. Certe abilità non sviluppate o “allenate” in modo opportuno possono, poi creare serie difficoltà di apprendimento. Si tratta di soggetti che gli insegnanti descrivono come di alunni a cui “*mancano le basi*”.

Anche questa spiegazione è valida per una buona percentuale di casi, ma è senz'altro insufficiente a spiegarli tutti. Individua solo una delle cause che possono dar luogo a disturbi di apprendimento.

Altre volte i disturbi dell'apprendimento sono correlati alle deficienze di capacità o di strutture mentali. Nelle pagine che seguono vedremo le patologie della memoria, dell'intelligenza, dell'attenzione ecc., ebbene ognuno di essa può dar origine a un disturbo dell'apprendimento.

In particolare possono esistere problemi:

nelle funzioni PERCETTIVE, evidenziabili da difficoltà di orientamento, difficoltà di capacità visivo spaziali, difficoltà di differenziazione dei suoni ecc..

Nelle FUNZIONI DELLA MEMORIA comprendenti la ritenzione delle informazioni a breve e a lungo termine, le strategie mnemoniche (ripetizione), il recupero e la produzione delle parole.

Nelle FUNZIONI INTELLETTIVE, ci si riferisce a ritardo mentale, un QI particolarmente basso, scarse capacità di ragionamento, di concettualizzazione, di organizzazione e pianificazione delle informazioni per la soluzione dei problemi ecc..

Nelle FUNZIONI ESPOSITIVE, con questo termine si intende qualsiasi disfunzione nella produzione (come le balbuzie), in particolare disfunzioni del linguaggio di base, difficoltà espositive ecc..

Di questi disturbi parleremo nel capitolo X. Quasi tutte le patologie delle capacità mentali in soggetti in età da sviluppo, infatti, portano come conseguenza problemi di apprendimento.

LA TERAPIA

Il primo passo per un intervento mirato ed efficace dei disturbi dell'apprendimento è una diagnosi precisa che individui tutte le cause che possono essere all'origine del problema, siano esse di ordine fisiologico o di tipo psicologico. Perciò è opportuno procedere ad una valutazione multidisciplinare comprendente sia i fattori medici, sia quelli psichici, sia quelli scolastici, che quelli dello sviluppo del bambino.

Dal punto di vista medico va fatto un esame obiettivo generale ed un esame neurologico. Vanno annotati l'uso di farmaci ototossici, le malattie materne e tutte le complicanze verificatesi nel corso della gravidanza o del parto. I bambini con problemi di apprendimento spesso presentano un insieme di diverse anomalie fisiche minori. Sono state chiamate in causa anche infezioni acute o croniche dell'orecchio, con perdita dell'udito, le allergie e le malattie ricorrenti associate a deficit autoimmuni.

Dal punto di vista psicologico bisogna verificare l'intelligenza sia verbale che non verbale. Sono essenziali le valutazioni intellettive, educative, psicologiche e del linguaggio che vanno integrate tra di loro per determinare il grado di discrepanza tra le varie capacità, le deficienze nell'uso di strategie efficaci dell'apprendimento ed il grado di integrità della memoria e del ragionamento. È altresì importante una valutazione educativa che identifica le abilità ed i deficit nella lettura e nella scrittura, nell'aritmetica e nello scrivere le lettere di una parola.

La valutazione psicologica deve, invece, valutare i disturbi della condotta, la scarsa stima di se stessi e le depressioni della prima fanciullezza che di frequente accompagnano i disturbi dell'apprendimento.

Tutto ciò porta come conseguenza che non esistono metodologie valide per tutti i casi. Il trattamento va incentrato, a seconda dei casi e delle situazioni, sull'uso di terapie mediche, comportamentali e psicologiche.

Se il problema è solo di ordine scolastico è consigliabile predisporre un itinerario educativo individualizzato adatto alle reali capacità e alle potenzialità dell'allievo. Partendo dai test

diagnostici e dall'osservazione sistematica dei livelli di apprendimento bisogna valutare quale è il programma di insegnamento più efficace. Molti bambini necessitano di insegnamenti supplementari in una certa area, mentre potranno continuare a frequentare i corsi manuali normali.

Altri, invece, avranno bisogno di programmi didattici individualizzati ed intensivi per conciliare le loro necessità di istruzione. Le cose variano sensibilmente da caso a caso e per ognuno di essi bisogna predisporre strategie opportune.

Abbastanza efficaci si sono rivelate le tecniche comportamentali che consistono nel rinforzare tutte le risposte corrette dell'allievo e nell'ignorare le altre. Ogni volta che il ragazzo sbaglia, l'istruttore ripete la risposta giusta, ritornando su di essa in seguito per rendere più stabile l'apprendimento. Un esempio di questa tecnica ci è riferito da Staats e Butterfield (1965). Essi assistettero un ragazzo di origine messicana il quale riusciva a malapena a leggere.

Le loro strategie si basavano su due tecniche: dividere l'insegnamento in piccole fasi e rinforzare le risposte giuste. Il primo compito che diedero al giovane fu quello di fargli imparare un certo numero di parole scritte su schede. Usando gettoni, che il ragazzo poteva scambiare con oggetti di suo gradimento, essi rinforzavano sistematicamente ogni nuova parola che imparava a pronunciare correttamente. Ogni volta che sbagliava, invece, l'insegnante ritornava sulla parola letta male, ripetendola e facendola ripetere poi al ragazzo.

In ultimo, l'allievo doveva rileggere la storia in silenzio e rispondere alle domande di comprensione che gli venivano fatte. Dopo un periodo di 4 mesi e mezzo, il ragazzo aveva fatto consistenti progressi nella lettura e nella comprensione dei vari brani.

La maggior parte delle terapie mediche, neurologiche o biochimiche, comunemente raccomandate per i bambini con disturbi di apprendimento non danno risultati positivi. I farmaci hanno un impatto minimo sul rendimento scolastico, a meno che il problema non è di ordine fisiologico o è legato a patologie come carenze nutrizionali, malattie organiche (ad esempio, ipertiroidismo). Alcune medicine, però, possono risultare efficaci nell'aumentare l'attenzione e la concentrazione dell'allievo.

I DISTURBI di CONTROLLO COMPORTAMENTALE

Si possono distinguere due distinte categorie generali di comportamento ipocontrollato: il disturbo da deficit di attenzione con iperattività e problemi della condotta, anche se spesso le due cose si presentano insieme.

I bambini con tale sindrome hanno difficoltà a concentrarsi su una sola attività e spesso vagano da un compito all'altro senza finire i progetti incominciati. In particolare sono incapaci di eseguire compiti o giochi che comportino un'attenzione prolungata.

Talvolta tale problema è di origine organica, ad esempio, ipertiroidismo, insufficienze epatiche, danni cerebrali ecc.. Per il trattamento di tale disturbo rimandiamo a quanto scritto nel capitolo X. In pratica, tali bambini devono abituarsi a finire sempre i compiti che iniziano e a non lasciare a metà le attività che intraprendono.

DEFICIT di ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ

Il problema principale dei bambini iperattivi, al contrario dei casi considerati nel paragrafo precedente, è nella loro incapacità ad eseguire attività stando seduti tranquilli o che richiedano pazienza e concentrazione. Essi sono disorganizzati, instabili e inopportuni e sembrano incapaci di smettere di muoversi o di parlare. Questi bambini si comportano in modo impulsivo e agiscono

senza riflettere. Tutti i loro movimenti e le loro attività sembrano casuali. Fanno quasi tutto rapidamente e in modo maldestro, rompono i loro giocattoli e ben presto esasperano genitori e insegnanti.

Molti di questi bambini hanno eccessive difficoltà a stare con i coetanei e a stabilire amicizie (Whalen, 1983) perché il loro comportamento risulta fastidioso. Generalmente vengono descritti dagli adulti come irrequieti ed immaturi. Paragonati ai bambini normali, però, non presentano carenze intellettive o nelle relazioni sociali. Sembra, piuttosto che essi non “facciano le cose giuste al momento giusto” (Paulauskas e Campbell, 1986). Non eseguono quasi mai fino in fondo i compiti assegnati dagli educatori, a volte distruggono o rovesciano i giochi affidati loro ed in alcuni casi diventano anche aggressivi.

Si è sempre pensato che l'iperattività si attenuasse con l'adolescenza. Ciò è vero fino ad un certo punto. Da uno studio di Wallander e Hubert, infatti risulta che i bambini iperattivi continuano ad avere problemi anche durante l'adolescenza ed alcuni persino nei primi periodi dell'età adulta. Ad ogni modo, anche se la loro iperattività tende a diminuire nell'adolescenza, essi continuano ad avere più difficoltà dei coetanei nell'apprendimento. Non di rado alcuni di questi soggetti da adulti diventano alcolisti o hanno un maggior numero di incidenti automobilistici rispetto alla popolazione generale.

Non deve meravigliare, quindi, che sia il disturbo di deficit di attenzione, sia l'iperattività siano spesso associate a difficoltà scolastiche. Da alcune ricerche fatte è risultato che si riscontrino gravi problemi di apprendimento in tre quarti di un campione di bambini iperattivi o con deficit di attenzione (Safer e Allen, 1976).

L'EZIOLOGIA. L'eterogeneità del disturbo suggerisce la multifattorialità del disturbo; perciò di solito, qualsiasi fattore che risulti associato con la sindrome può riferirsi solo ad un gruppo di essi.

Una prima spiegazione può essere ricercata nella predisposizione familiare. Morrison e Stewart (1971), ad esempio, trovarono che il 20% dei bambini iperattivi aveva un genitore che era stato iperattivo. Risultati simili sono riferiti anche da Gross e Wilson (1974). È evidente che in un certo numero di casi costituisce un fattore influente e significativo.

Una seconda spiegazione data all'iperattività, sempre su basi biochimiche, indica come causa dell'iperattività l'ipersensibilità di alcuni bambini ai salicilati e ad altre sostanze chimiche presenti negli additivi dei cibi. È una teoria proposta da Feingold (1973) che notò che una donna affetta da allergie era anche in cura da uno psichiatra per una condotta frenetica ed incontrollabile. Sospettando che tale disturbo fosse imputabile ad un'allergia all'aspirina e ad altri salicilati, prescrisse l'astensione totale da tali sostanze. I risultati furono sorprendenti, sia i sintomi allergici, sia l'iperattività diminuirono rapidamente.

Altre ricerche, come quella di Hawley e Buckley (1974) hanno confermato questa teoria. Sembra che il sistema nervoso centrale di alcuni bambini fosse eccessivamente sensibile agli additivi alimentari. Ma come nel caso precedente è una spiegazione che soddisfa un certo numero di casi, non è assolutamente applicabile a tutti i soggetti affetti da tale sindrome.

Sempre tenendoci nel campo delle ipotesi fisiologiche, un altro motivo che può causare il disturbo di apprendimento sono i danni cerebrali. È stato osservato che spesso le madri di questi bambini hanno avuto gravidanze difficili (Pasamanick, Rogers e Lilienfeld, 1956) e nell'infanzia i

bambini iperattivi presentano più frequentemente crisi epilettiche, encefaliti, paralisi cerebrali e traumi cranici (Convers et al., 1972).

L'efficacia di farmaci psicostimolanti è stata considerata fino ad una ventina di anni fa una prova a sostegno della teoria fisiologica dell'iperattività. Le amfetamine aumentano l'energia di chi li assume, accrescono l'attenzione e diminuiscono il livello di attività nei bambini iperattivi. Tale spiegazione oggi non è più considerata valida in quanto si è visto che anche i bambini normali rispondono alle amfetamine con un incremento dell'attenzione e un'attenuazione dell'attività (Rapoport et al., 1978).

Ma la causa più comune di iperattività è un'irregolare secrezione ormonale della tiroide, sindrome chiamata ipertiroidismo. I sintomi più frequenti sono nervosismo ed iperattività, ipersensibilità al caldo, palpitazioni, insonnia, evacuazioni frequenti occasionalmente con diarrea ecc.. Nell'ipertiroidismo c'è un notevole incremento dell'attività adrenergica; molti farmaci che bloccano la stimolazione del sistema nervoso simpatico riducono i sintomi dell'ipertiroidismo. Ci si può accertare che il bambino non sia affetto da ipertiroidismo con un semplice esame del sangue.

Per quanto riguarda i fattori psicologici, la teoria che sembra spiegare meglio questa patologia è quella di Bettelheim (1973). Egli sostiene che l'iperattività si sviluppa quando una predisposizione al disturbo, si accoppia con una poco felice educazione ricevuta dai genitori. Un bambino con una predisposizione all'iperattività può sentirsi stressato dalla madre se quest'ultima si mostra quasi sempre impaziente e risentita. Il rapporto madre-figlio, allora, diventa conflittuale e disturbato. Il bambino si mostra insofferente alle richieste di obbedienza della madre e l'atteggiamento materno diventa ancora più negativo e di disapprovazione. Tale rapporto si riflette, poi sul comportamento del bambino a scuola, dove spesso mostra un carattere ribelle e non è disponibile ad accettare le regole della classe.

Questa spiegazione è stata confermata da uno studio di Battle e Lacey, 1972, che ha osservato che le madri dei bambini iperattivi sono spesso critiche nei loro confronti e relativamente poco affettuose. Non solo sono portate a rimproverare in continuazione il loro figlio (che di solito non ubbidisce), ma raramente somministrano punizioni severe in caso di disubbidienza. In parole povere, si tratta di donne che "gridano" in continuazione e rimproverano i loro figli anche quando non dovrebbero, ma sono incapaci di imporsi e di farsi ubbidire.

LA TERAPIA

Comunemente vengono usati due tipi di trattamenti per iperattività. Uno farmacologico ed uno comportamentale.

Per quanto riguarda il primo, farmaci stimolanti, specialmente il metilfenidato o il Ritalin sono usati con buoni risultati già dai primi anni 60. Si è valutato che il Ritalin è somministrato dal 1% al 2% dei bambini americani che mostrano segni di iperattività.

Un altro trattamento, sempre a livello somatico, abbastanza usato per i bambini affetti da questo disturbo è la cosiddetta dieta di Feingold. Si tratta di diete composte di cibi privi di ingredienti come aromi e coloranti artificiali, sostanze conservanti e salicilati naturali. Come abbiamo già accennato

tale trattamento è efficace solo in alcuni casi, cioè quando si tratta di bambini sensibili a tale sostanze.

Il trattamento d'elezione, chiaramente, resta quello comportamentale. Moltissime esperienze hanno confermato che modalità di intervento basate sui principi dell'apprendimento riescono a migliorare il comportamento sociale e scolastico di questi bambini. Si inizia monitorando il loro comportamento, sia a scuola che a casa, poi si rinforzano i comportamenti appropriati, mentre vengono ignorati o puniti, a seconda dei casi, quelli inadeguati. Più opportunamente è bene inserire tali programmi in una schema di economia a gettoni, cioè il bambino guadagna dei gettoni o delle stelline, che alla fine della settimana vengono scambiati con ricompense tangibili, ogni volta che riesce a controllare la sua iperattività. All'uopo è bene svolgere un'indagine preliminare per individuare i rinforzi a cui il ragazzo è più sensibile.

In questi casi è opportuno puntare su un miglioramento di tutto il rendimento scolastico, piuttosto che solo sul contenimento dell'iperattività. A volte, infine, il bambino è iperattivo perché trova noiose le attività che si svolgono in classe. È bene tenerlo impegnato piuttosto che gridargli sempre di stare buono.

In conclusione, il trattamento ottimale per l'iperattività sembra richiedere l'uso di farmaci in associazione alla terapia comportamentale.

I DISTURBI DELLA CONDOTTA

Non esiste un'unica definizione di tale patologia, anche se può considerarsi disturbo della condotta qualsiasi comportamento scarsamente controllato che risulti nocivo o dannoso agli altri. Si può parlare, cioè, di disturbo della condotta quando ci troviamo in presenza di atti aggressivi non suggeriti da esigenza di difesa, di distruttività, di abitudine alla menzogna e alle parolacce, di vandalismo, di furti, di consumo precoce di alcol e droga o di altri comportamenti asociali. Spesso sono il primo segno di una personalità antisociale, visto che molti di questi bambini, da adulti avranno problemi con la legge (Robins, 1966).

Non è possibile fare uno studio preciso dell'incidenza dei disturbi della condotta, sia perché non esiste ancora una definizione precisa, sia perché la maggior parte dei bambini con problemi di condotta non ricevono alcun trattamento. Si sa solo con certezza che essi sono più frequenti nei maschi che nelle femmine, in rapporto di 3 a 10, secondo stime attendibili, sebbene tale rapporto tende a diminuire in quanto va sempre più aumentando il numero di bambine con tali problemi (Herbert, 1978).

L'EZIOLOGIA. Sono state avanzate numerose teorie per spiegare l'eziologia dei disturbi della condotta, anche se nessuna di essa è risultata esauriente. Come per altri tipi di disturbi è ormai ovvio che i fattori implicati sono molti e che essi variano in modo considerevole da caso a caso.

La prima indagine da fare, quando ci si trova davanti a bambini affetti da tale disturbo, è quella di escludere cause organiche come ipertiroidismo, alterazione di fattori ormonali (ad esempio, aumento dei livelli di testosterone) ecc.. Le ipotesi sull'eziologia fisiologica del disturbo sono confermate anche da molti dati che hanno riscontrato una certa familiarità del disturbo. L'incidenza di comportamenti antisociali nei parenti di bambini con condotte delinquenti è notevolmente più alta rispetto alla popolazione in generale (Cloninger, Reich e Guze, 1975). Studi sui gemelli

mostrano tassi di concordanza più alti per il comportamento antisociale in quelli monozigoti che nei gemelli dizigoti (Eysenck, 1975). È chiaro che si tratta di studi che vanno considerati con molta prudenza perché tali concordanze potrebbero essere frutto dell'educazione e non di fattori genetici.

L'importanza dei fattori psicologici all'origine del disturbo è, invece, sottolineata dal fatto che la maggior parte di questi bambini vengono da famiglie poco unite, in cui regnano situazioni di discordia tra i genitori o sono figli di genitori separati o divorziati (Craig e Glick, 1963).

Ma una caratteristica dei bambini affetti da disturbi della condotta è la mancanza di considerazione per i sentimenti, i desideri e il benessere degli altri, con conseguente scarso sviluppo del senso morale. La maggior parte delle persone, infatti, si trattiene dal far del male agli altri non tanto perché è illegale ed ha paura di finire in prigione, ma perché ciò li farebbe sentire in colpa. Una parte considerevole dello sviluppo di ognuno di noi è lo sviluppo della coscienza morale, di ciò che è giusto e ciò che è ingiusto, di ciò che è bene e ciò che danneggia gli altri.

I bambini con questo disturbo, al pari delle persone affette da personalità antisociale, sembrano essere carenti di tale coscienza e non sembrano rendersi conto che con il loro comportamento fanno del male agli altri. Ciò ha spinto alcuni teorici di impostazione psicomodinamica a parlare di patologia del super-io. Quando i modelli di vita familiare sono carenti nei fattori ritenuti essenziali per lo sviluppo di un forte senso morale, ciò può portare a freni morali troppo deboli e di conseguenza provocare questo tipo di problema.

I teorici dell'apprendimento, invece, spiegano l'insorgenza ed il mantenimento dei problemi della condotta con il modelling ed il condizionamento operante. I figli possono apprendere dai genitori (Bandura e Walters, 1963) o imitare atti aggressivi visti altrove, come in televisione. Se tali comportamenti aggressivi si rivelano in grado di far loro raggiungere gli scopi che si erano prefissati, vengono rinforzati e generalizzati ad altre situazioni simili. Bandura e Walters trovarono che i genitori dei ragazzi antisociali picchiavano i loro figli più spesso dei genitori appartenenti ai gruppi di controllo.

Uno studio successivo, questa volta di Hetherington e Martin (1979) confermò che i bambini affetti dal disturbo della condotta spesso avevano fratelli e padri con un passato di comportamenti aggressivi e criminali.

In ultimo, non deve essere trascurata l'incidenza dei fattori sociali che spesso giocano un ruolo fondamentale nell'incidenza di tale disturbo. L'alto tasso di disoccupazione, gli scarsi mezzi educativi, la vita familiare disgregata e una subcultura che ammette la delinquenza, sono tutti elementi che possono contribuire allo sviluppo nei bambini di problemi della condotta (Gibbons, 1975). Da questo punto di vista i disturbi della condotta sarebbero solo un problema sociale e si risolverebbero migliorando le condizioni economiche di certi strati sociali della popolazione o favorendo lo sviluppo delle aree depresse e sottosviluppate.

È ovvio che per quanto possa avere dei fondamenti di verità questa spiegazione nasce da una visione semplicistica dei comportamenti delinquenti. Ci sono soprattutto due fattori che smentiscono tale tesi:

- 1) Solo una minoranza dei giovanissimi delle classi sociali più basse diventano criminali violenti.
- 2) I problemi della condotta si trovano numerosi anche tra i bambini e gli adolescenti di famiglie delle classi medie e superiori. Spesso i giovani di buona famiglia sono scarsamente rappresentati

nelle statistiche della polizia perché lo status e l'influenza sociale delle loro famiglie impediscono che siano schedati o arrestati quando sono coinvolti in atti di microcriminalità.

È più facile che i fattori sociali siano soltanto dei fattori di facilitazione nell'insorgenza di tale disturbo, piuttosto che la causa primaria. È ovvio che una distribuzione più equa del reddito, programmi che favoriscano l'occupazione e l'innalzamento del livello di vita delle classi sociali più basse, non possono non avere un effetto positivo sull'incidenza di tale disturbo.

LA TERAPIA

I terapeuti comportamentali pongono l'accento soprattutto sulla necessità di rinforzare in maniera positiva tutte le risposte socialmente meritevoli, piuttosto che ricorrere alla punizione del comportamento antisociale. Parecchi studi, ad esempio Barkley et al., 1976, hanno messo in evidenza che il rinforzo sistematico di azioni socialmente positive nei giovani con disturbi della condotta, ha l'effetto di fare diminuire tale i comportamenti.

Questa visione si è rivelata, però, troppo semplicistica. Per primo, non sempre si è in grado di rinforzare i comportamenti meritevoli. Inoltre, anche quando si riesce a rinforzare comportamenti adeguati, non sempre è sufficiente per risolvere tali problemi.

Per secondo, non si possono ignorare le azioni delinquenti fatte da questi giovani. Non intervenire può equivalere, in un certo senso, a rinforzare i loro comportamenti antisociali.

Molto più efficaci e degni di attenzione si sono rivelati i programmi di economia a gettoni (Token economy) usati per i pazienti istituzionalizzati in strutture pubbliche. H. Cohen ed i suoi collaboratori, nel 1971, misero a punto un programma della durata di un anno alla National Training School for Boys di Washington, un centro residenziale statale per giovani maschi accusati di crimini come rapine, furti di auto ed anche omicidi. Questo progetto, conosciuto col nome di Case II, era un programma educativo che si basava principalmente su due modalità di intervento: su una migliore istruzione (si studiavano storia, elettronica, matematica ecc.) e sulla possibilità di guadagnare denaro dimostrando la loro competenza in queste materie. Il denaro guadagnato, poi, poteva essere usato per avere pasti speciali, camere singole, suppellettili di arredamento per la loro camera, vestiario, buoni validi per l'ingresso in una sala ricreazione ecc..

I residenti col tempo diventavano meno aggressivi, si prendevano cura dei loro alloggi e in generale tendevano a comportarsi come giovani adolescenti senza avere seri problemi con la giustizia. Non solo, ma dopo la dimissione da questi centri, per due anni ebbero meno noie con la legge e il loro tasso di recidive nel primo anno fu di un terzo inferiore alla media.

L'efficacia di tale metodo è stata confermata da numerosi studi successivi. Vari esperimenti di piccoli gruppi di giovani che avevano avuto problemi con la legge che vivevano o in appartamenti supervisionati da figure genitoriali sostitutive convidenti dimostrarono la validità di questo approccio. I giovani guadagnavano punti se finivano i compiti per casa, se leggevano libri e giornali, se si mantenevano ordinati e puliti e se aiutavano nei lavori domestici. Dopo un sufficiente miglioramento si passava al sistema dei meriti, cioè la buona condotta non era più ricompensata con rinforzi materiali, ma con lodi, da approvazione, da affetto ecc.. Il passo successivo fu il riavvicinamento alla famiglia di origine. Se i giovani dimostravano di comportarsi bene, potevano passare più tempo a casa ogni settimana.

Quasi tutti questi programmi ottennero un basso tasso di recidività nei primi due anni dopo la dimissione dai gruppi- famiglia.

Un altro programma di ricerca clinica sulle famiglie di bambini aggressivi che ha suscitato notevole interesse in tutto il mondo è stato quello di G. Patterson e collaboratori all'Oregon Social Learning (1973). I genitori dei giovani che potevano essere considerati dei potenziali delinquenti venivano addestrati ad osservare e a registrare la loro interazione con i figli; in particolare dovevano evitare di rinforzare i cattivi comportamenti (ad esempio, non dovevano ridere delle loro bravate e non dovevano far finta di ignorarle) e ricompensare i comportamenti socialmente positivi in maniera più consistente.

Uno studio di controllo a distanza di un anno su giovani che erano stati sottoposti a tale trattamento suggerì che tali interventi erano risultati utili per la maggioranza dei casi, ciò sottolinea l'importanza del fattore educazione per questo tipo di problemi. I giovani che sono seguiti in maniera più attenta dai genitori hanno minori probabilità di soffrire di disturbi di condotta.

Come è anche chiaro che genitori troppo permissivi o troppo spesso assenti possono favorire l'insorgenza di tale tipo di disturbo.

ECESSO DI CONTROLLO COMPORTAMENTALE

(Timidezza infantile, isolamento sociale)

In tutte le classi ci sono 1 o 2 bambini particolarmente introversi, chiusi, piuttosto tranquilli di carattere. Di solito fanno amicizia solo con pochi coetanei, evitando tutti gli estranei. Anche fuori della scuola si rivolgono solo a persone di famiglia. La loro timidezza non solo impedisce loro di socializzare più apertamente e partecipare a giochi ed attività piacevoli, ma spesso ostacola l'acquisizione di abilità psichiche e motorie che sono importanti nella vita.

I bambini con tendenza all'isolamento di solito evitano i giochi che fanno i bambini del vicinato, si rifiutano di parlare davanti agli estranei (ciò è chiamato mutismo elettivo) o in circostanze non a loro familiari. Quando si trovano in pubblico si aggrappano ai loro genitori o parlano a bassa voce o si nascondano dietro mobili e negli angoli. Mostrano di essere avidi di affetto e di approvazione, pongono molte domande sulle situazioni che li preoccupano. Sono affettuosi e confidenziali solo con i membri della famiglia e con gli amici stretti. Poiché non sempre è ritenuto un disturbo e variano i limiti entro i quali può essere considerato tale, non esistono dati statistici attendibili sulla loro frequenza.

L'EZIOLOGIA

Le teorie eziologiche su questo disturbo non sono ancora definitive. È stato ipotizzato più volte che l'ansia porta il bambino ad evitare le situazioni sociali in cui non si sente a suo agio, ma ciò non costituisce una spiegazione, in quanto l'ansia è solo un sintomo, non la causa.

Le ipotesi sono diverse e variano sensibilmente da caso a caso. Per lo più si tratta di bambini che non hanno sviluppato sufficientemente le capacità relazionali pratiche che facilitano l'interazione sociale con i coetanei. È il caso, ad esempio, dei bambini che vivono in zone rurali isolate o in montagna o che hanno trascorso la maggior parte della loro infanzia solo con persone adulte. Per questo mancato sviluppo delle capacità socializzanti possono trovarsi in difficoltà quando si trovano in compagnia di coetanei.

In un buon numero di casi, si tratta di bambini che da piccoli hanno avuto gravi problemi di salute o che hanno trascorso molto tempo in ospedale oppure che hanno subito traumi, maltrattamenti, abusi sessuali e violenze continue.

Altre volte il disturbo è di origine biologica o è dettato da predisposizione familiare. Chi ha dei genitori molto timidi, ha maggiori possibilità rispetto agli altri di diventare riservato e rispettoso.

In un'altra buona percentuale dei casi, si tratta di timidezza imputabile a complessi di inferiorità palesi o nascosti che fanno sentire il bambino "diverso" dagli altri. Chi cresce molto più piccolo di statura dei coetanei o ha una vistosa cicatrice sul viso causata da un brutto incidente o ha qualche tipo di handicap fisico o psichico, con il passare del tempo, può acquisire un senso di inferiorità che lo porta ad evitare la compagnia degli altri o a non esporsi in pubblico.

In altri casi il disturbo è dovuto ad un'educazione troppo rigida ed autoritaria. Si tratta di bambini con genitori poco espansivi, che non fanno mai gesti affettuosi verso i figli, né li rassicurano o li abbracciano.

In altri casi, l'introversione è dovuta alla proiezione sui bambini di paure dei genitori, troppo insicuri e protettivi. In effetti, questi piccoli acquisiscono per imitazione dai familiari ansie e angosce. Vedi paragrafo sulle paure infantili.

In ultimo, bisogna tenere presente che nei bambini un certo grado di timidezza è naturale. La paura degli estranei è un fatto istintivo, non solo dell'uomo (ad esempio tutti i cuccioli degli orsi stanno lontani dagli altri orsi adulti, perché possono esserne uccisi) e ha la funzione di evitare che essi si fidino di adulti diversi dai propri genitori, in quanto può essere pericoloso.

IL TRATTAMENTO. I bambini chiusi, timidi, non vanno mai sgridati o peggio picchiati. Quando fanno qualcosa di sbagliato è sufficiente spiegare loro, con molta serietà che non devono farlo più. Al contrario vanno rinforzati ed incoraggiati tutti i loro tentativi di aprirsi agli altri; vanno coinvolti nei giochi e nelle attività di gruppo. È opportuno assegnare loro come compagni di banco o di gruppo, bambini non aggressivi e prepotenti, ma coetanei maturi disponibili ad aiutarli ed incoraggiarli. Devono ricevere particolari attenzioni dal personale di assistenza e dagli insegnanti in modo da rinforzare la socializzazione ed il loro inserimento nei gruppi classe. Devono, inoltre, essere insegnate loro le capacità necessarie per usare giochi, aumentare così la possibilità di contatti sociali (Buell et al., 1968), perché si è visto che i bambini quando si sentono competenti in un settore sono molto più aperti e disponibili verso gli altri.

Il trattamento di questo disturbo per molti versi è simile a quello della timidezza negli adulti, perciò si rimanda a quanto scritto nel capitolo VII a proposito dei disturbi della socialità.

LE PAURE INFANTILI

Le paure sono un fenomeno abbastanza comune nell'infanzia. Due studiosi Jersid e Holmes nel 1935 intervistarono numerosi bambini dai 5 ai 12 anni. Fra questi alcune paure erano presenti in percentuale abbastanza elevata. Le più comuni erano la paura di eventi soprannaturali, di fantasmi e di streghe (19,2%), di restare soli al buio, di essere abbandonati (14,6%), di essere aggrediti o minacciati da animali (13,7%), di malattie, di operazioni, di lesioni e di dolore. Perciò è importante distinguere tra il bambino che ha paura, cioè tra l'ansia normale e il bambino eccessivamente angosciato. Le paure infantili diventano un fatto patologico soltanto quando il bambino si preoccupa in modo eccessivo e per lunghi periodi, per cose non realistiche. La sua ansia può arrivare al punto

da accusare disturbi fisici, da apparire teso o da avere difficoltà a rilassarsi. Uno studio, questa volta di Anderson, ha evidenziato la presenza di sintomi di questo tipo in quasi il 3% dei bambini del campione esaminato.

L'EZIOLOGIA. Il rischio della comparsa di problemi di angoscia è particolarmente elevato per i figli di adulti sofferenti di ansia (Turner, Beidel e Castello, 1987). Ciò soprattutto perché gli adulti fungono da modello negativo trasmettendo le loro ansie ai figli.

Ma non è questo il motivo più comune. La maggior parte delle volte, infatti, si tratta di bambini che hanno subito traumi, violenze o vivono in una famiglia con molti problemi.

IL TRATTAMENTO. Molte paure svaniscono semplicemente con l'età e con lo sviluppo, altre volte si tratta di paure leggere o passeggere e non necessitano di alcun trattamento. È necessario intervenire soltanto quando superino certi limiti e quando creano dei problemi al bambino.

Le possibilità di trattamento dei bambini affetti da paure infantili sono varie e cambiano sensibilmente da caso a caso. Kendall e altri propongono il ricorso ad un'integrazione di metodi cognitivo-comportamentale tra cui l'apprendimento per osservazione, gli esercizi di interpretazione di ruoli e tecniche di rilassamento.

Il metodo migliore per aiutare i bambini a superare le paure infantili è certamente quello di esporli gradualmente all'oggetto temuto. Se un bambino ha paura di un estraneo, ad esempio, il genitore lo prende per mano e lo accompagna a familiarizzare con la persona di cui egli ha paura. La psicologa Mary Cover Jones fu forse la prima a spiegare questo piccolo esempio di saggezza popolare come una procedura di controcondizionamento.

Un'altra tecnica che si è dimostrata molto efficace sia negli studi di laboratorio (Bandura, Grusec e Menlove, 1967), sia in numerosi trattamenti clinici, è il modeling. Il bambino ansioso tende a calmarsi naturalmente se vede un altro bambino che dimostra un comportamento privo di paura. Ad esempio, se nota che i suoi amici fanno una certa azione senza alcun timore, sarà portato istintivamente ad imitarli. L'uso di ricompense, poi, per l'avvicinamento all'oggetto o alla situazione temuta servirà a rinforzare i suoi tentativi.

In ultimo, alcune situazioni nuove possono risultare minacciose per i bambini (ma a volte anche per gli adulti), se essi ne hanno scarsa conoscenza o non possiedono le capacità per affrontarle. È naturale che un bambino che non sappia nuotare e che ha vissuto sempre in montagna abbia paura dell'acqua. Se egli migliorerà la sua conoscenza e "familiarizzerà" con il mare, è facile che superi queste sue remore.

IL RITARDO MENTALE

Il DSM III stabilisce che il ritardo mentale è caratterizzato da una "funzione intellettiva generale significativamente al di sotto della media che esiste in concomitanza con deficit del comportamento adattivo e che si manifesta nel periodo evolutivo". Due sono le caratteristiche che distinguono il ritardo mentale da altre patologie similari:

È un disturbo che dura tutta la vita e se è grave costituisce un ostacolo serio per l'intera esistenza (spesso impedendo una vita normale).

Si manifesta già nella prima infanzia, al più tardi nella primissima fanciullezza, anche se, di solito, la diagnosi può essere fatta presto solo per le compromissioni più gravi. I bambini ritardati

mentali più lievi di solito non vengono identificati fino a quando non vanno a scuola. Non presentando, infatti, manifestazioni neurologiche o fisiologiche evidenti di alcun genere, i loro problemi emergono solo quando a scuola non sono in grado di mantenersi alla pari con i compagni.

I criteri per porre una diagnosi di ritardo mentale sono soprattutto tre:

1) Un punteggio basso ai test d'intelligenza, deve essere inferiore a 70. L'età mentale di una persona è il livello di età considerato la norma in base agli item che è in grado di superare. Se un bambino di 13 anni è capace di rispondere correttamente ai test che la maggioranza dei soggetti riesce a superare a 9 anni, ma non a quelli dei bambini più grandi, si dice che la sua età mentale corrisponde a 9 anni.

È un metodo empirico, teoricamente criticabile, ma che nella pratica funziona abbastanza bene. Chiaramente la somministrazione di questi test ai bambini, che si presume affetti da ritardo mentale, presenta molti problemi e non è priva di errori e di incertezze.

Per primo, i valori di riferimento per l'età sono tratti da campioni di bambini bianchi appartenenti alla classe media. Lo stesso test con bambini provenienti da background culturali o razziali diversi (o peggio che non conoscono bene la lingua del paese che li ospita), potrebbe dare risultati falsati.

Per secondo, pochi questionari sono testati per punteggi inferiori a 70 (cioè inferiori alla media) e ciò fa sì che è difficile quantificare il grado di ritardo mentale.

Per terzo, la maggior parte dei test non prende in considerazione gli handicap fisici che a volte influenzano significativamente i risultati.

Per quarto, spesso i bambini ritardati sono poco motivati a svolgere bene i test e quindi hanno risultati peggiori di quanto il loro handicap comporti nella realtà.

Quindi, è bene procedere con prudenza in modo da evitare di incappare in errori. Non è la prima volta che vengono dichiarati ritardati mentali bambini perfettamente normali o, addirittura, superdotati.

CAPACITÀ ADATTIVE. Un basso punteggio ai test d'intelligenza, non può, e non deve, essere l'unico criterio diagnostico per individuare i bambini con ritardo mentale. La pratica ci ha insegnato che per procedere con sicurezza devono essere presenti anche difficoltà adattive. I livelli di autonomia personale e di responsabilità sociale, che è normale aspettarsi in base all'età e al contesto culturale dell'individuo, sono nei bambini ritardati mediamente scadenti.

Le capacità adattive che ci si aspetta da un bambino sono: la cura di sé, l'acquisizione del concetto di tempo e di denaro, essere capace di usare degli attrezzi, di fare acquisti e di viaggiare sui mezzi pubblici e così via.

Sono stati costruiti numerosi test per valutare il comportamento adattivo. I più noti sono l'ABS (American Association of Mental Deficiency Adoptive Behavior Scale) e il Vineland Scale of Social Maturity.

Un problema comune a molti sistemi di valutazione del comportamento adattivo è che essi spesso non prendono in considerazione l'ambiente al quale la persona deve adattarsi. Chi vive in campagna, in una piccola comunità rurale, non ha bisogno di capacità complesse come colui che vive in una grande metropoli. D'altro canto i bambini di città possono trovarsi a disagio in alcune attività usuali per giovani che vivono in campagna, ad esempio nel mungere una mucca. Un certo ambiente può richiedere capacità più complesse di un altro, perciò è bene riportare sempre il

soggetto all'ambiente in cui vive e su "ciò che fa la media" dei suoi coetanei che vivono nella sua regione.

Dovrebbero, invece, esseri esclusi dalla diagnosi di ritardo mentale alcuni deficit dell'intelligenza e del comportamento adattivo dovuti ad incidenti traumatici o a malattie organiche. In questo caso il ritardo è la conseguenza di un'altra sindrome, non la causa primaria. Differenziazione diagnostica, però, che resta soltanto teorica, in quanto questi bambini richiedono, grosso modo, lo stesso trattamento terapeutico di quelli affetti da ritardo mentale sin dalla nascita.

CLASSIFICAZIONE DEL RITARDO MENTALE

Vengono riconosciuti quattro gradi di insufficienza mentale. Ciò non è utile solo per una diagnosi più precisa, ma anche per stabilire le modalità di intervento più idonee.

1) RITARDO MENTALE LIEVE (QI da 50 a 70). Riguarda circa l'ottanta per cento dei bambini affetti da ritardo mentale. Spesso non sono distinguibili dai bambini normali fino a che non vanno a scuola. La maggior parte di essi non mostra segni di patologia cerebrale e appartengono a famiglie i cui livelli intellettivi e socioeconomici sono bassi.

Di solito alla fine del ciclo scolastico non riescono a raggiungere il livello di acquisizioni corrispondenti approssimativamente alla scuola media inferiore. Da adulti riescono a mantenere solo lavori non specializzati e mal pagati o in aziende protette, ma spesso hanno bisogno di sostegni sociali e finanziari.

2) RITARDO MENTALE MODERATO (QI da 35 a 49). La percentuale di questi bambini è circa il 12% del totale dei bambini ritardati mentali. I ritardati di grado moderato possono presentare difetti fisici, spesso è presente un danno cerebrale. Di solito questi bambini vengono inseriti già dall'infanzia in classi speciali (o viene assegnato loro un insegnante di sostegno) dove non si bada troppo ai risultati scolastici assoluti, ma a quelli relativi alle loro potenzialità.

I ritardati appartenenti a questa fascia, di solito, non riescono ad andare oltre il livello di una seconda elementare e sebbene possono lavorare da adulti non riescono a mantenere l'occupazione, salvo che in ambienti protetti o in aziende familiari. In maggioranza vivono all'interno della famiglia e sono dipendenti da essa. Pochi riescono a farsi degli amici, che frequentano regolarmente, anche se sono sufficientemente autonomi.

3) RITARDO MENTALE GRAVE (QI da 20 a 34). I bambini appartenenti a questa fascia di livello sono circa il 7% del totale. Di solito hanno anomalie fisiche congenite ed un limitato controllo sensomotorio, per questo motivo quasi sempre hanno bisogno di assistenza e controllo continuo. Per far raggiungere loro un minimo di autosufficienza, insegnar loro a parlare e ad autogestirsi nei loro bisogni più elementari, hanno bisogno di un addestramento prolungato. Di solito traggono poco profitto dalla frequenza in una scuola pubblica, eccetto che in una minoranza di casi.

Da adulti sono incapaci di una vita autonoma e alla morte dei genitori vengono perciò istituzionalizzati. Possono avere scambi amichevoli, ma riescono a comunicare solo su contenuti molto concreti che riguardano la loro esperienza personale. Si impegnano nelle attività solo se seguiti e stimolati, di solito sono piuttosto passivi e leggermente pigri.

4) RITARDO MENTALE GRAVISSIMO (QI al di sotto di 20). Riguarda una percentuale di bambini intorno all'uno per cento. Richiedono controllo e assistenza per tutta la vita. Molti di essi hanno gravi deformazioni fisiche o danni neurologici irreversibili e non riescono a muoversi autonomamente. Durante l'infanzia presentano un tasso di mortalità molto alto.

Di solito viene fornito loro pochissimo addestramento perché si presume che possano apprendere poco, eccetto la possibilità di camminare, dire frasi semplici, alimentarsi o provvedere ai bisogni igienici più elementari.

L'EZIOLOGIA

Non esiste, come per altre patologie mentali, una spiegazione unica per tutti i casi. In generale gli individui con ritardo mentale grave o gravissimo hanno una compromissione cerebrale organica identificabile, mentre quelli con grado lieve o moderato, il più delle volte, fattori genetici e biologici si sommano a fattori ambientali. Solo in una minoranza dei casi il ritardo mentale può imputarsi esclusivamente a fattori psicologici. In qualche raro caso, addirittura, trattasi di bambini superdotati che trovano i compiti scolastici noiosi e monotoni e quindi vengono scambiati per ritardati mentali.

FATTORI GENETICI. Circa il 25% dei bambini dichiarati ritardati mentali hanno una causa organica precisa e ben nota. Le anomalie cromosomiche, le malattie genetiche, gli incidenti, i parti prematuri, l'esposizione a sostanze chimiche o i rischi ambientali sono i tipi più noti di compromissione organica.

Nel 4% di tutte le gravidanze si riscontrano anomalie cromosomiche, anche se la maggioranza di esse finisce con un aborto spontaneo o intenzionale. Solo una percentuale dello 0,5% di questi bambini arriva alla nascita ed una parte di essi muore nella prima settimana di vita. Si riscontra approssimativamente in 1 individuo ogni 800 - 1.000 nati vivi.

L'anomalia più nota è la SINDROME DI DOWN, che prende nome dal medico inglese Langdon Down, che ne descrisse per primo i sintomi nel 1866. Gli esseri umani possiedono 46 cromosomi ereditandone 23 da ogni genitore, gli individui con sindrome di Down, chiamata anche con il termine tecnico trisomia 21, ne hanno 47. Durante la maturazione dell'ovulo avviene per qualche errore che i due cromosomi della coppia 21, i più piccoli, non riescano a separarsi. Se l'ovulo viene fecondato, dall'unione con lo spermatozoo si avranno tre cromosomi 21 (da ciò il nome trisomia 21).

I bambini affetti da sindrome di Down presentano tratti fisici caratteristici ben riconoscibili: statura bassa e tozza, occhi ovali, a mandorla, piegati verso l'alto, capelli radi, fini, lisci, una sella nasale larga e piatta, orecchie piuttosto squadrate, una lingua grossa, solcata, le mani piccole con dita tozze. Il 40% di essi ha problemi cardiaci ed una piccola minoranza può presentare ostruzione del tratto intestinale superiore. La mortalità dopo i 40 anni, anche se l'età media dei soggetti affetti della sindrome di Down è andata aumentando notevolmente in questi ultimi anni, resta ancora alta.

Dal punto di vista psicologico i soggetti affetti da sindrome di Down si collocano nella gamma del ritardo mentale lieve-moderato. La maggioranza di questi bambini impara a parlare, a scrivere e persino a fare i conti.

Oltre alla trisomia 21 abbiamo altri tipi di anomalie cromosomiche, tra le quali la trisomia 18 (sindrome di Edwards), e la trisomia 13 (sindrome di Patau). Anche alcune anomalie dei cromosomi sessuali, come la sindrome di Klinefelter (XXY), la sindrome di Turner (XO) ecc., possono essere associate a ritardo mentale.

Al secondo posto tra le malattie genetiche che possono causare ritardo mentale troviamo LA SINDROME DELL'X FRAGILE. Il cromosoma x può spezzarsi in due, da ciò il nome X fragile. Sebbene l'unico sintomo evidente è l'ingrossamento dei testicoli nel maschio, il bambino affetto da questa patologia presenta notevole ritardo mentale.

Nella FENILCHETONURIA (PKU), invece, la malattia è dovuta ai geni recessivi, in particolare una coppia di geni difettosi recessivi orienta in modo errato la formazione di un enzima disturbando così i processi metabolici. Il neonato normale, al momento del parto, ben presto soffre di mancanza di un enzima epatico, la fenilalaninaidrossilasi ed il suo derivato, l'acido fenilpiruvico, si accumulano nei liquidi corporei conferendo talora all'urina un odore di muffa e provocando infine un danno irreversibile.

Il ritardo mentale quasi sempre è gravissimo. Per fortuna si tratta di una malattia rara: 1 caso ogni 14.000 nati vivi. I futuri genitori che hanno motivo di sospettare di essere portatori del gene recessivo possono ricorrere ad uno specifico esame e così nutrire, nel caso il test risulti positivo, il neonato con una dieta a basso contenuto di fenilalanina. Se si prendono tutte le precauzioni del caso lo sviluppo cognitivo migliora, a volte, fino a raggiungere la norma.

IL MORBO TAY- SACKS. È un disturbo del metabolismo lipidico ed è causato da deficit dell'enzima esosaminidasi A, con conseguente accumulo di gangliaridi (sfingolipidi complessi) nel cervello. È caratterizzato da insorgenza precoce, progressivo ritardo nello sviluppo, paralisi, demenza, cecità, chiazze retiniche rosso ciliegio ecc.. Raramente questi bambini sopravvivono oltre il terzo anno di età. Questo disordine è più frequente tra le famiglie ebraiche dell'est europeo.

MALATTIE INFETTIVE. Durante il periodo uterino il feto è ad alto rischio di ritardo mentale a causa di possibili malattie infettive della madre, che sono la causa più frequente di ritardo mentale. Le infezioni da virus della rosolia, di citomegalovirus, di toxoplasmosi, di herpes simplex e di sifilide sono quelle più comuni e possono causare nel feto sia deformità fisiche che ritardo mentale.

Anche dopo la nascita le malattie infettive possono causare danni cerebrali. L'encefalite e la meningite meningococcica se contratte dopo la nascita o nella prima infanzia, anche se il bambino sopravvive, può presentare ritardo mentale lieve o moderato.

COMPLICANZE PERINATALI E PREMATURITÀ. Complicanza del parto, emorragie del sistema nervoso centrale, leucomalacia periventricolare, parto podalico, applicazione alta di forcipe, parti plurimi, placenta previa, preeclampsia e asfissia neonatale possono aumentare il rischio di ritardo mentale.

I bambini piccoli per età gestazionale hanno maggiori possibilità di presentare in futuro ritardi mentali, in particolare i bambini prematuri con meno di 32 settimane di gestazione, con peso inferiore ad 1,5 kg, presentano dal 10 al 50 % di possibilità di essere ritardati.

INCIDENTI. Negli USA incidenti come cadute accidentali o incidenti automobilisti, sono la causa principale di morte o di infermità nei bambini dopo il primo anno di vita. Traumi cranici o asfissia possono causare vari tipi di ritardo mentale. L'uso di cinture di sicurezza, di airbag e di sediolini progettati per trasportare bambini inferiori ai 5 anni hanno ridotto, sia pure non di molto, in questi ultimi anni questo tipo di infortunio.

SOSTANZE CHIMICHE NOCIVE. Numerose sostanze inquinanti ambientali possono causare avvelenamento e ritardo mentale. Le più comuni sono l'intossicazione da mercurio, specialmente attraverso pesce inquinato, e di piombo che si trova nelle vernici o nello scarico delle automobili che bruciano benzine al piombo (oggi per fortuna sostituite dalle benzine verdi).

Anche le radiazioni, ad alte dosi (ad esempio a causa di incidenti nelle centrali nucleari) possono causare la nascita di bambini deformi o ritardati mentali.

ALCOL. Il consumo anche di due soli bicchieri di vino al giorno durante il primo periodo di gestazione aumenta del 10% la possibilità che il neonato nasca con la sindrome alcolica fetale. Tale sindrome è caratterizzata da sintomi fisici, quali testa piccola, occhi distanziati, naso piatto, statura piccola, occhi molto distanziati, difetti cardiaci ecc. e da problemi psichici come il ritardo mentale.

FARMACI. La sindrome feto-idontoinica si sviluppa nell'undici per cento dei bambini le cui madri assumono idontoina durante la gravidanza ed è caratterizzata da deficit mentale, difficoltà di accrescimento pre e post natale, microcefalia, anomalie cranio-facciali, difetti cardiaci associati ecc..

Talora anche un trattamento medico a fin di bene può portare come conseguenza imprevista il ritardo mentale. È il caso, ad esempio, del vaccino contro difterite-pertosse-tetano che può causare numerose reazioni negative. Queste reazioni vanno dall'arrossamento e gonfiore dell'area in cui è inoculato il vaccino, alla compromissione cerebrale e talvolta anche la morte.

I FATTORI AMBIENTALI. Al primo posto troviamo la malnutrizione prenatale della madre o una grave malnutrizione del bambino che può compromettere lo sviluppo cerebrale. È un problema che riguarda soprattutto i paesi in via di sviluppo dove carestie e fame non sono affatto rare.

Al secondo posto troviamo la deprivazione ambientale, la mancanza di stimoli fisici, emotivi e cognitivi indispensabili per lo sviluppo e l'adattamento sociale. Il bambino abbandonato a sé stesso, che vive per strada, con gravi carenze di affetto, può cadere in una forma di apatia o di depressione che ne possono pregiudicare lo sviluppo mentale. Come pure traumi psichici, maltrattamenti, continue violenze e abusi sessuali possono bloccare emotivamente il bambino e creargli disturbi di apprendimento dando origine a ritardi mentali.

I RITARDI MENTALI SECONDARI AD ALTRI DISTURBI. Varie patologie, dalla depressione alla schizofrenia infantile, possono pregiudicare il corretto sviluppo mentale del bambino ed essere perciò causa di ritardo mentale.

LA PREVENZIONE. La maggior parte delle malattie organiche oggi note possono essere contrastate con successo. Durante la gravidanza l'amniocentesi e la biopsia di un villo coriale sono indispensabili per evidenziare errori metabolici e cromosomici congeniti. Anche le tecniche ultrasonografiche possono evidenziare molti difetti del sistema nervoso centrale. Contro molte malattie, come la rosolia, ci si può vaccinare. I continui perfezionamenti e la disponibilità di tecniche di intervento stanno riducendo l'incidenza del ritardo mentale.

Ci si augura che, in un prossimo futuro, i casi di bambini con gravi handicap mentali diventino davvero sporadici.

IL TRATTAMENTO

A partire dagli anni 70 si è diffusa l'opinione di destituzionalizzare i ritardati mentali (ma anche tutti i portatori di handicap), di chiudere le scuole speciali riservate ad essi ed inserirli nelle scuole normali. In quasi tutti i paesi occidentali si è posto fine a questa inutile segregazione dei portatori di handicap e si sono approvate leggi per favorire il loro inserimento insieme ai bambini normodotati, questo per una serie di motivi. È importante che questi bambini svantaggiati abbiano l'opportunità di frequentare e stabilire relazioni con i bambini normali. Allo stesso modo è importante che questi ultimi si rendano conto dell'esistenza di questi bambini meno fortunati e che imparino a conoscerli e ad accettarli. In questo modo si insegna loro non solo il principio dell'altruismo, ma anche il rispetto per i diversi, per le persone che hanno bisogno di sostegno e di assistenza.

Mentre prima i bambini normali nutrivano dei pregiudizi, varie indagini hanno evidenziato che da quando sono stati inseriti nelle classi normali hanno un atteggiamento più positivo nei loro confronti. Imparano che vi è un'enorme diversità tra gli esseri umani e che un bambino svantaggiato può essere degno di rispetto e di amicizia.

In Italia la legge che ha favorito l'inserimento dei portatori di handicap nelle classi normali è stata la legge 517. Essa prevedeva soprattutto due cose: le classi che accoglievano questi bambini svantaggiati non dovevano avere più di 20 alunni, la presenza di un insegnante di sostegno che affiancasse gli insegnanti curricolari.

LE STRATEGIE EDUCATIVE. Per motivi di spazio, non essendo questa la nostra tematica principale, il nostro approccio sarà limitato. Rimandiamo a chi volesse approfondire l'argomento ad opere pedagogiche - didattiche più specifiche.

Non esiste una modalità di trattamento unico per tutti i casi di ritardo mentale, molto dipende dalla gravità e dal tipo di handicap. Tuttavia alcune strategie sono comuni:

Per primo, gli obiettivi socializzanti devono essere preminenti su quelli del profitto scolastico.

Per secondo, non bisogna ragionare in termini di risultati assoluti, ma relativi. In particolare il rendimento scolastico non deve essere rapportato ai valori medi, ma alla situazione di partenza e alle potenzialità dei singoli allievi.

Per terzo, questi alunni hanno bisogno di percorsi didattici altamente individualizzati e spesso seguiti da soli. In particolare bisogna individuare gli aspetti dei loro processi di apprendimento che sono fallaci ed intervenire su di essi. Se, ad esempio, un ragazzo ha gravi problemi di attenzione, sarà difficile che il suo rendimento scolastico migliori se non avrà almeno in parte superato questo deficit.

Per quarto, le abilità adattive, cioè le capacità sociali e attitudinali, l'autosufficienza e la comunicazione, devono avere precedenza sugli obiettivi di qualsiasi genere.

Per quinto, i bambini con ritardo mentale, sia esso grave che lieve, devono essere spesso rassicurati circa le loro competenze ed incoraggiati nei loro compiti (Robinson 1976). Questo perché sono portati naturalmente ad autosvalutarsi, a rinunciare e a sentirsi inadatti ai compiti che vengono richiesti loro. Un'iniezione di fiducia nelle loro possibilità è un prerequisito importante per andare avanti e per far superare il senso di inferiorità che spesso hanno verso gli altri ragazzi più fortunati. A tale scopo è opportuno rinforzare ogni loro progresso.

Per sesto, i principi dell'insegnamento sono gli stessi sia per i bambini normodotati, che quelli ritardati mentali. L'unica differenza è che per questi ultimi i ritmi di apprendimento sono molto più lenti e devono essere sempre adattati alle capacità dell'allievo. Come pure i compiti devono essere semplificati e ridotti all'essenziale.

Per settimo, per questi bambini è impensabile pensare a compiti che richiedano il pensiero formale. Bisogna, invece, basare la propria azione educativa su contenuti che ricadano sotto l'esperienza diretta del bambino, rifuggendo concetti astratti e teorici. L'esperienza ed il vissuto quotidiano devono essere il punto di riferimento costante di ogni insegnamento. Ad esempio, se voi gli parlate di energia, dubitiamo che il bambino riesca a capire il concetto, ma se voi gli mostrate una lampadina e gli fate capire che è solo grazie all'energia elettrica che si accende la lampadina, le cose gli saranno subito molto più chiare.

La maggior parte degli argomenti devono essere svolti praticamente. Ad esempio, è inutile parlare a questi alunni per mezz'ora dei pronomi relativi. È meglio mostrare loro un esercizio e spiegare le regole a mano a mano che si incontrano.

Per i bambini con grave e gravissimo ritardo mentale bisogna analizzare e dividere il comportamento bersaglio in comportamenti più semplici. Ad esempio se si vuole far imparare loro a lavare i denti, per primo si insegnerà loro ad usare lo spazzolino da solo senza il dentifricio, spazzolando i denti in su e in giù; per secondo si mostrerà loro come mettere il dentifricio sullo spazzolino ed infine a fare le due cose in corretta successione. Vengono, così, applicati i principi del condizionamento operante allo scopo di insegnare al bambino le componenti dell'azione su descritta. Questa tecnica introdotta dai teorici comportamentali è detta analisi del comportamento applicata. Essa può essere usata sia per insegnare nuovi apprendimenti, in particolare azioni complesse, sia per ridurre comportamenti inappropriati o autolesionistici.

I bambini con handicap molto gravi, infatti, specialmente se vivono in istituzioni, spesso sono inclini ad isolarsi, a praticare topiche stereotipie comportamentali come movimenti ripetitivi, ritmici, autostimolanti, come dondolarsi avanti ed indietro, oscillare, far ruotare la testa ecc.. Questi movimenti, spesso autolesionisti, possono essere ridotti rinforzando delle risposte sostitutive.

AUTOISTRUZIONE. Un'altra tecnica usata con successo è quella detta dell'autoistruzione. Meichenbom e Godman (1971) propongono una procedura in 5 tempi basata su una teoria russa sull'addestramento tramite istruzione. La corretta esecuzione passa attraverso 5 fasi: nella prima l'istruttore esegue la prova dicendo le istruzioni da alta voce a se stesso, mentre il bambino osserva e ascolta. Nella seconda fase il bambino esegue la prova dicendo le istruzioni ad alta voce. Nella terza il bambino ripete la prova questa volta ripetendosi le istruzioni ad alta voce. In ultimo, rifà la stessa azione, ma ripetendosi le cose mentalmente.

Questa tecnica è usata per insegnare ai bambini l'autocontrollo, l'attenzione ed altri compiti di tipo scolastico.

L'AUTISMO INFANTILE

Il primo ad usare il termine "autismo infantile" fu uno psichiatra di Harvard Leo Kanner nel 1943, che si accorse che alcuni dei bambini che seguiva avevano un comportamento patologico che

non rientrava nei canoni dei bambini con ritardo mentale o con schizofrenia. Egli scelse tale nome perché notò che “sin dall’inizio vi è un’estrema solitudine autistica per cui, ogni volta che è possibile, il bambino non si cura di chi gli sta vicino, ignora o vieta l’accesso a qualsiasi cosa arrivi dall’esterno” (Kanner).

I comportamenti anormali che caratterizzano questo disturbo principalmente sono: a) Distacco dalla persona, con perdita di interesse nei loro confronti. La sindrome è caratterizzata da incapacità di sviluppare relazioni sociali e da estremo isolamento dovuto anche ad una quasi totale assenza di interesse per l’ambiente esterno b) Disordini del linguaggio, che variano dal mutismo totale al ritardo nell’inizio del linguaggio o al suo marcato rifiuto; ecolalia, con inversione dei pronomi (in particolare l’uso del tu al posto dell’Io o del me quando si riferisce a se stesso) c) Comportamenti ritualistici e compulsivi, insistenza negli atteggiamenti ripetitivi (resistenza al cambiamento, morbosità attaccamento agli oggetti familiari, atti ripetitivi ecc.).

In molti casi è presente anche un ritardo globale dello sviluppo intellettuale o un processo di apprendimento molto irregolare.

È una patologia relativamente rara, ne soffrono 2 - 3 bambini su 10.000. I soggetti che ne sono affetti hanno buone capacità motorie, di solito mostrano i segni di doti intellettive normali e non hanno alcun problema dal punto di vista fisico. Alcuni individui presentano sintomi schizofrenici, come manie, allucinazioni ecc., durante l’adolescenza o la prima giovinezza. Ciò fa sospettare che la sindrome appartenga alla famiglia più ampia delle schizofrenie.

È una patologia che in genere compare prima dei 3 anni. Gli studi indicano che questo disturbo è 4 volte più frequente nei maschi che nelle femmine, inoltre è presente in tutte le classi sociali ed in tutti i gruppi etnici. Ciò ci porta a pensare che i fattori ambientali abbiano scarso peso nell’eziologia di questa sindrome.

AUTISMO E RITARDO MENTALE. Dati sperimentali indicano che circa l’80% dei bambini affetti da tale patologia raggiunge un punteggio inferiore a 70 nei test di intelligenza. L’alto numero di bambini che presentano anche ritardo mentale ha suggerito una stretta correlazione tra autismo e ritardo mentale. Inoltre, i dati descrittivi dei bambini con ritardo mentale si adattano bene alla maggioranza dei bambini autistici.

È un’ipotesi che non convince per vari motivi. Innanzitutto, mentre i bambini ritardati di solito raggiungono punteggi bassi su tutte le prove dei test d’intelligenza, i punteggi raggiunti dai bambini autistici possono differenziarsi in modo significativo, ad esempio essere estremamente bassi in alcune abilità e normali, o addirittura alti, in altre. Di solito raggiungono risultati scarsi in tutto ciò che richiede capacità comunicative o è associato al linguaggio, in prove che richiedono il pensiero astratto, formale, simbolico, mentre raggiungono punteggi migliori su item che richiedono abilità visivo spaziali, come prove di disegno, ricostruire puzzle, calcoli matematici e così via.

Non sono rari i casi in cui mostrano di avere un talento fuori del normale in alcuni campi come eseguire moltiplicazioni a mente, suonare in modo impeccabile uno strumento musicale ecc. A volte questi bambini possiedono una memoria eccezionale arrivando a ricordare brani interi di libri o lunghi elenchi. Questa facoltà è stata evidenziata bene, sfruttandone gli effetti spettacolari, nel famoso film interpretato da Dustin Hoffman, “The rain man”.

Per secondo, spesso i punteggi bassi ai test di intelligenza sono attribuibili al fatto che i bambini autistici sono poco motivati ed è piuttosto difficile ottenere la loro attenzione abbastanza a lungo per indurlo ad eseguire una batteria di test. Spesso non hanno alcun interesse a mostrare allo sperimentatore ciò che sanno fare o a sottoporsi a test che misuri il QI.

In un studio di Cowan, Hodinott e Wright, 1965, veniva proposto a dei bambini autistici un test in cui dovevano scegliere oggetti rossi o quadrati in una serie di stimoli. La stragrande maggioranza dei bambini autistici diede risposte meno corrette di quanto ci si sarebbe aspettato se le avessero date a caso. Si è notato che essi, spesso, evitano di dare le risposte giuste.

La spiegazione più logica è che nella maggioranza dei casi il ritardo mentale dei bambini autistici potrebbe essere la conseguenza del loro disturbo, non la causa o una delle caratteristiche. Il loro modo di isolarsi, la scarsa attenzione per il mondo esterno, li porta a non “esercitare” in modo sufficiente le loro capacità mentali. Non dimentichiamo che per lo sviluppo dell’intelligenza e delle capacità cognitive dei bambini, non sono importanti solo i fattori genetici, ma anche quelli ambientali. Un bambino chiuso, introverso, che non segue il normale iter educativo, può accumulare dei notevoli ritardi mentali rispetto agli altri.

LE CAPACITÀ SOCIALI. La caratteristica principale che rende l’autismo diverso da altri, in particolare dalla schizofrenia infantile o dal ritardo mentale, è l’estremo isolamento sociale della maggioranza di questi bambini. Mentre i bambini normali iniziano a mostrare segni di attaccamento ai genitori (di solito prima alla madre e poi al padre), verso i 3 - 4 mesi, nei bambini autistici questi segni sono assenti.

Essi non sorridono o si tendono verso chi si prende cura di loro, né fissano la madre quando vengono allattati. Mentre i neonati normali quasi sempre cercano di attirare l’attenzione della madre piangendo o facendo versetti, i bambini autistici si mostrano, eccetto per bisogni elementari come mangiare o essere cambiati, distaccati da chi si prende cura di loro. Non solo mostrano difficoltà di attaccamento ai genitori, ma non si avvicinano mai agli altri, coetanei o non, e se si trovano in presenza di altre persone, le ignorano.

I bambini autistici sono contenti di rimanere tranquilli nei loro box o nel loro angolo mostrando poco interesse per il mondo esterno. Solo pochi di essi hanno degli amici o giocano con coetanei e se altri bambini fanno il primo passo, invitandoli a giocare, ricevono scarsa rispondenza. Alcuni bambini, addirittura, sembrano non riconoscere o distinguere una persona dall’altra.

Ma i problemi non sono solo di tipo comunicativo, i bambini affetti da questo disturbo hanno grosse difficoltà ad acquisire il linguaggio. Il balbettio tipico del bambino che prelude all’uso delle parole è meno frequente nei bambini autistici, persino meno comprensibile di quello dei ritardati mentali. Mentre a partire dai 2 anni la quasi totalità dei bambini riesce ad usare le parole per denominare gli oggetti che li circondano o ad usare frasi semplici composte da poche parole, circa il 50% dei bambini autistici non hanno ancora imparato a parlare (Rutter, 1986). Ma anche quando compare il linguaggio questo presenta numerose peculiarità. La più comune è l’ecolalia. Il bambino piuttosto che rispondere ad una domanda, ripete con fedeltà quanto gli è stato detto. Ad esempio se gli viene chiesto: “Vuoi una caramella?”

Il bambino invece di rispondere, ripete la stessa frase: “Vuoi una caramella?” Emerge chiaramente la sua incapacità a formulare frasi nuove, che richiedono una costruzione originale.

Assimila il linguaggio per imitazione, ma poi non riesce ad estrapolare dalle frasi gli elementi per creare frasi originali, mai udite prima.

Un'altra caratteristica del linguaggio dei bambini autistici è l'inversione dei pronomi. Essi raramente quando si riferiscono a se stessi usano il pronome "io" o "me", ma usano "egli" o "tu". Si pensa che l'inversione dei pronomi sia strettamente legata all'ecolalia. Poiché il bambino autistico usa il linguaggio ecolalico, egli riferisce di se stesso come sente fare agli altri.

Un'altra anomalia frequente nel linguaggio di questi bambini sono i neologismi, cioè l'invenzione di parole nuove inesistenti o con un significato diverso dal solito. Anche i neologismi spesso sono una conseguenza dell'ecolalia. I bambini trasformano una parola, che hanno udito in precedenza, per adattarla ad una situazione in cui risulta inappropriata.

Un'altra caratteristica che troviamo spesso nei bambini affetti da questo disturbo è la presenza di atti compulsivi e ritualistici. Essi sono molto abitudinari e si sentono turbati da qualsiasi cambiamento avviene nella loro routine quotidiana. Spostare la loro scrivania in un posto diverso dal solito, cambiare la disposizione dei loro libri o dargli da bere in un bicchiere diverso dal solito, può metterli in crisi, farli piangere o produrre uno scoppio di collera.

Nel gioco spesso allineano o mettono in ordine i loro giocattoli. Talvolta rivelano un interesse ossessivo per l'orario dei treni, per i percorsi degli autobus o per qualsiasi tabella numerica o di dati. Di frequente eseguono azioni stereotipiche, movimenti ritualistici o ritmici come un incessante dondolio del corpo o movimenti delle mani, alzare ed abbassare le braccia, camminare in punta di piedi ecc.. Non di rado nell'adolescenza queste azioni diventano ossessioni conclamate.

Spesso usano i giocattoli in maniera ritualistica e compulsiva e non per lo scopo per cui sono stati costruiti. Di frequente si attaccano in maniera quasi morbosa ad un oggetto (la famosa coperta di Linus), chiavi, oggetti metallici, un pupazzo, un orsacchiotto, una coperta ecc., e se l'oggetto è trasportabile se lo portano dappertutto.

Da ricerche longitudinali risulta che neanche da adulti la maggior parte di questi bambini diventa normale o hanno un'attenuazione dei sintomi. Degli undici bambini seguiti da Kanner, due di essi una volta adulti, presentavano attacchi epilettici, quattro avevano passato la maggior parte della vita in un istituto per malati mentali, uno era morto ed un altro era in un ospedale psichiatrico. Gli ultimi tre, uno lavorava in una fattoria e viveva in un appartamento protetto, mentre gli altri due avevano fatto qualche sorprendente recupero.

Altri studi successivi hanno confermato questi dati. Ad esempio Lotter, nella sua rassegna di studi pubblicati nel 1978, concluse che solo dal 5 al 17 per cento dei bambini autistici era riuscito a fare dei miglioramenti e a condurre una vita normale anche se con problemi residui come l'imbarazzo e le difficoltà nelle relazioni sociali. Mentre circa la metà delle persone da lui seguite erano ricoverate in strutture ospedaliere e il rimanente dei casi conduceva una vita molto limitata sempre sotto la supervisione di un familiare o di un adulto.

L'EZIOLOGIA

Attualmente non godono di molto credito le teorie che attribuiscono le cause dell'autismo a fattori psicologici, prevalgono quelle che fanno riferimento a fattori genetico-biologico ancora ignoti. Sia pure l'origine è chiaramente biologica e su predisposizione familiare (almeno nella stragrande maggioranza dei casi) l'esame neurologico non evidenzia segni focali tranne che nel 20 -

25 % dei casi (in particolare quelli con ritardo mentale) in cui sono presenti convulsioni prima dell'adolescenza.

L'EEG (elettroencefalogramma) è aspecifico, la TAC talvolta riscontra nei bambini autistici una dilatazione ventricolare. L'uso della RMN ha di recente identificato un sottogruppo di adulti autistici con ipoplasia del verme cerebellare. Alcuni casi di autismo sono stati associati alla sindrome della rosolia congenita, alla malattia citomegalovirus, alla fenilchetonuria e alla sindrome dell'X fragile.

Molti sono i fatti che ci portano a sospettare che la maggior parte dei casi di autismo si basa su disfunzioni neurologiche.

Per primo, il 30% dei bambini autistici cominciano ad avere nell'adolescenza attacchi epilettici.

Per secondo, l'incidenza dell'autismo nei bambini le cui madri avevano avuto la rosolia durante la gravidanza, è dieci volte più alta di quella nella popolazione generale.

Per terzo, una sindrome simile all'autismo può svilupparsi in conseguenza di meningiti, encefaliti e sclerosi tuberosa.

Per quarto, l'esame neurologico di un alto numero di bambini ha rivelato segni di compromissione cerebrale (Bosch, 1970; Gubbay, Lobascher e Kingerlee, 1970). Una gran parte di soggetti autistici, perciò sembra avere una disfunzione neurologica, accertabile dal EEG e da altri esami neurologici.

Chiaramente non esiste una corrispondenza di tipo automatico. Non tutti i bambini autistici mostrano segni di danno cerebrale, né tutti i bambini con compromissione cerebrale presentano sintomi di autismo. Ad esempio, la maggior parte dei bambini cerebrolesi non è affatto autistica. Tutto ciò suggerisce, come per altri disturbi mentali, un'eziologia multifattoriale. Le cose, infatti, variano in modo significativo da caso a caso.

Riguardo la familiarità del disturbo, uno studio eseguito in Gran Bretagna ha mostrato che l'indice di concordanza era significativamente più alto nei gemelli monozigoti che in quelli dizigoti, ciò sottolinea l'importanza del fattore genetico nell'eziologia della malattia.

L'insorgenza precoce del disturbo, inoltre, ed una serie di dati di tipo neurologico e genetico, stanno ad indicare una base biologica dell'autismo. È l'ipotesi che attualmente gode il maggior credito tra gli studiosi.

Se esistono casi di autismo dovuti esclusivamente a fattori psicologici, non solo sono una piccolissima percentuale del totale, ma deve trattarsi di motivi molto gravi: ripetuti maltrattamenti, violenze che si protraggono nel tempo, abusi sessuali continui ecc..

Due studiosi, Folster e Rutter (1978), hanno fornito molte indicazioni sulla natura genetica del disturbo. Essi riscontrarono che in 11 coppie di gemelli monozigoti, di cui uno affetto da autismo, da essi presi in esame, il grado di concordanza era del 36%; quattro dei fratelli, cioè, erano affetti da autismo. Non solo, ma ad un controllo per valutare se nel gemello corrispondente fossero presenti anche disturbi cognitivi, come ritardi nell'acquisizione del linguaggio, un basso QI ecc., trovarono che la concordanza per il deficit cognitivo era dell' 82% per le coppie monozigote e del 10% per i dizigoti.

È molto probabile, cioè, che un gemello monozigote di un bambino autistico abbia le stesse difficoltà del fratello. L'autismo sembra essere collegato per via genetica ad un deficit esteso alle capacità cognitive.

Purtroppo non esistono molte ricerche che confermino o smentiscano questi fatti. Gli studi genetici sull'autismo sono difficili da condurre perché l'autismo è molto raro e, inoltre, le persone autistiche raramente si sposano. Ed anche quando si riesce a individuare gemelli o fratelli che soffrono di questo disturbo, il loro numero non è mai abbastanza consistente da permettere un'indagine approfondita.

FATTORI PSICOLOGICI. Come abbiamo accennato, i casi di autismo che si basano solo su fattori psicologici, sono molto rari. È più facile che cause psichiche si innestino su predisposizioni genetiche.

Una delle teorie psicologiche più note è quella formulata da B. Buttelheim (1967). Egli osservò che questa patologia ha molti aspetti, come l'apatia e la disperazione che si trovavano tra gli internati dei campi di concentramento durante la seconda guerra mondiale. In effetti, ipotizzò che fosse una forma di "impotenza appresa". Se il bambino non è accettato dai genitori che sente ostili e lontani, egli inizia a credere che i suoi sforzi non hanno nessun potere di influenzare il mondo. Questa esperienza di disperata impotenza è molto frustrante per il bambino, ciò lo spinge a ritirarsi in se stesso, a chiudersi nel suo Io, come in una fortezza.

I teorici dell'apprendimento sociale sostengono che l'autismo è correlato ad una qualche esperienza di apprendimento infantile. Fester (1961) sostiene che la non attenzione dei genitori, in particolare della madre, fa venire meno al bambino i rinforzi che permettono l'apprendimento e le relazioni sociali. La mancanza di lodi, di carezze o di manifestazioni di affetto porta il bambino a chiudersi in se stesso e ad evitare il contatto con gli altri. Se, ad esempio, il bambino viene trascurato dai genitori perché questi ultimi sono eccessivamente presi dalle attività professionali, gli vengono a mancare quelle forme di rinforzo che, sempre secondo questi teorici, sono indispensabili per uno sviluppo sano ed equilibrato.

Anche altri studiosi, come Singer, Wynne (1963), Rimland (1964) hanno descritto i genitori dei bambini autistici come freddi, insensibili, meticolosi e distanti.

Tuttavia ricerche successive non hanno confermato queste impressioni cliniche. Ad esempio, Cox ed i suoi collaboratori (1975) trovarono che i genitori dei bambini autistici non differivano nel calore, nell'espansività e nella socializzazione dalla maggior parte dei genitori. Analogamente De Myer, Cantwell, Baker ed altri ancora, non trovarono che i genitori dei bambini autistici fossero respingenti o avessero qualcosa di particolare degno di nota.

Non è escluso, infine, che in molti casi il comportamento dei genitori fosse la conseguenza dell'anormalità del figlio e non la causa. Un padre che per quanto si sforzi non vede ricambiati i suoi gesti affettuosi, inizierà a sua volta ad essere più freddo e distaccato in quanto si sente respinto dal bambino.

Inoltre, è sicuramente molto improbabile che fattori non certamente importanti e vitali come un comportamento freddo e distaccato, possano causare una sindrome così grave come l'autismo. Se esistono casi di autismo imputabili esclusivamente a fattori psicologici, come abbiamo accennato, deve trattarsi di motivi ben gravi: abusi sessuali continui e violenti, abbandono del bambino che finisce per vivere in strada, maltrattamenti quasi quotidiani ecc.. E non è certamente il caso della maggior parte dei bambini autistici.

LA TERAPIA

I bambini autistici presentano numerosi problemi per cui è piuttosto difficile attuare forme di recupero rapide ed efficaci. La difficoltà maggiore è che, di solito, sono poco motivati ad apprendere ed è piuttosto difficile trovare dei rinforzi validi. Mentre i bambini normali, ad esempio, sono portati istintivamente ad esplorare l'ambiente, non altrettanto lo sono i bambini affetti da autismo. Molto spesso l'unico rinforzo che ha qualche valore per loro è il cibo.

Ulteriori difficoltà sono: 1) Si adattano con difficoltà a qualsiasi cambiamento della routine quotidiana. Ad esempio, una volta abituati con un insegnante, subiscono un trauma se per qualche ragione questi poi cambia.

2) Spesso attività di autostimolazione, come il dondolio, comportamenti ossessivi e compulsivi, come il volere tenere sempre in ordine i libri ecc., interferiscono con l'apprendimento dei bambini autistici.

3) Di frequente la loro iperselettività dell'attenzione rappresenta una difficoltà insormontabile. Se il bambino viene attirato da un particolare o da un aspetto di una prova o di una situazione, altre proprietà, anche rivelanti, possono non essere notate. Spesso il bambino autistico bada soltanto ad uno degli elementi che gli vengono proposti, ignorando del tutto gli altri.

In ultimo, i bambini autistici hanno grosse difficoltà a generalizzare l'apprendimento. Ad esempio, il bambino che apprende diverse parole guardando i movimenti delle labbra dell'insegnante, può non comprendere le stesse parole se dette da un'altra persona.

L'applicazione di terapie del comportamento è il trattamento che, di solito, dà i risultati migliori. L'esperienza ci ha insegnato che i bambini autistici traggono vantaggio dal modelling e dal condizionamento operante. Le tecniche comportamentali sono quasi sempre riuscite ad ottenere risultati positivi, a modificare il modo di parlare ecolalico dei bambini autistici, a renderli più aperti e socievoli, a portarli ad assumere maggiore responsabilità.

Per i comportamenti estremi come l'autolesionismo, oltre a ricorrere a misure preventive, bisogna adottare punizioni efficaci (ad esempio, escludere il bambino da attività che ama, come guardare la televisione ecc.). I bambini autistici talvolta arrivano a sbattere la testa contro il muro fino a procurarsi una commozione cerebrale, a mordersi la carne fino all'osso. I. Lovas, un ricercatore americano, adottando in questi casi severe punizioni fisiche compreso un leggero shock elettrico, dimostrò che era possibile ridurre o eliminare del tutto questi comportamenti. Anche se oggi questi metodi, non sono più accettabili, si può pensare ad un tipo di punizione non corporale, a cui il bambino si mostri sensibile.

Per quanto riguarda i comportamenti aggressivi, è stato ipotizzato che possono dipendere dalla difficoltà dei bambini autistici a comunicare i loro bisogni. Donnella (1984) descrive il caso di un ragazzo di 12 anni che quando era in pubblico, a volte si lasciava andare a ripetuti urli che attiravano l'attenzione della gente per strada. Dall'osservazione delle condizioni in cui ciò si verificava, si accorsero che il ragazzo lanciava queste urla quando c'era troppa confusione e trovava insopportabile il rumore e l'affollamento. Era il suo modo di comunicare che si sentiva stressato. I bambini autistici, infatti, sono soliti avere degli scoppi di ira quando si sentono sopraffatti da rumore e ressa, quando ritengono una prova troppo difficile, quando si sentono frustrati, persino quando si annoiano o desiderano attirare l'attenzione.

Donnella ed i suoi collaboratori riuscirono ad eliminare le urla, proponendo al ragazzo un metodo alternativo per diminuire l'iperstimolazione dell'ambiente esterno. Gli insegnarono, ogni qual volta si sentiva a disagio e stava per esplodere in uno scoppio di ira, a mettersi una cuffia collegata ad un walk talk ed ascoltare della musica.

È anche opportuno istruire i genitori dei bambini autistici sulla natura del disturbo e su come comportarsi, nonché coinvolgerli nella loro educazione. In questo modo non solo si ottengono risultati migliori, ma anche più stabili (Lovas e al., 1973). Ciò per un motivo semplicissimo: l'addestramento da parte dei genitori aiuta a generalizzare i comportamenti appresi. Essi sono presenti in situazioni diverse nell'arco di tutta la giornata e ciò fa sì che essi richiedano lo stesso comportamento in ogni circostanza.

Del trattamento devono far parte anche tutti gli approcci che invitano il bambino a tenere le relazioni sociali e a fare amicizia. Un'accettazione positiva incondizionata è un elemento indispensabile affinché il bambino incominci a credere negli altri e a prendere iniziative per stabilire rapporti. Deve essere creato intorno al bambino un'atmosfera calda, affettuosa, in modo che egli sia incoraggiato ad aprirsi agli altri. Perciò è importante anche la costruzione di un rapporto terapeutico con lo psicologo, che deve diventare un amico più che un medico.

FARMACI. Vi sono molti dati che indicano in alcuni bambini autistici livelli di serotonina elevati. In questi casi è utile somministrare dei farmaci che abbassino questi livelli. Attualmente la sostanza più usata è la fenfluramina, un derivato dall'amfetamina, che è un inibitore dell'appetito per adulti.

In un esperimento di Geller ed i suoi collaboratori (1982), su 14 bambini in cura presso una clinica psichiatrica infantile dimostrarono che abbassando i livelli di serotonina si aveva anche un significativo miglioramento del comportamento autistico. Quando i bambini erano in trattamento l'agitazione, i movimenti rotatori delle mani, il muoversi in tondo ecc., diminuivano. Il sonno migliorava ed i comportamenti anomali tendevano a scomparire. Inoltre, erano più aperti verso gli altri, comunicavano meglio con il linguaggio, facendo minore uso dell'ecolalia.

L'uso di farmaci, però, anche se aiuta a controllare le forme più gravi di comportamento aggressivo e autodistruttivo, ha vantaggi limitati e non porta ad una guarigione definitiva.

Non tutti i bambini, inoltre, rispondono bene a questi farmaci. Dipende anche dall'eziologia del disturbo. Sono efficaci solo se è il disturbo su base organica, mentre danno scarsi risultati se sono i fattori psicologici a prevalere.

Nuovi farmaci sono in sperimentazione e per quanto questo libro sarà in commercio, dovremmo avere a disposizione sostanze più efficaci per la cura di questo disturbo.

LA DEPRESSIONE INFANTILE

È tuttora questione controversa se la depressione infantile possa considerarsi una patologia autonoma o un'estensione verso il basso dei disturbi dell'umore degli adulti.

Non è affatto in dubbio, invece, che i bambini possano soffrire di tale disturbo (tesi sostenuta da alcuni autori). Nella letteratura specialistica sono riportati moltissimi casi di bambini affetti da depressione maggiore o di sindrome bipolare. Tuttavia gravi alterazioni dell'umore, paragonabili a quelle osservate negli adulti sono relativamente rare nei bambini.

Non è semplice definire con chiarezza e precisione i sintomi correlati alla depressione infantile. Achenbach e Ederlbrock (1981) intervistarono un gruppo di genitori che portavano i propri figli al

servizio di salute mentale ed un gruppo di genitori di controllo. Gli attributi “infelice, triste e depresso” erano molto comuni, mentre nei gruppi dei bambini di controllo era applicato soltanto al 13% di essi. Si andava dal 43% per i maschietti di 4 - 5 anni, all’ottanta per cento per le femmine di 12-13 anni. I motivi per cui le femmine sono più soggette alla depressione dei loro coetanei maschi è tuttora oggetto di discussioni.

Secondo Nolen-Hoeksema e Circus (1994) dall’inizio dell’adolescenza in poi, per ciascuno dei due sessi intervengono fattori ansiogeni specifici. Nel caso delle ragazze, ad esempio, un particolare fattore che interviene sin dalla pubertà è costituito dalle preoccupazioni circa l’immagine del proprio corpo. Un secondo fattore ansiogeno potrebbe essere la paura di subire forme di violenza, anche da parte di conoscenti. Un terzo fattore è rappresentato dal fatto che sulle ragazze, via via che maturano, vengono esercitate pressioni affinché si adeguino all’angusto ruolo sociale che certi adulti ritengono giusto assegnare alle donne. Tali pressioni possono forse spiegare un dato riscontrato da J.H. Block, Gjerde e J. Block (1991). Questi studiosi hanno osservato che i sintomi depressivi sono in correlazione positiva con l’intelligenza per le ragazze, ma non per i ragazzi.

Altri sintomi riscontrabili nei bambini affetti da depressione infantile sono: atteggiamenti melanconici, insonnia, sensi di colpa, autodenigrazione, nervosismo, malumore, essere preoccupato o in ansia, tendenza al perfezionismo, sentimenti di inferiorità, imbarazzo consapevole e frequente timore di poter pensare o fare qualcosa di male.

Alcuni sostengono che la depressione può essere “mascherata” da iperattività e da comportamenti aggressivi e antisociali. Ciò corrisponde a verità, anche se problemi come reazioni psicologiche eccessive, iperattività, comportamenti da sciocco o da pagliaccio, per essere interpretati come sintomi di depressione infantile, devono essere suffragati da altri dati diagnostici. Si potrebbe, infatti, trattare di un altro tipo di disturbo, come il disturbo da deficit di attenzione con iperattività.

Reazioni depressive croniche, inoltre, non di rado sono associate ad anoressia, perdita di peso ed idee di suicidio. La depressione infantile, infatti, nei giovani, specialmente se trattasi di adolescenti tra i 15 ed i 19 anni, aumenta il rischio di suicidio. Ma anche in età inferiore il bambino si può abbattere a tal punto da perdere ogni speranza che le cose migliorino da tentare di mettere fine alla sua vita. Tuttavia la depressione infantile non è la causa più frequente di suicidio. Gli adolescenti si suicidano molto più spesso per conflitti interiori, per fallimento scolastico o per la rottura di un rapporto amoroso, che non per una crisi depressiva. Non per questo il problema va sottovalutato, il suicidio negli USA è al terzo posto tra le cause più comuni di morte tra i giovani, superato soltanto dagli incidenti e dagli omicidi.

La sindrome depressiva bipolare è estremamente rara prima della pubertà e sconosciuta nella prima infanzia. Alcuni bambini manifestano una marcata oscillazione dell’umore, ma questa non raggiunge mai proporzioni psicotiche, eccetto quando il soggetto è stato esposto a sostanze tossiche o ha abusato di droghe.

L'EZIOLOGIA

Nei bambini la depressione è grosso modo determinata dagli stessi fattori associati alla depressione negli adulti. Le cause più comuni sono: livelli elevati di tensione ed esperienze personali di segno negativo, forme disturbate di comunicazione familiari, modi disadattivi di far

fronte alle difficoltà, ma soprattutto tendenza ad attribuire a se stessi le responsabilità degli insuccessi o dei problemi.

Quando si parla di una grave depressione è probabile che sia associata ad una storia di sindromi depressive in famiglia. Studi effettuati negli adulti dimostrano che c'è maggiore predisposizione genetica per le malattie distimiche, per cui l'incidenza risulta più elevata fra i familiari dei soggetti affetti rispetto alla popolazione generale.

La presenza di tale disturbo, d'altronde, in soggetti così giovani suggerisce che la depressione infantile in molti casi abbia natura fisiologica (o per lo meno esiste una predisposizione familiare). Non è da trascurare che genitori depressi costituiscono un modello negativo per il bambino, che può acquisire tale comportamento per imitazione.

In altri casi la depressione infantile può avere cause prevalentemente ambientali, come carenze di affetto, abbandono del minore, malnutrizione (soprattutto dei paesi del terzo mondo), maltrattamenti, abusi sessuali ecc.. Vivere in una periferia degradata di una città, abitare in una baracca, avere un padre alcolizzato o poche prospettive per il futuro, sono tutti fattori capaci di prostrare chiunque.

LA TERAPIA

Due i tipi di interventi: uno di tipo psicologico ed uno di tipo farmacologico.

Nel primo caso è necessario fare una valutazione dell'ambiente in cui il soggetto vive al fine di identificare situazioni stressanti che possono avere determinato la depressione o per lo meno contribuire a mantenerla. Bisogna mettere in atto misure appropriate dirette in tre direzioni: la prima verso il bambino per cercare di aumentare la sua autostima, la seconda diretta verso la famiglia per sollecitare un cambiamento nell'atteggiamento da tenere verso il piccolo, la terza verso la scuola che deve puntare più ai processi di socializzazione che ad alti livelli di profitto scolastico.

Tra le attuali modalità di cura, i più efficaci sono quelli che insegnano ai bambini (o agli adolescenti) ad esprimere i loro sentimenti esternando i motivi di ansia e a modificare il loro modo abituale di pensare evitando di ingigantire i fallimenti e minimizzare i successi.

Per quanto riguarda l'approccio farmacologico, non è il caso di ricorrere ad alcun farmaco se si tratta di una depressione episodica e leggera. Non è lo stesso se si tratta di una forte depressione. Sebbene non siano stati fatti attenti studi controllati, quasi tutti i dati clinici ritengono che gli antidepressivi triciclici siano utili al trattamento.

Prima della terapia con tali farmaci va eseguita un E.C.G. (elettroencefalogramma) e durante il trattamento le caratteristiche del PR e del QRS devono essere controllate. Un farmaco che ha avuto un grosso successo commerciale ed attualmente è uno dei più efficaci è il Prozac. Ma è opportuno, trattandosi di pazienti così giovani, consultare prima il pediatra.

È invece da stabilire se il litio sia utile nel prevenire le riacutizzazioni. Il suo uso è ancora sperimentale nei bambini e non ci sono ancora dati circa i possibili effetti tossici sull'organismo, in particolare a livello renale, tiroideo e cerebrale. Una breve ospedalizzazione può essere necessaria nelle crisi acute.

Non aggiungiamo altro, perché, a nostro giudizio, la depressione infantile, tranne che per alcune peculiarità, non si discosta molto da quella dell'adulto e necessità di modalità di intervento similari (vedi capitolo IV).

LA SCHIZOFRENIA INFANTILE



La schizofrenia infantile è caratterizzata da stati psicotici con esordio in età superiore ai 7 anni e con analogie comportamentali con la schizofrenia nell'adulto. I sintomi più evidenti sono: disorganizzazione del pensiero, idee di persecuzione, allucinazioni, interruzione degli interessi, impoverimento affettivo ecc..

L'incidenza di questa malattia aumenta con l'età. Mentre l'autismo infantile è una sindrome ben diversa dalle forme di schizofreniche degli adulti, la schizofrenia infantile costituisce senz'altro un continuum con la schizofrenia dell'adolescente e dell'adulto. Di solito la schizofrenia nel periodo che va dai 3 anni e mezzo ai 12 anni, colpisce circa 6 - 7 bambini su 10.000.

Diversi sono i dati che riguardano gli adolescenti. La schizofrenia è il disturbo psicotico di gran lunga più diffuso. La sua incidenza, per quanto sia tuttora scarsa, aumenta sensibilmente dai 15 anni in su raggiungendo la sua punta massima durante gli ultimi anni dell'adolescenza e i primi anni dell'età adulta (P. Graham e Rutter, 1985). Di solito la schizofrenia si manifesta più spesso nei maschi durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre nell'età adulta colpisce maggiormente le donne (Lewine, 1980).

A differenza del bambino autistico, quello schizofrenico è reattivo dal punto di vista sociale. Inoltre, mentre i bambini autistici spesso perdono quasi completamente il linguaggio comunicativo, quelli schizofrenici di solito ricorrono all'ecolalia o a forme linguistiche inappropriate. Un'altra differenza è che mentre i bambini schizofrenici di solito soffrono di allucinazioni e di deliri, questi sintomi sono sconosciuti nei bambini autistici.

Altri sintomi della schizofrenia infantile sono: distorsioni o assenza del contatto con la realtà e limitata capacità di instaurare rapporti significativi con gli altri. Se si tratta di adolescenti i discorsi appaiono confusi, strani, spesso sconnessi ed incoerenti. Può anche capitare che il giovane faccia smorfie o gesti bizzarri, che appaia distratto, distaccato o che manifesti reazioni emotive incongrue, nel senso che reagisce in modo spropositato o incontrollato.

È importante distinguere tra episodi psicotici brevi e schizofrenia (Feinster e Miller, 1979). Sebbene il soggetto possa manifestare durante un episodio circoscritto qualche sintomo psicotico, come incoerenza, forme di condotta disorganizzate, deliri o allucinazioni ecc., si tratta sempre di sintomi che compaiono all'improvviso e hanno breve durata.

Di solito questi sintomi psicotici compaiono subito dopo un forte stress, una vicenda angosciante, come può essere la perdita di un familiare o un incidente che mette a repentaglio la vita. In questi

casi non si può parlare di schizofrenia ed il giovane o il bambino, con un adeguato sostegno psicologico, ha la possibilità di ritornare pienamente nelle sue condizioni precedenti.

EZIOLOGIA. Fino a pochi decenni fa era opinione abbastanza diffusa che responsabili della schizofrenia fossero le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia (Steinberg, 1985). Ma tutte le ricerche più recenti concordano nel ritenere che sono i fattori biologici e quelli genetici a svolgere un ruolo preminente. Sembra evidente che situazioni ambientali stressanti possono solo rendere manifesta la malattia in soggetti con predisposizione genetica.

TERAPIA. È necessario un trattamento combinato farmacologico e psicoterapico. Fenotiazine e butirrofenoni possono essere efficaci nel controllare i sintomi psicotici acuti, ma devono essere usati sotto controllo medico perché possono dare gravi effetti collaterali. L'ospedalizzazione è utile solo nelle fasi acute, tuttavia alcuni soggetti possono richiedere un trattamento prolungato in istituti psichiatrici.

Non andiamo oltre, rimandiamo a quanto è stato scritto sulla schizofrenia degli adulti (vedi capitolo V).

CAPITOLO X

LA MENTE UMANA



Un quesito che ha affascinato l'uomo da quando è nato il mondo è come funziona o come è strutturata la mente umana. Per il passato si è rivelata una domanda troppo complessa, ma poi con il progredire della psicologia e lo sviluppo della scienza dei calcolatori abbiamo cominciato ad avere le idee più chiare in merito.

Non stiamo qui, perché esulerebbe dalle finalità di questo libro, ad esporvi i vari modelli mentali introdotti nella storia della psicologia, ci limiteremo a presentarvi la struttura della mente umana, da noi proposta in una nostra pubblicazione di alcuni anni fa. Il coro di consensi che ha ricevuto ci hanno convinto che questo modello è quello che più si avvicina alla realtà.

Lo scopo è quello di capire quali sono le capacità mentali che compongono la nostra mente e le patologie da cui possono essere affette.

La nostra mente, come sostengono i cognitivisti, funziona proprio come un computer: acquisisce informazioni dall'esterno, le rielabora in base alle sue capacità ed emette, a sua volta, altra informazione.

Tutto il processo, in linea verticale, è sintetizzabile così:

PERCEZIONE → ELABORAZIONE → PRODUZIONE.

All'elaborazione, invece, partecipano gli impulsi che vengono dalle due sfere: quella conscia e quella inconscia, secondo una linea orizzontale articolata in questo modo:

CONSCIO → SALA ELABORAZIONE DATI ← INCONSCIO

In conclusione, il nostro pensiero e le nostre azioni sono il risultato della fusione di impulsi inconsci e di motivi razionali provenienti dalla nostra sfera cosciente (in particolare dalla memoria e dall'intelligenza); “fusione” che avviene in una parte della nostra mente che abbiamo chiamato, “sala elaborazione dati”.

Vediamo ora, come sono composte prima la sfera inconscia e poi quella conscia.

IL CONSCIO. Chiamato da Freud Io, è la sfera delle attività psichiche, nella quale si svolge l'attività razionale e consapevole. Tutto ciò che facciamo e di cui siamo pienamente coscienti fa parte dell'Io: scrivo, cammino, parlo ecc.. Tutto ciò che è volontario e posso spiegare razionalmente cade nel dominio dell'Io.

È la nostra parte cosciente, quella che ci permette di essere consapevoli del mondo che ci circonda. Senza di essa non saremmo tanto diversi dagli altri animali. Il leone, pur essendo il re della foresta, non si chiede mai “chi è?” “Chi ha creato l'universo” o “perché dà la caccia alle antilopi e non ai ghepardi?”.

L'Io ci rende coscienti di esistere e di interrogarci sul significato della nostra esistenza. È il traguardo più alto raggiunto dall'evoluzione della vita sulla terra: la materia che prende coscienza di se stessa.

L'Io è composto da 5 capacità mentali: attenzione, memoria, intelligenza, volontà ed immaginazione.

Chiaramente le capacità fondamentali sono: memoria, intelligenza ed immaginazione. Le altre possono definirsi abilità di "servizio", in quanto servono solo per far funzionare bene quelle principali. Ad esempio, l'attenzione non ha una funzione autonoma, il suo compito è solo quello di operare selettivamente sulle informazioni in arrivo. La volontà non partecipa attivamente all'elaborazione del pensiero, ha solo una funzione "esecutiva": quella di farci mettere in pratica le decisioni prese.

L'INCONSCIO è, invece, la sfera delle attività psichiche di cui non siamo pienamente coscienti. Tutto ciò che è frutto di impulsi o non sappiamo spiegarci razionalmente è di origine inconscia. Fino al 1900, quando Freud fece le sue prime pubblicazioni, si è creduto che fossimo perfettamente coscienti di tutte le nostre azioni e di tutti i nostri modi di fare. Il padre della psicoanalisi intuì che non era così, che esiste anche qualcosa che ci condiziona pesantemente nella nostra vita quotidiana: l'inconscio.

Quest'ultimo, a sua volta, può essere diviso in quattro parti:

1) L'INCONSCIO COLLETTIVO è costituito dal serbatoio degli istinti naturali (in parte innati e in parte appresi) e dagli archetipi introdotti da Jung (vedi "G. Gargione - Psicologia - La nuova frontiera").

Lo psichiatra svizzero notò che la vita sulla terra è stata sempre scandita dal cammino del sole, dal succedersi del giorno e della notte, e che gli uomini di tutti i tempi hanno sempre sperato nella pioggia affinché fecondasse la terra, nell'alba che fugasse le paure e le angosce della notte; hanno sempre salutato con gioia le nuove nascite o hanno celebrato con feste certi momenti della loro esistenza, come i matrimoni; mentre hanno sempre pianto i morti con tristi riti funebri.

La nostra psiche alla nascita non si presenta come una "tabula rasa", ma ha già delle tendenze, delle risposte innate, degli atteggiamenti che sono guidati da potenti simboli, quali il sole, il padre, il fuoco, l'acqua, la madre ecc.. È un patrimonio che ognuno di noi ha in comune con tutta l'umanità, perché esso risale nella notte dei tempi e racchiude in sé la storia dell'uomo sulla terra.

2) L'INCONSCIO SOCIALE, invece, è determinato dai condizionamenti socio-culturali della comunità a cui apparteniamo.

Ogni paese, ogni nazione, ogni "gruppo sociale", sia pure piccolissimo, ha i suoi usi, i suoi costumi, la sua religione e la sua "mentalità" e tutto ciò influenza la formazione di un individuo più di quanto si possa credere. Un inglese, ad esempio, è diverso da un africano, non per il colore della pelle, ma perché si veste, mangia, studia, pensa e vive in una società con valori e una cultura molto diversi da quelli di un popolo che vive nel cuore dell'Africa.

3) L'INCONSCIO PERSONALE, che è costituito dal bagaglio personale delle nostre esperienze, positive o negative che siano, dalla nascita fino ai nostri giorni. È il "luogo" dove sono registrati i nostri ricordi individuali, le nostre abitudini, le nostre manie, i nostri gusti, e, purtroppo, anche i

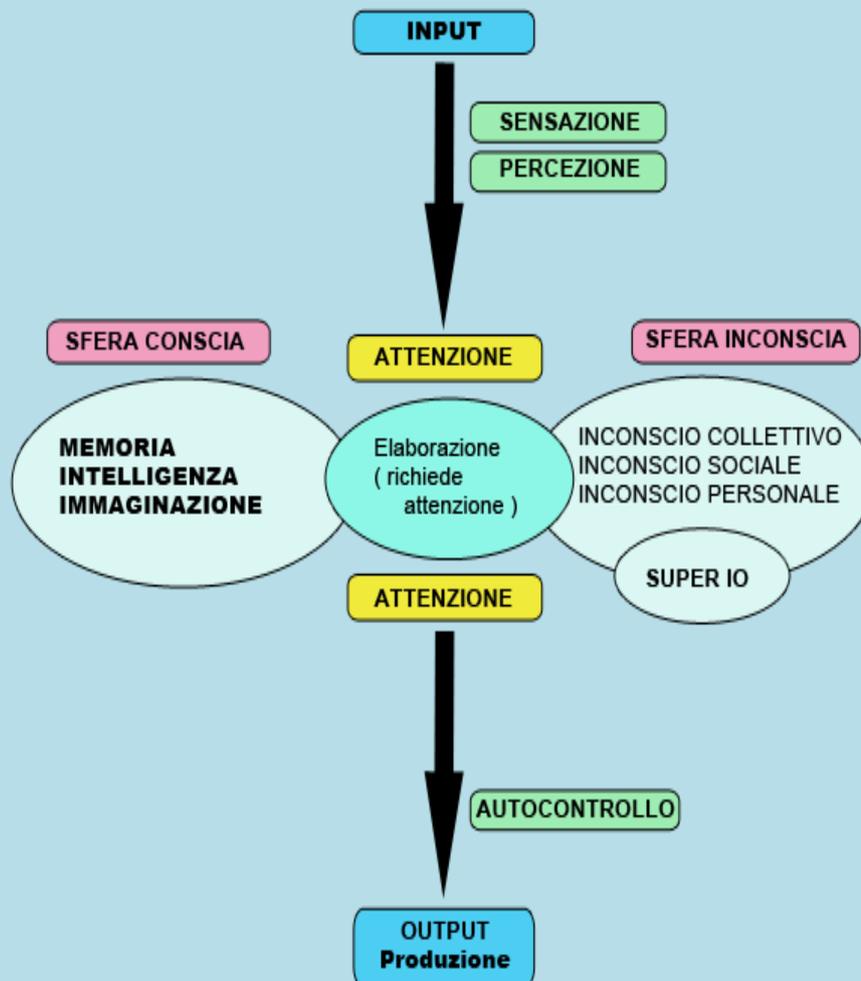
traumi e i disturbi mentali di cui siamo affetti. Se, ad esempio, da piccoli siamo stati morsi da un cane, è facile che sviluppiamo una fobia verso questi animali.

4) IL SUPER IO: è il nostro freno inibitore, quello che controlla ogni nostro istinto ed ogni nostro desiderio. È frutto dell'educazione, della morale e dei condizionamenti sociali e culturali della società in cui viviamo.

In effetti è la componente della nostra mente addetta all'autocontrollo. Anche se il super-io è essenzialmente inconscio, alcuni suoi aspetti sono indubbiamente consci, per cui sarebbe più giusto collocarlo, come fa la maggioranza degli autori, a metà strada tra la sfera conscia e quella inconscia.

Inoltre, la funzione di auto-controllo non è svolta solo dal super-io ma anche dall'intelligenza e dall'intera sfera cosciente.

Il tutto è riassumibile nello schema sotto:



I DISTURBI DELLE ABILITÀ MENTALI

A nostro parere anche le capacità mentali, che compongono la nostra mente, possono ammalarsi. Vediamo le patologie più comuni.

IL DISTURBO DA DEFICIT di ATTENZIONE

L'attenzione ha una grandissima importanza nella vita pratica, perché una sua eventuale patologia può produrre danni notevoli: può impedire l'apprendimento, la riflessione, lo studio, l'elaborazione di informazioni ecc., persino la psicoterapia. Immaginate un psicologo clinico che debba procedere con un paziente che non sta un momento attento o fermo.

Gli stimoli esterni, le immagini, le situazioni, infatti, non hanno la medesima chiarezza ed intensità. Ci sono cose che richiedono tempi di attenzione limitatissimi, alla portata di tutti, ad esempio se un amico ci chiama e ci dice: "Vuoi un caffè?"

Non dobbiamo fare molti sforzi per capire quello che dice. La cosa è diversa se questo amico ci tiene una lezione di fisica o ci deve spiegare il funzionamento di un complicato videoregistratore. In questo caso per comprendere il messaggio abbiamo bisogno di tutta l'attenzione di cui siamo capaci e questo per un periodo di tempo piuttosto lungo.

I disturbi dell'attenzione possono essere secondari o primari. Sono secondari quando sono la conseguenza di altri fattori. Ricadono in questo caso cause di tipo naturale: la stanchezza, la sonnolenza, momenti di tensione, forti emozioni ecc.; o cause di tipo patologico: malattie organiche (certe forme di intossicazioni, sofferenze epatiche, ipertiroidismo ecc.), stati confusionali, disturbi mentali, isteria ecc..

"Negli arresti e nei difetti originari dell'intelligenza (idiozia, imbecillità) l'attenzione è labilissima e incostante. Non si può dire che codesti soggetti siano incapaci di fissare l'attenzione, ma questa devia facilmente da un oggetto all'altro, senza soffermarvisi e senza concentrarsi in modo utile" M. Gozzano (1976).

I disturbi dell'attenzione primari, invece, quasi sempre sono dovuti all'acquisizione di una cattiva abitudine: quella di spostare in continuazione l'obiettivo dei pensieri. Questo tipo di disturbo è chiamato dispersione mentale e consiste nell'incapacità di tenere l'attenzione a lungo su un argomento.

Il malato di dispersione mentale è uno che incomincia mille cose e non ne finisce nessuna, ad ogni stimolo segue un'azione, ma non ne completa mai nessuna. Se un uomo affetto da patologia dell'attenzione mentale, ad esempio, deve zappare un orto, non inizia in un punto e procede sistematicamente con ordine finché non ha finito (a meno che non abbia acquisito tale metodo per apprendimento), ma zappa un po' di qua, un po' di là ecc..

Se sta ascoltando un vostro discorso, dopo un istante già pensa ad altro. Nella vita, in genere, è disordinato ed incostante, spesso si esaurisce senza aver combinato niente di buono.

È necessario, invece, procedere con ordine nella vita: sapere bene quali sono le cose più importanti (e che devono avere la precedenza sulle altre) e non interrompere mai un'azione prima di averla finita (a meno che non ci sia un buon motivo per farlo).

L'attenzione, infine, in alcuni disturbi può diventare maniacale. Ad esempio, spesso il depresso è attentissimo a cogliere tutti gli elementi negativi che possono confermare la sua visione pessimistica della realtà o i suoi dubbi. Idem il malato maniaco-ossessivo, riesce a cogliere tutti i particolari che rinforzano i suoi sospetti.

I DISTURBI DELLA MEMORIA

Si possono distinguere tre tipi di cause:

1) **CAUSE PSICOLOGICHE**. Rientrano in questo gruppo tutti quei motivi che in un modo o in un altro ostacolano il lavoro della memoria. Possono essere:

a) Deficit di attenzione. Se siamo distratti subito dopo che ci è stata data un'informazione, non riusciremo a memorizzarla perché non abbiamo il tempo di elaborarla e di legarla saldamente agli altri dati in memoria.

b) Stati di ansia e di disagio, qualsiasi emozione, timore e preoccupazione crea uno stato di agitazione che ostacola la memorizzazione dell'informazione.

c) Rimozione. Il nostro super-io spesso cancella dalla mente ricordi o perché immorali o perché troppo dolorosi.

d) Incomprensione del messaggio. Se non riusciamo a capire il senso di un messaggio, difficilmente ce lo ricorderemo. Tutto ciò perché la mente tende a ricordare il significato di un'informazione, non le singole parole.

e) L'interferenza. Come abbiamo visto ricordi simili o analoghi tendono a interferire tra di loro. Ne abbiamo parlato a proposito della memoria.

f) La stanchezza. A sera, a parità di condizioni, riusciamo a ricordare meno cose che al mattino, perché la nostra mente è stanca.

A questi motivi bisogna aggiungere gli errori educativi (cioè non abituare i bambini all'uso corretto della memoria) o la mancanza di esercizio. L'ozio, infatti, uccide la memoria umana. Certi pensionati si lamentano di essere smemorati, poi lasciano poltrire la mente dalla mattina alla sera. La memoria, alla pari delle altre nostre capacità mentali, va esercitata con lo studio e con l'esercizio.

2) **MALATTIE ORGANICHE**: le malattie fisiche che possono danneggiare la memoria sono moltissime, accenniamo solo alle più importanti: Il morbo di Alzheimer, psicosi di Korsacoff, morbo di Parkinson, traumi cranici, demenza senile ecc.

3) **SECONDARI AD ALTRI DISTURBI**. I disturbi mentali che possono danneggiare i processi mnemonici sono moltissimi: depressione, schizofrenia, personalità multipla, tossicodipendenza, alcoolismo ecc..

Ma non esiste solo la diminuzione della memoria, talvolta i ricordi possono risultare deformati o falsati. Durante la fase di conservazione, infatti, i ricordi possono subire, e ciò avviene quasi sempre, due tipi di cambiamento: la diminuzione e la trasformazione (da molti autori chiamata più opportunamente distorsione). Del primo punto abbiamo parlato sopra, vediamo ora il secondo.

DISTORSIONE. La spiegazione più plausibile di questo fenomeno è che noi codifichiamo nella memoria solo parte dell'informazione disponibile e precisamente gli elementi principali. Quando poi, andiamo a rievocare questi ricordi, ne recuperiamo soltanto frammenti codificati riempiendo i vuoti con la logica e le nostre conoscenze. Perciò, quasi sempre il ricordare non si risolve in una *semplice lettura* dell'informazione originale, ma in una vera e propria opera di ricostruzione a cui partecipano fonti d'informazione differenti.

In un famoso esperimento F. Bartlett (1932), che fu uno dei primi ad evidenziare quanto le conoscenze generali possono influenzare i ricordi specifici, faceva ascoltare ad un gruppo di universitari una storia appartenente alla tradizione indiana. Quando lo studioso chiese ai soggetti di raccontarla di nuovo con parole proprie, notò che spesso la storia originale veniva cambiata. In particolare, le persone tendevano ad omettere i particolari non essenziali ai fini della trama e ad esagerare quelli essenziali.

Inoltre i soggetti tendevano a dimenticare o a distorcere e ad aggiungere particolari in modo da rendere meno strana ed insolita la storia. Ad esempio, uno studente cambiò “cacciare le foche” con “andare a pescare”, un altro “le frecce nella canoa”, con “le frecce nella barca” ecc.. In effetti gli studenti inglesi, che avevano schemi mentali diversi da quelli degli indiani, tendevano a ricordare i dettagli alla luce dei propri schemi.

È facile sperimentare l'alterazione qualitativa a cui vanno soggetti i contenuti della memoria con la cosiddetta “riproduzione a catena”. Se provate a raccontare una storia ad un amico e questi poi lo racconterà ad altri, fino a formare una catena di 5 - 6 persone, quando l'ultimo vi riferirà di nuovo la storia, noterete che ha subito notevoli cambiamenti. Tutto ciò perché ognuno avrà ommesso dei particolari o delle parti, mentre avrà aggiunto delle cose che le sembravano più logiche o modificato gli aspetti che riteneva più inverosimili.

C'è poi la distorsione dovuta a motivi psicopatologici. Un esempio di questo fenomeno è la confabulazione che “consiste nella sostituzione di creazioni fantastiche ai ricordi perduti, invenzioni che vengono accettate come verità”. “Il confabulante non si arrende a questa menomazione del suo patrimonio mnemonico, inventa. Se domandiamo ad uno di questi malati come trascorrono la giornata ci dirà che è stato al caffè, ha visto degli amici, ha fatto una discussione ecc., ma un momento dopo ci racconterà di essere stato a teatro o di aver avuto un'avventura amorosa” (Gozzano, 1962).

I DISTURBI DELL'INTELLIGENZA

L'intelligenza, secondo gli studiosi, è una capacità che si sviluppa durante il periodo evolutivo, cioè da 0 a 20 anni. Con il passare del tempo il pensiero del bambino si ordina, si consolida e si formano tutte le necessarie interconnessioni. Eventuali patologie dell'intelligenza, quindi, devono farsi risalire a questo periodo. L'intelligenza, infatti, una volta raggiunto il suo massimo sviluppo (secondo Wechsell tra i 16 ed i 20 anni), non regredisce mai, a meno di gravi malattie organiche.

Le cause che possono dare luogo a disturbi dell'intelligenza sono di tre tipi:

1) MALATTIE ORGANICHE: L'intelligenza può svilupparsi sia in modo incompleto, sia subire un arresto dello sviluppo, per effetto di malattie fisiche come traumi cranici, alcune malattie infettive (sifilide), demenze senili ecc.. Più spesso le limitazioni di sviluppo dell'intelligenza sono imputabili a difetti congeniti o a malattie organiche che colpiscono il cervello.

2) CAUSE PSICOLOGICHE. Si possono distinguere, a loro volta, in due gruppi: cause primarie e secondarie.

3) DISTURBO SECONDARIO. In questo caso la debolezza dell'intelligenza è una diretta conseguenza di altri problemi. Sono di questo tipo: tutti gli handicap fisici che possono impedire il

normale sviluppo della capacità cognitive. Se un bambino non si può muovere, non può toccare o non può vedere, anche la sua intelligenza può essere compromessa. Allo stesso modo, tutti i disturbi della personalità che ostacolano il normale sviluppo del bambino, come autismo, deficit di attenzione, un carattere particolarmente passivo e abulico ecc., possono avere un effetto negativo sul quoziente intellettivo.

Attenzione, però, a volte gli handicap di tipo fisico hanno l'effetto opposto. Invece di deprimere l'intelligenza, ne stimolano lo sviluppo in quanto "le difficoltà aguzzano l'ingegno".

CAUSE PRIMARIE. Tutti motivi che possono impedire in un modo o nell'altro il normale training di cui l'intelligenza ha bisogno per sviluppare, possono ostacolarne il suo sviluppo. Le cause più comuni sono:

1) Un ambiente povero di stimoli. È il caso di famiglie estremamente disagiate che non hanno i soldi per comprare dei giocattoli ai figli o che li crescono all'interno di una sola stanza. È anche il caso di bambini chiusi di carattere perché hanno subito traumi o gravi carenze di affetto. Per fortuna, non sempre un ambiente deprivato ha l'effetto di deprimere l'intelligenza.

2) Genitori iperprotettivi, che hanno paura che i loro figli si facciano male e perciò impediscono loro di fare le cose che fanno tutti i bambini. Un bambino che non tocca, non smonta, non si muove, che non è curioso, è un bambino che non impara e che non sviluppa le proprie capacità mentali.

3) Bambini molto pigri e passivi. Il soggetto troppo pigro si scoccia di pensare, quando ha un problema preferisce chiedere la soluzione agli altri: ai genitori, ai parenti, agli amici ecc.. Davanti ad una difficoltà si arrende, ci rinuncia. Non ama sforzarsi per risolvere. Agendo così non sviluppa a sufficienza le sue capacità intellettive, perché non impara a riflettere sulle cose.

Alle poche informazioni qui riportate, vanno aggiunte quelle inserite nel capitolo "I disturbi dello sviluppo", nel paragrafo "ritardo mentale". Quest'ultimo, infatti, non è altro che un ritardo dello sviluppo dell'intelligenza.

I DISTURBI DELLA VOLONTÀ

I più importanti disturbi della volontà sono:

L'INDECISIONE. L'incapacità di arrivare a una decisione può essere dovuta principalmente all'incapacità di concentrazione o all'incapacità di operare una scelta.

Nel primo caso, è chiaro che bisogna potenziare prima le capacità di concentrazione, successivamente si passerà a quelle volitive. Esistono numerosi esercizi a tale scopo, sono citati su quasi tutti i manuali operativi. L'importante, in questi casi, è la gradualità; cioè iniziare con esercizi che richiedono solo qualche minuto di attenzione e, a mano a mano, passare a quelli più difficili.

Nel secondo caso, cioè nell'incapacità "materiale" di fare una scelta, la volontà è come paralizzata da continui dubbi. Il soggetto è in uno stato di indecisione e perplessità che non riesce a risolvere. Non è capace di decidersi per l'una o per l'altra soluzione e quando riesce a farlo, è assalito da dubbi atroci (questo perché si concentra sugli aspetti negativi della soluzione appena scelta).

Il migliore metodo per superare tale problema è quello di *pensare per iscritto*. Si prende un foglio, si divide a metà con una linea, a destra si scrivono tutte le ragioni a favore di una scelta, a sinistra tutte quelle contro. Quelle che hanno maggior importanza si sottolineano due o tre volte, a

seconda dei casi. Alla fine, dopo aver soppesato le diverse ipotesi, ci si “costringe” a decidere o per l’una o per l’altra soluzione.

I vantaggi di prendere una decisione per iscritto sono vari: ci si concentra meglio in quanto si è costretti a stare seduti vicino ad un tavolino; facendo un elenco su un foglio si terrà conto di tutti gli aspetti di un problema e non solo di quelli che ci vengono in mente in quel momento; la lista può essere compilata anche in più giorni, man mano che le cose ci vengono in mente; con uno schema davanti si riesce ad avere una visione globale del problema e si riesce a ragionare in maniera più logica.

Quando si tratta, invece, di decisioni complesse, con più scelte si può procedere in questo modo. Si prende un quadernone, sulla prima pagina si fa un elenco dettagliato di tutte le soluzioni possibili. Poi, si riporta ognuna delle possibilità all’interno del quaderno, una su ogni foglio. Successivamente si passa ad esaminare le varie soluzioni ad una ad una, scrivendo sotto ognuno di esse vantaggi e svantaggi. A mano a mano, eliminare quelle assurde, sbagliate o che non sono percorribili. Alla fine si fa lo spareggio tra le soluzioni rimaste, confrontandole con il metodo che abbiamo descritto prima.

Una variante di questa patologia, cioè dell’indecisione, è la VOLUBILITÀ. Al contrario degli indecisi, gli individui volubili arrivano sì ad una conclusione, ma per mutare opinione un minuto dopo. È chiaro che cambiano a seconda degli aspetti del problema che considerano. Se si concentrano su quelli negativi, optano per non fare una certa azione; se, invece, si concentrano su quelli positivi, decidono di andare avanti. Sono come delle banderuole al vento, cambiano in continuazione direzione. Le persone decise, invece, ci pensano bene su una cosa, ma una volta arrivata ad una conclusione, non cambiano più parere.

L’IMPULSIVITÀ. La persona impulsiva è quella che ad uno stimolo fa seguire subito l’azione, in questo modo viene a mancare il momento della valutazione. L’impulsivo non pensa, agisce. Fa precedere l’azione al pensiero o riduce quest’ultimo a tempi così ridotti che diventa quasi inutile. È un avventuroso, si lancia in imprese senza valutare bene i pro ed i contro. Spesso finisce per cacciarsi nei guai. Basta che un’idea gli sembri buona ed ecco che si lancia “alla carica”. Se sta in commercio spesso finisce sul lastrico, ma a volte con un imprevedibile successo. La prudenza, infatti, non sempre è un’ottima tattica. A volte osando, si riescono anche a fare colpi insperati.

L’impulsivo è spinto da una forza interiore a compiere un atto senza ragionarci sopra. “È guidato dai suoi desideri elementari - scrive P. Daco - dai suoi automatismi inconsci e dalla sua emotività malata. L’impulsivo, stando alle apparenze, *vuole veramente*. In realtà è incapace di controllare le sue azioni e la sua volontà è uguale a quella di un debole. L’impulsivo si getta in modo esagerato nell’azione; corre continuamente, spesso è un agitato; anche se può dare l’impressione di un uomo deciso, in realtà è debole ed insicuro”.

Esistono vari modi per combattere l’impulsività, il più semplice è quello di contare lentamente fino a 30, prima di eseguire un’azione. Sembra una cosa stupida, ma una volta arrivato a 30, spesso l’impulsivo ha cambiato idea.

L’APATIA. È una totale o parziale mancanza di interessi e di impulsi. Tutto diventa indifferente, tutto scivola nell’indolenza, nella pigrizia, nella lentezza e nell’incapacità ad agire. Viene a mancare

qualsiasi reazione affettiva alle circostanze esterne e per lo più subentra una grande inerzia fisica. L'ozio uccide la volontà, spesso anche il desiderio.

L'apatia può essere temporanea e causata da un grave trauma: la morte di una persona a cui eravamo molto legati, un divorzio, una pesante delusione ecc.. Ma per essere nella normalità non deve andare mai oltre 4-5 mesi, dopo deve essere interpretata come un sintomo di disturbo della personalità, in particolare della depressione. Più raramente ha cause organiche (ad esempio ipotiroidismo). L'importante è non sottovalutarla mai, perché è un campanello che ci avverte che qualcosa non va in noi stessi.

LA CAPARBietà. Una delle doti della volontà, come abbiamo visto, è la tenacia, cioè la capacità di tenere fede ad una decisione presa. A volte, però, questa capacità, altamente positiva, sfocia in un eccesso: la caparbietà.

Che cosa distingue il volenteroso dal caparbio?

Il caparbio è prigioniero di una decisione presa ed è letteralmente incapace di tornare su i suoi passi. È come un treno lanciato a 300 Km orari, nessuno può più fermarlo. Se il caparbio durante il percorso si rende conto di aver sbagliato strada, continua lo stesso la sua corsa. L'uomo di volontà, invece, è aperto di spirito e di ampie vedute, se capisce che la sua decisione è errata, è capace di "raddrizzare il tiro".

Inoltre, se la situazione cambia, è in grado di adattarsi ad essa. Il caparbio, invece, è come quei professori che vanno avanti con il programma anche se si rendono perfettamente conto che i loro alunni non hanno capito niente. Se si getta in un'impresa sbagliata, continua imperterrito fino alla sconfitta totale. Hitler, ad un certo punto comprese che la guerra era perduta, ma si rifiutò di aprire gli occhi e si arrese (suicidandosi) solo quando le cannonate sovietiche ormai piovevano sul suo bunker.

L'ostinazione è un eccesso di caparbietà. Mentre le persone caparbie, nonostante tutto, sono ancora capaci di ragionare e giustificano in qualche maniera il loro modo di comportarsi, l'ostinato, invece, si rifiuta anche solo di parlarne. Se si chiede loro una giustificazione rispondono quasi sempre con frasi del tipo: "Perché voglio così, ed è inutile a star qui a discutere più a lungo". È come trovarsi davanti a un muro di cemento armato. Non danno alcuna spiegazione, perché in realtà non ne hanno. Si trincerano, in genere, dietro la loro posizione di autorità.

DISTURBO SECONDARIO. In questo caso la debolezza della volontà è la conseguenza di fattori esterni: malattie organiche (qualsiasi tipo di malattia che fiacca l'organismo, ne fiacca anche la resistenza e la volontà. Basti pensare ad un fatto semplicissimo: se stiamo male, resistiamo molto meno alle insistenze di uno scocciatore che ci vuole vendere qualcosa), disturbi mentali quali: depressione, schizofrenia, autismo, idee fisse, isteria ecc..

I DISTURBI DELL'IMMAGINAZIONE

Le patologie dell'immaginazione, per fortuna, quando esistono non danno luogo a problemi così gravi come nei casi precedenti.

Le persone che hanno poca immaginazione sono quelle che sono poco creative, quelle che fanno le cose sempre nello stesso modo, senza mai tentare di introdurre qualche miglioramento. Se il mondo fosse stato costituito solo da questo tipo di persone, sicuramente saremmo rimasti all'età della pietra. Questo perché senza fantasia non c'è progresso ed innovazione tecnologica.

La mancanza di fantasia, in genere, ha il suo effetto anche sull'intelligenza, in quanto le due capacità sono strettamente connesse, spesso per capire bisogna immaginare.

La mancanza di fantasia può essere dovuta o a ritardo mentale o ad un'educazione troppo rigida. Se il bambino ha dei genitori autoritari che gli impongono di fare le cose sempre allo stesso modo e gli impediscono ogni percorso alternativo, di riflesso egli non svilupperà a sufficienza la sua intelligenza creativa.

Altre volte la mancanza di fantasia può essere dovuta a timidezza, a complessi di inferiorità. Il bambino, in questo caso, non osa percorrere nuovi itinerari per paura di sbagliare. Manca di creatività per paura di essere punito.

Un altro motivo che può portare ad un sviluppo incompleto di questa capacità è la mancanza di curiosità ed interesse. Il bambino passivo, abulico, apatico, che non ha la propensione ad esplorare, a conoscere, non svilupperà nemmeno buone capacità immaginative.

L'ECESSO di FANTASIA. Anche l'eccesso di fantasia può dare luogo a dei problemi. Il soggetto che si rifugia troppo nelle fantasticherie, è un soggetto che ha bisogno di evadere, quindi ha difficoltà di adattamento. Chi si rifugia spesso in un mondo suo, fuori della realtà, utilizza questo meccanismo di difesa, perché si sente frustrato ed insoddisfatto. È un sintomo che va indagato più a fondo, perché potrebbe nascondere i germi di una patologia mentale o perché, a lungo andare, potrebbe dar luogo a comportamenti disturbati.

I DISTURBI DELLA PERCEZIONE

Questi disturbi possono interessare sia la sensazione, che la percezione.

I DISTURBI DELLA SENSAZIONE. In questo caso uno dei 5 organi di senso non funziona bene o non funziona del tutto. I casi più evidenti sono la cecità o la sordità, ma possono essere considerati in questo gruppo anche i daltonici, le persone paralizzate, i forti miopi e tutti coloro che sono limitati nei movimenti o nella percezione del mondo che li circonda.

I DISTURBI DELLA PERCEZIONE. La percezione è l'elaborazione delle sensazioni messe a confronto con i dati in memoria, ossia si tratta del riconoscimento di ciò che i nostri sensi percepiscono. Ora questo riconoscimento può essere alterato per cause diverse, anche in condizioni normali. Ad esempio, a volte è facile scambiare, in cattive condizioni di luce, una persona con un'altra, come pure sotto l'effetto di una forte emozione può accadere di fraintendere una frase.

Talvolta le patologie della percezione sono secondarie a disturbi della personalità come alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenia, demenza senili, sindrome maniaco-depressiva ecc.. In questi casi il paziente sente delle voci, ha delle visioni o delle sensazioni tattili ecc.. Si tratta di allucinazioni, che sono sintomi del disturbo di cui sono affetti.

Altre volte l'interpretazione errata della realtà è dovuta:

a) A schemi mentali sbagliati. In questo caso l'interpretazione della realtà è deformata da un modo di vedere distorto del mondo esterno. È come vedere il mondo attraverso una lente deformante. Gli stimoli esterni ci dicono una cosa, ma noi, devianti dalla nostra emotività, ne interpretiamo un'altra.

b) Alla difficoltà di raggruppare in fatti significativi gli stimoli che ci arrivano alla mente (vedi legge della Gestalt sulla percezione). In effetti siamo davanti ad una mente eccessivamente “analista”, si ferma sui particolari, senza riuscire a cogliere l’insieme.

c) Alla difficoltà di percepire la figura sfondo. Guardate le seguenti figure sotto. Se non riuscite a capovolgere l’immagine, dopo averci provato più volte e nonostante quanto scritto nella didascalia, potreste avere questo problema.

d) Ad insufficiente sviluppo della costanza della forma e della grandezza. Sono quelle persone che non riescono a rendersi conto che si tratta dello stesso oggetto, anche se questo viene ruotato o allontanato.

e) A mancanza di orientamento temporale (è la capacità di interpretare le azioni vissute come passato, quelle da fare, come futuro e quelle attuali come presente) o a mancanza di orientamento spaziale (che è la capacità di muoversi con sicurezza sul territorio).

I DISTURBI DELLA PRODUZIONE

Possono essere di due tipi: dovute a cause fisiche e a cause psichiche.

Come nei casi precedenti sono distinguibili tre grandi gruppi:

Nel primo caso la patologia della produzione è imputabile a malattie di tipo organico: danni cerebrali (afasia della parola), polipi alle corde vocali ecc.. Il caso più evidente di questo gruppo sono i sordomuti. Non riescono a sviluppare un linguaggio perché non possono sentire le parole degli altri e, quindi, costruirsi un vocabolario.

Nel secondo caso si tratta di motivi dovuti a fattori psicologici; le balbuzie sono il disturbo più comune.

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO LE BALBUZIE

Le persone affette da questo disturbo tendono a ripetere alcuni suoni, soprattutto quelli all’inizio della parola o della frase, si soffermano troppo su alcune sillabe, mentre su altre si bloccano incapaci di andare avanti, così il loro discorso perde fluidità e quasi sempre diventa incomprensibile. Il loro problema non è cosa dire o la mancanza di idee e di concetti, ma esprimersi senza bloccarsi, come le parole non volessero uscire dalla bocca.

Di solito è un problema che riguarda i bambini, ma spesso ne sono affetti anche gli adulti, in particolare modo le persone timide ed introversive. I bambini balbuzienti sono circa l’uno per cento, mentre gli adulti meno del 0,1 della popolazione. Si inizia a balbettare entro i 3 anni di età ed il 75% dei balbuzienti manifesta il problema entro i 6 anni o comunque prima dei 12 anni.

È un disturbo che interessa maggiormente gli uomini che le donne, infatti l’80 per cento dei balbuzienti adulti sono uomini. Nel 65% dei bambini balbuzienti in età prescolare la balbuzie si risolve spontaneamente nel caso che il problema esista da non più di 2 anni.

Si riconoscono 5 stadi del problema:

1 - Mancanza di fluidità. È il meno grave, i bambini tendono a ripetere, ma solo una volta, il suono di qualche parola.

2 - Balbuzie al limite della normalità. Riguarda i bambini tra i 2 ed i 6 anni che pronunciano correttamente più del 10% delle parole, ripetendo più volte i suoni su cui si inceppano.

3 - Balbuzie leggera. Interessa i bambini che alternano momenti in cui balbettano ad altri nei quali parlano correttamente.

4 - Balbuzie intermedia. Interessa i bambini tra i 6 ed i 14 anni che, ormai coscienti del problema, si sforzano di non balbettare. Tendono perciò a sostituire le parole che sembrano difficili da pronunciare.

4 - Balbuzie avanzata. Si manifesta dopo i 14 anni. Il difetto è evidente quando parla ed il soggetto per occultarlo tende a sostituire le parole a “rischio” con altre più facili, in tempi così brevi che spesso il suo interlocutore non si accorge di niente.

Talvolta la balbuzie è accompagnata da movimenti muscolari quali ammiccamenti e tic. Non sorprende che tale disturbo possa interferire con il rendimento scolastico o lavorativo e che spesso impedisce di realizzare le proprie potenzialità.

L'EZIOLOGIA

Le cause per cui un bambino sviluppa le balbuzie non sono del tutto chiare, anche se sembra evidente una multifattorialità del disturbo. Queste le ipotesi più attendibili:

FAMILIARITÀ. I ricercatori sembrano convinti che vi sono persone predisposte geneticamente a sviluppare il disturbo, infatti soltanto il 3% dei balbuzienti non ha in famiglia nessun'altra persona che presenta lo stesso problema. Un bambino con un genitore o un parente balbuziente ha maggiori probabilità di sviluppare lo stesso disturbo del linguaggio, fermo restando che balbuzienti si diventa, non si nasce.

PROBLEMI FISICI. Le balbuzie talvolta sono da imputare a disfunzioni a livello fonico o delle aree del cervello che controllano la fonazione, questo soprattutto in seguito a traumi, incidenti o a interventi chirurgici. Si presuppone che in questi casi venga a mancare la sincronia tra il momento in cui viene prodotto il pensiero e quello in cui viene articolata la parola.

Altre ricerche indicano l'origine delle balbuzie in problemi di tipo neurofisiologico. Mentre nel bambino normale verso il terzo anno di età l'emisfero sinistro del cervello diventa dominante rispetto a quello destro, nel piccolo balbuziente si crea una competizione tra i due emisferi. A tutt'oggi non esistono prove definitive a sostegno di questa ipotesi.

PROBLEMI PSICOLOGICI. Secondo la teoria psicoanalitica il problema delle balbuzie deve farsi risalire a conflitti irrisolti con i genitori, con i familiari o con gli insegnanti. A sostegno di queste tesi portano la constatazione che il bambino tende a balbettare soprattutto in presenza di determinate persone, come professori o uno dei due genitori.

Oggi si è più propensi a credere che le balbuzie siano una prerogativa delle persone estremamente timide ed insicure e che la paura di sbagliare sia il fattore principale alla base di questo disturbo. Questa tesi è confermata dal fatto che le persone affette da balbuzie hanno serie difficoltà quando devono parlare in pubblico o a persone di grado superiore a loro, mentre riescono ad esprimersi normalmente quando sono con persone da cui si sentono pienamente accettate e con cui si trovano a loro agio.

Il fatto che l'ansia sia alla base di questo disturbo è dimostrato dal fatto che spesso il disturbo scompare spontaneamente quando il soggetto recita a teatro, anche se per questi soggetti calcare le scene è un'esperienza alquanto ansiogena. La spiegazione data al fenomeno da questi soggetti è che

è molto più facile ripetere le parole di un copione, che parlare spontaneamente. Ciò è una prova evidente che è la paura di sbagliare o di dire sciocchezze, a bloccare questi soggetti facendoli balbettare.

Questa osservazione trova riscontro nei miglioramenti che spesso si osservano nei balbuzienti quando leggono ad alta voce. Spesso riescono a farlo senza alcun errore e senza balbettare in alcun modo. È ovvio che le situazioni in cui si tratta di eseguire un compito facile, con poche possibilità di errore, come leggere da un foglio, non pone loro problemi di ansia e perciò riescono a farlo senza difficoltà.

Non è lo stesso se devono improvvisare un discorso davanti ad un pubblico, perché in questo caso devono scegliere le parole ed i concetti da esprimere e ciò li espone alla paura di sbagliare.

LA TERAPIA

Esistono vari tipi di trattamento che spesso si ispirano a criteri completamente diversi l'uno dell'altro. Anche se dalle balbuzie, soprattutto nei bambini più piccoli, si può guarire spontaneamente meglio valutare caso per caso se è il caso di intervenire o no. Ovviamente più precoce è l'intervento, maggiori sono le possibilità di eliminare definitivamente il disturbo. Queste le modalità di intervento più diffuse:

LOGOPEDIA. È il metodo classico. Il terapeuta sottopone il paziente a una prova di scrittura, ad una conversazione e ad una prova di comprensione orale. In base ai risultati fa eseguire una serie di esercizi fonici per insegnare al paziente a pronunciare correttamente le parole o i suoni con cui trova difficoltà. In effetti, il soggetto impara ad esprimersi parola per parola, quasi si trattasse di una lingua straniera.

LA TERAPIA DELLA RICOSTRUZIONE. Questo tipo di approccio parte dal presupposto che parlando lentamente non si balbetta. Perciò si inizia leggendo lentamente e si impara a controllare la respirazione con alcuni esercizi. Le frasi non devono essere mai troppo lunghe e devono iniziare sempre con una vocale. Inoltre, le consonanti devono essere pronunciate dolcemente cercando di mantenere costante il flusso dell'aria fino alla fine della frase.

LA CURA DI MODIFICAZIONE. La cura di modificazione si divide in 4 fasi e cerca di intervenire sulle situazioni che possono causare la balbuzie.

Per primo si individuano le situazioni, gli atteggiamenti o i sentimenti che sono all'origine delle balbuzie.

Per secondo, si procede ad una sorte di decondizionamento. Viene chiesto al paziente invece di cercare di evitare balbettare (paura che può essere essa stessa causa del disturbo), di farlo volontariamente. Il soggetto deve imparare non solo ad accettarsi, ma a ridere del suo disturbo, sdrammatizzando.

Per terzo, viene la fase della modificazione. Il paziente impara a correggersi. Quando balbetta deve fermarsi e poi dire di nuovo la parola lentamente, facendo attenzione a come vengono emessi i suoni e a modularli in modo da imprimere un certo ritmo al discorso.

Per quarto, vi è la stabilizzazione. Il paziente impara a mettere in pratica nella vita quotidiana ciò che ha appreso nelle esercitazioni.

TERAPIE BASATE SULL'INSIGHT. Questo approccio non prende in considerazione solo il sintomo e la sua eliminazione, ma cerca di rimuovere le cause che sono alla base del disturbo. Più che concentrarsi sull'eliminazione del problema di fonazione, infatti, cerca di intervenire sulla personalità nel suo insieme. Lo scopo evidente è sciogliere i blocchi psicologici ed emotivi che sono all'origine della balbuzie. Quindi, indagini nei rapporti con i genitori al fine di scoprire eventuali conflittualità, ricerca di esperienze traumatiche che potrebbero aver bloccato il bambino, valutazione di possibili sentimenti di inferiorità, accertamento di un'eventuale timidezza e così via.

La terapia logodinamica spesso si avvale di diverse tecniche, ecco le più usate:

LA MUSICOTERAPIA. Il linguaggio della musica può costituire un'ottima base su cui imparare a parlare in modo fluente in quanto presuppone meno problemi di emotività repressa, calma ecc..

IL BIOFEEDBACK. Con l'aiuto di apparecchiature elettroniche il paziente impara a rilassarsi e a controllare la tensione, che prova ogni balbuziente prima e mentre parla. Ha i suoi effetti perché si impara a controllare l'ansia che è una delle cause del disturbo.

LA TERAPIA DELLA VOCE. Il soggetto impara ad ascoltare la propria voce, a parlare lentamente e a respirare in modo da controllare le corde vocali e i muscoli che servono per l'articolazione delle parole.

LA DRAMMATIZZAZIONE. Il balbuziente deve inscenare situazioni in cui di solito balbetta, ad esempio deve far finta di fare un discorso davanti agli amici, parlare in pubblico ecc..

I DISTURBI DELL'INCONSCIO COLLETTIVO

L'inconscio collettivo, che è costituito dagli istinti naturali e dagli archetipi studiati da Jung, è l'unica parte della nostra mente che difficilmente si ammala. L'unico caso è quello di istinti che vengono ricondizionati. L'esempio più noto è l'anoressia, disturbo inserito in questo capitolo perché, a nostro avviso, è la conseguenza di un ricondizionamento dell'istinto di nutrizione.

I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE L'ANORESSIA MENTALE O NERVOSA

L'anoressia mentale o nervosa è un disturbo potenzialmente letale non attribuibile (tranne casi rarissimi) ad alcuna malattia fisica nota. Caratteristica principale dell'anoressia nervosa è la perdita dell'appetito. I due sintomi principali, infatti, sono: grave perdita di peso e il rifiuto di mangiare a sufficienza per aumentare o mantenere il normale peso corporeo.

Il DSM IV definisce l'anoressia come un disturbo caratterizzato da un'intensa paura di diventare obesi, un forte dimagrimento ed il rifiuto di conservare un peso corporeo normale. Di solito è un disturbo che colpisce ragazze, brave a scuola, appartenenti a famiglie di ceto sociale medio-elevato ben inserite socialmente.

L'età in cui, in genere, si manifesta è intorno ai 16- 20 anni, infatti è un disturbo che il più delle volte riguarda gli adolescenti (periodo in cui si è più sensibili al giudizio estetico degli altri), ma non è affatto raro anche tra le giovani dai 20 ai 30 anni. Sebbene sia un disturbo che colpisce

pesantemente le donne (in quanto più facilmente hanno problemi di linea e sono tormentate dalla preoccupazione di apparire belle), dal 5 al 10 per cento dei casi sono di sesso maschile. Le caratteristiche cliniche di questi sono assai simili a quelle delle coetanee.

Per porre la diagnosi viene spesso usato il criterio della riduzione di peso al di sotto dell'85% del peso normale (considerata l'altezza e l'età), ma è bene non fissare criteri troppo rigidi che valgano in tutti i casi.

La maggior parte degli anoressici negano di avere un problema che necessiti di trattamento. Molti di essi non ammettono di aver fame, altri invece dicono di aver fame, ma hanno paura di mangiare (Achenbach, 1982).

Il digiuno che gli anoressici si impongono causa spesso danni fisiologici gravi. Man mano che la persona perde peso e mangia di meno, i processi biologici vengono danneggiati. La pressione del sangue diminuisce in modo anomalo e gli affetti delle deficienze vitaminiche cominciano a manifestarsi con vari problemi. Si ha anemia, la pelle diventa giallognola, le ossa si decalcificano. Possono presentarsi disturbi circolatori.

La funzione del fegato e dei reni spesso è compromessa; nelle donne le mestruazioni diventano irregolari o cessano del tutto. Spesso le condizioni di salute diventano gravi. Secondo alcuni studi (Agras e Kraemer, 1983) dal 2 al 6 per cento delle persone che soffrono di anoressia ne muoiono. Ma anche quando non provoca la morte lo stato di debolezza può provocare gravi malattie. Inoltre, lo stato di denutrizione indebolisce il sistema immunitario rendendo più facile qualsiasi infezione. L'anoressia è spesso accompagnata da depressione ed il suicidio tra i soggetti affetti da tale patologia non è infrequente.

L' EZIOLOGIA

L'anoressia è un disturbo eterogeneo che può essere originato da varie cause:

1- PAURA DI INGRASSARE. Nella maggior parte dei casi l'anoressia nervosa è in realtà la ricerca fanatica della magrezza in rapporto ad un opprimente paura di ingrassare. I mass media bombardano in continuazione il pubblico con immagini di donne belle, snelle, "vincenti". Basta guardare le sfilate di una casa di moda, è rarissimo che trovare delle modelle che non siano alte e magre. La nostra società pone un'enfasi esagerata sull'attrazione fisica e sulla bellezza esteriore ad ogni costo. Sulle riviste o in TV spesso si fa notare che la bella presenza non aiuta solo in amore, ma anche negli affari e nella vita sociale.

L'anoressia, infatti, è praticamente sconosciuta nelle nazioni nelle quali la magrezza non viene considerata una virtù (Power, 1984). Inoltre l'incidenza dell'anoressia è pressoché raddoppiata dagli anni 60, mentre è risultata che la prevalenza della bulimia è del 1 - 5% tra le ragazze liceali ed universitarie (Mitchell, Eckert, 1987).

Un fenomeno comunemente riferito nell'anoressia è un'immagine distorta del corpo. Malgrado le costole e le ossa del bacino sporgenti, le anoressiche non si vedono affatto magre. Continuano a scrutarsi nello specchio per individuare zone dove abbiano cuscinetti di cellulite o dove sono abbondanti. In uno studio abbastanza recente (Fallon e Rozin, 1985) le donne intervistate riferivano che il peso corporeo, che esse ritenevano che gli uomini trovassero più attraente, era inferiore al loro peso. In altre parole le ragazze anoressiche tendono a giudicarsi sovrappeso. Un carattere sorprendente, infatti, è che mentre agli altri la persona anoressica appare spaventosamente magra, la

persona stessa non si giudica tale. È in questa distorsione percettiva il segreto della maggior parte dei casi di anoressia.

Molto spesso le ragazze diventano anoressiche perché si mettono a dieta in quanto obese, ma poi continuano la dieta anche una volta raggiunto il peso norma. All'inizio perdere anche pochi chili li porta ad essere più affascinanti. Non solo si vedono più "belle", ma vengono incoraggiate sia dalla famiglia che dai coetanei o dall'ambiente (rinforzo sociale).

A questo punto la ragazza visto il consenso, passa ad una dieta più severa. Altro dimagrimento, altro miglioramento della linea ed altri rinforzi da parte dell'ambiente sociale. A poco alla volta si crea una forma di condizionamento operante. La ragazza identifica la bellezza con la magrezza, si autoconvince che più è magra, più è bella. E allora, una volta che ha raggiunto il peso ideale, non smette di seguire una dieta, va oltre, alla ricerca di continui miglioramenti. La paziente, in effetti, è colta da una specie di mania di perfezione.

Ma, scendendo al di sotto del fabbisogno calorico sufficiente a sostenere le normali attività quotidiane, non troverà alcun miglioramento, diventerà soltanto anoressica. In altre parole, ad un certo punto la "dieta" si trasforma in un disturbo dell'alimentazione.

Tale posizione è in linea con la posizione dei teorici socio-cognitivi. I cognitivi, infatti, mettono l'accento sulla pressione a favore della magrezza e della distorsione percettiva. La paziente affetta da tale disturbo non si rende conto di essere troppo magra.

I comportamentisti, invece, sottolineano l'effetto del rinforzo ricevuto durante le prime fasi della dieta. Le anoressiche, in effetti, "ricondizionano" l'istinto di nutrizione al punto di non provare più fame. La vista o l'odore del cibo ad un certo punto non stimola più in loro sensazioni di fame o il desiderio di mangiare. Talvolta è il ricondizionamento è così totale che provano disgusto per qualsiasi cibo.

2- RICERCA DI INDIPENDENZA. In un certo numero di casi (purtroppo non disponiamo di dati statistici in merito) l'anoressia è un modo per manifestare la propria ribellione verso la famiglia. È una ricerca di indipendenza da parte della ragazza, un modo per affermare se stesse. La malattia spesso si manifesta in "brave bambine" che hanno speso tutta la loro vita cercando di compiacere i genitori e diventando improvvisamente e testarde e negativiste durante l'adolescenza.

In questi casi la sindrome anoressica si sviluppa come ribellione nella quale la paziente tenta di affermare se stessa. Provocare i genitori rifiutando di mangiare è il disperato tentativo di richiamare l'attenzione su di sé o di ottenere ammirazione e rispetto della propria persona o è un modo per esprimere la propria aggressività verso le figure genitoriali.

Di fatti in risposta al rifiuto della paziente di mangiare di solito i genitori diventano ossessionati dalla preoccupazione che la paziente si ammali. La colmano di attenzioni, di coccole, di regali; tutti ottimi rinforzi. Spesso, infatti, l'anoressica è affetta da narcisismo e rifiutare di mangiare è il suo modo per imporsi al centro dell'attenzione dei genitori o della famiglia. Allora si crea un circolo vizioso, più non mangia, più i suoi familiari la circondano di premure, comprandole ogni sorte di cibo anche quello più esotico e raro.

Altre volte l'anoressica vive in una famiglia disturbata. Ha una madre nevrotica o entrambi i genitori vivono una grande delusione riguardo il loro matrimonio, il che li porta a cercare sostegno emotivo nella figlia. In questi casi occorre non interessarsi solo alla ragazza, ma impostare un'opportuna terapia familiare.

Non di rado i fattori visti su, si aggregano tra di loro o si associano alla paura di ingrassare. Come pure, non è raro che l'anoressia sia una conseguenza di un grave lutto in famiglia, di un trauma o di una violenza subita. Altra causa che spesso troviamo all'origine di questo disturbo è il cosiddetto mal d'amore, cioè l'essere abbandonati dal partner che si ama ancora disperatamente.

3 - **DISTURBO SECONDARIO.** In una piccola percentuale di casi, l'anoressia è un disturbo secondario ad altre patologie. Masterson (1987) ha notato una somiglianza tra le dinamiche di certe pazienti anoressiche e quelle dei pazienti con disturbi borderline di personalità (vedi anche lo studio di Johnson et al., 1989).

La presenza di sintomi ossessivo compulsivo, inoltre, ha portato alcuni ricercatori a domandarsi se l'anoressia è una forma di disturbo ossessivo compulsivo. Altre volte l'anoressia si presenta associata con il disturbo narcisistico

Ma più spesso l'anoressia è un disturbo secondario alla depressione, in questo caso l'anoressia sarebbe una sorte di impotenza appresa. Si tratta di soggetti abulici, apatici, con un'affettività piatta, che hanno perso interesse per la vita. In questi casi si rivelano molto utili i farmaci antidepressivi.

Non di rado l'anoressia è la conseguenza di abuso di sostanze (tossicodipendenza o alcolismo). Qualche volta è provocata da disturbi sessuali e di affettività. Non dimentichiamo che i bambini che soffrono di forti carenze di affetto smettono di nutrirsi.

5 - **CAUSE ORGANICHE.** Gli psicologi che seguono l'indirizzo biologico cercano nelle cause organiche l'origine del disturbo, riconducendole, ad esempio, a deficienze ormonali.

Non possediamo dati in merito, ma se è ciò vero, riguarda solo una piccolissima percentuale di casi. Nella stragrande maggioranza dei casi l'anoressia è una sindrome su base psicologica.

LA BULIMIA

Il termine bulimia deriva dalle parole greche "bous" che significa bestiario e "limos" che significa fame. Consiste di episodi di consistenti abbuffate, seguite da vomito indotto o da dosi massicce di lassativi per liberare il corpo dall'enorme quantità di cibo ingerito. A volte le pazienti affette da tale disturbo, invece di prendere lassativi si sottopongono ad un intenso ed estenuante attività fisica per perdere peso. A differenza delle persone anoressiche, chi soffre di bulimia raramente ha un peso molto al di sotto della media.

Si calcola che solo negli USA più di 5 milioni di persone, in stragrande maggioranza donne, sono affette da bulimia. La maggior parte lo fa in gran segreto, cosicché non è raro che neppure i familiari che convivono con loro ne siano a conoscenza. Sia l'eccesso alimentare che la purga avvengono in privato.

La bulimia è relativamente rara tra gli uomini e riguarda soprattutto l'adolescenza o i primi anni della vita adulta. La bulimia non era affatto rara tra gli antichi romani benestanti, che amavano fare pranzi luculliani, ma quando erano pieni, si provocavano il vomito infilandosi due dita in gola. Il fine era quello di liberare lo stomaco per rimettersi di nuovo a tavola.

In un consistente numero di bulimici sono stati riferiti gola infiammata, edema delle ghiandole salivari e distruzione dello smalto dei denti a causa dell'acidità del vomito. Per chi fa uso di lassativi ne possono derivare gravi danni intestinali, colite cronica, deficit nutrizionali e

disidratazione. Circa il 40% - 50% di tutte le pazienti anoressiche sono anche bulimiche (Garfinkel et al.,1980: Hsu et al., 1979).

L'EZIOLOGIA

Il DSM III riconosce la bulimia come un disturbo dell'alimentazione autonomo dall'anoressia, ma questa posizione non trova tutti d'accordo. La maggior parte degli studiosi lo ritiene un fenomeno che di solito si accompagna all'anoressia. Condividiamo pienamente questa posizione. Anche se si presenta con tratti suoi, la bulimia va senz'altro considerata una forma di anoressia mentale.

La differenza principale che separa l'anoressica da chi soffre di bulimia è che mentre la prima è capace di una rigida autodisciplina (o è riuscita a ricondizionare l'istinto di nutrizione al punto di non provare più fame), la seconda è dominata dagli impulsi, è irresponsabile, indisciplinata ed ama i piaceri della tavola.

I soggetti bulimici di solito soffrono essendo consapevoli che il loro modo incontrollabile di mangiare è patologico. Essi ingurgitano cibi che hanno una consistenza che permette loro di essere mangiati rapidamente, li masticano poco, inghiottono in un batter d'occhio andando subito alla ricerca di altre cibarie. Possono mangiare quantità di cibo sproporzionati alle normali esigenze: 2 pacchi di biscotti, un pollo intero, qualche chilo di frutta, 2- 3 pagnotte di pane ecc..

Il delicato meccanismo psicologico, a nostro parere, alla base del disturbo, è il seguente. Al contrario del soggetto anoressico, capace di autocontrollo, il bulimico ha un carattere debole, ama il cibo, ma non mangia solo per la paura di ingrassare. Egli esercita un'enorme pressione su se stesso al fine di evitare il cibo, ma non sempre riesce a controllarsi.

Talvolta i "freni psichici" saltano e così egli si abbandona ad un mangiare disordinato e sfrenato. Il suo "peccato" di gola ha un effetto dirompente. È come se si rompesse l'argine di una diga. Una volta crollati i freni imposti dal suo super-io, si abbandona agli eccessi. Succede come se in un paese andasse via la polizia e la gente, senza più nessun controllo, si abbandonasse ad ogni forma di saccheggio.

Ma una volta che il soggetto è sazio ed ha calmato il suo smoderato desiderio di cibo, iniziano a nascere in lui enormi sensi di colpa. Quasi uscisse da un periodo di trance, si rende conto di che cosa ha fatto e dell'enormità del suo "peccato".

In preda al terrore, a questo punto, per rimediare in qualche modo o si induce il vomito o prende lassativi. Il fine è evidente, evitare che l'enorme quantità di cibo ingerita si possa trasformare in aumento di peso. È un rapporto conflittuale, nevrotico, di amore e odio per il cibo.

LA TERAPIA

Il trattamento dell'anoressia è materia di non poche controversie. Esistono diversi orientamenti, vediamo quelli più comuni e che la pratica ha indicato come più efficaci.

Molti pazienti sono apertamente irritati dall'approccio comportamentale ai loro sintomi (Yager, 1984). Focalizzandosi sul comportamento manifesto e negando il mondo interno della paziente si può avere, addirittura, un rifiuto della psicoterapia. Non basta rinforzare i comportamenti "meritevoli", talvolta un'eccessiva pressione sulla paziente per farla mangiare può avere l'effetto opposto, quello di farla chiudere ancor di più.

Molto più mirato (ed efficace) è l'**approccio cognitivo**. Con questo tipo di intervento vengono messe in discussione le errate percezioni della paziente riguardo il suo corpo e le sue credenze illogiche (Powers, 1984). Il terapeuta aiuta la paziente ad affinare le sue capacità di osservazione ed il suo pensiero critico. Se la sua anoressia è dovuta alla paura di ingrassare, ad esempio, si dovrebbe far capire alla paziente che si può essere brutti non solo perché si è grassi, ma anche perché si è troppo magri. Uno psicologo nostro amico applicava questo metodo. Mostrava la foto della paziente in costume da bagno ad un gruppo di giovani di bell'aspetto, chiedendo loro un parere estetico sulla ragazza.

Naturalmente le interviste dei giovani venivano registrate con una telecamera nascosta e poi, dopo qualche giorno, mostrate alla paziente. Il giudizio degli altri, in particolare di coetanei che ella riteneva attraenti, era spesso motivo di sorpresa. Sentire che gli altri la giudicavano troppo magra, che facevano pesanti apprezzamenti su tipo: "È una bella ragazza peccato che ha le ossa da fuori" o "Ma questa è una mazza da scopa!", avevano quasi sempre l'effetto di mettere in crisi la ragazza anoressica e di renderla più disponibile alla psicoterapia.

Altro pensiero inconscio da mettere in discussione è la convinzione della paziente che non morirà, anche se mangia pochissimo. A tale scopo occorre farle vedere delle foto di anoressiche ormai ridotte a larve umane, farle leggere la storia di donne che sono morte per questo. Questa tecnica è sconsigliabile nel caso si tratta di soggetti depressi.

Se il peso è molto al di sotto del normale, bisogna rendere consapevole la paziente che di anoressia si può anche morire e che sia la bulimia, che l'anoressia possono costituire una minaccia per la vita. Si sa che alcune pazienti hanno alterato il loro bilancio elettrolitico fino a precipitare in un arresto cardiaco. Bisogna invitare la paziente a non sottovalutare la situazione ed elencare tutte le conseguenze biologiche della denutrizione. È utile fare spesso gli esami ematici per scoraggiare guai ancora più seri.

Non sempre, però, le cose hanno una svolta tragica. A volte si possono aver remissioni spontanee. Succede di solito dopo un evento positivo. Ad esempio molte pazienti smettono di non mangiare se si innamorano, se riacquistano fiducia in sé, perché hanno vinto un concorso o perché superano il loro stato depressivo riprendendo a vedere la vita positivamente.

Qualsiasi terapia che voglia essere efficace, inoltre, necessita di una solida alleanza terapeutica. Se non si stabilisce un buon rapporto, la paziente non è cooperativa, ma subisce il trattamento come un'imposizione dei genitori, la terapia sarà anche poco efficace. Il terapeuta dovrebbe assumere un vivo interesse per ciò che la paziente pensa e sente, trasmettendo il messaggio che la paziente è una persona autonoma, che ha diritto ad avere le proprie idee riguardo la sua malattia.

PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Molte pazienti sembrano beneficiare dalla psicoterapia di gruppo (Lieb, Thompson, 1984). Dai pochi dati disponibili sembrano che quelli che traggono maggior beneficio da tale tipo di approccio non presentano disturbi di personalità associati (Maher, 1984). Può essere molto utile come trattamento aggiuntivo.

PSICOTERAPIA FAMILIARE. Per le ragazze anoressiche che vivono in casa la terapia della famiglia può integrare la terapia individuale. Anzi si impone nella misura che il disturbo è causato da problemi di carattere familiare. "Poiché la bulimia è molto spesso parte di un equilibrio

omeostatico all'interno della famiglia, spesso è necessario una terapia della famiglia” Gabbard, 1990. Nella terapia di questo disturbo spesso non si può ignorare il sistema famiglia.

Anche nei casi in cui la famiglia non ha un ruolo importante nell'eziologia dell'anoressia, può essere utile mantenere un contatto costante sia pure per informare i membri della famiglia sull'atteggiamento da assumere nei confronti della paziente. Ciò al fine di evitare che rinforzino inconsapevolmente proprio quei comportamenti che si vorrebbero estinguere.

RICOVERO OSPEDALIERO. Sebbene non vi sia unanime consenso sembra che sia una buona regola quella di ricoverare le pazienti affette da anoressia quando il loro peso corporeo scende al di sotto del 30% del peso normale. Spesso le pazienti anoressiche diventano così deboli e le funzioni fisiologiche sono così alterate, che si rende necessario il ricovero in ospedale. In questi casi l'alimentazione parentale fornisce il nutrimento necessario per evitare pericoli di vita.

Una volta che la paziente è all'interno di una struttura ospedaliera bisogna stare attenti ai suoi tentativi di rimettere in atto le stesse battaglie familiari. Lo staff ospedaliero deve dimostrare sì la propria disponibilità ad aiutare la paziente, ma non deve preoccuparsene eccessivamente. In particolare non deve essere pronto a soddisfare le richieste simili a quelle che l'anoressica faceva ai genitori, sostituendosi psicologicamente ad essi.

Durante l'ospedalizzazione possono essere applicati con buon esito programmi di terapia comportamentale in cui vengono utilizzate ricompense per stimolarla a mangiare. Inoltre gli aumenti di peso devono essere riferiti alla paziente e “festeggiati” come una vittoria. Tutto il personale deve congratularsi con lei in modo da rinforzare i suoi sforzi per tornare ad un peso normale. Bisogna lodarla e dirle che è ha un aspetto migliore, che è più bella, che prima era troppo magra ecc..

Il vomito e le scariche intestinali in seguito a purganti dovrebbero essere affrontati controllando che non vada troppo spesso al bagno (ad esempio, si può chiudere il bagno e dare la chiave ad infermiera in modo che ogni volta la paziente sia costretta a chiederla. Il sentirsi controllata dovrebbe avere l'effetto di un'auto limitazione).

I FARMACI. Gli antidepressivi sono utili con i pazienti che soddisfano i criteri per la depressione maggiore.

CONCLUSIONE. Il trattamento migliore è senz'altro quello derivato da una combinazione di terapia basata sull'insight e da quello sul controllo dei sintomi.

La personalizzazione del piano terapeutico è, infatti, l'approccio migliore. Caso per caso bisogna studiare i motivi che hanno dato origine al disturbo, indagare sul mondo interiore della paziente e predisporre un piano di intervento terapeutico.

LA TERAPIA

Di solito non sono necessari interventi differenziati rispetto all'anoressia, tuttavia per alcune particolarità la bulimia si presenta diversa e perciò va affrontata in modo diverso.

Il migliore sistema resta sempre quello di modificare le convinzioni che associa la magrezza al successo (Boskill - Lodhall e White, 1981).

Come pure, può essere davvero d'aiuto rendere cosciente la paziente dei complessi motivi inconsci che la spingono prima a mangiare smoderatamente e poi a provocarsi il vomito.

Bisogna insegnare al bulimico a gestire meglio il suo rapporto col cibo. Se eviterà di ingozzarsi, eviterà anche di provocarsi il vomito o prendere lassativi. In particolare il soggetto deve stabilire le quantità di cibo di assumere durante il giorno (evitando diete drastiche). In questi casi bisogna far presente che è molto sbagliato valutare a occhio la propria magrezza o la propria obesità, ma che "l'ultima parola" tocca alla bilancia. È solo il peso esatto, confrontato con tabelle mediche, a dirci se siamo sovrappeso o non.

Inoltre, se la paziente ha un forte appetito si può aiutare con farmaci antifame. Ciò eviterà che, in seguito, ingerisca grosse quantità di cibo e poi si provochi il vomito, tormentata da forti sensi di colpa.

I DISTURBI DELL'INCONSCIO SOCIALE

Si può parlare di patologia dell'inconscio sociale quando i condizionamenti sociali entrano in conflitto con le tendenze istintive o con quelle razionali. Il caso più semplice è quello di due giovani che si amano, ma non possono avere rapporti sessuali perché le norme morali della società in cui vivono proibiscono i rapporti prematrimoniali. Altro esempio: un uomo ama sua moglie, ma la mentalità del luogo gli impone di ucciderla, in quanto gli è stata infedele. Terzo esempio: la poligamia. La donna ama il marito, ma è costretta a dividerlo con altre donne perché così vogliono i costumi del suo paese.

I casi in cui l'inconscio sociale può spingere a penosi conflitti interiori sono numerosi: le caste in India, le discriminazioni razziali, le norme religiose che impediscono di consumare alcol o altri tipi di cibo e così via.

I DISTURBI DEL SUPER-IO

Vediamo brevemente quali sono le più comuni patologie del super-io:

SUPER-IO TROPPO RIGIDO. Ogni essere umano dalla prima infanzia in poi cerca di espandersi e di costruirsi una personalità autonoma. Ma spesso i genitori sono autoritari, nevrotici, proiettano le loro paure e i loro principi sclerotici sui figli. Allora la vita diventa un "percorso di guerra", con centinaia di divieti, con "filo spinato" e controlli ad ogni passo. Il bambino è inibito, diventa sempre più insicuro, ha paura sistematicamente di sbagliare e di prendere altre punizioni. Compaiono scrupoli, dubbi; non è più sé stesso, cioè una persona autonoma e "recita" sempre una parte. Incomincia a fare tutto quello che si esige da lui, a comportarsi in modo non "autentico" per non sentirsi colpevole nei riguardi dei suoi genitori. Da grande sarà una "falsa" persona, piena di angosce e di paure. Resterà spersonalizzato, irrigidito, sottomesso alle sue "guardie interiori" che ne dettano il comportamento e lo tengono prigioniero.

Molti genitori non riescono a capire che educare non significa indottrinare, non vuol dire trasmettere ai figli i propri principi e le proprie idee (o peggio le proprie aspirazioni irrealizzate). Educare significa tutt'altro; significa aiutare il bambino a costruirsi una personalità sua e autonoma. Un figlio non è una propria propaggine o un prolungamento di sé stessi, ma è una persona indipendente da accettare e rispettare nella sua diversità. Un'educazione troppo rigida, troppo severa, ripiegata su se stessa, con la sua corona di colpe e di paure, può fare più danni che bene. È

un'armatura di gesso per la personalità. La moralità è importante e necessaria, ma deve essere rivolta al rispetto autentico di sé stessi e degli altri e, soprattutto, non deve essere mai soffocante.

SUPER-IO TROPPO DEBOLE. È il contrario del caso precedente. Succede quando i genitori sono molto permissivi e viziano troppo i figli. È anche il caso di quei genitori che sono quasi del tutto assenti, o perché lontani (ad esempio lavorano all'estero) o perché si disinteressano dell'educazione dei propri figli.

Il bambino viziato cresce con un super-io molto debole, appena vede qualcosa che gli piace, la vuole. Fa dei capricci per un nonnulla, spesso, specialmente se è più grosso, fa il prepotente con i compagni, non sempre rispetta la roba degli altri ecc.. I suoi freni inibitori sono troppo deboli, cerca quasi sempre il piacere immediato. Difficilmente è in grado di fare sacrifici o di impegnarsi in lunghe ore di studio. Infatti questi bambini, una volta grandi, difficilmente andranno all'università (a meno che non siano spinti da forti bisogni di autorealizzazione) e se ci andranno, si iscriveranno alle facoltà meno impegnative.

In genere sono molto portati per i lavori che richiedono comunicabilità umana: il commercio, il turismo, le pubbliche relazioni ecc.. Ma non sempre prendono buone strade, a volte la scarsità di autocontrollo li spinge verso scelte sbagliate come la droga, la delinquenza minorile, i traffici illeciti ecc..

Altre volte si arruolano nell'esercito o nella polizia (o comunque un corpo in divisa, militarizzato), perché nella loro mente è rimasto sempre un desiderio inconscio di ordine e di disciplina.

Un bambino che cresce con scarsi freni morali, è un bambino che sviluppa una personalità debole. È sbagliato assecondare tutti i desideri dei figli. Impedisce loro di diventare coscienti che esistono dei limiti di rispetto e di libertà degli altri, che nessuno deve oltrepassare.

I DISTURBI DELL'INCONSCIO INDIVIDUALE

L'inconscio personale è il "contenitore" che racchiude tutti i disturbi mentali di cui abbiamo parlato nei capitoli precedenti: fobie, depressioni, schizofrenia, parafilie sessuali, tossicodipendenza ecc..

Se una persona è sana e non è affetta da alcuna patologia mentale, il suo inconscio personale non ha nessuna zona d'ombra. Se è disturbata vi troveremo la patologia mentale da cui è afflitta. In effetti, l'inconscio individuale è la zona della nostra mente dove hanno sede i disturbi mentali da cui possiamo essere affetti e di cui abbiamo parlato in questo manuale.

CAPITOLO XI

LA TERAPIA



In questo capitolo prenderemo in considerazione le principali teorie di intervento e la ricerca che le suffraga. Lo scopo è offrire una rassegna degli approcci principali, in modo da facilitare la comprensione degli elementi di base.

Per comodità di studio li abbiamo divisi in gruppi :

1 - I METODI SPONTANEI

Alcune persone pur non sottoponendosi ad alcun trattamento migliorano o addirittura hanno una remissione completa dei loro sintomi, perché?

La spiegazione principale è che le persone disturbate continuano a vivere la loro vita trovandosi esposti sia ad eventi negativi, che possono peggiorare la loro situazione, sia ad eventi positivi che possono esercitare su di loro un influsso benefico. Talvolta incontrano persone che dimostrano loro solidarietà o hanno una promozione sul lavoro che li fa acquistare fiducia in se stessi o sono testimoni di un evento che li spinge a reagire. Le possibilità di guarigione spontanea, per fortuna, sono più numerose di quanto si possa pensare.

Spesso riusciamo a guarire persino dalle malattie fisiche, perché non dovremmo essere capaci di guarire dalle malattie psichiche? Ad esempio quasi sempre superiamo l'influenza senza bisogno di alcun farmaco,

Senza contare che siamo esseri intelligenti e, anche se non sempre possediamo approfondite conoscenze psicologiche, spesso riusciamo a comprendere da soli il motivo di certi comportamenti disturbati e a porvi rimedio.

In ultimo, non è del tutto vero che non possediamo alcuna difesa dai disturbi mentali. Fortunatamente esistono anche dei meccanismi naturali di auto guarigione che spesso applichiamo senza rendercene conto. Vediamoli ad uno alla volta.

IL TEMPO. Si dice che il tempo cura ogni male, ed è vero. Il tempo è una grande medicina che lenisce ogni dolore e sbiadisce a poco a poco anche i ricordi più penosi. Tutto lentamente scorre verso l'oblio, quindi anche traumi e problemi. Quasi tutti i disturbi, se non sono alimentati, a poco alla volta perdono consistenza. Ad esempio, quasi tutti i timidi una volta sposati hanno meno problemi a relazionarsi con gli altri.

Anche le rimozioni col tempo perdono forza. A volte emergono nei sogni, altre volte non più alimentate, a poco alla volta, smettono di influenzarci negativamente. Quasi sempre, in qualche modo, impariamo a superare le esperienze negative o traumatiche.

L'ABREAZIONE. Confidare a qualcuno le proprie pene o i propri problemi aiuta a lenirli. A volte basta una parola di conforto o un gesto di solidarietà per farci sentire meglio. Soltanto chi non trova nessuno con cui confidarsi, si sente smarrito. È uno dei motivi per cui amiamo stare con gli altri, negli amici troviamo solidarietà, conforto, sicurezza ecc..

Andare da uno psicoterapeuta e confidargli i propri problemi, già in per sé ha i suoi benefici. Ciò spiega perché i pazienti migliorano anche se non sempre il terapeuta è preparato o applica metodi del tutto validi. Andare da “qualcuno” due volte alla settimana a raccontare le proprie pene, nella maggioranza dei casi, è già di per sé una terapia.

I DIARI. Ma non è strettamente necessario confidare a qualcuno i propri problemi, spesso basta esternarli, ad esempio, raccontandoli in un diario. È una forma di auto confessione, la cui efficacia, però, è inferiore all'abreazione.

Servono allo stesso scopo scrivere: poesie, romanzi autobiografici ecc., persino confidarsi col prete in confessionale. Raccontare agli altri i nostri problemi ci aiuta a “scaricare” le emozioni che abbiamo dentro e a rilassarci. Non bisogna dimenticare mai la regola generale: “tutto ciò che ci resta dentro ci fa male”. Per stare bene psicologicamente bisogna esternare, non importa in che modo.

Questo spiega anche perché esistono tanti aspiranti scrittori. Moltissime persone iniziano a scrivere per sfogare le proprie pene, poi, a poco a poco si convincono di essere dei geni incompresi ed iniziano a mandare manoscritti a tutti gli editori.

LA PUBBLICAZIONE. Con questo termine intendiamo il processo con cui si rende pubblico un problema. L'esempio più semplice è quello di certi gay che, stanchi di tenere nascosta la propria omosessualità, ad un certo punto la rendono pubblica. Il non doversi più nascondere, i sensi di colpa dovuti al pensiero di sentirsi diversi ecc., liberano grosse energie.

Un altro esempio potrebbe essere quello dell'uomo d'affari che stufo di farsi negare ai suoi creditori o di escogitare mille sotterfugi, ad un certo punto rivela a tutti che sta per fallire.

LA PREGHIERA. Pregare Dio e confidargli le proprie pene aiuta molto psicologicamente. È la terapia del divino, un metodo non proprio ortodosso, ma che spesso funziona meglio di altri. Vari studi hanno dimostrato che pregare fa bene alla salute, come pure avere fede e praticare una religione ci fa sentire meglio psicologicamente. Ne riparleremo più avanti.

I SOGNI. I sogni hanno un grosso potere terapeutico. Il loro compito principale, infatti, è quello di farci scaricare l'emotività che ci è rimasta dentro. Perciò, in un certo qual modo, sono una sorta di “auto terapia naturale”. Senza i sogni la nostra mente non resterebbe sana ed equilibrata a lungo. Il nostro inconscio rivivendo certi eventi scarica almeno in parte l'emotività ad essi collegata. È il sistema che la natura ha inventato per liberarci, in qualche modo, da desideri rimossi, frustrazioni, conflitti interiori, preoccupazioni, paure e ansie.

Ovviamente, non basta sognare per guarire, ma senz'altro ci aiuta a mantenerci sani.

LA METACOGNIZIONE

È vero, non tutti abbiamo approfondite conoscenze di psicologia, ma in fin dei conti siamo esseri umani e quindi dotati di cultura e di intelligenza. Non sempre ci rendiamo perfettamente conto del

motivo di certi comportamenti o che cosa ci spinge ad agire in un certo modo, ma noi tutti cerchiamo di capire noi stessi o diamo un'interpretazione agli eventi che ci vedono protagonisti. Ad esempio, quasi tutti siamo in grado di renderci conto se siamo affetti da un disturbo mentale o di comprendere che qualcosa non va.

Le due capacità mentali che ci aiutano a capire noi stessi e a cercare una soluzione ai nostri problemi, sono: l'intelligenza e la volontà.

L'INTELLIGENZA. L'intelligenza, con l'aiuto delle conoscenze che abbiamo del mondo, ci aiuta a capire i nostri complessi meccanismi mentali e ci fa inferire sui motivi dei comportamenti.

LA VOLONTÀ. Ci consente di mettere in pratica la soluzione che la nostra intelligenza percepisce come "un bene". Ad esempio, anche se è l'intelligenza a suggerirci di rivolgerci ad uno psicoterapeuta, è la volontà poi a farci mettere in pratica l'attuazione di questa decisione.

Inoltre, la volontà ci spinge a contrastare le nostre pulsioni inconscie quando ci rendiamo conto che sono irrazionali. Se, ad esempio, un uomo affetto da una leggera forma di claustrofobia ha difficoltà a salire in ascensore, è la volontà a spingerlo a forzare sé stesso.

La volontà, infine, è alla base dell'impegno che ci spinge ad iniziare una psicoterapia e a proseguire nonostante tutte le difficoltà che inevitabilmente si presentano.

2 - LE TERAPIE COMPORTAMENTALI

Nella forma iniziale le terapie comportamentali applicano procedure basate sul condizionamento classico e sul condizionamento operante. Le terapie comportamentali mirano soprattutto a cambiare il comportamento senza curarsi troppo della causa. È un tipo di approccio che agisce sul sintomo, piuttosto che sull'eziologia. Mira soprattutto a sostituire un comportamento "cattivo", con uno buono.

In genere le terapie intraprese dai comportamentali si prefiggono di raggiungere degli scopi determinati, come ad esempio mettere in grado il paziente di uscire di casa o di salire su un aereo. In altre parole, queste tecniche mirano solo alla soluzione di un determinato problema patologico e non a scandagliare la personalità per un intervento più generalizzato.

LA DESENSIBILIZZAZIONE SISTEMATICA

È una tecnica così conosciuta che si ha qualche perplessità a parlarne, per questo motivo saremo molto sintetici.

Una volta individuato lo stimolo ansiogeno si stabilisce una scala di situazioni incominciando da quella che suscita meno ansia, sino a quella più stressante. Successivamente, si presentano al soggetto, in base alla gerarchia di cui abbiamo parlato, gli stimoli che caratterizzano la sua fobia.

Per ogni situazione si fanno degli esercizi di rilassamento finché il soggetto si abitua allo stimolo e questo non gli provoca più paura. Quando ciò avviene, si passa alla situazione successiva e così via. In parole povere, si porta gradualmente il soggetto ad abituarsi a ciò che gli procura angoscia. Se, ad esempio, il paziente ha una fobia per i serpenti, la prima volta gli si mostreranno delle piccole foto di serpenti.

Quando si sarà abituato ad esse, si passerà a foto più grandi e dettagliate. Successivamente si può passare a vedere dei filmati, infine lo si può accompagnare a vedere dei rettili, dietro i vetri, in un

negozio di animali. L'importante è fare tutto gradualmente e non passare mai alla fase successiva se non si è superata quella precedente.

Se è impossibile esporre per gradi il paziente allo stimolo ansiogeno con esperienze dirette, lo si può fare con l'immaginazione.

Il campo dove questo metodo ha trovato più applicazioni è quello delle fobie. È ancora oggi ritenuto uno dei metodi più efficaci per superarle.

L'ECONOMIA A GETTONI

Parte dall'assunto che i comportamenti desiderabili devono essere rinforzati premiandoli e quelli indesiderabili devono essere lasciati cadere per estinzione (o addirittura puniti).

Questo metodo ha trovato l'utilizzazione più frequente nel caso di disturbi schizofrenici, ritardo mentale e disadattamento scolastico.

All'inizio, considerato l'ambiente in cui si opera: una scuola, un ospedale, un college ecc., lo psicologo analizza tutti gli eventi, le attività o gli oggetti che vengono considerati desiderabili dal soggetto e perciò possono costituire un rinforzo positivo. Ad esempio, in un reparto psichiatrico i gettoni possono essere usati per acquistare privilegi, quali ascoltare musica, andare al cinema o per acquistare beni come dolciumi, sigarette ecc.

In secondo luogo, si stabiliscono tutti quei comportamenti che devono essere premiati con dei gettoni: tenere in ordine la propria stanza, andare in orario agli incontri, prendere sempre le medicine ecc..

Il terapeuta controlla che il soggetto abbia eseguito bene i compiti e lo premia con un gettone.

La validità del metodo è soprattutto nel fatto che grosso modo riproduce quello che avviene nella vita: il gettone costituisce un rinforzo proprio come lo è il denaro nel mondo esterno. Quindi il paziente impara a "conquistare" delle cose, offrendo dei servizi o del lavoro.

Questo metodo, spesso introdotto in ambienti controllati come gli ospedali psichiatrici, nei quali in precedenza il comportamento dei ricoverati era casuale e disorganizzato, ha dato dei buoni risultati per rendere la vita più normale ed umana entro tali istituzioni.

Il principale difetto di questo metodo è che quando vengono meno i rinforzi e la figura del terapeuta che controlla, quasi sempre i comportamenti positivi acquisiti si estinguono poco per volta. Il paziente, cioè, non riesce a conservare fuori dell'istituzione i risultati ottenuti. Si è cercato di ovviare a questo inconveniente sostituendo, a poco alla volta, i gettoni con l'approvazione sociale, ma spesso con scarsi risultati.

Questo metodo è stato usato con successo per correggere comportamenti aggressivi, disadattivi o disturbati nei bambini.

IL CONTROCONDIZIONAMENTO

Una classica e ormai famosa dimostrazione clinica di controcondizionamento è quello descritto da Mary Cover Jones (1924). La studiosa riuscì ad eliminare la paura che un bambino aveva dei conigli, dandogli da mangiare in presenza dell'animale. Il coniglio, tenuto all'inizio a distanza, veniva avvicinato al bambino ogni volta che questi mangiava, in questo modo la sua paura veniva eliminata dal sovrapporsi di sensazioni piacevoli.

Una variante di questo metodo è il controcondizionamento eversivo. Ogni volta che un soggetto presenta un comportamento riprovevole lo si punisce severamente. Il metodo, soprattutto per motivi morali, trova poche applicazioni nella pratica. La difficoltà è trovare un condizionamento eversivo indesiderabile per il soggetto, ma accettabile dal punto di vista morale e sociale.

Si è provato con pillole che provocano nausea, con scariche elettriche di lieve entità ecc., ma tutti questi sistemi hanno dimostrato gravi limiti. L'unica cosa che si è mostrata di una certa utilità sono state le compresse che quando l'alcolista prova a bere di nuovo, queste gli provocano vomito, nausea, dolori ecc.. Ma difficilmente gli alcolisti accettano di assumerle.

Inoltre, varie ricerche hanno dimostrato che, anche quando può essere applicato, questo metodo spesso riscuote effetti temporanei e di breve durata.

IL MODELLING

È una tecnica molto semplice. I pazienti imparano a modificare il proprio comportamento osservando quello degli altri. Ad esempio, se una persona ha paura dei serpenti, può superarla osservando altre persone che si avvicinano e toccano un serpente non velenoso.

Chiaramente è un metodo abbinabile alla desensibilizzazione sistematica, infatti si può costruire una serie di situazioni desensibilizzanti con il modelling.

È molto efficace per superare paure ed ansie soprattutto quando si tratta di bambini. È, in effetti, un metodo di apprendimento sociale, in quanto la persona apprende qualcosa per osservazione, piuttosto che per esperienza personale.

3 - TERAPIE di TIPO COGNITIVO

Nelle terapie comportamentali, come abbiamo visto, l'accento è posto soprattutto sulla modifica del comportamento, mentre un'attenzione relativamente scarsa viene prestata alla modifica dei processi di pensiero e dei processi logici. I terapeuti comportamentali, infatti, attribuiscono scarsa importanza all'attività cognitiva ritenendo che qualsiasi richiamo al pensiero è un ritorno al mentalismo, contro il quale si scagliò Watson

Tutto ciò, però, ora è cambiato. Da diversi anni si è creata un'alleanza tra teorici cognitivi e comportamentali e questi ultimi hanno iniziato a prendere in considerazione anche gli eventi interiori, ossia i pensieri, le percezioni, i giudizi, le asserzioni ecc.. La ristrutturazione cognitiva è, infatti, il principale metodo di intervento dei cognitivisti e con tale termine si intende la modifica delle modalità di pensiero che si presume siano alla base del disturbo che si vuole curare.

Beck sostiene che numerosi disturbi, in particolare la depressione, possono essere causati da convinzioni negative che gli individui nutrono riguardo a se stessi, al mondo e al futuro. Le finalità della terapia cognitiva proposta da Beck è perciò quella di modificare gli schemi negativi in maniera favorevole. Ad esempio, il paziente deve imparare che quando fa un errore non deve concludere "non ne faccia una buona", ma "ho sbagliato e in futuro farò meglio perché farò tesoro dei miei errori".

Questo tipo di trattamento parte dall'assunto che cambiando le idee che sono alla base dei comportamenti, si possono cambiare gli stessi comportamenti.

È un contributo validissimo. Questi studiosi ci hanno insegnato un nuovo metodo per affrontare i disturbi mentali: quello di "scardinare" le idee che le fanno da sostegno. Ad esempio, spesso i

pazienti affetti da crisi d'ansia giustificano le loro paure definendosi “animi sensibili, nobili, attenti ai problemi degli altri”. Se si riuscirà a far capire loro che l'eccesso di sensibilità verso gli altri non sempre è un pregio, ma talvolta è un difetto, si avrà fatto un notevole passo avanti.

In parole povere, per ogni disturbo dobbiamo individuare gli schemi mentali sbagliati che ci possono essere dietro e modificarli. Altro esempio, se una donna è affetta di frigidità, bisogna farle cambiare il suo modo di vedere il sesso. Se continuerà a pensare che sia una cosa sporca e volgare, difficilmente riuscirà a fare dei passi avanti.

4 - LE TERAPIE DELL'INSIGHT

Le terapie dell'insight si basano sull'assunto che il comportamento diventa disturbato quando il soggetto non comprende adeguatamente quali siano le sue motivazioni profonde e in particolare ciò avviene quando bisogni e pulsioni contrastanti entrano in conflitto. Il presupposto fondamentale di questa corrente di pensiero è che una maggiore comprensione delle ragioni inconse dei propri comportamenti producono un miglioramento nella sfera dei pensieri, delle emozioni e del comportamento.

La differenza principale con le precedenti tecniche è che si cerca di risalire all'origine, cioè alla causa scatenante del comportamento patologico. S. Freud ha indicato due metodi terapeutici: far conseguire al paziente la coscienza dei propri processi inconsci ed il metodo delle associazioni libere, che abbiamo visto nel capitolo sulla diagnosi, ma che può essere utilizzato anche in terapia.

Il difetto principale di questo metodo è che non sempre prendere coscienza dei meccanismi inconsci che sono alla base del disturbo mentale, equivale ad eliminarlo. Funziona in alcuni casi, ma non sempre. Freud cercò di giustificare questi fallimenti, dicendo che succede quando il soggetto si rende cosciente troppo presto di certi meccanismi.

La verità è che, quasi sempre, dietro un disturbo mentale, ci sono grosse cariche emotive, complessi meccanismi e abitudini mentali. Tutte cose che non si possono superare solo con un insight. Il metodo, infatti, funziona nei casi più semplici, ma non sempre. Per questo motivo le analisi di Freud durano anni, in quanto non basta solo prendere coscienza dei meccanismi inconsci, ma bisogna anche scaricare la carica emotiva che c'è dietro.

Inoltre, non sempre il paziente crede o si fida delle interpretazioni del terapeuta. Anche senza esprimerlo molta gente è scettica delle complesse spiegazioni che danno gli psicoanalisti.

Altrettanto spesso il paziente fa resistenza all'insight perché egli ha costruito tutta la vita intorno al suo disturbo e, per lui, liberarsene è come togliere un pilastro a una costruzione a più piani. Quasi sempre dietro i disturbi della personalità ci sono anni di “stratificazione”, di rinforzi e di abitudini, ci sono rimozioni e aggressività repressa. È quasi impossibile liberare tutte queste energie solo con un insight che può essere acquisito in un minuto. La terapia dell'insight dà buoni risultati soltanto se abbinata alle tecniche esposte nei prossimi paragrafi.

IL METODO DEGLI EVENTI INCOMPIUTI

È una tecnica che mira a liberare l'emotività rimossa o rimasta “racchiusa” nell'inconscio. Secondo J. Gorisse (1988), uno psicologo di scuola psicanalista, alcuni eventi che si sono manifestati nel corso della nostra vita, a partire dall'infanzia, ci influenzano negativamente diventando spesso causa di nevrosi.

Questi eventi, chiamati dall'autore, eventi incompiuti, producono uno stato di angoscia che rimane intrappolata nell'individuo. Per sbarazzarcene, bisogna riviverli nei minimi dettagli, in modo da riportare alla coscienza anche le emozioni ad essi connesse.

“Il fatto di rivivere l'evento fa diminuire l'angoscia che è immagazzinata nell'individuo a seguito dell'evento stesso. Questa diminuisce a mano a mano che vengono eliminate la o le cause che la provocano” J. Gorrise.

Gorrise sostiene che esistono due modi di prendere coscienza: una intellettuale ed una emotiva. Quella intellettuale, cioè fatta a livello razionale non basta, c'è bisogno d'una presa di coscienza a livello emozionale. “È necessario rivivere questi eventi con le loro emozioni per ottenere una presa di coscienza emozionale, perché una presa di coscienza unicamente intellettuale non è sufficiente” J. Gorrise.

Il miglior sistema per fare ciò è mettersi distesi sul divano con gli occhi chiusi e rivivere mentalmente l'episodio che ci ha traumatizzato. Le prime volte possiamo farlo con la guida del psicoterapeuta, poi da soli a casa.

Una volta acquisita dimestichezza con il metodo, si possono inserire delle varianti. Ad esempio, si può reagire ad un'aggressione insultando la persona che ci ha offeso o si può cambiare il finale dell'azione a nostro favore (si può immaginare di sfuggire al rapinatore). È anche bene riportare a galla l'aggressività repressa, mostrando i pugni o immaginando di picchiare chi ci ha fatto del male.

Il metodo degli eventi incompiuti è un ottimo metodo per integrare le terapie basate sull'insight.

Non è strettamente necessario rivivere mentalmente l'evento, si può applicare questo metodo anche parlandone con qualcuno. Anche se, quasi sempre, non è sufficiente farlo una sola volta, bisogna farlo più volte. Alcune persone traumatizzate dall'evento di Chernobyl sono state curate in questo modo: ogni settimana tornavano dallo psicologo e gli raccontavano quello che era successo quel giorno e questo per più mesi.

In parole povere, bisogna imparare a non tenere le cose dentro. Quando abbiamo un problema bisogna esternarlo, parlarne, anche più volte.

“Era come se tutte le lacrime che non avevo voluto, non ero stato capace di piangere si fossero raccolte nel collo e avessero formato questo tumore. Tutta la sofferenza che avevo accumulato dentro, il dolore che avevo ingoiato in tanti anni d'un tratto non si lasciava più comprimere” - scriveva Fritz Zorn uno scrittore svizzero morto a 32 anni di tumore. L'impossibilità di dare voce alle proprie emozioni, non solo rovina l'esistenza, ma fa anche ammalare.

Una ricerca del prof. Pancheri, su un gruppo di donne in attesa di diagnosi per sospetto tumore alla mammella, mise in evidenza che il responso si rivelò maligno per le pazienti abituate da sempre a reprimere le emozioni più dirompenti. La repressione dei sentimenti e delle emozioni vitali può rappresentare un fattore di rischio anche per l'infarto. Le emozioni censurate rimosse, infatti, non spariscono nel nulla, ma vengono esiliate nelle regioni dell'inconscio creando un malessere sotterraneo ed indefinito.

Una variante di questo metodo è raccontare criticamente il fatto, cioè fare una specie di processo, dire quello che potevamo o non potevamo fare, elencare tutte le giustificazioni a nostro favore ecc.. Questo “discutere” dell'evento porta inevitabilmente a scaricare le emozioni negative ad esso connesse.

5: LE TERAPIE BASATE SULLA SUGGERIZIONE

Con effetto placebo ci si riferisce ad un miglioramento delle condizioni fisiche o psicologiche del paziente attribuibile alle sue aspettative di ottenere un aiuto da un farmaco o da un trattamento. In parole povere, se il soggetto si convince che le sue condizioni stanno migliorando, ciò ha l'effetto di mobilitare le risorse e le difese dell'organismo.

Frank (1978) ha fornito prove incontestabili attestanti il miglioramento di diversi problemi fisici e mentali in seguito all'ingestione di pillole placebo, ossia pillole senza alcun principio attivo. Nella ricerca farmacologica l'effetto placebo viene comunemente riscontrata e universalmente accettata.

Da secoli le persone sofferenti compiono pellegrinaggi nei luoghi ritenuti sacri o ingeriscono intrugli con la convinzioni che essi siano miracolosi. Qualche volta è proprio quello che succede. Le capacità di auto guarigione del nostro organismo hanno del prodigioso e sono ancora in gran parte inesplorate.

L'effetto placebo è la dimostrazione che la forza di suggestione può far guarire una persona allo stesso modo che può farla ammalare.

Le principali terapie basate sulla suggestione sono: l'ipnosi, il training autogeno e l'autosuggestione.

L'IPNOSI

È un ottimo metodo terapeutico, anche se non va mai usato da solo. Ha senso solo se utilizzato come sussidio alla psicoterapia, cioè all'interno di un trattamento e non come tecnica terapeutica a sé stante. In questo ultimo caso, infatti, dà di solito risultati brevi e passeggeri.

Inoltre, bisogna sempre spiegare al paziente, prima di ipnotizzarlo, come si intende procedere, le suggestioni che si intende suggerirgli, lo scopo che ci si prefigge e i pensieri che si vogliono cambiare. Il metodo deve integrare il lavoro fatto quando il paziente è cosciente e non deve essere usato al suo posto.

IL TRAINING AUTOGENO

È il celebre metodo inventato dal medico tedesco I.H. Schultz (1920). Il termine autogeno indica che è una sorte di ipnosi che il soggetto si pratica da sé. Il termine training, invece, indica la necessità di una preparazione, cioè di esercizi sistematici e ripetuti per poterlo praticare con successo.

Il primo passo per procedere verso il training autogeno è una fase di rilassamento, in cui il soggetto si distende, rilassa ogni muscolo, abbandona ogni pensiero ed entra in una specie di torpore favorito da un ambiente silenzioso e dalla penombra. In questa prima parte si impara ad auto impartirsi suggestioni di rilassamento, a concentrare "il calore" in una parte del corpo, a percepire attentamente il battito cardiaco o a focalizzare la propria attenzione sul ritmo del respiro e così via.

Successivamente si passa a ripetere una formula di proponimento, che si è preparati in precedenza e che varia a seconda del disturbo che si vuole cancellare. Se, ad esempio, si soffre di insonnia ci si può ripetere: "la notte io dormo tranquillo e beato". Se il problema è l'eccessivo nervosismo sul lavoro ci si può dire: "in ufficio nessuno riesce a farmi arrabbiare. Sono calmo e tranquillo in qualsiasi situazione".

Si può ricorrere anche a formule in rima come quella inventata da una donna che doveva alzarsi presto la mattina: “Alla sei sono desta e son subito fresca, ogni pena è passata e son lieta e beata”.

Naturalmente per essere efficaci queste formule devono essere ripetute, una volta imparata bene la tecnica, almeno due o tre volte al giorno, per alcuni minuti. È anche necessario dedicare una certa attenzione alla scelta della formula che deve essere breve, ma efficace, cioè capace di suggestionare mentalmente.

Trattandosi di una tecnica non del tutto semplice è bene apprenderla in qualche corso tenuto da uno psicologo.

L'AUTOSUGGESTIONE

Si basa su un'idea semplicissima: visto che con l'inconscio il ragionamento non serve a molto, perché non contrastare una suggestione “malata”, con una sana? È un metodo simile a quello precedente. Come per il training autogeno si entra in una specie di sonno ipnotico, con tecniche di rilassamento e con parole che invitano alla calma, poi ci si autosomministra le suggestioni che ci interessano. Le prime volte è consigliabile farlo con l'aiuto di uno specialista.

Se lo si fa da soli la seduta va programmata, cioè vanno scelte con cura sia le tecniche di rilassamento, che le suggestioni da ripetersi nella fase di “trance”. Queste ultime devono essere soprattutto immagini che ci condizionino mentalmente, cioè capaci di suscitare in noi forti emozioni. Ad esempio, se vogliamo smettere di fumare, dobbiamo immaginare di accendere una sigaretta, ma al momento di aspirare il fumo, ci coglie una crisi di vomito e di disgusto. Non riusciamo a fumare senza sentirci male, la sigaretta ha un gusto amaro, diverso dal solito. E allora la buttiamo via. Proviamo a respirare: ci sentiamo i polmoni finalmente liberi: aria, ossigeno.

Come pure si può simulare un'azione che ci incute paura. Ad esempio, se siamo timidi e abbiamo paura di chiedere un aumento al direttore, possiamo immaginare di entrare nel suo ufficio, senza farci soggiogare dalla sua presenza e poi di esporre sicuri le nostre ragioni.

FARMACI E PSICOTERAPIA

La pratica clinica ha reso ormai evidente che il miglior metodo per ottenere dei risultati è abbinare farmaci e psicoterapia. Si è visto che i farmaci da soli, senza nessun supporto psicologico, spesso danno effetti transitori e parziali, inoltre il loro effetto dura finché si continua ad assumerli. “La terapia farmacologica raramente si dimostra una vera e propria cura. I farmaci producono spesso dei miglioramenti, ma questi regrediscono non appena il farmaco non viene più somministrato.

Sulla base di questa osservazione, i terapeuti tendono ad accompagnare le terapie biologiche con forme di psicoterapia. Ad esempio una persona depressa può prendere farmaci per aver sollievo dalla depressione e, al tempo stesso, sottoporsi ad una terapia cognitiva per imparare a cambiare gli schemi di pensiero che hanno portato alla depressione” J. Darley 1993.

Anche la psicoterapia, a meno che non si tratta di disturbi di lievi entità, senza il sostegno di alcun farmaco spesso non dà apprezzabili risultati. Senza contare il fatto che, spesso, i comportamenti patologici sono il sintomo di una disfunzione biologica soggiacente e perciò senza una terapia farmacologica che modifichi direttamente il funzionamento biologico, non si raggiungerà alcun risultato.

Coi pazienti più gravi, poi, è quasi del tutto impossibile intervenire senza l'ausilio di qualche farmaco che stabilizzi il paziente. Molti soggetti, infatti, non possono essere curati soltanto con la terapia della "parola". Abbiamo chiamato lo stadio in cui si riesce ad operare anche "con la parola", platform. È ovvio che i pazienti che soffrono di disturbi leggeri partono già da uno stadio di platform. Gli altri, quelli più gravi, bisogna intervenire prima farmacologicamente, in modo da far raggiungere loro il platform e poi procedere con la psicoterapia.

IL REINSERIMENTO SOCIALE

Un errore che fanno spesso i clinici è quello di disinteressarsi del tutto della vita del paziente una volta che quest'ultimo è uscito dal loro studio. È invece importante aiutarlo a reinserirsi nella vita sociale. Ad esempio, se il paziente ha difficoltà a trovare lavoro, suggerirgli il modo migliore per farlo (ad esempio rispondendo agli annunci, andando in giro a chiedere alle varie aziende, facendo prima dei corsi di qualificazione professionale ecc.).

Altro esempio: se si tratta di un soggetto emarginato e senza amicizie, suggerirgli di frequentare dei club dove conoscere delle persone, di fare qualche sport, di iscriversi alle associazioni parrocchiali ecc.. Se ha il problema di cercarsi una partner, insegnargli a corteggiare un donna o indirizzarlo ad un'agenzia matrimoniale e così via.

Naturalmente, non bisogna mai senza sostituirsi a lui, ma limitarsi a guidarlo e a dargli i consigli giusti. Se il paziente riesce a reinserirsi socialmente e tornare alla vita attiva e lavorativa (questo, naturalmente, in modo graduale e in un arco di tempo piuttosto lungo), anche il lavoro di psicoterapia sarà più semplice e proficuo.

A tale scopo ci si può appoggiare a tutte le strutture pubbliche o le associazioni di volontariato presenti sul territorio. Si può chiedere aiuto alle assistenti sociali del comune, al parroco, ai club che organizzano il tempo libero e così via.

RESPONSABILIZZAZIONE. Un altro metodo che si è rivelato efficace ai fini terapeutici è quello di affidare al paziente dei compiti di responsabilità, come prendersi cura di un cane, innaffiare delle piante, coltivare un pezzo di terra ecc.. In Brasile, in alcune istituzioni penitenziarie rieducano i criminali assegnando loro il compito di prendersi cura di un bambino sbandato e orfano, che è finito in prigione. Questo ruolo di padre tutore spesso li rende più responsabili e maturi.

Questo sistema, nel nostro campo, è applicabile chiedendo ad un paziente, che è quasi guarito, di fare da tutore ad un malato appena ricoverato che è affetto dallo stesso tipo di disturbo. Ovviamente questa tecnica ha successo solo se il malato-tutore è in grado di occuparsi dell'altro, se ha pazienza e predisposizione ad aiutare altre persone (deve essere anche così "forte" da non farsi influenzare negativamente) e se tra i due esiste una certa empatia. Spesso si rivela un ottimo sistema. Non di rado il malato tutore riesce a fare meglio dello psicoterapeuta.

LA TERAPIA di GRUPPO

La terapia di gruppo è sorta quale strumento per fornire sostegno psicologico alle persone che non potevano permettersi un trattamento individualizzato. Nel 1905 J. Pratt, un medico internista, negli Stati Uniti condusse la prima psicoterapia di gruppo su pazienti affetti da tubercolosi. Il suo approccio, quale risposta alle proporzioni epidemiche della tubercolosi, venne presto applicato a malati mentali istituzionalizzati. Anche qui l'esigenza era di curare molte persone con poche risorse disponibili.

L'evoluzione della terapia di gruppo conobbe un'accelerazione nel corso degli anni trenta a causa della grande depressione economica. A corto di denaro, la gente cercava di trovare la soluzione in attività di gruppo. Ma il primo teorico che sottolineò la validità della terapia di gruppo fu H. Sullivan. Egli sostenne che la personalità è quasi interamente il prodotto delle interazioni con gli altri e che i disturbi mentali si sviluppano quando queste interazioni (o la percezione che ne hanno le persone) sono distorte.

Scopo della psicoterapia di gruppo era quello di correggere queste distorsioni interpersonali e migliorare le capacità dei pazienti di relazionarsi con gli altri.

Le tecniche della terapia individuale possono essere impiegate anche per trattare gli individui in gruppi. Quindi al pari di quelle individuali, possono rifarsi a vari indirizzi. Virtualmente ciascuna tecnica o ciascuna teoria impiegata nella terapia individuale può essere, o è stata, usata per trattare gli individui in gruppo. Così ci sono gruppi ad orientamento psicoanalitico, gruppi di terapia della Gestalt, gruppi di terapia centrata sul cliente, gruppi di terapia comportamentale ecc..

Inoltre ci sono vari metodi per svolgere terapia di gruppo, spesso molto diversi tra di loro: dal psicodramma (Moreno), al T-group (Aronson), al semplice incontro di gruppo in cui ci si scambia le proprie esperienze.

Quali sono i presupposti teorici della psicoterapia di gruppo? Che cosa la distingue dagli interventi individuali e, soprattutto, quali sono i vantaggi che questo tipo di intervento presenta?

Per primo, incontrare persone che hanno il nostro stesso problema ci fa sentire meglio. Non si dice forse "mal comune mezzo gaudio"?

Scoprire che altre persone sono affette dallo stesso disturbo non solo ci fa sentire meno diversi dagli altri, ma è d'aiuto perché negli altri troviamo comprensione, solidarietà, conforto. Il gruppo dà rifugio e protezione. Non ci sentiamo più unici e diversi, ci sono altre persone che hanno il nostro problema e con esse possiamo parlare senza il timore di non essere capiti.

Nella psicoterapia di gruppo, inoltre, trovano soluzione sentimenti di vittimismo: "Perché proprio a me, perché Iddio mi ha voluto punire? Perché gli altri sono felici ed io devo essere infelice?"

Scoprire che anche gli altri hanno dei problemi e che non tutti sono felici, attutisce molto questa sensazione.

In secondo luogo, quando ascoltiamo altre persone che hanno disturbi analoghi, riusciamo a riconoscerci in atteggiamenti, abitudini e schemi disadattivi che riscontriamo anche in noi stessi. In effetti la psicoterapia ci offre la possibilità di osservare sugli altri, i nostri stessi sintomi, gli stessi problemi e le nostre stesse difficoltà.

In terzo luogo, all'interno del gruppo le pressioni sociali possono essere sorprendentemente forti. All'influenza del terapeuta si somma l'influenza degli altri componenti del gruppo e quando l'interpretazione del terapeuta è condivisa da molte persone del gruppo, diventa difficile per il paziente non accettarla.

In quarto luogo, la terapia di gruppo favorisce l'acquisizione di abilità sociali che aiuta a migliorare le capacità di relazione del paziente. Non solo ma, di solito, nel gruppo si fa amicizia, si allacciano relazioni con persone che hanno gli stessi problemi e che ci possono sostenere nei momenti di crisi.

SUSSIDI TERAPEUTICI

È bene utilizzare nel corso della psicoterapia tutti quei sussidi e quegli strumenti che la tecnologia moderna ci mette a disposizione: telecamera, videoregistratore, computer, audiocassette per favorire il rilassamento ecc.. Le applicazioni possono essere moltissime. Ad esempio, si può utilizzare una telecamera per riprendere di nascosto il paziente e mostrargli poi il filmato, per fargli notare certi suoi atteggiamenti.

Anche il computer può essere d'aiuto. Si può costruire una scheda, un tabellone su cui segnare i punti quando si applica l'economia a gettoni, si possono consultare dei testi ecc..

Lo scopo è quello di "movimentare" la terapia, in modo che non sia un piatto e monotono dialogo tra terapeuta e paziente.

TERAPIA E FAMIGLIA

Ogni paziente vive in un nucleo familiare o in un gruppo, ed ogni nucleo familiare si presenta come un eco-sistema con una vita propria.

I casi di pazienti che, dimessi da strutture ospedaliere, hanno avuto delle ricadute una volta tornati a casa, sono piuttosto frequenti. Tutto ciò perché non hanno trovato un "ambiente" idoneo a riceverli o perché si sono ricreate in poco tempo le condizioni che precedentemente li avevano portati al disturbo.

Altre volte il processo individuale di recupero del paziente è ostacolato da comportamenti contro-terapeutici dei membri della famiglia o di qualcuno di essi. Ad esempio, se stiamo operando per ristabilire condizioni di autostima e di fiducia nel paziente ed uno dei genitori, al minimo errore, esplose in una scenata dandogli del "buono a nulla, dell'inetto, dell'incapace o del mongoloide", ciò significa che egli disfa in pochi minuti quello che noi abbiamo costruito in mesi di lavoro.

Altre volte i familiari mettono in atto comportamenti contro-terapeutici perché si sentono minacciati da ogni cambiamento del paziente (un miglioramento significativo del paziente può di nuovo mettere in discussione il delicato equilibrio della famiglia).

I terapeuti familiari sostengono che qualunque sia il problema clinico, è un problema di sistema e perciò deve essere trattato efficacemente solo all'interno di questo contesto di gruppo. Ogni caso di terapia individuale deve essere trattato come psicoterapia familiare?

A nostro giudizio si possono verificare tre casi:

1) A volte non è necessario ai fini terapeutici un stretto rapporto con la famiglia. È il caso di un soggetto che vive in una famiglia sana ed è l'unico membro a presentare dei problemi. È anche il caso di persone affette da certi tipi di disturbi, ad esempio da fobie, da disturbi sessuali o da sindromi che non hanno nessuna relazione con la famiglia.

In questi casi le relazioni tra disturbo e famiglia sono scarse e si può benissimo procedere senza coinvolgere quest'ultima nel processo terapeutico.

2) Altre volte, un minimo di collaborazione da parte della famiglia ai fini della terapia è strettamente necessaria. Spesso conoscere la famiglia è importante per stabilire il ruolo che essa ha avuto nella patogenesi o nella sintomatologia del paziente.

Inoltre, la famiglia ci può aiutare assumendo nei confronti del paziente gli atteggiamenti giusti. Non si richiede loro, un ruolo attivo, ma devono almeno imparare come comportarsi con il loro familiare e quali errori evitare.

Non è necessario avere molti incontri, è sufficiente rivedere il nucleo familiare di tanto in tanto. Non è neanche strettamente necessario che partecipino tutti i componenti della famiglia. L'importante è che quelli che intervengono a questi incontri sensibilizzino, poi, quelli rimasti a casa. Bisogna evitare che una volta che il paziente sia tornato a casa, (nel caso che si tratti di un paziente istituzionalizzato) si ricreano le condizioni che hanno favorito lo sviluppo del disturbo mentale.

3) Nel caso, invece, ci si trovi di fronte ad un nucleo familiare disturbato è necessario avviare una psicoterapia di tipo familiare.

Chiaramente ciò nella pratica non sempre è possibile. Spesso si ha un rifiuto, altre volte si fingono d'accordo, ma di fatto non collaborano fattivamente o saltano gli incontri.

Nel caso che si riesca ad avviare una psicoterapia familiare, superando tutti gli ostacoli, la prima cosa da fare è quella di migliorare la comunicazione all'interno del nucleo familiare. Bisogna che i membri della famiglia imparino a comunicare correttamente e ad esprimere le loro esigenze senza aggressività.

All'uopo è necessario che tutti i componenti imparino ad esprimersi in modo civile, senza gridare e senza cattive parole e aspettando il loro turno per parlare. Norme che tutti devono imparare a rispettare anche quando non è presente il terapeuta. È meglio discutere tutti insieme sulla necessità di queste regole di comportamento (se lo si ritiene opportuno le si può riportare su un cartellone, da affiggere in un posto della casa ben visibile).

È anche utile stabilire delle norme di comportamento che regolino le relazioni tra i membri della famiglia. Ad esempio, si può stabilire che nessuno deve prendere le cose di un altro senza il suo permesso, che ognuno deve tenere in ordine il suo armadio ed i suoi spazi senza lasciare niente in giro ecc.. Nel corso dei colloqui si può anche suggerire di dividere i compiti domestici e indicare chi deve fare la spesa, chi deve cucinare ecc..

In parole povere bisogna "disinnescare" tutti quei motivi che potrebbero favorire la nascita di conflitti tra i membri della famiglia.

LA SCELTA DEL METODO

La maggior parte dei clinici si definisce eclettica, cioè non si comporta in maniera perfettamente allineata con un particolare orientamento teorico. Lo psicologo Lazarus propugnò per molti anni quello che definì "eclettismo tecnico", ossia la propensione a servirsi di qualsiasi tecnica si riveli la migliore per un determinato paziente o disturbo. Egli sosteneva anche che, se l'eclettismo a livello tecnico basato su un approccio empirico era il metodo più efficace, tentare un'integrazione a livello teorico di vari orientamenti era un'inutile perdita di tempo.

Si possono, sempre secondo il suo punto di vista, perciò, prendere a prestito tecniche senza per questo dover abbracciare le teorie che le hanno generate.

Condividiamo tale punto di vista. La scelta del metodo terapeutico dipende soprattutto da due fattori: dal tipo di disturbo da trattare e dalla personalità del paziente (cioè da come risponde a quella tecnica). Ad esempio, se il paziente è affetto da una fobia, senz'altro il metodo migliore è quello della desensibilizzazione sistematica, se i suoi problemi risalgono a relazioni conflittuali con i suoi genitori, quello più adatto è quello psicoanalitico e così via.

È anche importante “correggere il tiro” man mano che si va avanti. Se si vede che un metodo non funziona o non è adatto alla personalità del paziente, bisogna sostituirlo con un altro. L'importante è non procedere con i paraocchi, accecati da pregiudizi ideologici, ma essere attenti ai risultati.

TEMPESTIVITÀ DEGLI INTERVENTI

È molto importante intervenire al più presto e non quando il paziente incomincia a dare gravi segni di squilibrio, si spoglia per strada o importa i passanti. La tempestività della terapia è la migliore garanzia per avere dei risultati risolutivi. Bisogna sensibilizzare l'opinione pubblica ad iniziare la psicoterapia non appena si manifestano i primi sintomi. Quello che oggi può essere risolto con dei semplici trattamenti di psicoterapia, un domani potrebbe richiedere il ricovero in strutture ospedaliere.

A tal uopo sarebbe bene fare dei corsi di aggiornamento ai medici di base, in modo che siano in grado di riconoscere subito nei pazienti i sintomi che sono predittivi di un disturbo mentale.

LE NUOVE TERAPIE

In questi ultimi anni varie modalità di trattamento si sono andate affiancando a quelle tradizionali. Vediamo quelle più famose:

L'ARTE THERAPHY. È una nuova forma di cura in cui il paziente creando un'opera, ricrea la sua personalità. Per capire come l'arte può aiutare a superare un disagio psichico bisogna riflettere sull'effetto che ha la creatività sulla mente. Esprimendo qualcosa, dando vita, forma e sostanza ad un rappresentazione del proprio mondo interiore si prova una sensazione di benessere difficile da descrivere e da spiegare. L'espressione artistica è una forma di liberazione interiore.

L'individuo attraverso l'arte fa emergere dall'inconscio ciò che vi si trova nascosto e di più vero. Questa emersione è benefica perché equivale ad una liberazione, in un certo senso equivale al lavoro dello psicoanalista. È in virtù di questo meccanismo che l'arte può proporsi come una psicoterapia.

Ma l'arte non libera solo dall'angoscia, aiuta anche ad incrementare l'autostima, tiene occupata la mente, dà uno scopo ed una direzione ai pensieri del paziente, sviluppa la creatività e l'indipendenza dell'individuo.

Persone che erano incapaci di comunicare, di guardare o ascoltare hanno iniziato ad esprimere qualcosa di sé e a migliorare nelle loro relazioni sociali. È il risultato di uno studio condotto da un gruppo di psichiatri del servizio psichiatrico della ASL di Melegnano che hanno aperto alcuni anni fa un centro di terapia espressiva.

Il paziente deve essere libero di seguire un suo percorso adatto alle sue esigenze. Inoltre, non si deve guardare alla qualità del prodotto artistico, ma alla dimensione estetico-creativa del paziente. Si usa soprattutto la pittura, ma si può utilizzare la narrativa, la poesia ecc..

Successivamente per fare socializzare gli “artisti” si possono organizzare delle mostre, dei club, insomma dare vita ad un set di iniziative sociali.

L'unico pericolo di questo metodo è quello che il paziente possa acquistare eccessiva fiducia in sé stesso, iniziando a sentirsi un genio incompreso. Allora può vivere la sua creatività con un senso di frustrazione e di insoddisfazione.

WRITING THERAPY. A differenza del metodo precedente la terapia avviene soprattutto attraverso la stipula di un diario in cui il paziente scrive giorno per giorno le sue esperienze ed i suoi miglioramenti. Affidare alle pagine di un diario le proprie sensazioni è, da lungo tempo, riconosciuto come un ottimo metodo terapeutico. È un po' come avere uno psicoterapeuta, a cui confidarsi, sempre a disposizione.



Non bisogna, però, limitarsi a registrare solo i fatti che ci succedono, ma pensare ad eventuali spiegazioni (si può, poi, confrontare la propria posizione con quella del terapeuta), contrastare eventuali pensieri negativi, scaricare l'emozione che è rimasta imprigionata dentro di noi ecc.. Il diario deve diventare non solo un amico ed un confidente, ma anche un modo per trovare una soluzione ai propri problemi psichici.

WORK THERAPY (TERAPIA COL LAVORO). Numerosi studi internazionali hanno dimostrato che la popolazione che lavora ha un livello più basso di disturbi mentali rispetto ai disoccupati e che almeno il 15% dei problemi psicologici sono dovuti alla mancanza di una di qualche attività che tenga il paziente occupato. Forte di questo assunto due psicologi Paolo Michielin, responsabile dell'unità riabilitativa del dipartimento di salute mentale di Treviso ed il suo collega Maurizio Donatello, hanno avviato un interessantissimo esperimento che sta dando sorprendenti risultati. Hanno deciso di inserire un gruppo di malati mentali, alcuni molto gravi, corrosi da disturbi come la schizofrenia, in alcune cooperative come operai.

Al termine del loro studio, durato 3 anni i risultati sono stati sorprendenti: “il 25% dei 229 pazienti ha trovato lavoro in modo stabile come socio lavoratore delle stesse coop o in aziende esterne, mentre il 50% stava continuando la formazione”.

L'esperienza di Treviso ha dimostrato che il lavoro è un'eccezionale medicina per chi ha disturbi mentali. Due soprattutto gli aspetti positivi: i pazienti si sentono gratificati perché lavorare è una fonte di guadagno; i pazienti-lavoratori non si sentono più inferiori agli altri o dei pesi morti per la società.

Per secondo, il cervello è occupato in un'attività manuale concreta ed il paziente può valutare con orgoglio il suo operato. “Se la gente non fa niente, pensa a delirare”- ha dichiarato uno dei promotori del progetto Michielin.

Chiaramente le esperienze lavorative devono avvenire in una situazione protetta, con orari ridotti e flessibili, in cui non prevalgono logiche di competizione. Inoltre uno psichiatra deve seguire i soggetti settimanalmente, in modo che non si sentano abbandonati a se stessi e che ci sia qualcuno che li aiuti a risolvere eventuali problemi che possono crearsi nel corso del trattamento.

È anche importante che tra i pazienti si crei un clima di solidarietà e di aiuto reciproco.

PET THERAPY. La pet therapy, ossia la cura dei disturbi mentali prendendosi cura di un animale, non è una novità assoluta, né molto recente. Già un medico greco, vissuto intorno al terzo millennio prima della nascita di Cristo, diceva che per curare l'insonnia bisogna andare a cavallo.

Da sempre, insomma, l'uomo è consapevole del benefico effetto che la compagnia di un animale ha sulla psiche umana.

La compagnia di un animale ha molti vantaggi su quella umana: gli animali amano incondizionatamente il loro padrone, non lo giudicano, sono pronti a seguirlo e non chiedono nulla in cambio.

Anche se le radici di questo tipo di intervento sono lontane nel tempo, la diffusione di questo tipo di terapia, però, è recentissima. È stato soltanto negli anni settanta che si è cominciato a considerare con attenzione le relazioni tra uomo e animali domestici. Tutto è nato casualmente dall'incontro tra un cane di uno psichiatra ed un bambino autistico, che iniziò a giocare con l'animale, interrompendo il suo isolamento con il mondo esterno. Da allora la pet therapy, diffusa soprattutto all'estero, ha visto aumentare ogni giorno di più i suoi sostenitori ed oggi è praticata in moltissime parti del mondo.

Questo tipo di approccio si è rivelato efficace soprattutto come sostegno alla cura della depressione e dell'ansia, ma è utile anche nel trattamento di malattie psicologiche più serie come la schizofrenia o le alterazioni del comportamento.

Gli studi condotti sulle persone sottoposte a questo tipo di trattamento ne hanno ampiamente dimostrato la sua efficacia. La presenza di animali calma la tensione muscolare, riduce l'ansia, attenua la depressione e aiuta a combattere lo stress.

L'animale più adatto è il cavallo e perciò oggi si parla di ippoterapia, ossia la cura con i cavalli. In pratica lo psichiatra, al posto o in aggiunta alla prescrizione di una cura a base di farmaci, consiglia di seguire un corso di equitazione.

Il vantaggio è soprattutto nel fatto che la persona dopo un certo numero di lezioni riacquista fiducia in se stesso, si rende conto di essere in grado di fare le stesse cose delle persone normali. L'ippoterapia ha dato anche ottimi risultati sulle persone che presentano dei deficit mentali, in particolare i bambini autistici ricevono immensi benefici dal contatto con il cavallo. Queste persone, chiuse al mondo esterno, hanno grosse difficoltà di comunicazione e con l'ippoterapia riacquistano almeno in misura minima il contatto con la realtà che le circonda.

Altri aspetti positivi di questo tipo di trattamento sono: il paziente se viene chiamato a prendersi cura di un animale, in particolare di un cagnolino, si responsabilizza. Col tempo si crea una relazione affettiva tra uomo ed animale, il che non può non avere i suoi fall-out positivi su tutta l'emotività del paziente.

MUSICATERAPIA. Un altro tipo di terapia che è stata utilizzata in questi ultimi anni con molto successo è la musicoterapia. Spesso i pazienti hanno difficoltà a relazionarsi e a comunicare con gli altri a causa della loro ansia. La musica calma e riesce a fare esprimere emozioni e sentimenti, che non si saprebbero esprimere altrimenti.

Suonare uno strumento musicale ha un grandissimo valore terapeutico in quanto aiuta a scaricare i propri stati d'animo e a sublimare le proprie angosce. Se il soggetto impara a strimpellare un motivo su una chitarra o su un pianoforte, acquista fiducia in se stesso e nelle sue possibilità e si sente gratificato.

Anche far parte di un coro è altamente positivo. In questo caso al valore della musica si aggiunge il valore terapeutico del gruppo. Cantare in un coro significa imparare a cooperare con gli altri per

un fine comune. Inoltre, entrare a far parte di un'associazione aiuta a stringere amicizie e moltiplica i contatti sociali, sempre molto importanti per chi è affetto da disturbi mentali.

LUDOTERAPIA. È la terapia attraverso il gioco. È una modalità di intervento indicata soprattutto per i bambini, ma qualche volta è adattabile anche agli adulti. Non disponiamo di dati, ma siamo sicuri che un depresso si sentirà molto meglio dopo una partita a bocce o a carte con i suoi amici. Il gioco ci aiuta a rilassarci, ci tiene impegnata la mente, crea motivazione ed interesse. Tutte cose importantissime per la maggior parte delle persone con problemi mentali.

I bambini si esprimono verbalmente meno degli adulti, non di rado sono impenetrabili o più riluttanti ad esprimere le loro preoccupazioni e il loro disagio, sia direttamente che apertamente. Il gioco può essere un veicolo per addentrarsi nel loro inconscio. È una posizione sostenuta già da Melanie Klein e Anna Freud.

Attraverso il gioco il bambino esprime i suoi sentimenti relativi alle relazioni con genitori, compagni ed insegnanti. Una stanza per la terapia è attrezzata non solo con giocattoli, ma anche con materiale da disegno, puzzle, soldatini ed un grande clown di gomma che si può prendere a pugni. Una delle attrezzature da utilizzare è una casa delle bambole dove si possono interpretare i ruoli di genitori e figli. Il terapeuta invita il bambino a mettere le bambole, che rappresentano le figure della sua famiglia, nelle stanze che vuole o in cucina o in soggiorno, oppure fa delle domande sul tipo "Dove sta il tuo papà, perché non gioca con te?". Le risposte possono essere molto indicative.

SPORT THERAPY. È la terapia attraverso lo sport e le attività fisiche. Lo sport non fa bene solo al fisico, ma anche alla mente. I vantaggi che offre sono numerosi: ci tiene impegnati, migliora la circolazione del sangue e le condizioni di salute, ci porta a conoscere nuove persone e a socializzare, ci aiuta a migliorare le nostre capacità di concentrazione, incrementa la nostra autostima e così via.

RELIGION THERAPY. Si può fare terapia anche appoggiandosi alla religione, sempre, ovviamente, che si tratti di un paziente credente. Chi affianca alla psicoterapia una fervida fede, trova in Dio un rifugio sicuro per superare le sue paure e le sue insicurezze interiori.

Credere non fa bene solo all'anima, ma anche alla mente. Il solo pensiero che lassù, nel cielo c'è qualcuno che ci ama profondamente e senza condizioni, è già di per sé terapeutico. L'importante è crederci, recuperare la propria fede e la certezza che c'è una vita oltre alla morte. Perciò, non è sbagliato invitare i pazienti a frequentare la chiesa o a partecipare alle funzioni religiose.

Inoltre, essere credenti praticanti ci porta ad appartenere ad una comunità religiosa, ad incontrarci con altre persone della stessa fede. Ciò non può non avere i suoi benefici, in quanto il paziente trova sostegno e solidarietà.

Come abbiamo accennato, varie ricerche hanno messo in evidenza che pregare fa bene alla salute. Uno studio (1995) dell'istituto statunitense Dartmouth- Hitchcock ha dimostrato che uno dei principali fattori di sopravvivenza nei pazienti affetti da patologie coronariche era proprio la fede e l'assiduità con cui i malati si rivolgevano a Dio. Ma la preghiera non aiuta solo a guarire dai mali del corpo, ma anche da quelli della mente. I suoi effetti sono molteplici: è una vera e propria terapia antistress; riduce la depressione, migliora le relazioni sociali, rende più stabile la vita matrimoniale, ci aiuta persino a recuperare la forma fisica in caso di una frattura.

Una conferma ci viene anche da uno studio di un medico dell'ospedale di Foligno, Mario Timio. Secondo questo clinico, che per 30 anni ha seguito le condizioni di salute di un gruppo di 144 suore ed un gruppo di 138 donne laiche, nonostante il progredire dell'età non solo la pressione arteriosa delle religiose rimaneva più o meno stabile, ma erano meno soggette ad ictus, ad infarti e ad altre malattie cardiache del gruppo di laiche preso come campione di confronto.

HUMOUR THERAPY. È una modalità di approccio che insegna al paziente a ridere di se stesso e a non prendersi troppo sul serio.

Quando ciò avviene, cioè quando il soggetto è in grado di vedere se stesso con una vena di umorismo, imparando a sdrammatizzare e a ridicolizzare le sue ansie, è già a buon punto verso la guarigione. Metodo particolarmente valido nella cura della depressione.

Poi c'è la **METAFORA TERAPIA**, cioè curare attraverso le metafore, che è una modalità di intervento adatta per i bambini. Quando la realtà è troppo dura e difficile da accettare, si può curare attraverso favole, racconti o personaggi immaginari.

Infine, abbiamo La **SESSO TERAPIA**, che è quella indicata per le persone che sono affette da parafilie. Consiste nel ricondizionare l'istinto sessuale al fine di riportarlo alla normalità. In effetti, si fa il percorso inverso. Si guida il soggetto da una sessualità deviata ad una normale.

Per un feticista si tratta di trasferire il suo interesse dagli indumenti intimi femminili ad un partner di sesso opposto. Ci si può riuscire facendo indossare al suo partner gli indumenti femminile che egli preferisce ed eliminandoli successivamente, a poco alla volta, dal rapporto. Ne parleremo nel nostro prossimo libro sul sesso: "Disturbi e deviazioni sessuali."

I COMPITI PER CASA

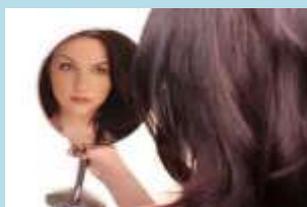
Per rendere più veloce il recupero si possono dare al paziente dei "compiti per casa" (ne abbiamo già parlato a proposito della diagnosi). Ad esempio, gli si può lasciare un foglio con su scritte delle indicazioni, su cui riflettere a casa. Gli si può chiedere di meditare su certe sue tendenze, per capire meglio da che derivano e poi riferire nella seduta seguente. Gli si può chiedere di portare un elenco di ragioni per cui è importante guarire, tutto ciò al fine di motivarlo alla psicoterapia.

Lo scopo è quello di sfruttare anche i giorni in cui non ci si vede e far sì che il paziente dedichi parte del suo tempo libero a se stesso (e non ricordarsi della psicoterapia solo mezz'ora prima dell'incontro).

Gli si possono far fare anche degli esercizi, ad esempio se è molto timido gli si può chiedere di andare a comprare dei fiori in un negozio, se è molto abulico di fare delle commissioni che odia fare e così via. Tenere impegnato il paziente è sempre un ottimo metodo.

CAPITOLO XII

L'AUTOTERAPIA



La stragrande maggioranza degli autori sostengono che non è possibile curarsi da soli. A nostro parere, non è un compito né facile, né agevole, ma non impossibile. Con un po' di buona volontà e un po' di studio si possono superare tutte le difficoltà che l'auto terapia comporta.

Vediamo quali problemi incontra chi si vuole curare da solo.

Il primo ostacolo sono le conoscenze. È inutile negarlo, per mettere in pratica un itinerario di auto terapia bisogna possedere buone competenze psicologiche. Ma è una difficoltà che si può superare benissimo leggendo dei buoni manuali di psicologia, soprattutto opere che riguardano il disturbo mentale che ci riguarda. Ovviamente solo leggere non basta, bisogna studiare le situazioni, confrontarsi, riconoscersi nei casi descritti ecc.. Insomma è indispensabile farsi una cultura psicologica.

Se pensate che ciò comporta un enorme mole di lavoro, siete in errore. Non è necessario, infatti, leggere tutti i libri che si studiano in un normale corso di studi di psicologia all'università, basta apprendere solo le informazioni che riguardano il nostro caso. Ad esempio, a che serve ad un soggetto che soffre di depressione imparare tante cose sull'autismo o sulle schizofrenie?

In termini pratici, per farsi un cultura generale basta studiarci bene questo libro, e poi approfondire le tematiche che ci riguardano leggendo 2 - 3 opere specifiche, ma che siano fatte bene.

Il secondo ostacolo che incontra chi vuol fare auto terapia è questo: "Una persona si vede attraverso i suoi prismi interiori e quindi tenderà presto a chiudere gli occhi. Non dimentichiamo (pensiamo ad un soggetto nevrotico) che la personalità è irta di difese inconsce. Questa persona si scontrerebbe con una serie di "sbarramenti" (che formano le sue insicurezze interiori), con una serie di chiusure ermetiche" P. Daco (1967). Il pericolo più grande, perciò, è quello di giungere a conclusioni sbagliate o interpretare erroneamente i propri sintomi.

La maggior parte degli autori sostiene che spesso siamo incapaci di vedere le nostre rimozioni o i nostri complessi e di ammetterli. "In breve - scrive ancora P. Daco - un'autoanalisi giungerebbe rapidamente a piste molto pericolose, a delle introspezioni larvate, a delle ruminazioni senza fine, a perdite di energia e angosce permanenti".

È la principale difficoltà dell'auto terapia, anche se, a nostro avviso, è perfettamente superabile. Le osservazioni avanzate da questi autori, infatti, sono giuste, però non tengono conto di alcuni fatti.

Per primo, la maggior parte delle volte il paziente, che ha qualche conoscenza di psicologia, sa già prima di andare da uno psicoterapeuta di quale disturbo soffre. Non ci vuole molto per capire che si soffre di fobia o che si è affetti da depressione. Forse non si avranno le idee chiare, non si capiranno le cause o i motivi inconsci che sono dietro tali problemi, ma un'idea da quale patologia

si è affetti la si ha quasi sempre. Il numero dei disturbi mentali, tutto sommato, è piuttosto limitato e spesso questi presentano sintomi chiari che anche l'uomo di strada conosce. Una persona che parla da sola per strada sicuramente è affetta da schizofrenia, se si è giù di umore si è depressi, un bambino che tende ad estraniarsi dal mondo è autistico e così via.

Se non si conoscono le più elementari cognizioni di psicologia, si può ovviare facilmente a questo inconveniente. Ci si sottopone ad una visita psichiatrica e si va avanti per alcune sedute finché non si ottiene una diagnosi certa. Una volta che il clinico ha impostato la psicoterapia e ci si è resi conto di come operare, si continua poi da soli, come è insegnato su questo libro.

Per secondo, la strada dell'autoterapia è percorribile solo **se non si soffre di gravi disturbi mentali**. Chiaramente il soggetto schizofrenico non ha altre possibilità che farsi seguire da strutture ospedaliere o da un bravo psichiatra. Anche in questo caso, però, può integrare il trattamento clinico con l'autoterapia. Inoltre, la lettura di questo libro lo aiuterà a capire se si è messo in buone mani.

Passiamo ora all'altra osservazione, cioè al fatto che siamo portati istintivamente a giustificare i nostri comportamenti. La capacità di essere onesti con se stessi, di ammettere i propri sbagli e di inferire sui propri comportamenti è un prerequisito indispensabile per fare autoterapia. Chi vuol far da solo, deve essere capace di gettare la maschera e vedere se stesso, come è veramente, senza cercare giustificazioni o barare. Ma anche questa non è una difficoltà impossibile da superare. Se non la si possiede, la si può acquisire col tempo e con l'esercizio.

Inoltre, se si hanno difficoltà a confessarsi con se stessi e ammettere le proprie colpe, maggiormente le si avranno con uno sconosciuto. Gli sbarramenti sono più bassi quando si fa autoterapia, che quando si è seguiti da uno psicologo.

È vero, l'autoterapia è lunga, dura molti mesi, se non anni, ma neanche la psicoterapia è così breve. Non pensate che basta andare per alcune settimane nello studio di un clinico per risolvere il problema, di solito la psicoterapia dura almeno 6 - 8 mesi.

Ad ogni modo, è inutile negarlo, non tutti i pazienti possiedono i requisiti per fare autoterapia. Per un buon numero di persone, l'unica possibilità di guarigione è affidarsi alle cure di un bravo professionista.

La terza difficoltà, è **l'impegno e la motivazione**. Per fare autoterapia bisogna predisporre un piano, stabilire degli incontri (ad esempio dedicare a questo scopo un'ora tre volte alla settimana) e non sempre si è capaci di un impegno costante.

Però, se ci riflettiamo bene, queste due doti sono importanti anche nella psicoterapia convenzionale. Se si smette di andare dallo psicoterapeuta, non si avrà nessun risultato. E in quest'ultimo caso c'è un motivo in più per abbandonare: problemi economici. La psicoterapia è lunga e costosa, cifre che non tutti si possono permettere. Il caso di pazienti che abbandonano la terapia per mancanza di denaro, sono più numerosi di quanto si creda.

Bisogna considerare anche che, spesso il terapeuta sta all'altro capo della città e perciò al costo delle sedute bisogna aggiungere le spese di viaggio, le difficoltà di parcheggio, le perdite di tempo e le ore di attesa in sala d'aspetto.

In ultimo, ma non per ultimo, nessun psicologo ammetterà mai che ci si può curare da soli, se non altro perché così perderebbe il lavoro e la fonte del suo reddito. Se fosse possibile fare

autoterapia, nessuno andrebbe a spendere diversi milioni da un terapeuta. Basterebbero alcuni libri ed un po' di impegno.

In ogni caso l'autoterapia non fa male. Saperne di più sui processi psicologici, capire meglio se stessi o inferire sui propri comportamenti, non è in nessun caso una cosa negativa. Sforzarsi di trovare una soluzione ai propri problemi, crea motivazione ed interesse, ci spinge ad impegnarci e ciò non può che avere un effetto positivo. Alcuni terapeuti sostengono, addirittura, che è dannosa perché il paziente "se ne fa un'idea fissa". Ciò per essere vero all'inizio, ma non col passar del tempo. È lo stesso che leggere un libro di medicina. I primi giorni ci si riconosce in tutti i sintomi descritti, ma poi ci si abitua e si impara a discernere le cose.

Male che vada, ci si può sempre rivolgere ad un terapeuta. È come quando si guasta la propria auto e si prova a ripararla da soli. Se non ci si riesce, si va da un meccanico.

Ma l'autoterapia ha anche **notevoli vantaggi** rispetto alla psicoterapia.

Per primo non c'è nessun imbarazzo a narrare certi eventi o ad ammettere certe colpe, tanto siamo sicuri che resteranno un segreto. Non è lo stesso quando ci si rivolge ad un psicoterapeuta. Anche se si tratta di un medico, comporta sempre rivelare dei segreti ed una parte della nostra vita ad un estraneo.

Per secondo, i cambiamenti o gli insight che si acquisiscono sono più proficui e duraturi, perché conquistati da soli. Quelli che ci offre su un "piatto d'argento" il clinico, sono più difficili da "assimilare" (senza contare che spesso non li condividiamo).

Per terzo, l'autoterapia non costa niente, solo i soldi per comprare i libri. Mentre rivolgersi ad uno psicologo costa tantissimi soldi (anche 100 euro a seduta).

Per quarto con autoterapia non c'è rischio di imbattersi in persone incompetenti ed incapaci, che invece di farci migliorare, ci fanno peggiorare. Il mondo è pieno di incompetenti e ciò particolarmente vero in Italia, dove nelle nostre università si fa carriera più per altri motivi, che per meriti. Per avere una cattedra più che di una buona preparazione, c'è bisogno di buone aderenze politiche o accademiche. Basta considerare il fatto che il 95% delle cattedre è vinto da candidati interni all'ateneo. Ciò significa che si tratta di gente che ha soprattutto il merito di aver fatto per anni il portaborse del professore.

Non ne siete ancora convinti? Considerate soltanto il fatto che stragrande maggioranza dei testi usati nelle nostre università è pubblicata da piccole case editrici locali, che sopravvivono solo perché gli studenti sono obbligati a comprare i loro libri per superare l'esame.

In conclusione, niente complessi di inferiorità, se siete persone intelligenti ed avete un buona volontà, potete farcela benissimo da soli. L'autoterapia non solo è possibile, ma è un'avventura piacevole e istruttiva che ci farà capire tante cose su noi stessi. Anche se è una conquista lenta, che si concretizza con l'impegno e la costanza, i suoi risultati sono più duraturi perché ci fa acquisire gli strumenti per superare le difficoltà della vita.

COME PROCEDERE

Una volta che avete deciso di buttarvi nell'avventura più bella del mondo, quella di conoscere bene voi stessi e liberarvi da piccoli e grandi disturbi, vediamo come procedere praticamente.

Per prima cosa bisogna procurarsi il materiale. Possedete già questo libro, è un buon punto di partenza, ma è bene leggerlo tutto e comprarne anche altri. Nel prossimo paragrafo daremo i consigli su come scegliere dei buoni testi di psicologia.

Per secondo comprate due quadernoni, meglio se con gli anelli in modo che le pagine si possono spostare da un punto all'altro. Scegliete un posto in casa dove riporli e dove nessuno li possa toccare. Non li lasciate in giro, bisogna rimetterli sempre a posto dopo l'autoterapia. È importante che non vadano perduti o rovinati o, peggio, cadano in mani sbagliate.

Per terzo, stabilite 2 - 3 incontri alla settimana in base ai vostri impegni. All'inizio potete farne anche di più, in modo da accelerare i tempi. Gli incontri (con voi stessi, si intende) devono essere svolti in posti riservati, silenziosi dove potete stare da soli senza il timore che vi possano interrompere. Inoltre, cercate di non saltarli, né rimandarli sempre. Se succede di frequente, l'autoterapia non fa per voi, dovete rivolgervi ad uno psicoterapeuta.

Una volta che vi siete procurato il materiale, il primo passo da fare è documentarsi e istruirsi. Incominciate studiando bene questo testo. Sottolineate tutti i punti che vi interessano e prendete degli appunti. È importante, almeno nella prima fase, non leggere solo il capitolo che riguarda il vostro disturbo, ma tutto il libro. È molto utile farsi un'idea generale sui disordini mentali. Leggete bene anche i capitoli sulla diagnosi e sulla terapia. Quando avrete le idee più chiare sulla psicopatologia potete iniziare a compilare i quadernoni.

Prima di iniziare a scrivere, pensate al modo migliore per proteggere la vostra privacy nel caso che i quaderni cadano in mani sbagliate. L'ideale sarebbe scrivere in codice, ma le cose si complicherebbero troppo. Meglio usare precauzioni più semplici, ad esempio scrivete in terza persona, usando sempre dei nomi fittizi. Indicate il disturbo di cui soffrite col termine generico "disordine" o meglio con parola "la bestia". Sulla copertina scriveteci "romanzo" e metteteci un titolo. Se qualcuno va spiare nelle vostre cose, potete sempre trovare la scusa che state scrivendo un romanzo da pubblicare e che si tratta di persone e fatti immaginari.

Passiamo alla compilazione. Il primo dei due quadernoni va adibito a diario. In esso vanno scritti, in ordine cronologico, tutti i fatti più significativi che vi accadono.

Il primo consiglio è di non badare alla forma letteraria o agli errori ortografici, basta che sia chiaro a voi. Anzi meglio scrivere in forma telegrafica e sintetica. Il rischio è quello di perdere tempo in arditezze letterarie, perdendo di vista il vostro scopo: fare autoterapia. Potreste essere addirittura tentati di scrivere un voluminoso romanzo autobiografico. Niente di più sbagliato, non bisogna confondere mai eventuali velleità letterarie con l'autoterapia.

Il vostro scopo è guarire, non diventare uno scrittore. Ad esempio, se vi è successo un fatto che vi ha traumatizzato, potete riportarlo in forma telegrafica: "Ieri, ho lasciata la porta aperta, potevano entrare i ladri, non devo farlo più"

Poi passate a cercare la causa dell'errore: "Appena sono entrato, è squillato il telefono. È stata la distrazione".

In ultimo, suggerite sempre la soluzione: "la prossima volta, devo chiudere prima la porta e poi rispondere al telefono, vorrà dire che chi chiama aspetterà un po'".

L'importante che la vostra non sia solo una descrizione dei fatti, ma anche un'occasione per riflettere, per cercare di capire le ragioni e per trovare le soluzioni.

Su questo quaderno bisogna riportare, inoltre, eventuali problemi e difficoltà incontrate e proposte per superare gli ostacoli.

Sul secondo quaderno, da un lato dovete mettere la vostra scheda e la vostra storia, dall'altro raccogliere tutte le informazioni sui disturbi mentali di cui soffrite.

Vediamo per prima come si compila la scheda. Dovete scrivere il vostro nome e cognome, data di nascita ecc.. Per proteggere la vostra privacy è meglio mettere un nome falso ed una data di nascita vicina al vero, ma non esatta. Fate lo stesso con la vostra professione ed indirizzo. Nel caso cada in mani sbagliate, potete dire che sono dati relativi ad un personaggio fantasioso.

Nelle pagine seguenti passate alla vostra storia. Incominciate dai genitori. Sempre usando nomi fittizi, descriveteli soprattutto come carattere, mettendo in evidenza gli errori che hanno fatto nell'educarvi. Questa parte va compilata con una certa calma, in modo che sia anche un'occasione per riflettere e far emergere l'emozione che vi è rimasta imprigionata dentro.

Non importa se ci mettete vari giorni per completarla, per fare autoterapia non bisogna mai andare di fretta.

Passate poi all'infanzia, sempre con un linguaggio telegrafico, raccontate le cose più importanti che sono successe, ma soprattutto le esperienze che vi hanno lasciato "il segno". Ad esempio scrivete se vostro fratello vi tiranneggiava o vi prendeva sempre i giocattoli e se a scuola avete avuto difficoltà di apprendimento.

Poi passate all'adolescenza, questo periodo va esaminato con particolare cura. Freud sostiene che l'infanzia è il periodo più formativo della vita, noi siamo convinti, invece, che è l'adolescenza. È in questo periodo, infatti, che si gettano le basi del nostro carattere e che queste resteranno, grosso modo, le stesse per tutta la vita.

Dopo l'adolescenza, passate alla vostra vita adulta, esaminando le relazioni amorose che avete avuto, le delusioni ecc.. L'importante è che ogni volta avete sofferto di problemi mentali, un complesso, un disturbo ecc., che poi avete superato, scriveteci accanto in stampatello: superato. Se è ancora attuale e deve essere superato scriveteci: LIVE, che in inglese vuol dire vive. Questo problema va riportato, poi, sull'altro lato del quadernone, quello riservato all'esame dei singoli disturbi mentali.

Il secondo lato del quadernone va riservato all'esame del disturbo mentale di cui soffrite. Mettiamo che il vostro problema principale è la depressione, dovete riportarci solo le notizie che riguardano questa sindrome. Iniziate descrivendo i sintomi di cui soffrite, cioè che siete giù di umore, che siete pessimisti, che pensate che va tutto storto, che non avete voglia di fare niente ecc..

Le pagine successive, almeno 3, vanno riservate all'eziologia del vostro disturbo. Incominciate dalla familiarità, ci sono altre persone in famiglia che soffrono o hanno sofferto dello stesso disturbo? Quali pensate che siano, nel vostro caso, le cause all'origine dei vostri problemi psichici?

Quando avete finito di scrivere quello che vi viene in mente al momento, leggete con attenzione il capitolo sulla depressione e ricopiate tutte le cause lì indicate, che potrebbero riguardare voi. Ma

non limitatevi solo a questo, scrivete, ad esempio, che è iniziata perché eravate convinti di essere ammalati di un tumore o quando avete avuto paura di essere licenziato ecc.. È, infatti, molto importante esaminare con cura il periodo immediatamente alla comparsa dei primi sintomi, quasi sempre è in questa fase che vanno ricercati i motivi che potrebbero aver scatenato il disturbo.

Ogni volta che vi vengono in mente delle cose, andate a scriverle, perciò è importante lasciare molte pagine libere (o comprare il quaderno con gli anelli, in modo che potete aggiungere altre pagine bianche).

Le pagine successive vanno dedicate interamente alla terapia. Per prima, pensate ad eventuali farmaci che vi possono essere d'aiuto. Fateveli segnare da uno psichiatra e prendeteli regolarmente, ma non vi limitate a questo. Scrivete nel diario se sono stati efficaci, se hanno avuto effetti collaterali o se, al contrario, non vi sono stati di alcun aiuto. In quest'ultimo caso fateveli cambiare o cambiate psichiatra. È importante, infatti, riuscire a capire se ci si è affidati in mano esperte.

Poi passate alla psicoterapia. È qui che dovete mettere tutto il vostro impegno. Il nostro consiglio è quello di procedere per gradi. Voler fare troppe cose insieme, può portare più confusione che benefici. Leggetevi con attenzione tutte le terapie suggerite per il vostro disturbo e poi scegliete quella che fa maggiormente al vostro caso. Ad esempio, se soffrite di depressione leggete quando scrive Beck, cioè che il depresso è portato a sottovalutare o a ignorare i risultati positivi e a ingigantire quelli negativi.

Una volta compreso e assimilato il concetto, provate, poi, ad applicarlo alla vostra vita quotidiana. Per alcuni giorni, ogni qual volta vi va bene qualcosa, gioite, festeggiate, anche se si tratta cose di poco conto. Facciamo il caso che eravate molto preoccupato perché la vostra auto si era guastata e pensavate che ci volevano molti soldi per ripararla. Un meccanico vostro amico, invece, vi riesce a risolvere facilmente il problema?

È il caso di festeggiare. Andate al bar ed offritevi un bel caffè. Quando non vi vede nessuno, saltate in aria dalla gioia, come se la vostra squadra del cuore avesse segnato un bellissimo goal.

Una volta che avete assimilata l'abitudine di gioire per le cose che vi vanno bene, passate al punto successivo. Ad esempio, sul manuale c'è scritto che la depressione è frutto di schemi mentali che vi fanno vedere tutto in modo pessimistico?

Cercate di cambiare questo modo di pensare. Costringetevi a pensare che le cose in futuro si aggiusteranno, che la situazione economica cambierà, che troverete un lavoro migliore, che le vostre condizioni di salute miglioreranno ecc.. Non lasciate che i pensieri pessimisti vincono su quelli ottimistici. Dovete imparare a coltivare l'emozione più bella che possiamo provare come esseri umani: la speranza. Chi spera, non si sente mai perduto.

Per terzo, pensate che il vostro problema è anche quello di non avere interessi e passioni? Incominciate a pensare a qualcosa con cui tenere la mente impegnata o un hobby a cui appassionarvi. Perché non diventate tifosi della squadra di calcio locale?

Lo sappiamo, che non ne avete voglia, ma dovete sforzarvi. Se una volta eravate un appassionato tifoso, potete diventarlo di nuovo. Andate alla partita e fate amicizia con alcuni tifosi, cercando di farvi contagiare dal loro entusiasmo. E se la vostra squadra segna, saltate in aria. Avete vinto!

Insomma, il metodo è semplice: assimilate a poco alla volta le tecniche terapeutiche che ritenete più idonee al vostro caso (ovviamente quelle che riguardano il disturbo mentale di cui soffrite) e poi mettetele in pratica. Un passo alla volta, inizierete a migliorare.

Le pagine successive, tornando al nostro quadernone, vanno dedicate ad altri eventuali problemi mentali, nel caso siete affetto da più disturbi. Per ognuno di essi dovete ripetere lo schema descritto sopra. È importante, infatti, dedicare del tempo anche ai disturbi mentali secondari.

Dopo i disturbi, riservate le pagine successive a 3 argomenti importantissimi: il lavoro (e la situazione economica), l'amore e le amicizie. Scrivete se il lavoro vi soddisfa, se pensate di cambiare lavoro, se la vostra condizione economica è soddisfacente ecc.. Anche l'argomento amore e relazioni affettive è molto importante.

Innanzitutto cercate di capire se siete fatti per la famiglia, se volete dei figli o volete solo divertirvela e così via.

Un po' di riflessioni sull'argomento non guastano e vi aiuteranno a conoscere meglio voi stessi e ad avere le idee più chiare.

In ultimo, l'argomento amicizie, ricordatevi che le relazioni sociali sono importanti per una vita sana e felice, quindi bisogna saper mantenere e coltivare le amicizie. Perciò studiate il vostro caso: avete dei veri amici sui cui contare? La gente vi evita per il vostro carattere insopportabile? Cosa potete fare per migliorare questo lato del vostro carattere in modo da avere molti amici?

L'autoterapia, ovviamente, non dura solo pochi giorni, ma deve essere un lavoro lento e duraturo di mesi, a volte di anni. Ricordate che avrete gli insight giusti, che vi permetteranno di capire la vostra situazione, a poco alla volta. I risultati si conquistano gradualmente con il tempo, non in un giorno. Andare di fretta in questo campo non solo è sconsigliabile, ma è dannoso.

Inoltre, non basta leggere una sola volta ciò che è scritto su questo libro e su altri, dovete farlo più volte. Vi renderete conto che ogni volta che rileggete, capirete cose nuove.

Raccogliete anche gli articoli che trovate sulle riviste che riguardano il vostro caso. Rispetto ai libri, i giornali hanno il pregio di essere più concisi, più chiari e più aggiornati, anche se di solito sono più superficiali. Perciò comprate spesso riviste di psicologia o di salute e leggetevi sempre gli articoli che vi riguardano.

COME COMPRARE I LIBRI GIUSTI

Il primo passo che deve fare, come abbiamo già detto, chi vuol fare autoterapia è comprarsi dei libri che fanno al suo caso. Il nostro consiglio è non di fidarsi della pubblicità o delle recensioni, ma del buon senso. Il libro è l'unica merce che potete esaminare completamente prima di comprarla, perciò passate qualche ora in libreria e date un'occhiata ai volumi disponibili.

Guardate l'indice, leggetene alcune pagine, date un'occhiata ad ogni singolo capitolo. Insomma vagliate bene il libro da come è scritto, non dal fatto se l'autore famoso o se gli è stata fatta molta pubblicità.

A voi serve innanzitutto un libro di psicologia che vi dia un'infarinatura generale sui disturbi mentali, poi una volta che avete capito più o meno di quale disturbo soffrite, dovete comprarvi dei volumi specifici che parlano dell'argomento che interessa a voi.

L'AUTOSSERVAZIONE

Un buon metodo di valutazione clinica è l'autosservazione. Il che significa che dovete imparare ad autosservarvi come vi comportate in certe situazioni e annotarlo su un bloc-notes. Successivamente, durante le sedute, analizzate questi comportamenti e cercate di capirne il motivo.

È importante autosservarsi, perché spesso non ci rendiamo conto di come reagiamo in certe circostanze.

TERAPIE CHE HANNO LA PRECEDENZA

Ci sono alcune patologie che vanno curate per prima, in quanto propedeutiche all'approccio dei disturbi mentali veri e propri.

Vediamo quali sono:

PATOLOGIE DELL'ATTENZIONE. Nel caso avete grosse difficoltà di concentrazione, dovete prima cercare di portare, con opportuni esercizi, le vostre capacità attentive ad un livello accettabile. Se, infatti, siete incapaci di stare attenti, di leggere due pagine senza distrarvi, sarà difficile portare avanti delle sedute di autoterapia. Leggete con attenzione quanto è scritto nel capitolo X.

CONFUSIONE MENTALE. Se avete le idee confuse, una delle prime cose da fare è cercare di mettere un po' di ordine nella vostra testa. Anche questo è un lavoro che potete fare per iscritto. Comprate un quadernone e dividetelo in tanti capitoli. Uno dedicato al lavoro (in cui scriverete se il lavoro che fate vi piace o come intendete guadagnarvi da vivere), uno alle sue relazioni affettive (se volete farvi una famiglia, se con il partner con cui state vi trovate benissimo ecc.), uno alle relazioni familiari (qui descrivete i rapporti con la famiglia cercando capire se vanno migliorati, se invece è meglio rendersi indipendenti ecc.), uno alle amicizie, uno al tempo libero e così via.

Lo scopo è riflettere su questi aspetti della vostra vita e decidere che cosa va o non va, ciò che va migliorato e quali scopi vi prefiggete. Riorganizzate la vostra vita in modo più razionale e funzionale. Ricordatevi che il primo requisito per essere felici è avere le idee chiare su che cosa volete dalla vita.

FARSI UNA MENTALITÀ VINCENTE

Un aspetto della personalità, che i cognitivisti considerano importante, è "Il controllo personale", cioè la sensazione che siamo noi e non gli altri, a controllare gli eventi. Se ci si convince che il successo dipende in gran parte dalle nostre capacità o dal nostro modo di agire, si acquisirà una mentalità più attiva e meno rinunciataria. Secondo ricerche condotte nelle università, le persone che ritengono di avere scarso controllo sulla propria vita e che pensano che "ognuno nasce con un destino", sono più demotivate e notevolmente più stressate.

Quando, invece, hanno la sensazione o la possibilità di controllare gli eventi esterni, non solo migliora il loro morale, ma anche le loro condizioni di salute. Significativo è, a proposito, l'esempio degli studenti che vengono bocciati ad un esame. Se ritengono di non aver studiato abbastanza o di aver impostato male l'esame, di solito sono in grado di migliorarsi e di riprendersi. Se, invece, danno la colpa a fattori esterni, ad esempio al professore, alla sfortuna ecc., è facile che continuino ad ottenere risultati negativi.

Viene attribuita molta importanza, al punto di costituire uno dei principali oggetti dei loro studi, anche il modo come la gente si costruisce una rappresentazione interna degli eventi, delle situazioni e delle persone. G. Kelly (1955) è stato uno dei primi a studiare il modo con cui le persone danno

un significato alla realtà che le circonda, interpretandola alla luce delle loro esperienze. Ognuno di noi, sempre secondo tale studioso, agisce proprio come fanno gli scienziati nell'attività scientifica: percepisce attivamente, valuta e organizza la propria esperienza.

Non solo interpreta gli eventi, ma cerca anche di stabilire relazioni di causa-effetto tra di esse. Noi tutti, cioè, elaboriamo dei "costrutti personali", come li chiama Kelly, ovvero delle strutture cognitive che usiamo per interpretare, predire e, possibilmente, controllare il nostro ambiente.

Ebbene secondo questi teorici, se le persone si costruiscono degli schemi mentali sbagliati, ciò può portare a sviluppare un disturbo mentale. Per questo motivo i terapeuti cognitivi cercano di modificare i processi cognitivi dei loro pazienti nell'intento di modificarne le emozioni ed i comportamenti.

Noi abbiamo individuato (attingendo da questi teorici) una serie di modi di pensare che possono aiutarci a costruirci una mentalità vincente che ci preservi dai disordini mentali. Vediamo quali sono:

1) **Accettare l'idea dell'insuccesso**. Perdere un'occasione o essere bocciati ad un esame non è quell'evento catastrofico che si crede. Facciamo tutto il possibile perché ciò non accada, ma impariamo ad accettare l'idea di fallire. Calma la tensione e l'ansia e ci predispone ad affrontare i problemi più lucidamente.

Chi non vuole fallire a tutti i costi, spesso si blocca o non ha la lucidità necessaria per giocarsi le sue possibilità. Se un calciatore, che deve tirare un rigore in un'importantissima partita internazionale, comincia a condizionarsi con pensieri sul tipo: "Non posso sbagliare assolutamente", "Se sbaglio è la fine", "Se lo tiro fuori è la rovina per me e per la mia squadra" ecc. . Ci sono buone possibilità che sbagli. La troppa tensione è nociva per qualsiasi attività mentale.

2) **I sentimenti non devono mai prevalere sulla ragione**, però la ragione deve tenere sempre conto dei sentimenti. Non lasciamoci, cioè, trascinare dalle emozioni, ma nello stesso tempo teniamo presente che ciò che noi proviamo è importante. Ad esempio, non bisogna sposarsi solo perché si ama una persona, ma anche perché ci sono tutti i requisiti affinché il matrimonio riesca. Però, nello stesso tempo, se non si ama una persona, è inutile parlare di matrimonio. Impariamo, perciò, a coniugare le ragioni del cuore con quelle della ragione.

3) **Non dare eccessivamente importanza al consenso** o al parere degli altri. Se crediamo in quello che facciamo, non diventiamo schiavi del giudizio della gente. L'importante è stare in pace con noi stessi e non fare del male agli altri. Se vediamo che gli altri ci criticano, tutto quello che dobbiamo fare è un controllo, una riflessione sul nostro comportamento. Se la nostra intelligenza ci dice che siamo nel giusto, impariamo a fare a meno del parere della gente

4) **Nessuno è perfetto, né noi, né gli altri**. Dobbiamo imparare a non essere troppo esigenti né con noi, né con gli altri. Bisogna essere disponibili sia a dialogare, sia a perdonare, a meno che non si tratti di un grosso torto, fattoci con il preciso intento di nuocerci.

Anche con noi stessi dobbiamo essere tolleranti: imparare ad accettare le nostre piccole manie, il fatto che siamo soggetti a sbagliare spesso, capire che a tutti possono venire delle pulsioni oscene (soprattutto di tipo sessuale) e così via.

Se ce la prendiamo per tutte le piccole manchevolezze che gli altri ci fanno, dovremmo ritirarci a vivere su un'isola deserta. Perdoniamo agli altri ed essi perdoneranno a noi.

5) **Dobbiamo imparare a rialzarci se cadiamo**, a non lasciarci scoraggiare dalle sconfitte. Nella vita i rovesci sono inevitabili, ma solo chi si dà per vinto è perduto. Dobbiamo acquisire la capacità di reagire agli eventi contrari. Abbattersi non serve né a noi, né agli altri. Se ci succede una disgrazia, non darsi mai per vinti. Dobbiamo acquisire il concetto che la vita è fatta di alti e bassi, si sale e si scende. Chi vuol solo vincere, non accetta le sconfitte, si espone ad un senso di frustrazione che può essere deleterio per la sua personalità.

6) **Bisogna imparare ad amare se stessi**. Senza fiducia in se stessi, non andremo mai da nessuna parte. Senza un po' di autostima non si può nemmeno intraprendere una terapia in modo efficace. Quindi è necessario riconoscere i propri limiti, ma anche credere in sé stessi.

7) **Impariamo a non vedere in modo positivo** il fatto di essere troppo sensibili o di animo gentile. Essere troppo "delicati", è indice di una personalità debole e disturbata. Svenire per un po' di sangue, piangere per anni un familiare morto in modo inconsolabile, restare shockati per una piccola violenza subita o impressionati da certe scene di film, non è indice di animo nobile, ma di una certa personalità debole e immatura. Dobbiamo imparare ad essere più "duri" nella vita.

Noi tutti abbiamo bisogno di una certa "scorza" per assorbire le "batoste" della vita. Smettiamola di fare i bambini o le femminucce, la sofferenza e la morte fanno parte della vita, prima o poi toccherà anche a noi. Perciò un po' di insensibilità non guasta, se vogliamo addolorarci per qualsiasi cosa, dovremmo stare sempre a piangere perché il mondo è pieno di storture e di sofferenza. Essere molto sensibili e suggestionabili è un difetto, non un pregio.

Come pure prendersela per un nonnulla o per una frase che ci è stata detta, significa essere permalosi e pignoli. Impariamo a non curarci troppo delle parole degli altri, spesso dicono le cose senza pensarci.

Inoltre, non fatevi tormentare dai sensi di colpa. Se sbagliamo, promettiamoci di comportarci diversamente la prossima volta ma, poi, non ci pensiamo più. Auto torturarsi non serve né a noi, né alle persone che abbiamo offeso. Se è successo, chiediamo scusa e poi non ci pensate più.

8) Molte persone, soprattutto quelle timide, sono masochiste, nel senso che **danno sempre a se stesse la colpa quando le cose vanno male**. Sono pronte ad addossarsi tutte le colpe, non solo le proprie, ma anche quelle degli altri. Se un rapporto affettivo va male o qualcosa non gira nel verso giusto o succede un incidente, sono pronte a recitare il mea culpa.

Questo modo di fare, spesso determinato da un falso senso di generosità verso gli altri, ci può portare a diventare masochisti, nel senso che ci spinge ad auto tormentarci con i sensi di colpa. In casi estremi ci sono persone che arrivano a sentirsi responsabili di tutti i mali del mondo.

È una forma di vittimismo, un modo di ragionare errato. Magari riuscissimo ad influenzare tanto il corso della vita! Purtroppo, quello che ci succede è soltanto in parte il risultato del nostro modo di agire. Ci molto altri fattori che giocano un ruolo importante: le situazioni, la fortuna, la bravura degli altri ecc..

Ed anche nel caso che l'insuccesso è colpa nostra, è inutile torturarsi. Come esseri umani siamo soggetti facilmente a sbagliare. Quante persone si sono addossate la colpa della morte di un familiare che era in macchina con loro al momento dell'incidente?

Altre, addirittura, arrivano al punto di farsene una colpa di non avere fatto abbastanza per salvare una persona. Dobbiamo imparare ad accettare l'imperfezione della nostra natura e che tutti possono fare degli errori, anzi che l'errore fa parte della natura umana.

Al polo opposto, ci sono quelle persone che non attribuiscono mai a se stesse le colpe degli insuccessi o di quello che succede. Si giustificano sempre e sono pronte a dare la colpa agli altri o alla sfortuna. Se, ad esempio, una di queste persone non è eletta alle elezioni danno la colpa alla gente che non capisce niente, a questo o a quello che li ha traditi ecc.. Cioè sono incapaci di riconoscere i propri errori.

Ambedue i modi di vedere sono sbagliati. Dobbiamo imparare ad avere un visione più realistica degli eventi. Se le cose non vanno nel verso giusto, a volte la colpa è nostra, a volte degli altri o di fattori esterni, a volte della sfortuna. Nella maggioranza dei casi, il successo o l'insuccesso è il risultato dell'interazione di più fattori.

9) **Accettare l'idea che la società in cui viviamo non è perfetta**, che esistono tantissime ingiustizie e cose sbagliate. Nessuno Stato è organizzato politicamente in modo perfetto. Come pure nel mondo non vince sempre il bene, né i buoni sono sempre ricompensati. Viviamo in un mondo imperfetto e pieno di storture.

Se impareremo ad accettare il fatto che nel mondo ci sono state e sempre ci saranno le ingiustizie, i soprusi e le imparzialità (con ciò non si vuol dire che non bisogna rinunciare a cambiare le cose) cominceremo a vivere più serenamente e non come dei frustati o degli eterni scontenti.

10) Non dobbiamo **farci condizionare troppo dal nostro desiderio di autorealizzazione**. La motivazione al successo è una cosa positiva, ma attenzione a non farla diventare uno strumento di tortura. Voler raggiungere per forza il successo, quasi sempre significa complicarsi la vita. Conosciamo diversi scrittori che hanno speso gran parte della loro vita a cercare di emergere ed ora vivono la loro vita pervasi da sensi di frustrazione, desideri inconsci di rivincita, insoddisfazione perenne ecc..

Il successo, la fama, il denaro, gli status symbol non sono tutto nella vita. Il vero successo è riuscire a condurre una vita serena e soddisfacente. Non facciamoci avvelenare la vita dai sogni di gloria. Chi vive tutta la vita in funzione di diventare famoso, non fa altro che rovinare la sua esistenza (e spesso anche quella dei loro familiari), perdendo anche quelle occasioni di vera gioia che la vita gli può dare. Con questo non dico che non bisogna essere ambiziosi o non tentare, ma solo non lasciarsi coinvolgere troppo dai sogni di gloria e vivere in funzione di "un radioso domani".

11) **La nostra vita è diventata sempre più frenetica, più impegnata**, e, poiché il tempo di ognuno è limitato, andiamo sempre più di fretta. Il risultato è che le nostre giornate sono diventate una corsa, facciamo tutto di fretta e male, spesso siamo esauriti e stressati.

È nato un nuovo disturbo di cui tra alcuni anni si parlerà sui manuali di psicologia: la sindrome della fretta, ossia la mania di fare tutto di fretta, riducendo le proprie giornate ad una corsa. L'ansia, il desiderio di fare presto ci può avvelenare la vita.

Bisogna, invece, recuperare ritmi più umani. Capire quali sono le nostre reali possibilità e non prendere più impegni di quanto ne possiamo sopportare. Se rinunciamo a qualcosa, ne guadagneremo di salute e serenità. Nella vita non si può fare tutto, prima o poi ognuno di noi deve scegliere e prendere solo gli impegni che può mantenere.

12) **Impariamo a contare su noi stessi e non sugli altri.** Dobbiamo renderci conto che, specialmente in psicoterapia, nessuno ci può aiutare tranne che noi stessi. Non facciamo sempre affidamento sugli altri, ma contiamo unicamente sulle nostre forze. Se, poi, arriva anche l'aiuto degli altri, sia il benvenuto, ma ricordiamoci che come dice un grande poeta "ognuno di noi è solo sul cuore della terra".

13) **Impariamo a non avere una visione egocentrica della vita.** Smettiamo di guardare le cose solo dal nostro punto di vista e cerchiamo di capire anche le esigenze degli altri.

Quando abbiamo una discussione o una divergenza con altre persone, compreso familiari, cerchiamo di capire anche il loro modo di vedere. Tenere presente solo il proprio punto di vista è una posizione egoista ed infantile.

Se ci riflettete vi accorgete che anche il punto di vista degli altri non manca di logica. Ognuno la vede in modo diverso non perché è cattiva, ma perché quella è la sua visione della vita.

Inoltre, cerchiamo di capire che anche gli altri hanno diritto alle stesse cose a cui abbiamo diritto noi. Se impareremo ad avere una visione meno egoista della vita, vivremo più in sintonia con la gente e saremo sempre circondati da amici. Il che è molto importante per una vita serena.

14) **Anche i nostri genitori o le persone più meritevoli,** possono fare degli errori. Se nostro padre, ad esempio, ci ha causato un trauma, ciò è dovuto alla sua ignoranza e al fatto che egli stesso aveva ricevuto a sua volta un'educazione sbagliata.

Impariamo, perciò a non idealizzare nessuno. Tutti possono fare degli errori, quindi anche i nostri genitori. Impariamo a mettere in discussione i modi di fare delle persone che ci sono intorno e che sono degne di amore. Con ciò non si vuol dire che bisogna smetterli di amare, ma solo che è necessario rendersi conto che anch'essi possono fare degli errori. L'amore non ci deve rendere ciechi al punto di farci giustificare gli sbagli delle persone che amiamo.

15) **Imparare ad accettare come normali le pulsioni di aggressività** che abbiamo verso gli altri quando questi ci fanno un torto (o che noi riteniamo tale). Come pure è normale avere delle pulsioni sessuali verso persone di sesso opposto che giudichiamo piacevoli, persino se queste sono dei familiari (ad esempio una sorella).

Partiamo dal presupposto che i pensieri non sono né un reato, né peccato. È normale che la nostra mente, a volte, partorisce delle idee fortemente immorali. Succede a tutti. L'importante è che restino solo fantasie e niente più; perciò smettiamo di farci dei problemi se ci vengono "cattive" tentazioni. Il nostro inconscio è come un bruto, pensa solo a se stesso e al suo piacere.

16) **Impariamo a diventare ottimisti.** Ogni cosa ha i suoi lati positivi, impariamo a vederli. È un esercizio molto utile per superare momenti di scoramento e di depressione. Solo chi si dà per vinto è veramente perduto. Perciò coltiviamo la più dolce delle emozioni: la speranza.

Chi ha la certezza che l'indomani sorgerà di nuovo il sole e che le cose si aggiusteranno, nessuna cosa gli fa paura.

17) **Impariamo a sdrammatizzare.** L'umorismo è una grande arma che ci può far superare i momenti più difficili della vita, impariamo a vedere il lato comico delle cose. Ne abbiamo parlato a proposito delle terapie.

18) **Cambiare le espressioni del viso o le posture del corpo** ci aiuta a cambiare anche i sentimenti dentro di noi. Perciò niente facce depresse, visi afflitti, portamento apatico.

La mattina fatevi un bel sorriso nello specchio. Sforzate di trovarvi attraenti, simpatici, in fondo non siete così brutti. Fatevi delle boccacce nello specchio o assumete delle espressioni grottesche, vedrete che vi scioglierete anche dentro.

A questo scopo curate il vostro aspetto esteriore: niente barbe lunghe, vestiti trasandati, fatevi un taglio fresco dei capelli e profumatevi come dovrete andare ad un matrimonio. Tutto ciò vi farà sentire meglio.

Aiuta molto anche modificare l'ambiente esterno, comprate dei mobili nuovi e buttate quelli vecchi, ormai impresentabili.

Cambiate la disposizione della vostra stanza o della vostra casa; ogni tanto avete bisogno anche di un po' di novità. Se vi siete separato con vostra moglie che amavate molto, togliete di mezzo tutte le cose che possono farvela ricordare, compreso le foto.

Se vi è morta una persona cara, mettete via tutta la sua roba in soffitta o meglio regalatela ai poveri. Lasciare intatte le stanze dei familiari defunti, come fanno alcuni, significa non accettare la loro morte. È una ferita sempre aperta che sanguinerà in continuazione, meglio lasciare passare un po' di tempo e poi liberarsi di tutto.

19) **Una delle prime cose che bisogna imparare per fare autoterapia** è riconoscere i propri errori. Cioè sarà particolarmente difficile per pazienti narcisistici o pieni di sé, ma è strettamente necessario, perché senza questa capacità non è possibile nessun progresso.

Bisogna rendersi conto che noi tutti facciamo errori in continuazione e che solo imparando da essi potremo fare dei passi avanti.

Bisogna imparare anche ad evitare gli inevitabili sensi di colpa connessi agli errori fatti, dicendo: "ho sbagliato, la prossima volta farò diversamente".

LA PREVENZIONE

Oggi si parla tanto di prevenzione in tutti i settori, ma in psichiatria non esiste ancora niente del genere. Non si fa nulla o quasi, affinché le nuove generazioni siano meno a rischio per le patologie mentali. Cosa si può fare praticamente?

Vediamo alcune idee che, se messe in pratica, potrebbero aiutare la gente ad ammalarsi di meno.

La prima cosa da fare è allargare le conoscenze psicologiche a sempre maggiori strati sociali. "Sapere è potere", diceva un famoso filosofo greco, ed è vero. Se riuscissimo a dare nelle scuole

almeno un'infarinatura dei principali cognizioni di psicologia e dei disturbi mentali, si vedrebbero sicuramente meno nevrotici in giro, più matrimoni felici ed anche meno criminalità.

Forse possiamo fare a meno di sapere come funziona un motore a scoppio o come vola un aereo a reazione, ma non possiamo fare a meno di sapere come è fatta la nostra mente e quali sono le patologie mentali di cui possiamo ammalarci.

La seconda cosa che possiamo fare per prevenire le malattie mentali è evitare stress. Abbiamo visto che è uno dei fattori che apre la strada ai disturbi mentali, perciò evitare di stressarsi equivale a fare prevenzione.

Il campanello d'allarme dovrebbe essere il sonno notturno. Quando non si riesce più a dormire o lo si fa poco e male, significa che l'organismo non riesce più a recuperare le energie spese durante il giorno. È tempo che si intervenga per eliminare la causa, altrimenti il risultato non può essere che uno solo: esaurimento nervoso, che equivale ad una breccia aperta nelle nostre difese.

Occorre anche tenere sempre allenati i nostri mezzi di autodifesa, cioè la volontà, la nostra capacità di autocontrollo ecc.. Se impariamo a non farci dominare dagli impulsi, a non rincorrere sempre le cose facili e piacevoli, avremo fatto un training utile per la nostra mente.

Per quarto, evitare di trasformare i problemi in idee fisse. Se c'è qualcosa che vi assilla e vi tormenta, riflettete sul modo migliore per risolvere il problema e poi non ci pensate più. Fissarsi sulle difficoltà non serve a niente, solo ad ostacolarvi nella ricerca di una soluzione. Soprattutto quando arriva la sera staccate la spina e rimandate ogni riflessione al giorno dopo. Distraetevi, guardate un film alla televisione o uscite a trovare degli amici, ma interrompete il flusso dei pensieri.

Se continuate a farvi dominare dalle ansie e dalle preoccupazioni, vi esaurirete presto e non avrete nemmeno la lucidità per risolvere i vostri problemi nel modo giusto. Se siete stanchi, rimandate tutto all'indomani. La mattina a mente fresca tutte le cose appaiono più chiare, perciò chiedetevi che cosa potete fare e predisponete un piano. Poi non ci pensate più.

L'AUTOVERIFICA

Nel corso dell'autoterapia va fatta periodicamente una verifica sui risultati raggiunti, in modo da rendersi conto che cosa ha funzionato e che cosa no. Tutto ciò che non ha dato frutti positivi, infatti, va cambiato. Non bisogna mai procedere con i paraocchi e andare avanti senza curarsi dei risultati. Al contrario bisogna essere sempre pronti a riconoscere i propri errori e a introdurre dei correttivi, se è necessario.

In ultimo, vi invitiamo a non scoraggiarvi alla prime difficoltà. Fare autoterapia è un cammino lungo e faticoso, ma il premio alla fine è grande: liberarsi di piccoli e grandi disturbi che ci possono rendere difficile la vita. In gioco non è una piccola somma di denaro o l'esito di un affare, ma la nostra felicità.

Perciò rimboccatevi le maniche, in questo libro vi abbiamo dato tutti gli strumenti per aiutare voi stessi. E ritenetevi fortunati, noi per imparare le cose scritte in queste pagine ci abbiamo messo più di 40 anni. Voi potete farlo in poche ore. Non mancate di approfittarne.

Fine