

Salute mentale

Che cos'è?

- 01 **Burnout**
- 02 **Depressione**
- 03 **Sindromi ansiose**
- 04 **Sindrome da deficit di attenzione e iperattività**
- 05 **Maniacalità**
- 06 **Disturbo ossessivo compulsivo**
- 07 **Sindromi schizofreniche**
- 08 **Disturbi alimentari**
- 09 **Disturbi psicosomatici**
- 10 **Distimia**



Indice

Premessa.....	01
01 Burnout: Che cos'è?	02
02 Depressione: Che cos'è?	10
03 Sindromi ansiose: Cosa sono?	16
04 Sindrome da deficit di attenzione e iperattività: Che cos'è?	22
05 Maniacalità: Che cos'è?	28
06 Disturbo ossessivo compulsivo: Che cos'è?	36
07 Sindromi schizofreniche: Che cosa sono?	42
08 Disturbi alimentari: Che cosa sono?	50
09 Disturbi psicosomatici: Che cosa sono?	56
10 Distimia: Che cos'è?	62
11 A chi rivolgersi	68

Premessa



- I disturbi mentali sono tra le malattie più diffuse nella nostra società. Diversi studi dimostrano come, nel corso della propria vita, quasi un terzo delle persone dovrà fare i conti con un disturbo psichico. Un tema centrale della nostra politica sanitaria consiste pertanto nella promozione della salute mentale, che vede tra i fattori preminenti la sensibilizzazione, la spiegazione e l'informazione della popolazione, oltre che l'informazione esaustiva ed il supporto alle persone colpite ed ai loro familiari. Soprattutto è importante che tutti facciano proprio il concetto che le malattie mentali sono curabili e che tanto meglio lo sono, quanto prima sarà ricercato e accettato un aiuto.

Nel corso della campagna di informazione “Salute mentale – Che cos'è?” condotta nella Provincia di Bolzano dal 2001 al 2003, sono stati diffusi degli opuscoli informativi che hanno avuto molto successo.

Esce ora un aggiornamento della raccolta “Salute mentale”, che sono convinto possa rappresentare un contributo prezioso nell'informazione e sensibilizzazione del cittadino. Redatto in forma chiara è stato arricchito di un importante capitolo sulla diffusa sindrome del burnout. Inoltre la raccolta contiene indicazioni concrete sulle possibilità di cura, aiuto e sostegno ed informa sui principali punti di riferimento nella nostra Provincia.

L'Assessore alla famiglia, sanità e politiche sociali

Dott. Richard Theiner

01



BURNOUT: CHE COS'È?

→ COS'È IL BURNOUT?

Il termine inglese burnout (letteralmente „bruciarsi“) indica uno stato di logoramento emotivo, mentale e fisico che perdura per un periodo prolungato di tempo e si associa a un senso di vuoto e assenza di motivazione. I soggetti colpiti lamentano scarsa autostima e negatività nei confronti del lavoro, ma anche verso sé stessi e gli altri. Il burnout non è una malattia mentale, bensì un fattore di rischio per depressioni, sindromi ansiose, disturbi psicosomatici e dipendenze. Esso può dunque anticipare una malattia psichica o fisica o associarsi ad essa.

Il burnout viene chiamato anche „malattia del manager“, in quanto può essere innescato da un forte stress lavorativo.

Ne sono particolarmente colpiti coloro che svolgono attività professionali a carattere sociale e i soggetti sottoposti a pressioni multiple o in posizioni dirigenziali. Diversi studi indicano che il numero delle persone affette da burnout ha registrato una forte crescita negli ultimi anni.

→ COME SI MANIFESTA IL BURNOUT?

Il burnout si manifesta a tre livelli: emotivo, psichico e fisico. Lo stato di malessere viene a lungo rimosso e negato e in genere se ne acquista consapevolezza solo a seguito di un evento particolare che può essere una reazione di cortocircuito, un grave errore, una notizia terribile, un incidente, una malattia o un altro fatto imprevisto.

La reazione emotiva comprende l'abbattimento, il disinteresse, l'insoddisfazione, l'amarezza, la facilità al pianto, il senso di isolamento, il negativismo, la disperazione fino ai pensieri di suicidio.

Lo sfinitimento fisico si può invece manifestare tramite sintomi quali spossatezza, concomitanza di stanchezza e insonnia, tensioni muscolari, dolori di schiena, variazioni di peso, disturbi cardiocircolatori, problemi gastrointestinali, abuso di

caffè, tabacco, alcol e altre droghe o generi voluttuari.

L'esaurimento psichico può tradursi infine in una forte riduzione delle prestazioni e in difficoltà di concentrazione e di memoria.

Il burnout ha un'evoluzione latente che attraversa diverse fasi: generalmente si parte infatti da un forte impegno e idealismo nel proprio lavoro per arrivare a una situazione finale di grande delusione e disperazione. Nelle fasi intermedie si osserva un marcato calo motivazionale e prestazionale, con ritiro sociale, disinteresse e perdita di empatia verso sé stessi e verso gli altri, associati a senso di depressione, aggressività e cinismo. Possono manifestarsi in modo ricorrente o persistente anche sintomi fisici quali tensione addominale, disturbi gastrici, diarrea, stipsi, cefalea, dolori di schiena, disturbi del sonno, problemi cardiocircolatori, variazioni di peso, attacchi di debolezza, vertigini, senso di sordità e crampi muscolari.

I soggetti colpiti da burnout si sentono logorati, presentano un effettivo calo prestazionale e non sono più in grado di riconoscere i propri bisogni.

→ COME SI ARRIVA AL BURNOUT?

I soggetti predisposti presentano di norma una personalità piuttosto propensa al sacrificio e tendono a mettere i propri bisogni in secondo piano rispetto a quelli degli altri. Si tratta tipicamente di persone molto esigenti verso sé stesse e verso gli altri, particolarmente coscienti e con uno spiccato bisogno di riconoscimento. A questi tratti della personalità si associano spesso condizioni sfavorevoli sul posto di lavoro, quali la difficoltà nei rapporti con colleghi e superiori, una burocrazia onerosa e apparentemente inutile, l'assenza di regole chiare nell'azienda, l'impossibilità di influire sui percorsi decisionali, la negazione della motivazione e dell'iniziativa personale, ma anche la scarsa solidarietà fra colleghi e superiori o il mobbing (termine inglese che indica



l'attacco violento nei confronti di un individuo). Possono svolgere un ruolo significativo anche eventuali conflitti e problemi nell'ambiente domestico o determinati schemi comportamentali nella famiglia d'origine, così come motivazioni di carattere economico, culturale, spirituale e politico (forte competizione sociale).

→ IL BURNOUT NASCE DALLA NEGAZIONE DELLO STRESS

I soggetti affetti da burnout sviluppano nel tempo la necessità ossessiva di dimostrare le proprie capacità, pur essendo da tempo esauriti e logorati. Essi non riescono a dire di no e non sono più in grado di riconoscere il proprio bisogno di riposo e di recupero. I loro valori mutano e spesso essi finiscono per trascurare il proprio stesso organismo, tendono a evitare sempre più i conflitti, i problemi e i contatti sociali e si ottenebrano sovente con alcol o farmaci, oppure tentano di distrarsi concentrandosi ancor più sul lavoro, mangiando in modo incontrollato o praticando un sesso sfrenato, con una consapevolezza scarsa o nulla dell'autolesività dei comportamenti assunti.

→ A CHI CI SI PUÒ RIVOLGERE?

Uscire da questa situazione di sofferenza e individuarne le cause è più facile se ci si rivolge a un esperto. Medici e psicoterapeuti sono infatti in grado di offrire un aiuto mirato a chi soffre di burnout. In presenza di patologie associate quali depressione, sindromi ansiose o dipendenza è poi assolutamente necessario affidarsi a uno psicologo o psichiatra oppure agli specialisti del servizio per le dipendenze.

I disturbi fisici sono campanelli d'allarme che dovrebbero essere valutati e trattati dal medico di base o dall'internista affrontando apertamente nel colloquio anche il contesto in cui si sono manifestati. Quando i soggetti colpiti si rendono conto che non possono andare avanti così è bene parlare con loro della



possibilità concreta di modificare il proprio sistema di valori e il proprio stile di vita.

I diretti interessati possono infatti fare molto per migliorare la propria situazione.

Sul burnout è possibile intervenire con ottimi risultati, anche e soprattutto attraverso la presa di coscienza e il comportamento dei diretti interessati.

→ COSA SI PUÒ FARE?

Rendersi conto dello stress e ridurre il carico

Il primo passo per affrontare il burnout consiste sempre nel rendersi conto dello stress precedentemente negato o rimosso e nell'ammettere il proprio logoramento psichico e fisico, riducendo di conseguenza il carico lavorativo. Si possono ad esempio fare più pause durante il lavoro, si può parlare più frequentemente di argomenti che possano distrarre e rapportarsi più attivamente con i collaboratori, senza temere che la riduzione della prestazione lavorativa porti a una perdita di affetto o di stima da parte degli altri. Spesso, infatti, se si riduce la quantità migliora la qualità!

Volersi bene

Per uscire dalla situazione di burnout è necessario rivedere il proprio modo di lavorare e di rigenerarsi. Può essere utile anche riflettere su tutto ciò che si desidererebbe fare, le persone con cui si sta volentieri, i progetti e i sogni che si vorrebbero realizzare, in modo da distaccarsi dai precedenti schemi comportamentali e introdurre nuove prospettive nel proprio quotidiano.

Al tempo stesso occorre dedicare maggiore attenzione al proprio corpo e alle sue esigenze (igiene, riposo e movimento). In questo modo si recupereranno quasi automaticamente valori fino a quel momento trascurati.

Rilassarsi

Tutti possono trovare un proprio modo di rilassarsi, ma arrivarci non è sempre facile. Esistono forme di rilassamento attive e passive. C'è chi trae giovamento da attività sportive quali la bicicletta, il nuoto, la corsa o le lunghe passeggiate, chi invece preferisce dedicarsi all'arte e alla cultura e sceglie ad esempio la pittura, il ballo, il teatro, la musica. Altri metodi di rilassamento che consentono di rigenerarsi e “staccare la spina” sono il training autogeno, lo yoga, i viaggi con la fantasia e i massaggi. La maggior parte delle persone tende a combinare più modalità di rilassamento per ottenere una benefica alternanza fra lavoro, ricreazione e distrazione.

Il sostegno sociale

Il contatto umano e i rapporti con gli altri sono estremamente utili per il nostro benessere, sia nella sfera privata che in quella professionale. Riconoscimento e stima sono presupposti importanti per un corretto sviluppo della personalità. Che si tratti di sostegno morale o di un consiglio spassionato, i rapporti umani svolgono la funzione di una solida rete in grado di fornire stabilità alla persona. Naturalmente è lecito anche lamentarsi e arrabbiarsi, perché questo ci rende più consapevoli dello stress patito e riduce la tendenza a negarlo o rimuoverlo.

La visione dall'esterno (supervisione)

Un supervisore è un consulente esperto che con la sua competenza e con metodologie adeguate può aiutare a guardare con distacco una situazione professionale incancrenita: dall'introduzione di prospettive nuove possono così scaturire comportamenti diversi e soluzioni ai vari problemi. Nella supervisione rientrano l'autoriflessione, l'autorganizzazione (“come reagisco allo stress?”), il ragionamento sulla gestione delle situazioni difficili e la definizione di nuovi obiettivi professionali.

Essa può essere riferita a singoli individui, ma anche a team e gruppi di lavoro.

Una nuova valutazione dell'organizzazione e dei processi lavorativi

Lo sviluppo dell'organizzazione con l'aiuto di un esperto permette di individuare le regole e i valori esistenti in un'azienda, i vari ruoli e le mansioni, gli stili dirigenziali e le condizioni operative (tempi, spazi, team, rapporto numerico fra personale e assistiti), discutendo e definendo insieme a tutti i collaboratori lo status ottimale auspicato. Spesso è necessario in questa fase riformulare le condizioni e le regole generali dell'azienda, superando eventuali irrigidimenti e creando nuovi modelli comportamentali e di comunicazione. Per un periodo limitato queste situazioni di transizione possono sopportare anche un po' di caos e incertezza, poiché questi facilitano il cambiamento.

I gruppi di auto-mutuo-aiuto: non siamo soli con il problema

Nei gruppi di auto-mutuo-aiuto si incontrano persone con vissuti e difficoltà simili. Questi incontri permettono di uscire dall'isolamento, favoriscono lo scambio di informazioni utili sull'argomento e sulle esperienze maturate e offrono sostegno grazie alle varie competenze dei partecipanti. I gruppi di auto-mutuo-aiuto sono caratterizzati dalla volontà di gestire autonomamente la propria situazione e la ricerca delle soluzioni. Con il sostegno degli altri membri del gruppo è possibile formulare e perseguire attivamente nuovi obiettivi per il futuro.

Il confronto con la propria filosofia di vita

Chi riesce a comprendere e percepire il senso del proprio lavoro e il contesto in cui questo si esplica è meno esposto al rischio di burnout. Secondo Viktor Frankl, la ricerca e l'individuazione di un significato in ciò che facciamo ci permettono di realizzarci come persone. L'adozione di nuovi valori o anche la semplice ridefinizione delle priorità possono influire positivamente sulla qualità della vita. Può dunque rivelarsi utile di tanto in tanto passare in rassegna e rivedere la scala dei propri valori.



Il rispetto di sé

Non è facile imparare ad accettarsi, a relazionarsi con sé stessi, a riscoprire il proprio bisogno di contatto, affetto, sicurezza e stima. Il dialogo e il rispetto reciproco possono essere un valido aiuto, come lo sono anche l'umiltà e la pazienza. Per ritrovare il rispetto di sé ciascuno ha però bisogno, oltre che della vicinanza altrui, anche della libertà di svilupparsi in modo autonomo. Talora è bene rendersi conto che la strada della conoscenza di se stessi è la meta!

Il buonumore

L'allegria e il riso costituiscono la via maestra per evadere dalla prigione delle nostre pressioni e dei nostri timori. L'umorismo ci permette di osservare con sguardo distaccato il nostro quotidiano arrabattarci, scoprendo molti lati divertenti di noi stessi. E il bello è che il buonumore è contagioso!

Domande utili per chi soffre di burnout:

Chi mi può sostituire?

Chi mi può affiancare?

Quale gruppo condivide i miei interessi?

Come mi posso procurare una visione d'insieme?

Cosa succede se dico di no?

Posso controllare il mio impegno?

02



DEPRESSIONE: CHE COS'È?

→ LA DEPRESSIONE PUÒ COLPIRE CHIUNQUE ...

Tutti soffrono almeno una volta nella vita di uno stato depressivo e circa dal 15 al 20 percento delle persone sviluppa nel corso della propria esistenza una depressione tale da richiedere un intervento terapeutico. Nel corso di un anno si possono presentare disturbi nel 10 percento della popolazione. La depressione dopo la sindrome ansiosa costituisce dunque il secondo disturbo psichico più diffuso.

Secondo una stima dell'OMS (Organizzazione mondiale della Salute) nel 2030 la depressione sarà la malattia più importante ed incisiva a livello mondiale.

L'incidenza della depressione è doppia nelle donne rispetto agli uomini. Nei bambini sono stati descritti casi di depressione a partire dai 9 anni di età.

La depressione è spesso preceduta da una situazione di stress particolare, da una perdita o da un periodo di sovraccarico, ma può anche colpire improvvisamente e senza apparente motivo.

Sovente i depressi non vengono presi sul serio („devono reagire...“) e l'opinione pubblica è complessivamente poco informata sulla depressione.

Nelle persone depresse la mortalità per suicidio è 20 volte superiore a quella della media della popolazione.

La depressione non è la conseguenza di un fallimento personale, bensì una malattia come l'ipertensione o il diabete, e può colpire chiunque, indipendentemente dall'età, dalla professione e dalla condizione sociale.

La depressione non è un male immaginario; si tratta invece di una malattia reale e diffusa che può avere talora conseguenze fatali, ma che oggi può essere curata con successo.



→ I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE:

3 sintomi principali:

- senso di abbattimento, ansia, preoccupazione, disperazione;
- perdita dell'interesse e del piacere nello svolgere attività che in passato apparivano gradevoli (compresi gli hobby ed il sesso) e che ora risultano faticose e insopportabili;
- riduzione dell'energia, spesso più marcata la mattina con un miglioramento verso sera.

7 sintomi aggiuntivi:

- difficoltà di concentrazione;
- riduzione dell'autostima;
- idee di colpa e di inutilità;
- visione pessimistica del futuro;
- disturbi del sonno: difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto o risveglio precoce;
- perdita dell'appetito e calo del peso corporeo oppure (raramente) forte aumento dell'appetito ed incremento del peso;
- idee o atti di autoaggressività o di suicidio.

Si parla di depressione quando almeno due sintomi principali e due sintomi aggiuntivi perdurano simultaneamente per almeno 14 giorni.

→ POSSIBILI SINTOMI FISICI:

- Mal di testa, dolori alla schiena, formicolio, dolori o insensibilità in altre parti del corpo;
- visione doppia, vista annebbiata, perdita di capelli;
- senso di oppressione sul petto, respiro faticoso;
- secchezza delle fauci, sensazione di nodo alla gola, difficoltà della digestione, nausea.

La depressione è un disturbo della condizione emotiva e dell'energia interiore e può essere scambiata per uno stato di malessere fisico.

→ LA DEPRESSIONE HA MOLTI VOLTI

La depressione non si manifesta necessariamente solo attraverso la tristezza: in alcuni casi prevale la mancanza di energie, in altri un doloroso senso di inquietudine interiore.

Alcune persone tendono a sviluppare una condizione depressiva in autunno ed in primavera, altre invece durante l'inverno.

Si distinguono quattro tipologie di depressione, che richiedono terapie in parte differenziate:

1. l'episodio depressivo: insorge sovente a seguito di eventi minimi o addirittura in assenza di eventi scatenanti, talora da un giorno all'altro; se non trattato dura in genere per un periodo di 6 mesi, al quale segue una guarigione completa. In più della metà dei casi si verificano nuovi episodi depressivi in fasi successive della vita: Si parla allora di depressione ricorrente;
2. il disturbo affettivo bipolare: vedasi il capitolo "Maniacalità: Che cos'è?";
3. la distimia: vedasi il capitolo "Distimia: che cos'è?".

→ A CHI RIVOLGERSI?

Il medico di medicina generale va consultato non appena sorge il dubbio di soffrire di depressione; meglio rivolgersi al medico una volta di troppo che rischiare di trascurare la malattia.

Lo psichiatra interviene quando il medico di base non è in grado di risolvere il dubbio. In caso di depressione grave o rischio di suicidio è necessario rivolgersi direttamente ad uno psichiatra.



Lo psicoterapeuta (psicologo o psichiatra) è invece l'interlocutore più adatto in caso di depressioni di lieve o media entità correlate a problemi esistenziali. I gruppi di auto-aiuto offrono sostegno e condivisione della sofferenza, aiutando a sopportarla meglio.

Non bisogna vergognarsi di chiedere aiuto, ma il primo passo può richiedere un certo sforzo e molto coraggio: famigliari ed amici possono offrire un importante sostegno in questa fase.

→ COME SI CURA LA DEPRESSIONE?

La combinazione di psicoterapia e farmaci (antidepressivi) permette di curare efficacemente la depressione.

Purtroppo il ricorso a questi strumenti è relativamente scarso poiché spesso le depressioni non vengono riconosciute e curate.

La psicoterapia fornisce al soggetto depresso gli strumenti necessari per vedere in una prospettiva diversa i propri problemi ed affrontarli in modo nuovo, sperimentando esperienze positive anziché rimuginare sulle proprie preoccupazioni. La psicoterapia presenta diversi orientamenti: in alcuni casi punta sulla ricostruzione di fatti risalenti all'infanzia, in altri si concentra sul presente con training comportamentali e tecniche di rilassamento e di percezione corporea, in altri ancora richiede la partecipazione dei famigliari o si svolge in gruppi.

Oggi sappiamo comunque che nella psicoterapia, più che l'orientamento scelto, conta soprattutto il rapporto che si instaura fra il soggetto depresso ed il terapeuta, rapporto che deve essere caratterizzato da un clima di fiducia e di rispetto.

Per tutto quanto viene detto nelle sedute di psicoterapia, come in ogni altro rapporto professionale, vige il segreto professionale.

La psicoterapia è in grado di curare il 70% delle forme di depressione più lievi.

Nella psicoterapia il soggetto depresso impara a conoscersi e ad accettarsi; egli si rende conto che non può cambiare le persone che lo circondano, ma che può solo cambiare sé stesso e la propria situazione.

I farmaci antidepressivi devono essere assunti con regolarità. I primi benefici (ritorno delle energie e miglioramento dell'umore) si avvertono solo dopo due o tre settimane.

Ogni depressione modifica, indipendentemente dalle sue cause, il metabolismo del cervello. In certi centri cerebrali si sviluppa una carenza di neurotrasmettitori, e di conseguenza la trasmissione di segnali positivi ed attivanti si rende più difficile. Il farmaco antidepressivo compensa la carenza di neurotrasmettitori migliorando in tal modo la trasmissione alterata.

Per evitare ricadute la terapia farmacologica deve protrarsi per diversi mesi . Ad alcuni pazienti viene consigliato di continuare ad assumere anche per anni i farmaci da cui hanno tratto beneficio.

→ GLI ANTIDEPRESSIVI NON PRODUCONO DIPENDENZA E NON ALTERANO LA PERSONALITÀ

Il 70% delle depressioni gravi può essere trattato con successo con antidepressivi.

In alcuni casi anche la deprivazione del sonno, la terapia della luce e la terapia elettroconvulsivante, da sole o associate ad altri strumenti, possono aiutare a combattere la depressione.

La depressione non è un destino ineluttabile: oggi può essere solitamente curata con successo.

03



SINDROMI ANSIOSE: COSA SONO?

→ PROVARE ANSIA È NORMALE

L'ansia è un'emozione d'importanza vitale che proviamo quando ci sentiamo esposti ad un pericolo o ad una minaccia. Essa induce nel nostro organismo una situazione di particolare allerta, anticipa la percezione del pericolo ancor prima che questo sia chiaramente identificato, e ci stimola a fuggire o a combattere. Si tratta di una condizione di breve durata, necessaria per reagire in modo adeguato, ma che può anche diventare sproporzionata agli stimoli e peggiorare l'adattamento all'ambiente.

→ L'ANSIA SI MANIFESTA SEMPRE A TRE LIVELLI: CORPOREO, PSICHICO E DEL COMPORTAMENTO

Il corpo manifesta l'ansia con un aumento della tensione: il cuore batte più veloce, il respiro risulta accelerato, la pressione sanguigna sale, i muscoli si tendono ed iniziano a tremare, si suda freddo e la salivazione diminuisce. Altri possibili sintomi dello stato ansioso sono: il dolore toracico, il senso di oppressione o di vuoto nella testa, di vertigini, di difficoltà nella digestione e l'insensibilità degli arti.

A livello psichico si ha la sensazione di perdere il controllo, di avere un infarto, di essere sul punto di impazzire o di morire. Disperazione e pensieri come „sono disperato“, „devo andarmene da qui“ o „sta per succedere qualcosa di terribile“ sono caratteristici di un forte stato ansioso (catastrofismo).

Nel comportamento l'ansia si può manifestare attraverso una forte agitazione con tendenza a rifuggire o ad evitare le situazioni ansiogene.

E' importante che ciascuno conosca il proprio modo di reagire all'ansia. Solo così essa risulterà più comprensibile e dunque meno minacciosa, consentendo una reazione adeguata. L'ansia è un'emozione normale quando è proporzionata alle circostanze e quando produce una risposta utile.

Le sindromi ansiose dipendono sempre da una gestione errata di processi di per sé normali.

➔ L'ANSIA PUÒ INVECE ESSERE UN SINTOMO DI DISTURBO PSICHICO QUANDO ...

- si manifesta senza motivo apparente, ossia in situazioni assolutamente innocue,
- si presenta con eccessiva frequenza o intensità,
- dura troppo a lungo,
- porta alla perdita di controllo,
- è causa di forte disagio psicologico,
- porta ad evitare determinate situazioni della vita quotidiana.

Si calcola che il 10% circa della popolazione sia affetto da sindromi ansiose. Esse costituiscono dunque i disturbi psichici più diffusi al mondo e colpiscono più le donne che gli uomini.

Quando la sindrome ansiosa si protrae a lungo insorgono spesso sintomatologie depressive quali abbattimento, senso d'impotenza e spossatezza che inducono a ritirarsi sempre più dal proprio ambiente. Non di rado le persone tentano di combattere l'ansia facendo uso di alcol e tranquillanti. Depressione e dipendenza da alcol o tranquillanti sono dunque le patologie più frequentemente associate alla sindrome ansiosa.



Le sindromi ansiose producono stati di grande disagio psicologico. Quanto più precoce è il trattamento, tanto maggiore è la probabilità di prevenire eventuali patologie associate all'ansia.

→ I TRE VOLTI DELLA SINDROME ANSIOSA: PANICO, FOBIA E ANSIA GENERALIZZATA

Il disturbo da attacchi di panico è caratterizzato da episodi d'ansia ricorrenti ed improvvisi, apparentemente immotivati. I sintomi più appariscenti sono vistose reazioni organiche quali palpitazioni cardiache, dolore toracico, vertigini e senso di soffocamento, seguite dalla paura di perdere il controllo, d'impazzire o di morire. Benché gli attacchi di panico nei maggior casi non durino che pochi minuti, i soggetti colpiti ne escono fortemente provati. La paura di morire, in particolare, porta sovente al ricovero d'urgenza in ospedale, dove non vengono però accertati disturbi organici significativi.

Le persone che hanno già vissuto parecchi episodi di panico vivono inoltre spesso nella continua preoccupazione che questi si possano ripetere. È dunque l'ansia stessa a generare stati ansiosi. Questa ansia anticipatoria aumenta lo stato generale di tensione fisica e psichica, rendendo ancora più probabile la comparsa di ulteriori attacchi di panico.

Gli stati d'ansia riferiti esclusivamente a determinati oggetti o situazioni vengono definiti fobie. Si possono ad esempio sviluppare fobie nei confronti dei serpenti, del sangue o dei cani. Le fobie possono riguardare anche il rapporto con altre persone (fobie sociali) o i luoghi in cui non sembra possibile ottenere soccorso immediato (agorafobia), per esempio perché c'è molta folla o si è soli.

I fobici cercano di evitare sempre di più le situazioni, gli oggetti o gli esseri che potrebbero scatenare in loro uno stato d'ansia. Questo comportamento rinforza la paura e, specie se esteso a più situazioni, può compromettere gravemente l'autorealizzazione di questi soggetti nella società causandone persino l'isolamento.



Diversamente da quanto accade negli attacchi di panico e nelle fobie, l'ansia si può sviluppare anche in modo latente e progressivo, manifestandosi per mesi solo come stato di costante inquietudine, preoccupazione o tensione. Le persone colpite sviluppano una serie di timori immotivati per qualsiasi aspetto della loro esistenza. L'ansia non è dunque circoscritta a situazioni particolari, ma investe in modo continuo l'intera vita quotidiana. In questi casi si parla di sindrome ansiosa generalizzata.

A questa condizione si associano problemi di ordine fisico quali disturbi del sonno, vertigini, dolori allo stomaco e vampate di calore. I soggetti colpiti si sentono inoltre spesso incapaci di rilassarsi ed appaiono irritabili e irrequieti.

➔ LE SINDROMI ANSIOSE POSSONO DIPENDERE DA MOLTI FATTORI

Stress e preoccupazioni hanno effetti sia sul corpo sia sulla psiche e reciprocamente una patologia fisica è fonte di stress e preoccupazione, quindi spesso le cause si intrecciano e si aggravano.

In alcuni casi la sindrome ansiosa dipende da una patologia del corpo, per esempio l'ipertiroidismo. In altri casi la predisposizione alla reazione ansiosa è parzialmente ereditaria. Anche delle brutte esperienze infantili possono costituire terreno fertile per lo sviluppo di un comportamento ansioso. Le sindromi ansiose possono infine derivare dal mancato apprendimento di determinati comportamenti, quali la capacità di imporsi, di dire di no o di parlare di fronte ad altre persone. Nella maggior parte dei casi, però, la sindrome ansiosa viene scatenata da uno stress psichico improvviso o protratto nel tempo.

Si osserva comunque una frequente concomitanza di più di uno dei fattori descritti.

L'ansia può diventare una malattia quando non viene affrontata correttamente. Essa infatti costituisce un problema nel momento in cui si trasforma in un circolo vizioso di ansia anticipatoria, catastrofismo, angosce e sintomi organici.

➔ AFFRONTARE L'ANSIA È IL MODO MIGLIORE PER VINCERLA

Alcuni soggetti fobici riescono a superare da soli le proprie ansie, esponendosi intenzionalmente e ripetutamente alla situazione ansiogena, fino a quando non riescono a sopportarla.

Le sindromi ansiose possono essere curate efficacemente da parte degli operatori sanitari di base (medico ed infermiere) in grado di insegnare la pratica di tecniche di rilassamento, che sono il rimedio più efficace al semplice stress. Anche gli sport di resistenza e lo sforzo fisico possono essere utili.

I gruppi di auto-aiuto svolgono un'importante opera d'informazione ed aiutano a superare il senso d'isolamento.

Il medico di medicina generale valuta se sussistono cause organiche ed in caso di bisogno invia l'utente dallo psicoterapeuta o da medici specialisti.

Lo psicoterapeuta (psicologo o medico) è l'esperto in grado di diagnosticare e trattare nel modo più efficace le sindromi ansiose. Le psicoterapie forniscono al soggetto ansioso gli strumenti utili a vedere le proprie ansie in una prospettiva diversa e sono in grado di curare il 70% delle sindromi ansiose.

Lo psichiatra va consultato quando gli altri approcci terapeutici non hanno dato l'esito sperato o se insorgono patologie secondarie. Se gli attacchi di panico sono frequenti o se il soggetto è anche depresso può essere utile l'uso di farmaci antidepressivi.

In caso d'ansia marcata può essere utile l'uso a breve termine di farmaci ansiolitici. Questi farmaci vengono per lo più usati come intervento immediato in quanto attenuano l'ansia anticipatoria e rilassano. Essi però possono causare dipendenza (nel 5% dei casi trattati) o assuefazione. Dopo alcune settimane di trattamento la somministrazione di ansiolitici dovrebbe essere progressivamente ridotta.

Talvolta si ricorre alla combinazione di psicoterapia e farmaci per consentire sia un intervento immediato sia un cambiamento duraturo.

Le sindromi ansiose possono essere curate in modo mirato ed efficace.

04



SINDROME DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (ADHD): CHE COS'È?

→ SALTAMARTINI O TRASOGNATI?

La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder) non è una moda legata alla nostra società così inquieta e forse persino ostile ai bambini. L'ADHD era già stata descritta scientificamente in numerose opere del XIX secolo. Una rappresentazione estremamente riuscita di un bambino iperattivo fu fornita ad esempio nel 1844 dal neurologo tedesco Heinrich Hoffmann nel noto libro per l'infanzia intitolato "Pierino Porcospino". Ancora oggi i bambini affetti da ADHD vengono sovente etichettati come irrequieti, disturbatori, cattivi scolari, emarginati, scansafatiche o disubbidienti, mentre hanno davvero bisogno di un valido aiuto, anziché di punizioni.

→ I BAMBINI CON ADHD HANNO DIFFICOLTÀ IN TUTTI GLI AMBIENTI DELLA VITA

Disturbo da deficit di attenzione, iperattività e sindrome ipercinetica sono tutti sinonimi che indicano lo stesso disturbo. I bambini che soffrono di questo disturbo presentano gravi disagi dovuti alla scarsa capacità di partecipare alla vita familiare e scolastica o ad altre forme di relazione sociale.

I bambini affetti da ADHD hanno difficoltà di concentrazione, disturbano spesso le lezioni e tendono a perdere il controllo dei propri impulsi. La loro costante iperattività, irrequietezza, distraibilità e talora anche aggressività li rendono spesso insopportabili per l'ambiente che li circonda.

Solo recentemente ci si è resi conto che vi sono anche bambini in cui i problemi di attenzione si traducono in un atteggiamento di ipoattività, eccessiva tranquillità e trasognatezza.

I bambini con ADHD generano confusione ovunque si trovino.

Genitori, insegnanti ed educatori riescono a malapena a sopportare l'irrequietezza e l'iperattività di questi bambini, ma anche il loro comportamento



aggressivo, impertinente e ribelle, con frequenti eccessi d'ira. I bambini con ADHD sono in genere molto disordinati, non danno retta a nessuno e non accettano critiche. La loro calligrafia è disastrosa, interrompono costantemente chi parla e reagiscono a qualsiasi stimolo sembri loro interessante. Appaiono sbadati, distratti e impulsivi e hanno difficoltà a costruire e mantenere rapporti di amicizia. Il loro modo di interagire con il resto del mondo è superficiale, incostante e caratterizzato da un elevato tasso di errori, specie nelle attività che richiedono concentrazione. Altri bambini si distinguono invece per la loro eccessiva tranquillità e trasognatezza, sono paurosi, piagnucolosi o presentano una tendenza quasi provocatoria a trastullarsi continuamente. Se a questi atteggiamenti si aggiungono difficoltà nell'apprendimento scolastico, potrebbe trattarsi anche in questo caso di una sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

→ L'ADHD È UN DISTURBO PSICHIATRICO FREQUENTE IN ETÀ PEDIATRICA

L'ADHD colpisce almeno il 4% dell'intera popolazione infantile, con una netta prevalenza dei maschi rispetto alle femmine. I primi sospetti sorgono spesso già alla scuola materna, ma in genere il problema si manifesta appieno in coincidenza con l'ingresso nella scuola. L'ADHD può presentarsi con livelli di gravità anche molto diversi e le sue conseguenze possono persistere fino all'età adolescenziale o adulta, con difficoltà dello sviluppo in età scolastica e della personalità adulta.

Una volta cresciuti, i bambini affetti da ADHD possono costituire un elemento fortemente dirompente in grado di scuotere e sconvolgere la società in cui vivono, innescandovi profondi cambiamenti.

→ QUALI SONO LE CAUSE E LE CONSEGUENZE?

Non è stato sinora possibile individuare una causa precisa cui attribuire in modo univoco l'ADHD. Si ritiene che esista una predisposizione ereditaria, giacché

nelle storie familiari dei bambini con ADHD si ritrovano spesso fratelli, genitori o altri familiari con lo stesso problema. L'ADHD colpisce inoltre i maschi con una frequenza nove volte superiore rispetto alle femmine.

La predisposizione all'irrequietezza, all'incapacità di concentrarsi, all'impulsività, alla distraibilità o a stati di leggera agitazione è evidentemente correlata ad un problema nella maturazione delle funzioni cerebrali che presiedono all'attenzione ed al movimento, e più precisamente ad un'insufficiente capacità di "filtraggio" del cervello. **I bambini affetti da ADHD non riescono infatti a capire esattamente quali percezioni sono importanti in un determinato momento e quali non lo sono.**

Anche i danni arrecati dall'assunzione di nicotina ed alcol da parte della madre durante la gravidanza sembrano avere qualche responsabilità in alcuni casi, così come l'esposizione a determinati metalli pesanti o farmaci, la presenza di patologie della tiroide o di lesioni cerebrali e l'effetto di meccanismi psichici possono produrre stati simili all'ADHD. Sempre più spesso, infine, le possibili cause vengono ricercate anche nelle allergie alimentari.

I bambini con ADHD hanno bisogno di aiuto e comprensione.

Un'ADHD non trattata può arrecare gravi sofferenze all'intera famiglia ed i bambini che ne sono affetti sono costretti a subire un costante susseguirsi di critiche, richiami e sgridate.

Implorare, minacciare e punire non servono a migliorare le vistosità comportamentali dei bambini affetti da ADHD e li convincono anzi di non poter modificare la propria situazione neanche con l'impegno. Ne consegue un comportamento sempre più ostinato, aggressivo o addirittura depressivo, fino al totale rifiuto di qualsiasi tipo di prestazione.

➔ I BAMBINI CON ADHD HANNO IL DIRITTO DI RICEVERE UN TRATTAMENTO ADEGUATO

I genitori di bambini con ADHD vengono costantemente accusati di non aver saputo educare i propri figli. Un figlio affetto da ADHD costituisce un enorme



fattore di stress psichico soprattutto per le madri, che sovente finiscono persino per dubitare delle proprie capacità come educatrici. Molte di loro sviluppano profondi sensi di colpa o rifuggono l'ambiente circostante per timore delle brutte figure dei figli o per non dover ascoltare per l'ennesima volta i tanti suggerimenti educativi che tutti si sentono in dovere di dare. Se non vengono trattate per tempo, le forme più gravi di ADHD possono letteralmente distruggere la vita sociale e scolastica di genitori e figli.

→ COME SI CURA L'ADHD?

Quando sorge il sospetto che un bambino sia affetto da sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), i genitori lo dovrebbero accompagnare da uno specialista esperto di questa malattia. È importante che venga effettuata un'accurata valutazione medica, neuropsichiatrica e psicologica perché vi sono altre patologie psichiche o fisiche che possono causare manifestazioni simili all'ADHD e perché la stessa ADHD può presentarsi in associazione con altri disturbi.

Il trattamento consiste in genere nella combinazione di vari livelli di intervento:

- consulenza ed informazione dei genitori e del bambino e della scuola per l'infanzia;
- psicoterapia individuale e/o terapia familiare;
- farmaci;
- terapie funzionali ed interventi di carattere pedagogico;
- ulteriori misure quali diete particolari.

La prima fase del trattamento consiste nell'informazione dei genitori, del bambino, dei fratelli e delle altre persone di riferimento (asilo, scuola, istituto) in merito alla sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

La terapia familiare punta sull'integrazione del bambino in un contesto sociale caratterizzato dall'attenzione reciproca e da una cultura relazionale all'interno della quale tutti si possano sentire protetti e sicuri. La struttura

fondamentalmente depressiva che spesso caratterizza i bambini affetti da ADHD e le modalità relazionali che ne derivano possono così essere modificate favorendo la crescita della persona.

Mediante esercizi comportamentali individuali o di gruppo il bambino impara a migliorare la propria concentrazione ed a controllare maggiormente i propri impulsi. Anche l'ergoterapia, la terapia psicomotoria, la musicoterapia, l'ippoterapia e particolari esercizi di apprendimento possono costituire un utile supporto (terapie funzionali).

I genitori e la scuola devono essere coinvolti nel trattamento.

Per il successo della terapia è essenziale che le persone di riferimento a scuola ed in casa concordino e perseguano gli stessi obiettivi, anche per agevolare il bambino nello svolgimento dei compiti richiesti e per ridurre le aspettative nei suoi confronti.

La terapia farmacologica consiste nella somministrazione di sostanze in grado di migliorare la concentrazione e l'autocontrollo dei bambini affetti da ADHD. Molti genitori e persone di riferimento sono restii alla somministrazione di farmaci ai bambini ed è bene che queste perplessità vengano affrontate e chiarite in modo aperto e completo.

Il farmaco più utilizzato (metilfenidato = Ritalin®) è una sostanza stimolante che migliora l'attenzione senza provocare alcun tipo di dipendenza nel bambino. La terapia farmacologica deve essere affidata ad un medico esperto nella cura di bambini con ADHD.

Sarà lui a fornire ai genitori ed ai bambini un'informazione ed una consulenza completa sull'azione del farmaco, sul suo dosaggio e sugli effetti collaterali. La collaborazione dei genitori è indispensabile anche per la somministrazione. La terapia farmacologica non deve comunque essere mai effettuata da sola, ma deve essere sempre accompagnata da un intervento psicoterapeutico e da un adeguato supporto pedagogico.

La combinazione di più approcci terapeutici assicura in genere buoni risultati nel trattamento dei bambini affetti da ADHD.

05



MANIACALITÀ: CHE COS'È?

→ LA MANIACALITÀ: CHE COS'È?

Il tono dell'umore varia nel tempo: ogni persona può attraversare periodi in cui ha l'umore equilibrato, altri periodi in cui si sente triste o depressa ed altri ancora in cui si sente allegra o euforica. Gli psichiatri indicano i periodi di eccessiva e immotivata allegria con i termini "mania" o "maniacalità". Gli interessati non riescono più a modulare le loro emozioni e non le adattano alle situazioni, sembrano letteralmente "irrigiditi" in euforia o disforia. Il loro comportamento iperattivo e caotico corrisponde al tono dell'umore. Gli ammalati non sono consci dei loro sentimenti anomali, di solito si sentono molto realizzati o superiori agli altri.

La mania è l'unico disturbo psichico che molte persone vivono positivamente: percepiscono un aumento della vitalità, una uscita dalle abituali ristrettezze e riferiscono di "non essersi mai sentiti meglio".

Altri invece la percepiscono come una fase inautentica, estranea alla loro personalità.

→ I SINTOMI DELLA MANIA SONO I SEGUENTI:

- umore elevato, e nei casi più gravi molto variabile;
- aumento dell'energia, dei progetti e delle attività, fino ad un insieme di iniziative caotiche e disorganizzate;
- elevato senso di sé, che può sfociare in deliri di grandezza (la persona si convince di essere importante e può identificarsi in un milionario, profeta, politico famoso);
- tendenza a parlare molto più del solito, pensiero più veloce, turbe della concentrazione;
- diminuzione del sonno senza stanchezza di giorno;
- comportamenti insoliti con disinibizione sociale: comportamento espansivo e chiassoso, eccessi di alcol e droghe, spreco di denaro, acquisto di oggetti inutili, guida rischiosa, avvicinamenti provocatori all'altro sesso, molestie sessuali ed ipersessualità;
- eventualmente anche allucinazioni uditive positive (interpretate spesso come la "voce di Dio") che danno delle indicazioni importanti da seguire;

La mania quindi è in un certo senso la faccia opposta, l'altro "polo", della depressione ed assieme alla depressione fa parte di un disturbo che viene chiamato "disturbo bipolare". Gli interessati guariscono di regola dalla mania, e si riammalano dopo periodi variabili o di mania o di depressione. Per indicare la temporaneità dei disturbi si usano i termini "episodio maniacale" ed "episodio depressivo".



→ IL DISTURBO BIPOLARE

Il vecchio nome del disturbo bipolare era malattia maniaco-depressiva.

Entrambi i termini si riferiscono alle oscillazioni di mania e di depressione che caratterizzano la malattia; i due “poli” del disturbo. Il disturbo è episodico, nel senso che il singolo periodo maniacale e depressivo si estingue. La diagnosi di disturbo bipolare può essere posta non appena il soggetto ha avuto un episodio maniacale o ipomaniacale, anche se esso è breve.

È probabile che nuovi episodi maniacali e depressivi si presentino nel corso della vita e tale probabilità cresce con il numero degli episodi.

Gli episodi di mania si alternano a episodi di depressione o sono staccati da loro, nei tempi intermedi la persona è completamente sana. C'è chi soffre solo una volta in vita sua di un episodio maniacale e di un episodio depressivo.

Spesso però la frequenza degli episodi è maggiore, con aumentata probabilità di episodi depressivi in primavera ed in autunno, e di episodi maniacali in estate. Le interruzioni della vita normale possono averarsi anche più volte all'anno e costituiscono un grande peso per gli ammalati e le loro famiglie.

Il disturbo bipolare interessa approssimativamente l'1% della popolazione generale, con la stessa frequenza fra uomini e donne. Tipicamente il disturbo bipolare si presenta per la prima volta verso i 20 anni di età.

Una particolare attenzione va posta per riconoscere la maniacalità degli adolescenti, nei quali può esprimersi con abuso di alcool o droghe, irritabilità, problemi scolastici, deliri (idee o convinzioni che non rispondono alla realtà). Persone affette solo da mania molto lieve (episodi ipomaniacali) possono avere anche un particolare successo professionale o privato utilizzando i periodi di marcata creatività ed instancabilità. Questi decorsi non richiedono trattamenti, sono però molto rari.



→ LA MANIACALITÀ PUÒ DIPENDERE DA MOLTI FATTORI

Tra le cause del disturbo vi è sicuramente la predisposizione genetica, che comporta una maggiore probabilità ad ammalarsi di questo disturbo nelle famiglie in cui vi è già qualche parente affetto. Episodi maniacali e depressivi possono insorgere di colpo.

I fattori psicosociali (stress intensi, lutti) o condizioni ormonali (gravidanza) hanno un ruolo determinante nello scatenare gli episodi.

Le neuroscienze indicano un metabolismo cerebrale alterato negli affetti da disturbo bipolare: durante le fasi maniacali troppi neurotrasmettitori attivanti sono a disposizione di determinati centri del cervello, mentre nelle depressioni si avvera una loro carenza. Di conseguenza i segnali positivi vengono smisuratamente rafforzati nella mania ed attenuati nella depressione.

Sintomi maniacali si possono avere anche in altri disturbi psichici (schizofrenia, uso di alcol e droghe), organici (tumori cerebrali, ictus), ormonali o in intossicazioni da farmaci che vanno diagnosticati e curati in quanto tali.

→ CHI PUÒ ESSERE D'AIUTO?

Gran parte delle persone con disturbo maniaco sono sposate, hanno figli e svolgono un'attività lavorativa. Abbiamo visto che il disturbo può variare considerevolmente nella sua gravità. All'estremo leggero dello spettro è necessario il trattamento solo durante le fasi acute. Purtroppo però la mania, se non trattata, mette a repentaglio i rapporti familiari (alto numero di separazioni), il lavoro (spesso i pazienti vengono licenziati), le relazioni con gli altri. Soprattutto può ripetersi nel tempo e dopo ogni crisi la persona deve faticosamente ricucire quello che la mania ha strappato o distrutto.

La persona che attraversa una fase maniaco di regola non ha coscienza di malattia, respinge spesso le cure psichiatriche e vive le proposte terapeutiche come delle provocazioni; è inoltre imprevedibile nel suo comportamento ed eventualmente anche incapace di intendere e volere. Il fatto che la mania spesso provochi negli altri un senso di fastidio o di rabbia comporta che in genere i familiari sono i primi ad accorgersene.

Nei casi di grave mania è quasi sempre necessario un ricovero, perché i comportamenti sono talmente disturbanti che non è possibile una convivenza con i familiari. Nei casi estremi può essere necessario obbligare la persona a ricoverarsi, perché non ha coscienza di stare male. Il ricovero coatto (trattamento sanitario obbligatorio) viene proposto da due medici, deliberato dal sindaco e di regola attuato con l'aiuto delle forze dell'ordine.

Se vi accorgete che un vostro familiare incomincia ad accusare alcuni dei disturbi descritti, la prima cosa da fare è contattare il medico di famiglia, che valuta se è necessario intervenire, e in questo caso va consultato anche lo psichiatra.

→ LA CURA DELLA MANIACALITÀ

Sono disponibili trattamenti efficaci dell'episodio acuto, ed il trattamento a lungo termine può prevenire episodi futuri se l'interessato comprende l'importanza del trattamento preventivo da effettuare anche in fase di pieno benessere con controlli clinici. Inoltre l'identificazione precoce della sintomatologia risulta decisiva per la terapia.

Perciò la rete di supporto deve estendere nel tempo l'osservazione del decorso del disturbo ed è importante chiedere scelte precise e tempestive all'equipe terapeutica: i terapeuti devono adattare di volta in volta, in relazione alle necessità, il programma terapeutico e preventivo.

La terapia farmacologica, la psicoterapia, il supporto alla famiglia sono importanti perché permettono di evitare o contenere le ricadute.

La psicoterapia individuale permette al paziente di aver una maggiore consapevolezza rispetto alla malattia, ed anche di seguire con costanza le terapie farmacologiche. È importante inoltre per consentire al paziente di adottare stili di vita meno stressanti.

I colloqui assieme ai famigliari hanno l'importante compito di sostenerli nei momenti di crisi ed aiutarli ad "adattarsi" alle fasi dell'umore del paziente.

La terapia farmacologica è costituita dagli stabilizzatori dell'umore, farmaci che riescono a temperare ed a volte eliminare completamente le crisi di mania. Questi farmaci (litio, valproato, carbamazepina) richiedono dei controlli del sangue per valutare il loro dosaggio, agiscono spesso dopo mesi e devono essere assunti per degli anni o decenni.

I farmaci antidepressivi vanno usati durante le eventuali crisi depressive, ma con la cautela di sospenderli immediatamente se fanno virare l'umore verso la mania. Durante la crisi maniacale si possono usare inoltre i farmaci sedativi ed antipsicotici, per contenere i sintomi e ridurre l'intensità della crisi.



É importante costruire una rete terapeutica, che coinvolga i famigliari, il medico di famiglia e l'equipe psichiatrica.

Mania e disturbo bipolare non sono un destino ineluttabile. Oggi possono essere curati con successo. Il trattamento a lungo termine può prevenire episodi futuri.

06



DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO: CHE COS'È?

→ LE ABITUDINI POSSONO ESSERE UN AIUTO, LE OSSESSIONI UN LIMITE

Quasi tutti abbiamo qualche piccola ma innocua ossessione nella vita di ogni giorno. Per esempio, tendiamo a fare determinate cose seguendo sempre lo stesso schema. Questo ci consente di risparmiare tempo ed energie, facilitandoci in molte attività quotidiane.

A volte, però, le abitudini possono diventare così forti da non poter più essere interrotte o controllate con la semplice volontà, fino a riproporsi con un'insistenza tale da rendere la vita stessa un inferno. È il caso di quelle persone che sentono di dover ripetere costantemente determinate azioni anche contro il proprio volere, per esempio controllando un'infinità di volte se hanno chiuso bene la porta di casa, oppure lavandosi continuamente le mani per proteggersi dallo sporco o dai germi. Altre sono invece attanagliate da pensieri che, pur provandoci strenuamente, non riescono ad allontanare: vi sono ad esempio giovani madri che alla sola vista di un coltello non riescono a pensare ad altro che al rischio di ferire il loro bambino o se stesse.

Per “ossessioni” si intendono pensieri o azioni che si impongono costantemente alla persona.

Benché gli stessi interessati si rendano perfettamente conto che si tratta di pensieri ed azioni irragionevoli, essi non riescono in alcun modo ad evitarli e, se tentano di resistere, si trovano a vivere in una condizione di crescente tensione, ansia o disgusto. Il senso di oppressione si attenua solo nel momento in cui cedono all'impulso alimentato dall'ossessione.

Questo circolo vizioso causa estremo disagio alle persone colpite che se ne vergognano, nascondendo le proprie ossessioni il più a lungo possibile anche a costo di restare isolate o di subirne conseguenze negative sul posto di lavoro. Per dirla con le loro stesse parole, si sentono dei “pazzi dalla mente lucida”.

Le ossessioni sono più forti della volontà e non si lasciano reprimere.

→ IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO È MOLTO DIFFUSO E SI ASSOCIA SPESSO AD ALTRI DISTURBI PSICHICI

Il disturbo ossessivo-compulsivo colpisce l'1-2% delle persone. Dopo l'ansia, la depressione, i disturbi psicosomatici e l'alcolismo esso rappresenta dunque il quinto disturbo psichico più diffuso al mondo e colpisce gli uomini in percentuale leggermente superiore alle donne. In metà dei casi i primi sintomi del disturbo si osservano già in età infantile, anche se nel bambino taluni fenomeni ossessivi possono essere legati alla fase evolutiva e tendono a scomparire spontaneamente. Se i sintomi persistono oltre la pubertà, invece, è raro che la guarigione sia spontanea. In genere il disturbo ossessivo-compulsivo si manifesta appieno nella prima età adulta. Può accadere che le persone che ne sono affette considerino per molto tempo assolutamente normali i propri comportamenti e le proprie ansie, specie quando le loro ossessioni sono accettate dalla società (p. es. controllare, riordinare od organizzare meticolosamente il proprio posto di lavoro).

Spesso si deve arrivare alla perdita del posto di lavoro o alla fine di un rapporto di coppia per rendersi conto che bisogna intervenire con urgenza e che all'ossessione si è ormai sacrificata una parte importante della propria vita.

In altri casi, invece, le ossessioni compaiono improvvisamente a seguito di un evento sconvolgente o doloroso.

Due terzi delle persone affette da disturbo ossessivo-compulsivo sviluppano anche una depressione. Al secondo posto in ordine di frequenza fra i disturbi associati all'ossessione figurano le sindromi ansiose, seguite da altre patologie quali la dipendenza da alcol o farmaci ed i disturbi psicosomatici.

In assenza di un trattamento adeguato il disturbo ossessivo-compulsivo non scompare spontaneamente: in molti casi, anzi, esso si estende progressivamente ad altri ambiti dell'esistenza.

→ OSSESSIONE E COMPULSIONE: DUE VOLTI DELLO STESSO PROBLEMA

Per ossessioni si intendono pensieri persistenti che si presentano al soggetto contro la sua volontà. Esse possono avere per oggetto un potenziale pericolo (p. es. non aver spento il fornello a gas) ed assumono proporzioni esagerate, tanto da interferire



sempre più con la normale conduzione della vita (ci si pensa talmente spesso da non potersi più concentrare sul lavoro). Le ossessioni possono però essere anche di tipo aggressivo (insultare un superiore), religioso (bestemmiare ad alta voce in chiesa) o sessuale (masturbarsi in pubblico). Il soggetto le percepisce come spiacevoli e vive nel costante timore che si possano realizzare. Questo in realtà non accade praticamente mai, né per quanto riguarda gli insulti, né tanto meno nel caso degli atti aggressivi od osceni.

Le persone affette da ossessioni si sentono in colpa per azioni che non hanno commesso.

Le compulsioni sono spesso una conseguenza delle ossessioni (p. es. il ripetuto controllo dell'interruttore della luce per paura che un cortocircuito possa innescare un incendio), ma possono essere anche indipendenti da queste.

Le compulsioni sono rituali che il soggetto, a dispetto delle proprie resistenze interiori, si vede costretto a ripetere con una frequenza esagerata per attenuare le proprie ansie, prevenire un presunto danno o rispettare determinate regole che egli stesso si è imposto. Gli atti compulsivi più diffusi consistono in un eccesso di controllo, lavaggio, conteggio, riordino, ripetizione o collezione. I rituali ossessivi richiedono moltissimo tempo e la sensazione di aver fatto abbastanza matura con estrema lentezza. Inoltre, ad ogni interruzione si ricomincia da capo.

Molte ossessioni si manifestano solo fra le mura domestiche.

Non di rado anche i famigliari vengono coinvolti nei rituali ossessivi: in alcuni casi, ad esempio, basta la loro assicurazione che la porta di casa sia stata ben chiusa o la stanza pulita a dovere per porre termine allo stato di ansia. Ma quello che a prima vista potrebbe sembrare un modo per ridurre la sofferenza in realtà non è altro che un'ulteriore estensione dell'ossessione.

➔ IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC) PUÒ DIPENDERE DA MOLTI FATTORI

Si ritiene che il disturbo ossessivo-compulsivo sia determinato da più cause concomitanti. Vi sono infatti fattori ereditari che fanno sì che in certe famiglie le ossessioni siano più frequenti che in altre. Nei soggetti affetti da DOC risultano particolarmente attive determinate porzioni della regione frontale che presiedono al controllo mentale e il metabolismo di certi neurotrasmettitori risulta alterato.



Anche l'educazione rigida, le situazioni di forte impatto emotivo e la difficoltà nel gestire lo stress possono svolgere un ruolo significativo nell'insorgenza e nella persistenza del disturbo. Le ossessioni possono essere interpretate come un tentativo di superare una forte paura (p. es. lavarsi ripetutamente le mani per liberarsi della paura dello sporco). Se ad un dato comportamento segue una rapida attenuazione dell'ansia, esso verrà ripetuto sempre più spesso: in un certo senso, dunque, le ossessioni si possono "apprendere".

Le persone affette da DOC sono estremamente meticolose, precise ed ambiziose, con uno spiccato senso del dovere.

Esse reprimono la propria aggressività suscitando negli altri un'impressione di estremo autocontrollo, tendono ad essere più consapevoli dei propri doveri che dei propri diritti e proprio per queste caratteristiche sono in genere molto stimate dalla società.

→ A CHI RIVOLGERSI?

Il medico di medicina generale va consultato se sorge il dubbio di soffrire di disturbo ossessivo-compulsivo: è meglio rivolgersi al medico una volta di troppo che rischiare di trascurare il problema.

Gli psicoterapeuti (psicologi o psichiatri) sono gli specialisti in grado di assicurare un trattamento mirato per il disturbo ossessivo-compulsivo.

Gli psichiatri possono diagnosticare meglio di chiunque altro un disturbo ossessivo-compulsivo, distinguendolo da altre patologie psichiche. Lo psichiatra deve essere comunque consultato quando il solo approccio psicoterapeutico non ha dato i risultati sperati oppure in presenza di patologie associate o quando il disagio è tale da generare nel soggetto pensieri suicidi.

I famigliari possono aiutare il soggetto colpito evidenziandone con pazienza i comportamenti ossessivi per fargli comprendere che si tratta di una malattia da prendere sul serio.

I gruppi di aiuto-aiuto contribuiscono a rompere l'isolamento nel quale cadono sovente i soggetti affetti da DOC. In un gruppo di persone con lo stesso problema è più facile superare la vergogna della propria sofferenza, ammettendola apertamente e cercando aiuto.

→ COME SI CURA IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO?

Purtroppo buona parte dei soggetti colpiti nasconde il proprio problema per una decina d'anni prima di chiedere aiuto. Quanto minore è la durata del disturbo e quanto più improvvisa la sua comparsa, tanto migliori sono le prospettive di guarigione.

Il disturbo può essere trattato efficacemente con la psicoterapia, i farmaci antidepressivi o con una combinazione di entrambi.

Attraverso la psicoterapia il soggetto riconosce le caratteristiche del disturbo ed individua le strategie che gli consentono di ridurre le proprie immotivate paure e di acquisire un certo distacco rispetto alle proprie ossessioni ("quello non sono io, quella è la mia ossessione").

Contemporaneamente impara a rispettare i propri desideri e le proprie esigenze, contenendo entro un limite ragionevole le aspettative riposte dagli altri nei suoi confronti.

Tra i vari approcci psicoterapeutici la terapia cognitivo-comportamentale è quella che scientificamente ha dimostrato più risultati nel trattamento delle ossessioni. Per la buona riuscita della terapia non conta però tanto la scuola seguita, quanto piuttosto la motivazione del soggetto e l'esistenza di un buon rapporto di fiducia fra psicoterapeuta e paziente.

I farmaci antidepressivi riducono le apprensioni che alimentano l'ossessione, rafforzando il soggetto nella decisione di opporsi e di sopportare le paure che ne conseguono. La piena efficacia dei farmaci si raggiunge dopo due o tre mesi di trattamento. Se la terapia dà risultati soddisfacenti il farmaco deve essere assunto con regolarità, anche per anni.

Gli antidepressivi consentono di trattare con successo una percentuale compresa fra il 50% e il 70% dei soggetti colpiti.

Il ricovero in un reparto psichiatrico o in una clinica psicosomatica è consigliabile quando il trattamento ambulatoriale non ha prodotto risultati soddisfacenti.

In passato si credeva che il disturbo ossessivo-compulsivo non potesse essere curato. Oggi si sa che questo non è vero e la maggior parte dei soggetti colpiti può trarre notevoli benefici da un trattamento mirato.

07



SINDROMI SCHIZOFRENICHE: CHE COSA SONO?

→ LE SINDROMI SCHIZOFRENICHE: CHE COSA SONO?

Le sindromi schizofreniche sono i disturbi psichici più difficili da comprendere e perciò determinano paure, pregiudizi e stigma.

Il termine “schizofrenia” significa “mente divisa”. Le persone che ne sono affette vivono in parte nella realtà percepita comunemente da tutti, in parte in un mondo interiore nel quale hanno percezioni inusuali, ad esempio odono voci che nessun altro riesce a sentire, e maturano certezze non condivise con altri. Tali convinzioni (per esempio quella di essere perseguitati, spiati o amati) sono prive di riscontro nella realtà e vengono definite “deliri”. La persona affetta è spesso insicura in molti ambiti, ma si mostra invece sicura che tutte le proprie convinzioni ed esperienze “paranormali” corrispondano alla realtà; il confronto con questo mondo immaginario costituisce motivo di grave disagio per i suoi familiari.

Molto spesso la persona schizofrenica non è in grado di riconoscere di essere malata e di chiedere aiuto e reagisce con eccessi d'ira quando ritiene di non essere presa sul serio, non riesce a capire perché gli altri non condividano le sue sensazioni e disperde buona parte delle proprie energie concentrandosi sul proprio mondo interiore.

Anche i familiari impiegano un certo tempo prima di rendersi conto che il proprio congiunto soffre di una malattia “fantasma”, caratterizzata da molteplicità di sintomi, di forme e di decorsi, con comportamenti a volte bizzarri ed incontrollati. La sindrome schizofrenica può infatti essere leggera, acuta e traumatica o così sottile da non essere quasi percepita all'inizio; può guarire o portare ad invalidità.



Le allucinazioni, le convinzioni irrealistiche ed i disturbi della concentrazione possono rendere imprevedibile il comportamento di una persona schizofrenica.

→ I SINTOMI DELLE SINDROMI SCHIZOFRENICHE

Si parla di schizofrenia quando almeno uno dei sintomi 1-4 ed almeno due della serie 5-8 persistono per almeno un mese:

1. sensazione che i propri pensieri ed emozioni vengano sottratti o immessi da qualcuno, si possano trasmettere o vengano uditi da altri;
2. convinzioni che il proprio corpo, certi movimenti, emozioni o pensieri vengano controllati da forze esterne e sconosciute, per esempio tramite ipnosi o radiazioni;
3. convinzione di udire voci che parlano del soggetto, commentandone le azioni, impartendogli ordini o insultandolo (allucinazioni acustiche);
4. maturazione di certezze bizzarre e prive di qualsiasi riscontro nella realtà (deliri), quali ad esempio la convinzione di essere inseguiti da demoni o servizi segreti, di avere contatti con extraterrestri, di poter fermare il tempo o influenzare le condizioni meteorologiche;
5. particolare sensibilità corporea, visiva, olfattiva, gustativa o tattile;
6. sensazione che i pensieri si interrompano e vengano sostituiti con altri immessi da forze esterne, sensazione che l'atto stesso del pensare sia doloroso;
7. linguaggio confuso e sconnesso, argomentazioni prive di logica;
8. disinteresse, appiattimento affettivo o stati emotivi inadeguati alla situazione (per esempio risate o battute in una situazione triste); timore delle persone e del contatto con gli altri, paura delle situazioni nuove, inerzia e mancanza di obiettivi, trascuratezza e scarsa cura della persona.

La persona disturbata incontra spesso difficoltà di esprimersi mentre ciò che si percepisce nella vita quotidiana è la sensazione che qualcosa non vada bene.

Le sindromi schizofreniche sono caratterizzate da disturbi del pensiero e della percezione, ma anche da stati emotivi inadeguati alla situazione in cui ci si trova.

→ LA SCHIZOFRENIA NON È UN DISTURBO DELLA NOSTRA CIVILTÀ

Le sindromi schizofreniche colpiscono senza distinzioni di razza, cultura e ceto sociale circa l'uno per cento della popolazione mondiale.

Spesso le persone affette da schizofrenia vivono le proprie esperienze con profonda angoscia e si suicidano con una frequenza quaranta volte maggiore rispetto alla media della popolazione. Per questa ragione esse abbisognano di particolare assistenza e di molta comprensione.

I disturbi schizofrenici si manifestano in genere nella prima età adulta.

Due terzi delle persone affette da schizofrenia possono approfittare molto delle cure offerte loro, anche fino al raggiungimento della completa guarigione. In un terzo dei casi invece purtroppo il decorso è cronico. Sono stati osservati casi di guarigione anche dopo decenni di malattia.

È una delle patologie più costose, tanto che nei paesi occidentali l'assistenza agli schizofrenici incide per il 2-3% sulla spesa sanitaria complessiva.



→ LE SINDROMI SCHIZOFRENICHE DIPENDONO DA MOLTI FATTORI

Esiste una predisposizione ereditaria alla schizofrenia, che però non basta da sola a causare l'insorgenza della malattia, ma può essere aggravata da uno squilibrio relazionale nell'infanzia, mentre i fattori scatenanti sono connessi a stress psichici e sociali di vario genere. Non a caso molti uomini sviluppano la malattia durante il servizio militare e molte donne durante la gravidanza. Anche la pubertà, l'ingresso nel mondo del lavoro, una delusione amorosa o un conflitto irrisolto possono innescare una condizione schizofrenica acuta. Gli studi sul funzionamento cerebrale hanno messo in luce che durante gli episodi schizofrenici alcuni centri cerebrali emettono una maggiore quantità di neurotrasmettitori eccitanti, con una conseguente sovrapproduzione di segnali e sensazioni. Contemporaneamente risulta rallentata l'attività di altri centri situati nella regione frontale del cervello e preposti alla distinzione fra stimoli propri e stimoli esterni. È probabile che per questa ragione lo schizofrenico fatichi a distinguere fra realtà ed immaginazione, risultando talora estremamente suscettibile e particolarmente sensibile allo stress.

→ LE SINDROMI SCHIZOFRENICHE POSSONO ESSERE TRATTATE EFFICACEMENTE CON INTERVENTI MIRATI

Quanto più improvviso è l'esordio del disturbo e più intensa la reazione del paziente, tanto migliori sono le prospettive di una guarigione completa. In caso di decorso latente, invece, può risultare difficile convincere la persona ad intraprendere una terapia, proprio perché non è consapevole di essere disturbata. Spesso sono i famigliari a cercare aiuto quando non riescono più a sopportare il comportamento bizzarro del proprio congiunto. Il medico di medicina generale è il migliore interlocutore e consulente, anche per le difficoltà dei famigliari.

Il medico psichiatra è lo specialista più indicato per riconoscere ed impostare la cura del disturbo, ma gli interventi terapeutici e di riabilitazione vanno effettuati da una équipe con varie figure professionali (infermieri, ergoterapisti, assistenti sociali, operatori assistenziali, educatori, psichiatri, psicologi, ecc.). É essenziale che la relazione tra persona disturbata ed équipe curante sia continuativa nel tempo.

In alcuni casi risulta necessario il ricovero in un reparto di psichiatria, talvolta anche contro la volontà della persona sofferente.

I farmaci antipsicotici sono molto efficaci durante la fase acuta della malattia in quanto riducono progressivamente deliri ed allucinazioni migliorando la concentrazione. Essi possono però rallentare il pensiero ed il movimento o causare aumento di peso o disturbi motori. Gli antipsicotici non provocano dipendenza.

Si tratta di farmaci in grado di dislocare determinati neurotrasmettitori eccitanti da una parte dei loro recettori compensando in questo modo l'iperattività dei trasmettitori ed introducendo una sorta di "filtro" protettivo verso l'eccesso di informazioni.

Per prevenire eventuali ricadute è necessario continuare l'assunzione regolare della dose minima efficace dopo ogni episodio acuto per un periodo che può variare da uno a cinque anni.

Anche la protezione dagli stimoli esterni, molto riposo ed un ambiente tranquillo contribuiscono ad attenuare la sofferenza della fase acuta.

Una forma rara di schizofrenia acuta a rischio di morte (catatonìa maligna) richiede l'applicazione immediata della terapia elettroconvulsivante quale misura salvavita.

→ SE IL DISTURBO DIVENTA CRONICO ...

la persona ha bisogno soprattutto di interventi riabilitativi in quanto tende a perdere abilità (parla poco, perde i propri interessi, teme il contatto con gli altri e rifugge le decisioni). Attraverso l'esercizio quotidiano in un centro psichiatrico psicoterapeuticamente impostato potrà reimparare a convivere con le altre persone, ad organizzare costruttivamente la propria vita quotidiana, a curare l'igiene personale, a mantenere in ordine la propria abitazione e ad utilizzare in modo creativo il tempo libero. La riabilitazione è affidata ad un team di esperti. Attraverso le varie forme di arteterapia e l'ergoterapia (bricolage, lavori domestici, pittura, disegno, ceramica) la persona impara ad esprimere in modo creativo le proprie esperienze, altrimenti difficili da descrivere, e ad esercitare la propria concentrazione. Anche la musicoterapia, le terapie fisiche (sport e ginnastica) ed il contatto controllato con gli animali (pet therapy) favoriscono le capacità relazionali, rafforzano la coscienza di sé e migliorano la concentrazione.

Un'informazione approfondita della persona e dei famigliari, per esempio all'interno di cosiddetti gruppi di psicoeducazione, è indispensabile affinché tutte le persone coinvolte si possano confrontare con il disturbo e con le reali prospettive di cura.

Bisogna comprendere ed accettare che operatori, familiari e persone sofferenti abbiano in genere punti di vista differenti, tutti degni di rispetto.

Un clima famigliare sereno ed obiettivo può contribuire alla prevenzione di eventuali ricadute.

Una terapia famigliare può ridurre eventuali sensi o attribuzioni di colpa e conflitti all'interno della famiglia.



Possono essere inoltre indicati provvedimenti di reinserimento lavorativo o pensionamento.

La società in generale deve contribuire riducendo lo stigma ed i pregiudizi verso chi soffre di schizofrenia.

Grazie ai numerosi interventi mirati sopra elencati oggi, anche dopo anni di disturbo, è possibile ottenere guarigioni o comunque sensibili miglioramenti in un numero elevato di casi. Che la schizofrenia sia un male incurabile è dunque un pregiudizio da superare.

08



DISTURBI ALIMENTARI: CHE COSA SONO?

→ MAGREZZA, BELLEZZA, SUCCESSO?

La magrezza è sinonimo di bellezza e di successo: questa è la convinzione incrollabile che da anni viene efficacemente propagandata dai media e dalla pubblicità.

Il mondo della moda è dominato da personaggi magrissimi che un gran numero di ragazze, donne e uomini tentano con ogni mezzo di imitare. Sono sempre più numerose le persone che, guardandosi allo specchio, si sentono insoddisfatte del proprio aspetto: molte si vedono troppo grasse ed aspirano alla magrezza quale strumento di felicità ed affermazione di sé.

La paura di non corrispondere a questo ideale può diventare un vero tormento. Quanto maggiore è la nostra insoddisfazione nei confronti di noi stessi e del nostro aspetto, tanto più forte è la spinta a modificare il nostro corpo, cercando nelle diete la soluzione più rapida.

Quasi tutti i disturbi alimentari iniziano con una dieta.

Oggi viene proposto un numero praticamente illimitato di diete ed a tutti noi capita prima o poi di studiarne o sperimentarne una. Per molti giovani, però, questo è il primo passo verso un lungo cammino di sofferenza che sfocia alla fine in un disturbo alimentare.

La maggior parte delle persone pone fine alla dieta quando raggiunge il peso desiderato. Chi soffre di un disturbo alimentare, invece, continua. La paura d'ingrassare ed il desiderio di dimagrire non cessano mai.

→ QUALI SONO I SOGGETTI A RISCHIO?

Secondo le stime più recenti, nei paesi industrializzati almeno l'1% della popolazione femminile soffre di anoressia ed il 4% di bulimia.

I disturbi alimentari continuano ad interessare più le donne che gli uomini, ma sono oggi in aumento anche nella popolazione maschile. In questi casi il fenomeno è associato spesso ad un'attività sportiva esasperata. L'esordio del disturbo alimentare coincide spesso con la pubertà o la prima età adulta.

→ DISTURBI ALIMENTARI: CHE COSA SONO?

I disturbi alimentari derivano da un'alterazione dei comportamenti legati all'assunzione di cibo e dall'incapacità di godere del pasto come momento di convivialità. I soggetti colpiti si nutrono in modo irregolare e squilibrato e non considerano l'alimentazione un fatto normale. Le sensazioni di fame, appetito e sazietà risultano completamente distorte ed il pensiero del cibo (e delle calorie che contiene) domina l'intera giornata. In questa fase i soggetti colpiti si isolano spesso dalla cerchia di amici e conoscenti.

La percezione del proprio corpo è falsata ed il benessere e la soddisfazione personale finiscono per dipendere esclusivamente dalla bilancia. Il digiuno ed il costante dimagrimento danno alle persone colpite un senso di forza ed indipendenza, di conferma ed approvazione da parte del prossimo. L'atto del mangiare viene vissuto come fallimento, anche se talvolta la fame è tale da costringere il soggetto a "capitolare", abbuffandosi in modo incontrollato. Questo comportamento induce però gravi sensi di colpa che lo spingono a liberarsi immediatamente del cibo appena ingerito.

Ansie, sensi di colpa e speranze finiscono per riempire la vita di ogni giorno, dando inizio ad un circolo vizioso e talora fatale.

→ I DISTURBI ALIMENTARI VENGONO GENERALMENTE SUDDIVISI IN ANORESSIA, BULIMIA E BINGE EATING

L'anoressia

- Le persone anoressiche sono facilmente riconoscibili per l'eccessiva magrezza. Esse perseguono ostinatamente e con ogni mezzo il calo del peso digiunando, seguendo diete, praticando sport, il tutto con un'assiduità maniacale. Spesso gli anoressici si sentono costretti a mantenersi in costante movimento per bruciare calorie ed assumono lassativi e prodotti che attenuino la sensazione di fame (anoressizzanti).
- La percezione del proprio corpo non corrisponde più alla realtà. Nonostante l'eccessiva magrezza, gli anoressici si sentono sempre troppo grassi e hanno l'impressione che il loro peso non cali mai abbastanza.



- La paura d'ingrassare è un assillo costante.
- Oltre una certa riduzione del peso corporeo cessa il ciclo mestruale. Insorgono problemi psichici quali stati di ansia, sbalzi di umore, irritabilità, inquietudine, disturbi della concentrazione, perdita di interessi, depressione o ritiro sociale.

Si osservano inoltre conseguenze fisiche fra cui perdita di capelli, sensibilità al freddo, costipazione, disturbi del sonno, stati di debolezza, abbassamento della pressione arteriosa, aritmie cardiache, decalcificazione delle ossa, perdita di sali, gonfiori, disturbi della crescita, atrofia del seno e dei testicoli, sterilità.

La bulimia

Le persone bulimiche non sono necessariamente sottopeso. In molti casi esse hanno un peso nella norma o sono leggermente sovrappeso. Esse si distinguono però per le forti oscillazioni del peso corporeo.

- I soggetti colpiti seguono diete e digiuni fino a quando, colpiti da un accesso di fame irrefrenabile, ingurgitano in modo incontrollato alimenti altamente calorici in quelle che si presentano spesso come vere orge di cibo. Queste "abbuffate" sono regolarmente precedute da un forte senso di tensione, di noia, di rabbia o di vuoto interiore.
- Non riuscendo a sopportare il senso di sazietà e temendo d'ingrassare, i bulimici si auto-inducono il vomito o utilizzano lassativi e diuretici per liberarsi al più presto del cibo ingerito. Questi comportamenti possono essere ripetuti più volte al giorno fino a trasformarsi col tempo in rituali ossessivi, peraltro nascosti agli occhi degli altri.
- La linea e la magrezza divengono uno degli obiettivi principali dell'esistenza.
- La percezione del proprio corpo risulta distorta: indipendentemente dal peso reale, i bulimici si sentono sempre grassi e deformati.

Al disturbo si associano problemi psichici quali sensi di colpa e vergogna, sbalzi di umore, ansie, irritabilità, inquietudine, disturbi della concentrazione e depressione. Quanto più a lungo si protrae la malattia, tanto più numerose sono le conseguenze sul piano fisico: fra queste si annoverano alterazioni dell'equilibrio elettrolitico e dei fluidi, compromissione della funzionalità renale, costipazione e flatulenza, vertigini e disturbi della circolazione, aritmie cardiache, irregolarità del ciclo mestruale,



lesioni ed infiammazioni dell'esofago, dolori di stomaco, corrosione dello smalto dentale, rigonfiamento delle ghiandole salivari.

Il binge eating

All'anoressia e alla bulimia negli ultimi anni se è aggiunto il disturbo binge eating. Esso consiste in attacchi di appetito senza contromancovre come vomito, digiuno o altre attività fisiche intense. Ne consegue che il disturbo binge eating di norma si accompagna al sovrappeso. Esso riguarda sia uomini che donne nella stessa misura.

→ QUALI SONO LE CAUSE PIÙ FREQUENTI?

I fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento di un disturbo alimentare possono essere di vario genere. Solitamente il disturbo alimentare è preceduto da eventi critici nell'esistenza del soggetto, p. es. conflitti in casa, distacco dalla famiglia d'origine, problemi sentimentali, scolastici o di lavoro. Nello sviluppo di un disturbo alimentare assume fondamentale importanza la scarsa autostima, generalmente associata ad un perfezionismo esasperato. In questo contesto svolge un ruolo determinante anche l'ideale di magrezza propagandato oggi dai media e dalla pubblicità.

→ COME CURARSI E A CHI RIVOLGERSI?

Per la maggioranza delle persone con disturbi alimentari è estremamente difficile chiedere aiuto.

Spesso occorre molto tempo prima che ci si renda conto di essere malati e si maturi la motivazione necessaria per guarire. Non di rado sono i genitori, gli insegnanti, gli amici o i conoscenti che, preoccupati, cercano per primi consiglio ed aiuto. Parte del trattamento consiste dunque nel fornire loro la necessaria consulenza ed informazione.

La terapia è in genere piuttosto lunga e solo raramente si ottengono successi in tempi brevi. Quanto più tempestivi sono però la diagnosi ed il trattamento, tanto maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il successo della terapia dipende soprattutto dalla motivazione del soggetto da curare.

Quando il calo di peso è tale da mettere a rischio la vita stessa del paziente o quando la bulimia si sottrae ormai a qualsiasi controllo sono necessari il ricovero ed il trattamento in ospedale. In questi casi occorre innanzitutto recuperare il peso e normalizzare per quanto possibile il comportamento alimentare. Per ricoveri prolungati sono disponibili anche cliniche specializzate nel settore dei disturbi psicosomatici.

Poiché bulimia ed anoressia sono determinate prevalentemente da cause psichiche, la psicoterapia costituisce lo strumento terapeutico più indicato. Essa può prevedere varie forme di terapia individuale, familiare e di gruppo.

Anche nella psicoterapia il primo obiettivo consiste però nel recupero del peso corporeo e nell'assunzione regolare dei pasti. A tale scopo vengono predisposti protocolli dello svolgimento della giornata e del comportamento alimentare, fornite direttive ed informazioni su una sana alimentazione e ricercati strumenti per aiutare il soggetto a sopportare e gestire nell'immediato le proprie ansie (p. es. mediante tecniche di rilassamento e contatti sociali). Solo dopo aver ragionevolmente stabilizzato il peso corporeo e le abitudini alimentari si potrà affrontare il disagio di fondo del soggetto, che in molti casi deriva da problemi di autostima e difficoltà nello sviluppo della propria identità ed autonomia.

A fronte delle conseguenze anche gravi del disturbo sul piano psichico e fisico appare assolutamente necessaria una stretta collaborazione fra medico e psicoterapeuta. L'assistenza medica, che presuppone una certa esperienza, può essere prestata dal medico di base, internista, psichiatra o pediatra, quella psicoterapeutica viene in genere assicurata da uno psicologo o psichiatra.

L'uso di psicofarmaci, soprattutto antidepressivi, è di grande aiuto nel corso della terapia, così come può risultare opportuna la collaborazione con una dietista.

I gruppi di auto-aiuto svolgono una preziosa attività d'informazione e contatto ed aiutano il soggetto a riconoscere ed ammettere il proprio disturbo.

I disturbi alimentari sono sempre più diffusi e possono mettere a rischio la vita stessa di chi ne è affetto. Quanto più precoce è la diagnosi e quanto più forte la motivazione del soggetto colpito, tanto migliore sarà l'esito del trattamento.

09



DISTURBI PSICOSOMATICI: CHE COSA SONO?

➔ I DISTURBI PSICOSOMATICI

insorgono in concomitanza con un profondo mutamento nella vita del soggetto, in genere eventi negativi, legati ad un conflitto con un'importante persona di riferimento o ad una perdita, rispetto ai quali il soggetto stesso inconsapevolmente si autocensura. Può conseguire, in personalità particolari, un'espressione del conflitto o del dolore psichico a livello corporeo anziché verbale.

I disturbi psicosomatici sono disturbi riferiti al corpo, che però si manifestano in assenza di una patologia organica. Essi possono interessare praticamente qualsiasi organo o regione del corpo.

Il termine "psicosomatico" proviene dal greco "soma" (corpo, fisico) e "psyche" (coscienza, anima) ed indica quei disturbi che presentano manifestazioni fisiche come una malattia dell'organismo, pur derivando in realtà da cause psichiche.

Nella medicina e nel linguaggio corrente esistono numerosi termini per indicare lo stesso fenomeno: disturbo funzionale, disturbo somatoforme, esaurimento nervoso, neurastenia, disturbo psicovegetativo, disturbo di somatizzazione, sindrome da stress, distonia vegetativa, nevrosi vegetativa ed altri ancora.

I disturbi psicosomatici sono difficili da inquadrare, in quanto compromettono il funzionamento di un organo senza che possa essere accertata, anche con le indagini più aggiornate, una sua lesione vera e propria. Nondimeno, essi causano sovente grave sofferenza a chi ne è colpito.

In molti casi i sintomi possono essere rappresentati con precisione (p. es. cefalea, fitte al cuore, bruciore durante la minzione), in altri essi risultano difficili da descrivere o classificare (p. es. svogliatezza, stanchezza, inquietudine, senso di pesantezza nell'addome). Spesso i disturbi si modificano nel tempo o vengono descritti via via in modo diverso dal soggetto (p. es. una sensazione di pressione e bruciore alla schiena può essere rappresentata due mesi dopo come dolore pungente con zone di insensibilità).

I disturbi psicosomatici vengono innescati e mantenuti da condizioni di stress psicosociale. Essi costituiscono infatti un tentativo dell'inconscio di gestire una situazione di conflitto utilizzando l'organismo o parti di esso.

➔ NEI DISTURBI PSICOSOMATICI IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE È PARTICOLARMENTE DIFFICILE E DELICATO

Per poter diagnosticare un disturbo psicosomatico il medico deve naturalmente escludere qualsiasi causa organica. Questo richiede in genere un certo numero di accertamenti che, a seconda del medico e del paziente, possono sfociare in una lunga serie di esami. Il paziente viene così inviato da vari specialisti, che dispongono a loro volta ulteriori analisi.

Quando poi, dopo lunghe ricerche, viene alla fine formulato il sospetto di una causa psicogena, accade spesso che il paziente non si senta preso sul serio e perda fiducia nel proprio medico, pensando che questo lo consideri un “malato immaginario” o, peggio ancora, un pazzo.

Deluso, il paziente cambia medico e si sottopone ad una nuova serie di esami ed accertamenti, sempre senza alcun esito.

In questa fase egli consulta e successivamente abbandona un gran numero di medici, in quello che viene definito “doctor-shopping”.

In alcuni casi il soggetto si sottopone persino ad interventi chirurgici.

Quando poi il medico si convince che non vi è alcun disturbo organico, il rapporto con il paziente subisce in genere un cambiamento radicale: le richieste di aiuto del paziente possono essere considerate dal medico un fastidio e l'invio ad altri specialisti o la richiesta di ulteriori esami possono tendere a toglierselo di torno.

Questo atteggiamento è particolarmente deleterio per la successiva “carriera” del paziente, il quale, anziché sentirsi preso sul serio, si vede bollato come paranoico e si rivolge così ad altri medici, sperando che questi lo capiscano. In effetti proprio questo è il punto fondamentale: capire la persona che soffre. Il medico curante dovrebbe convocare con una certa frequenza questo tipo di pazienti proprio per evitare che continuino a rivolgersi a colleghi sempre nuovi per richiedere esami inutili e costosi o addirittura interventi chirurgici.

Un approccio rispettoso nei confronti di questi pazienti ne facilita il cauto inserimento in un trattamento psicoterapeutico.



➔ I DISTURBI PSICOSOMATICI RAPPRESENTANO LA CATEGORIA DI DISTURBI PIÙ NUMEROSA IN MEDICINA

Di tutti i pazienti che si rivolgono al medico di medicina generale, quelli con disturbi psicosomatici oscillano fra il 15 e il 50 per cento.

Nelle donne l'incidenza è doppia rispetto agli uomini.

Nel corso di un anno, circa il 10 per cento della popolazione soffre di un disturbo psicosomatico che risulta quindi essere il terzo più diffuso disturbo psichico dopo la sindrome ansiosa e la depressione.

Il disturbo si manifesta perlopiù fra i 20 ed i 40 anni di età e colpisce soprattutto le persone celibi o nubili, separate o divorziate.

La sintomatologia comprende sempre disturbi psichici e fisici, anche se i pazienti tendono a mettere in evidenza i problemi fisici sottacendo quelli psichici.

A livello psichico si riscontrano: ansia, nervosismo, irritabilità, svogliatezza, indecisione, affaticabilità, difficoltà di concentrazione.

A livello fisico si osservano fra l'altro stanchezza, mal di testa, vertigini, ronzio nelle orecchie, senso di oppressione o di nodo in gola, palpitazioni, cardiospasma, senso di oppressione al torace, difficoltà di respirazione, inappetenza, nausea, crampi nel tratto digerente, gonfiore, diarrea o stitichezza, irregolarità del ciclo mestruale, difficoltà nei rapporti sessuali, minzione frequente, disturbi cutanei (prurito), sudorazione forte ed improvvisa, disturbi del sonno, dolori alla colonna vertebrale o alle articolazioni e dolori muscolari.

I disturbi psicosomatici si distinguono per alcuni elementi caratteristici.

L'esordio di un disturbo psicosomatico ha in genere radici lontane nel tempo ed è spesso difficile da individuare. Se però nella storia clinica recente non compaiono episodi di stress psichico, è probabile che si tratti di un disturbo organico.

Quanto maggiore è il numero dei sintomi lamentati, tanto più improbabile è l'origine organica, in quanto le patologie fisiche iniziano di norma con pochi segni tipici.

Anche un cambiamento frequente dei sintomi descritti lascia presumere che si tratti di un disturbo psicosomatico.

Spesso i disturbi insorgono in concomitanza con un profondo mutamento nella vita del soggetto.



→ ALLO SVILUPPO DI UN DISTURBO PSICOSOMATICO CONCORRONO DIVERSE CAUSE

I rapporti interpersonali nell'infanzia sembrano svolgere un ruolo importante. La maggior parte dei soggetti colpiti proviene infatti da un ambiente familiare piuttosto rigido, eccessivamente formale e gravato da eventi stressanti. La condizione di figlio naturale, conflitti fra i genitori, la frequente assenza della madre o una sua malattia psichica, forti aspettative nei confronti del soggetto stesso e la mancata elaborazione di stati ansiosi possono costituire ulteriori elementi predisponenti allo sviluppo di un disturbo psicosomatico.

La personalità del soggetto presenta sovente elementi di insicurezza e difficoltà nelle relazioni con gli altri in conseguenza di un'alterazione del senso di autostima. In molti casi si osserva una forte volontà di adattamento, generalmente tramite prestazioni superiori alla norma, cui si possono accompagnare in determinate circostanze il timore del fallimento e la paura del futuro.

Spesso il soggetto non è in grado di elaborare correttamente le delusioni, specie nella sfera delle relazioni interpersonali.

Egli è frequentemente combattuto fra il desiderio di aggrapparsi a qualcuno ed il timore di una conseguente dipendenza e limitazione, ma non ha fiducia nella propria capacità di risolvere autonomamente le situazioni difficili. Attraverso la malattia egli cerca aiuto e comprensione, ma al tempo stesso anche la possibilità di mantenere un certo distacco.

Il disturbo viene spesso innescato da crisi o momenti di transizione nella vita, quali il matrimonio, un trasferimento, un cambiamento (in meglio o in peggio) nella vita professionale, la nascita di un figlio o la sua fuoriuscita dal nucleo familiare, ecc. Determinante in questi casi non è tanto l'evento in sé, quanto piuttosto l'importanza che il soggetto gli attribuisce.

La situazione scatenante può apparire insignificante agli occhi delle altre persone, mentre il soggetto ne viene scosso profondamente. L'organo con cui egli reagisce all'evento dipende da una serie di fattori individuali ed è una "scelta" inconsapevole.

→ I DISTURBI PSICOSOMATICI SONO MOLTO DIFFUSI E POSSONO ESSERE TRATTATI CON SUCCESSO MEDIANTE INTERVENTI MIRATI

Non esiste una specializzazione in psicosomatica, mentre per aiutare queste persone è necessaria una buona collaborazione tra psicoterapeuta e medici coinvolti onde evitare il „doctor-shopping“.

La prima cosa da fare è che il soggetto si liberi dal marchio di “nevrotico” o “paranoico”.

Questo scopo può essere perseguito anche attraverso campagne d’informazione come quella che ha condotto alla pubblicazione del presente opuscolo.

Per prevenire l’insorgenza di questi disturbi è utile che il soggetto abbia la possibilità di sfogarsi (non bisogna ingoiare tutto); anche l’esercizio fisico svolto con regolarità (p. es. praticando sport di resistenza quali la corsa, il ciclismo o il nuoto) ed un’alimentazione sana ed equilibrata possono essere d’aiuto.

La psicoterapia è la parte essenziale del trattamento. Nei casi in cui si arriva alla psicoterapia, il soggetto ha in genere alle proprie spalle un lungo peregrinare da un esame all’altro e da una terapia alla successiva.

Fondamentale è che la terapia non si rivolga tanto al problema fisico, quanto al linguaggio dell’organismo attraverso il quale l’inconscio comunica al conscio che così non si può andare avanti.

Le terapie basate sul dialogo, le tecniche di rilassamento e l’ipnosi si sono rivelate efficaci.

L’importante è che il soggetto riconosca le cause delle proprie tensioni psichiche e impari a comprenderle e gestirle in modo nuovo.

In alcuni casi può giovare anche una mirata terapia farmacologica con antidepressivi o antipsicotici. Un’alternativa è rappresentata anche dalle medicine omeopatiche o vegetali così come pure dall’agopuntura.

Poco utili sono la somministrazione di tranquillanti, antidolorifici o il tentativo di “curarsi” da sé ricorrendo ad alcol, nicotina e caffeina, con il rischio di giungere all’abuso.

I gruppi di auto-aiuto svolgono un’importante attività di informazione, aiutano chi vi partecipa a combattere il senso d’isolamento e ne rafforzano l’autostima.

10



DISTIMIA: CHE COS'È?

→ DISTIMIA: CHE COS'È?

A tutti capita ogni tanto di sentirsi tristi. Un evento esterno, una situazione di stress, ma anche le semplici delusioni della vita quotidiana possono essere causa di un umore cupo o irritato. Di solito questi pensieri e sentimenti negativi tendono a scomparire spontaneamente.

Quando però la depressione dell'umore perdura quasi quotidianamente e pressoché ininterrottamente per un periodo di almeno due anni si parla di distimia.

La distimia è una forma particolare di depressione.

I soggetti che ne sono colpiti avvertono per mesi, anni o addirittura decenni un senso di perenne stanchezza, abbattimento e tristezza e sono spesso di umore cupo e lamentoso. Essi sviluppano col tempo una serie di timori e di ansie accompagnati da una sensazione di sostanziale inadeguatezza: quasi tutto li affatica e quasi nulla dà loro gioia o soddisfazione.

Si sentono sfiniti e privi di energie, hanno reazioni irritate o rabbiose ed incontrano notevoli difficoltà nel concentrarsi o prendere decisioni.

Altre manifestazioni caratteristiche della distimia sono la bassa autostima e lo scarso contatto con gli altri, associati in molti casi a disturbi del sonno e dell'appetito e talora a stati di malessere fisico di origine indefinita (vertigini, spossatezza, dolori).

Rispetto all'episodio depressivo (trattato più approfonditamente nel capitolo „Depressione: che cos'è?“) la distimia presenta sintomi più lievi, ma molto più persistenti.

Spesso il distimico si rende conto della propria assenza di interessi e del proprio atteggiamento fortemente autocritico, e sovente si considera una persona noiosa. Questi atteggiamenti e queste sensazioni diventano parte integrante della sua vita quotidiana, tanto che in molti casi egli finisce per attribuirli al



proprio carattere e alla propria personalità.

Per questo motivo la distimia viene raramente riconosciuta come malattia mentale e curata come tale.

→ LA SOFFERENZA PSICHICA SPESSO NON SI VEDE

Di solito i distimici riescono ad espletare ugualmente le proprie funzioni lavorative e sociali, seppure con uno sforzo di cui gli altri difficilmente si rendono conto. Può dunque accadere che la loro sofferenza non venga riconosciuta, né presa sul serio.

L'umore perennemente cupo può causare rabbia o stizza nel prossimo, che li considera dei pessimisti guastafeste. Il fatto di non essere capiti rafforza a sua volta l'insicurezza e la percezione negativa che i distimici hanno di sé, accrescendone lo sconforto e l'irritabilità.

Si innesca così un circolo vizioso che causa grave disagio ai soggetti colpiti ed a chi li circonda.

→ È IL CASO DI CHIEDERE AIUTO?

Molte persone che soffrono di distimia non chiedono aiuto perché non sanno che la loro infelicità è causata da una malattia che può essere curata. Dal momento che i sintomi sono persistenti, sono portate a credere che la loro sofferenza sia normale, che faccia parte della vita.

→ LA DISTIMIA È CARATTERIZZATA DA UN ESORDIO REPENTINO E DA UN DECORSO CRONICO

Circa il 6% della popolazione sviluppa una distimia nel corso della vita. Di solito il disturbo prolungato dell'umore inizia nell'adolescenza, a volte invece precocemente nell'età infantile o giovanile. L'esordio precoce vede una distribuzione uguale tra i generi, mentre in età adulta la distimia colpisce le

donne da due a tre volte più frequentemente degli uomini.

Le persone anziane affette da questo disturbo si ammalano spesso dopo un episodio depressivo, una situazione di lutto od un altro evento stressante a livello fisico o psicosociale.

→ LA DISTIMIA DIPENDE DA MOLTI FATTORI

La distimia può essere determinata tanto da fattori ereditari e fisici, quanto da situazioni di stress emotivo e sociale. Molti distimici attribuiscono il loro umore perennemente cupo ad un'infanzia difficile, altri a situazioni di stress vissute in età più recente, altri ancora semplicemente al fatto di essere "così dalla nascita".

Spesso la distimia si manifesta in associazione con altri disturbi psichici. Non di rado essa risulta correlata ad episodi depressivi ricorrenti, ma anche a sindromi ansiose, abuso di farmaci e dipendenza da alcol.

La distimia può essere trattata con successo.

Molte persone affette da distimia non cercano aiuto perché credono che la loro infelicità sia parte della loro vita e non la considerano invece una malattia che può essere curata. Anche i familiari si accorgono solo di rado che determinate "particolarità caratteriali" difficili da sopportare derivano in realtà da una condizione patologica.

Per questa ragione i soggetti distimici patiscono per anni gravi sofferenze prima di sottoporsi ad un trattamento.

→ A CHI RIVOLGERSI?

Non bisogna vergognarsi di chiedere aiuto, ma il primo passo può richiedere un certo sforzo e molto coraggio: familiari ed amici possono offrire un importante sostegno in questa fase.



Il medico di medicina generale va consultato non appena sorge il dubbio di soffrire di distimia. Egli può infatti escludere eventuali cause organiche ed avviare un trattamento o inviare il paziente ad uno specialista o ad uno psicoterapeuta.

Gli psicoterapeuti (perlopiù psicologi o psichiatri) sono gli interlocutori più indicati per aiutare il soggetto ad elaborare problemi e disagi di ordine psichico. È bene rivolgersi ad uno psichiatra in caso di grave sofferenza o rischio di suicidio.

Nei gruppi di auto-aiuto i soggetti distimici si rendono conto di non essere soli con la propria sofferenza e si possono offrire reciprocamente sostegno e consiglio.

→ COME SI CURA LA DISTIMIA?

La psicoterapia ed una eventuale combinazione con farmaci antidepressivi costituiscono oggi uno strumento molto efficace per trattare la distimia, sempre tenendo conto della particolare situazione di ciascun soggetto.

Attraverso la psicoterapia il soggetto impara a vedere ed affrontare in modo diverso i propri problemi, sperimentando esperienze positive e spezzando la propria quotidianità di rimuginamenti e preoccupazioni.

La psicoterapia presenta diversi orientamenti: in alcuni casi indaga l'infanzia, in altri si concentra piuttosto sul presente con training comportamentali e tecniche di rilassamento e di percezione corporea, in altri ancora richiede la partecipazione dei famigliari o si svolge in gruppi.

Oggi sappiamo comunque che nella psicoterapia, più che l'orientamento scelto, conta soprattutto il rapporto che si instaura fra il soggetto (paziente) ed il terapeuta, rapporto che deve essere caratterizzato da un clima di fiducia e di rispetto. Tutto ciò che viene detto durante le sedute di psicoterapia è coperto dal segreto professionale.

Nella psicoterapia il soggetto impara ad accettarsi; capisce che non può cambiare le persone che lo circondano, ma che può solo cambiare se stesso.

I farmaci antidepressivi devono essere assunti con regolarità. I primi benefici (ritorno delle energie e miglioramento dell'umore) si avvertono solo dopo quattro-sei settimane.

La distimia è caratterizzata da un'alterazione del metabolismo cerebrale. In determinati centri cerebrali si sviluppa infatti una carenza di neurotrasmettitori attivanti che rende più difficile la trasmissione di segnali positivi e stimolanti. Il farmaco antidepressivo compensa la carenza di neurotrasmettitori migliorando in tal modo la trasmissione alterata.

È stato dimostrato che anche la psicoterapia può migliorare la trasmissione delle informazioni aumentando l'attività dei neurotrasmettitori.

Per evitare ricadute la terapia farmacologica deve in genere protrarsi per diversi mesi. Alcuni soggetti continuano a prendere anche per anni, a scopo cautelativo e preventivo, i farmaci da cui hanno tratto beneficio.

Gli antidepressivi non producono dipendenza e non alterano la personalità.

Anche l'attività fisica può essere utile per superare gli stati di spossatezza ed abbattimento.

La distimia non è un lato negativo del carattere, bensì una condizione patologica che oggi può essere trattata con successo.

Il trattamento consiste in prima linea in psicoterapia; e come seconda scelta in una combinazione di farmaci antidepressivi e psicoterapia per indurre un miglioramento rapido ed un cambiamento durevole.

A CHI RIVOLGERSI

→ Ai centri di salute mentale

Bolzano città

Via del Ronco 3 – tel. 0471 907 031
lu-ve 8.30-12.30 / 14.00-17.30

Bolzano circondario

Via Rosmini 42 – tel. 0471 305 811
lu-ve 8.00-13.00 / 14.00-17.30

Egna

Piazza F. Bonatti 1 – tel. 0471 829 353
lu-ve 8.30-12.30 / lu, ma, gi 14.00-17.00

Merano

Via Rossini 1 – tel. 0473 263 600
lu-ve 8.30-17.00

Sinigo

Via Nazario Sauro 8 – tel. 0473 247 700
lu-ve 8.30-17.00

Silandro

Via Principale 134 – tel. 0473 736 690
lu-ve 8.00-12.00 / 13.00-17.00

Bressanone

Via Roma 7 – tel. 0472 812 960
lu-gi 8.00-18.00 / ve 8.00-14.00

Brunico

Via Ospedale 4 – tel. 0474 586 340 oppure 586 342
lu-ve 8.00-17.00

→ Ai servizi psicologici

Bolzano

Via Galilei 2 – tel. 0471 435 001
 lu-ve 8.00-13.00 / 14.00-17.00

Merano

Via Rossini 1 – tel. 0473 251 000
 lu-gi 9.00-12.00 / 14.00-17.00, ve 9.00-12.00

Bressanone

Via Dante 51 – tel. 0472 813 100
 lu-gi 8.00-12.30 / 14.00-16.00, ve 8.00-12.30

Brunico

Via Andreas Hofer 25 – tel. 0474 586 220
 lu-ve 8.00-12.00 / 14.00-16.30

→ Agli ambulatori di psicosomatica

Bolzano

Centro di psicoterapia e psicosomatica
 Via Cassa di Risparmio 8 – tel. 0471 300 389
 lu, ma, me, ve 9.00 - 12.00 / gi 15.00 - 18.00

Bressanone

Ospedale, area psicologica del servizio psichiatrico
 Via Dante 51 – tel. 0472 812 995

Tutti i medici di base e i servizi competenti in Alto Adige possono inviare pazienti al **Centro terapeutico di psicosomatica e psicoterapia Bad Bachgart** (Rodengo, S. Paolo 56, tel. 0472 887 611).

→ Ai centri di riferimento ADHA

Bolzano

Ambulatorio specializzato di psichiatria e psicoterapia in età evolutiva
via Guncina 54, Dr. Klara Meßner e Dr. Felicita Scolati, - tel. 0471/466 600
oppure 0471/466 609

Merano

Servizio riabilitativo per l'età evolutiva e logopedia
Ospedale „Franz Tappeiner“, tratto D, via Rossini 1
Dr. Donatella Arcangeli, prenotazioni 11.00-12.00: tel. 0473/251 102,

Bressanone

Ambulatorio specializzato per la salute psicosociale in età evolutiva
Ospedale di Bressanone, via Dante 51, Dr. Ingo Stermann, prenotazioni
e visite al Servizio psicologico - tel. 0472/813 100

Brunico

Prossimamente verrà aperto anche a Brunico un centro di riferimento. Fino
ad allora per la zona della Val Pusteria è possibile fare riferimento all'ambulatorio
specializzato per la salute psicosociale in età evolutiva di Bressanone.

→ Ai centri di riferimento per disturbi alimentari

Bolzano

Ambulatorio per i disturbi alimentari
Via Cassa di Risparmio 8 – tel. 0471 970 383
lu, ma, me, ve 9.00 - 12.00 / gi 15.00 - 18.00

Merano

Ambulatorio interdisciplinare per i disturbi alimentari (ADA)
Via Rossini 1 - tel. 0473 251 250
lu-gi 9.00-12.00 / 14.00-16.00, ve 09.00 -12.00

Bressanone

Team interdisciplinare per i disturbi alimentari
Ospedale di Bressanone, via Dante 51- tel. 0472 813 250 / 812 710 / 802 100
lu-gi 8.00-11.30 / 14.00-15.30, ve 8.00-11.30

Brunico

Team interdisciplinare per i disturbi alimentari
 Centro di salute mentale, via Ospedale 4 - tel. 0474 586 340/42
 lu-ve 8.00-17.00 oppure Ambulatorio della medicina interna dell'Ospedale di
 Brunico, via Ospedale 11- tel. 0474 581 120 / lu-ve 8.15-14.30

INFES Centro per disturbi del comportamento alimentare

Via Talvera 4 - tel. 0471 970 039, Mo-Do 8.30 - 12.30 / 14.30 - 16.30

→ **Ai gruppi di auto-aiuto in tutta la provincia**

Servizio per gruppi di auto mutuo aiuto

Bolzano, via Dr. Streiter 4 – tel. 0471 312 424

Associazione a sostegno della salute mentale „Lichtung/Girasole“

Bolzano, Via G. Galilei 4 - tel. 0471 051 414
 e Brunico, Via Dante 4 - tel. 0474 530 266

Associazione parenti ed amici di malati psichici

Bolzano, via Galilei 4 - tel. 0471 260 303

Consulenza & informazioni “Punto di sostegno” – tel. 0471 262 262 (10.00-11.00)

Associazione “Il nostro spazio – Ein Platz für uns”

Bolzano, via Cassa di Risparmio 1 – Tel. 0471 301 416

Associazione A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto)

Bolzano, via G. Carducci 9 - tel. 0471 972 375

al medico di base

a psichiatri e psicoterapeuti privati

a consultori familiari e altri consultori

al Telefono Amico – tel. 0471 288 328

al servizio telefonico di sostegno spirituale e

psicologico della Caritas – tel. 840 000 481

young and direct (telefono giovani) – tel. 0471 970 950

**Situazioni difficili:
nessun motivo di vergognarsi,
nessun motivo di nascondersi,
ma un motivo per cercare aiuto.**

Roger Pycha, psichiatra e psicoterapeuta

Impressum

Editore:

Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige
Ufficio distretti sanitari

Testi della 1° edizione:

Roger Pycha, Rodolfo Tomasi, Monika Anderlan, Markus Huber, Luisa Mairhofer, Klara Messner, Helga Niederkofler, Erwin Kirchler, Rudolf Schöpf, Margit Sölva

2° edizione rielaborata da:

Roger Pycha, Veronika Hafner, Andreas Conca, Giancarlo Giupponi, Markus Huber, Erwin Kirchler, Luisa Mairhofer, Helga Niederkofler, Josef Schwitzer

Traduzione:

Maria Antonella Telmon, Evi Dalcomune, Giancarlo Giupponi

Coordinamento editoriale:

Evi Lechthaler, Roger Pycha

Foto:

Max Pattis

Grafica e stampa:

Ingraf, Ora 2009

