

IL FILO DEL SÉ

CORSO DI COUNSELING YOGA MINDFULNESS 2018-2020

CASTELNUOVO DI PORTO - 18 GENNAIO 2020

DOTT. PAOLO NARDONE

menteserena@tiscali.it

ARGOMENTI DI PSICOPATOLOGIA

PRESENTAZIONE DELLE PATOLOGIE DELLA PSICHE

RIVOLTA AD OPERATORI NON PSICOLOGI

Questa dispensa è rivolta ad un gruppo di persone che hanno esperienze di vita e *background* culturali assai diversi, ma condividono un proprio modo di accostarsi alle cause delle sofferenze fisiche e psichiche delle persone, nonché alle modalità per modificarle: *'Alla luce della psicologia buddhista la deep mindfulness vede la realtà come un flusso impermanente orientato dai meccanismi di attaccamento e avversione che sono alla radice della sofferenza esistenziale. Il metodo mira ad attivare la consapevolezza delle cause del disagio, focalizzandola sui processi egoici disfunzionali; l'obiettivo è di liberare la mente da visioni limitate e basate su credenze e convinzioni e di scardinare quei condizionamenti mentali che, anziché essere utili, si rivelano controproducenti e portatori di sofferenza per sé e nelle relazioni. Tramite un percorso di comprensione e successiva familiarizzazione con la deep mindfulness si maturano processi evoluti di disidentificazione e decentraggio e si acquisisce la capacità di vedere la realtà rispetto a se stessi e alle cose, oltre i limiti dei film mentali'*.

Mi rendo conto che coloro che operano per la serenità delle persone senza avere alcuna formazione riguardo la psicologia, nell'accostarsi al mondo della Psichiatria, e in particolare alla classificazione delle patologie della mente, possano sentirsi come dentro un bosco dove è difficile orientarsi. L'obiettivo che mi è stato chiesto di raggiungere è quello di illustrare la classificazione a questo gruppo particolare.

Che cosa è, di che cosa si occupa la psicopatologia?

Studia quelle che nel parlare comune vengono chiamate "malattie mentali". Esporrò quei concetti e quelle nozioni relativi ai disturbi della mente che – in base alla mia esperienza – possono essere utili per voi: sia per un procedere costruttivo con il

cliente, sia per valutare se sia opportuno prendere in carico "certi" clienti, sia come riferimento dal punto di vista della eventuale responsabilità professionale.

La materia non è semplice da divulgare, e so bene che occorre un certo impegno per comprenderla. Fornirò una descrizione delle varie forme di disturbo mentale, così come le intende la Psichiatria in questo suo momento storico, escludendo l'approfondimento delle cause dei disturbi stessi. Opererò semplificazioni e tagli a quelle nozioni teoriche che a mio giudizio sono totalmente estranee al campo di interesse culturale e operativo del gruppo.

Al termine della dispensa, ho aggiunto un piccolissimo vocabolario. Dato che è davvero breve, ritengo che possa risultare utile che venga letto preliminarmente, e non soltanto consultato in caso di necessità nel corso della lettura di questa dispensa.



Quali sono i modi nei quali si manifestano le anomalie della mente?

I criteri in base ai quali attualmente vengono catalogati i disturbi mentali sono stati enunciati nel 2013. Dato tuttavia che condivido l'affermazione dallo psichiatra Kurt Shneider: “*Una scienza che non conosce la propria storia, non comprende se stessa*”, faccio un *excursus* nella storia della psicopatologia.

Quando – non molti decenni fa! – le teorie “psicologiche” non si erano ancora diffuse, e non era disponibile alcuna molecola sintetica che agisse sulla mente in modo mirato, che cosa avevano dedotto i neuropsichiatri dalla semplice osservazione e dall'ascolto dei loro pazienti? [La separazione tra le specializzazioni in Neurologia e Psichiatria è avvenuta per una legge europea *ad hoc* soltanto nel 1970/71]

In primo luogo, era loro evidente che molti disturbi dei pensieri e del comportamento erano presenti in persone con patologie fisiche: malformazioni, conseguenze di traumi o patologie cerebrali, arteriosclerosi, tumori, epilessia, sifilide, ma anche affette da condizioni mediche frequenti, come le malattie ormonali e metaboliche.

Ma – soprattutto nei ricoverati nei manicomi – erano osservabili persone fisicamente sane che presentavano gravissimi disturbi della mente, i cui sintomi erano del tutto sproporzionati e inspiegabili rispetto ai fatti occorsi nella loro vita. Questi disturbi gravissimi consistevano in stati di agitazione, con allucinazioni, e convincimenti privi di ogni senso; altre volte si trattava di giovani, di ragazzi in uno stato di abbandono totale, con mutismo, i quali col passare degli anni perdevano persino le capacità intellettive; altre volte consistevano in pensieri di depressione fortissima, accompagnati da idee a volte bizzarre o dal convincimento di avere disturbi fisici improbabili (le vene di vetro, le feci fino in gola), o di aver commesso torti inemendabili, con tentativi di suicidio; altre volte erano presenti stati di irrequietezza senza riposo, con eccitazione,

con esaltazione delle proprie capacità, fino al punto di gettarsi allegramente dalla finestra nella convinzione di essere in grado di volare [vedi il film *Mr. Smith*, con Richard Gere] ... Nessuna di quelle persone si rendeva minimamente conto della anormalità o assurdità di ciò che pensava o che faceva! Proprio per tutto questo, e per la assenza di possibili cure, esse erano ospitate nei manicomi. I disturbi erano così gravi, incomprensibili e inderivabili, che i neuropsichiatri pensavano che dovessero sicuramente essere provocati da qualche causa "endogena", cioè interna alla persona: forse biochimica o forse anatomica, ancora ignota, ma che prima o poi sarebbe stata certamente svelata dalla ricerca medica. Fu così che chiamarono "psicosi (endogene)" questi quadri clinici così gravi e li distinsero in due gruppi: il gruppo di quelli che sembravano caratterizzati da una **alterazione dell'umore** (depressione e/oppure eccitazione, euforia o iperattività. Quest'ultima condizione, opposta alla depressione, viene chiamata dagli psichiatri: *mania*, vedi vocabolario al termine). Nel secondo gruppo inserirono i quadri clinici che sembravano caratterizzati da un **disturbo del pensiero** e/oppure dalla perdita progressiva delle funzioni intellettive (psicosi schizofreniche).

Al di fuori dai manicomi, anche ai tempi nei quali non c'erano né psicoterapia né farmaci, i neuropsichiatri accoglievano nei loro studi persone che lamentavano sofferenze psichiche dalle quali si volevano liberare: qualcuno lamentava continua ansia e angoscia, qualcuno chiedeva aiuto perché si sentiva abbattuto, sconcolato per vari motivi, con un continuo "magone"; qualcuno raccontava di essere terrorizzato dallo sporco o di non riuscire a compiere certi atti se prima non aveva compiuto rituali scaramantici interminabili; qualcuno presentava disturbi solo apparentemente neurologici (paralisi, svenimenti), di incerta origine. Buona parte di queste persone fornivano elementi che potevano sembrare una spiegazione plausibile dei loro sintomi. Gli psichiatri consideravano queste situazioni come delle comprensibili "reazioni" a cause "esterne" (esogene), e le chiamarono "nevrosi" o "nevrosi reattive", e sembrò loro sensato di riunirle in quattro gruppi fondamentali: la nevrosi d'ansia, la nevrosi depressiva, quella ossessivo-compulsiva e quella isterica.

Infine, ai neuropsichiatri capitava – come anche a noi accade quotidianamente – di osservare tra i loro conoscenti, o nei salotti, o in incontri casuali, persone che non presentavano manifestazioni che potessero essere considerate patologiche in senso stretto (soprattutto facendo il confronto sia con le psicosi, che con i disturbi lamentati dai nevrotici), però queste persone avevano "qualche cosa di diverso" dagli altri: ad esempio si trattava di quei tipi vanesi che vogliono essere sempre al centro della attenzione, o di quelli che sono bugiardi anche senza alcun motivo; ancora: quelli sempre noiosamente pignoli, o quelli sempre astenici, o quelli che sono semplicemente dei gran pignoni... per non dire di quelli insopportabilmente permalosi per un nonnulla, o quelli che vedono sempre complotti, imbrogli, malevolenza in ciò che li circonda, o quelli sempre depressi e scontenti; gli "irresponsabili"; quelli collerici "esplosivi", quelli che conti-

nuamente sono preoccupati perché si sentono qualche malattia addosso e fanno visite, esami e ricerche, quelli tirchi da morire, quelli incapaci di qualsiasi iniziativa, oppositivi di fronte ad ogni cambiamento, quelli che cercano il sesso in modo seriale e anaffettivo, quelli che si vantano di avere capacità inesistenti o di avere amicizie molto importanti, o quelli che vogliono sempre imporre agli altri quello che pensano o vogliono loro, ma anche... quelli sempre di buonumore, o quelli che cercano sempre di fare o inventare cose nuove, o che si dedicano con sacrificio alle opere di bene, o gli eterni poeti idealisti, o quelli timidissimi. Insomma, si parla di persone che hanno aspetti della personalità che si manifestano e spiccano in modo preponderante e eccessivo rispetto agli altri aspetti della loro personalità: una sorta di impronta caratteristica del loro modo di stare al mondo.

Gli psichiatri non si pongono il problema di come dovrebbe essere teoricamente una persona "normale". Si pongono il problema dal versante opposto (cioè: quando una persona 'deve' essere valutata come patologica?) e non considerano "patologico" alcuno degli atteggiamenti che ho delineato nel paragrafo precedente; a meno che – considerando singolarmente uno di questi individui – il suo comportamento o i modi di pensare conducano a conseguenze negative tangibili come: l'abbandono degli studi, la perdita del lavoro, la violenza sul prossimo, o guai con la legge. Per molto tempo gli psichiatri chiamarono queste situazioni comportamentali "nevrosi di carattere", o "psicopatie"; attualmente: "disturbi di personalità".



In generale, ma per essere più precisi: premesso che in Psichiatria da tempo non si usa la parola *malattia*, sostituita dalla parola: *disturbo*, nel 2000 gli psichiatri di tutto il mondo affermavano: “*Nessuna definizione è in grado di specificare adeguatamente i confini precisi del concetto di disturbo mentale*” (DSM IV-TR; trad. ital. pag. 9).

Nel 2013: “*Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente*” (DSM-5; trad. ital. pag. 22)



Breve storia del DSM e dell'ICD

Già dai tempi remoti dei primi studiosi delle malattie della mente, si presentò un problema fondamentale della psicopatologia che ancora oggi è irrisolto: quello di decidere se valutare un disturbo in base alla sua **qualità**, cioè al tipo di problema evidente, oppure in base alla sua intensità, cioè la **gravità**. Tento di spiegarmi con un esempio: avrete sentito che l'attrice Sabrina Ferilli è perseguitata da anni, fin dentro casa – non ostante numerose diffide –, da una persona che afferma di essere comandato dai marziani a tentare approcci con lei. Per un caso del genere, io posso permettermi di considerare quella persona affetta da una patologia di tipo schizofrenico basandomi soltanto sul fatto che il suo convincimento è evidentemente di tipo irrealistico (disturbo del pensiero); ma nel caso in cui una persona mi appaia depressa, per considerarla tale in modo patologico, devo *misurare quanto* è depressa: lo è in misura lieve o marcata? Cioè: quanto soffre?

Nel primo caso considero la particolarità, la qualità, del disturbo del pensiero che porta una persona a sentirsi comandato dai marziani, mentre nel secondo caso ho bisogno di valutare, misurandola in qualche modo, la gravità cioè la intensità, di una condizione psichica come la depressione, che è una condizione molto frequente nella popolazione e che si manifesta con moltissime sfumature e sintomi, spesso anche a livello fisico.

A complicare ulteriormente il problema di fare una classificazione dei disturbi mentali, occorre considerare che esistono decine di interpretazioni "scientifiche" sufficientemente valide e credibili riguardo i modi di funzionare della mente. Ad ognuna di esse corrisponde una scuola di pensiero sulle patologie e sulle loro cause. In definitiva, tutto è dimostrabile e tutto è confutabile. Una Babele dalla quale non si riesce a vedere possibilità di uscita. Ma se la Psichiatria vuol essere una scienza degna di questo nome, non può reggersi su concettualizzazioni e regole che mutano da una situazione all'altra!

Dunque gli psichiatri, per non incorrere in continui problemi di incomprensione fra loro stessi, hanno escogitato di cercare almeno di condividere le diagnosi basate sulla sola osservazione dei pazienti, cioè senza tener conto della genesi, delle cause delle varie patologie. Alla fine, hanno creato dal nulla uno strumento per loro uso e consumo che si chiama **D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of Mental Disorders (DSM), coperto da *copyright*. Esso non prende mai in alcuna considerazione l'origine, la causa dei sintomi, con poche intuibili eccezioni:

- lutto
- disturbo da stress post-traumatico

- disturbo dell'adattamento
- disturbo disforico premestruale

e alcuni quadri particolari (come ad esempio il disturbo d'ansia di separazione) nei quali il nesso tra eventi e disturbo è del tutto palese.

Il DSM viene modificato in misura significativa ogni qualche anno: quando un gruppo di psichiatri segnala che ci sono validi (ma pur sempre opinabili!) motivi per ri-classificare numerosi quadri patologici del DSM, o "inventare" nuove diagnosi.

Tutto questo, non ostante il fatto che l'OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) da decenni pubblica un catalogo valido a livello planetario – che si chiama ICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) – nel quale sono elencate tutte le malattie che esistono sulla faccia della Terra, comprese quelle psichiatriche. L'ICD viene aggiornato ogni qualche anno.

Se sono stato comprensibile, i miei lettori avranno forse già intuito le ricadute di tutto ciò: le malattie catalogate dagli psichiatri nel loro DSM non corrispondono a quelle riportate nell'ICD. Ovviamente, ne derivano delle conseguenze pratiche: attualmente gli psichiatri (anche quelli italiani) si servono del DSM-5 (pubblicato nel 2013, e tradotto in italiano nel 2014) per comunicare tra di loro e con i colleghi psichiatri di tutto il mondo, mentre invece lo Stato Italiano riconosce ufficialmente come unico riferimento valido anche per le malattie psichiatriche i codici dell'ICD versione 9-CM. Questi codici sono riportati ad esempio accanto alle malattie che danno luogo ad esenzioni, o nelle statistiche sanitarie (sono quei numeri del tipo: 298.1, oppure: 351.43). Quindi: gli psichiatri italiani [ma questo avviene anche per gli specialisti degli USA] nei loro congressi parlano di determinate malattie, mentre negli ospedali e negli ambulatori pubblici parlano di "altre" malattie!

Nella premessa, vi avevo avvisato che la comprensione della psicopatologia somiglia al tentativo di orientarsi in un bosco fitto...

Dato che è un aspetto di rilievo, ribadisco che il DSM "non è la Psichiatria", ma è soltanto uno strumento per rendere possibile la comunicazione tra gli specialisti psichiatri. È basato su criteri concordati a tavolino, frutto di compromessi, e quindi non condivisi da tutti (perché non hanno una sottostante motivazione scientifica, ma si basano soltanto sulla osservazione!), per raggruppare elementi quali: i pensieri, l'umore, i comportamenti... e loro durata nel paziente.

Per ogni disturbo mentale da diagnosticare, nel DSM è previsto un elenco di elementi, una vera e propria *check-list* di sintomi da 'spuntare'. Lo specialista deve verificarne in modo "meccanico" la presenza o meno. Di conseguenza però: non è certo che una persona che presenti tutti i sintomi abbia il disturbo corrispondente (se non ne ha ripercussioni sulla sua vita di relazione), e non è detto che una persona che presenta

‘un sintomo in meno’ tra quelli richiesti dalla *check list* non abbia poi quel disturbo.

Di fatto dunque, l'esistenza del DSM ha un unico vantaggio: consente agli specialisti di comunicare, avendo la certezza di sapere qual è il gruppo di sintomi ai quali il collega si riferisce.

I suoi svantaggi e i suoi limiti sono:

– i criteri diagnostici sono opinabili, spesso non sono condivisi, e si trovano sintomi contraddittori all'interno dello stesso elenco (esempio: la depressione si può presentare in una forma "irrequieta", con molta ansia, o in una forma nella quale il paziente è "allettato, torpido": si tratta di due diverse malattie, con origini distinte, o è la stessa malattia che si presenta in due modi antitetici?)

– ha una scarsa fondatezza, come dimostra il fatto che da una edizione all'altra vi compaiono nuove patologie e ne scompaiono altre (es.: isteria)

– non è di facile utilizzo da parte di incompetenti, per cui c'è il pericolo di un utilizzo superficiale e indiscriminato, specie in ambito medico-legale: il rapporto causa-effetto, spesso indispensabile in una vertenza, non è mai contemplato (con le eccezioni che ho elencato)

– in ambito clinico la raccolta dei dati può essere assai meno accurata rispetto a quando, per fare la diagnosi, si cercano anche le ‘cause’, i vissuti, il contesto. Ciò comporta una conoscenza del tutto superficiale della Persona e la svalutazione del ‘rapporto’, della empatia col paziente.

Entriamo ora nel dettaglio dei gruppi di disturbi: il gruppo dei disturbi dell'umore, quello dei disturbi del pensiero, quello delle "nevrosi", quello relativo alle conseguenze di eventi traumatici o stressanti, e infine il gruppo dei disturbi della personalità.



I disturbi dell'umore: ‘alti’ e ‘bassi’ nel corso della vita

Non ci rendiamo mai conto della assoluta rilevanza di un elemento basilare del funzionamento della mente, che in qualche misura condiziona ogni nostra azione e pensiero: l'umore (cioè il sentirsi tristi, o allegri).

Si può affermare che l'umore ci fornisce inconsapevolmente in ogni istante una valutazione di noi stessi, ed è il filtro ineludibile attraverso il quale percepiamo e quindi valutiamo il rapporto di forza che c'è tra noi e qualsiasi situazione che ci circonda.

L'umore è dunque una sorta di paio di occhiali, che non possiamo toglierci, e il cui colore può mutare, dal "rosa" al "nero", facendoci percepire il mondo con tutte le sfumature intercorrenti.

Segnalo che pur se comunemente, pensando ai 'disturbi dell'umore', si pensa solo alla depressione, esiste tuttavia anche lo stato opposto, cioè quello caratterizzato da uno stato d'animo di euforia/eccitazione/iperattività patologica (questa condizione in psichiatria si chiama: *mania*).

Molte persone nell'arco della vita vanno incontro "senza alcuna spiegazione o motivo plausibile" a periodi sia di depressione che di mania (queste persone sono dette: *bipolari*). [Ho già citato, per chi volesse averne un esempio, il film *Mr. Smith* con Richard Gere] Sono episodi di tipo 'endogeno', psicotico – ai quali ho fatto cenno parlando dei pazienti in manicomio –, la cui gravità solitamente è la stessa in tutti gli episodi.

Nel caso in cui la persona che abbiamo di fronte abbia già avuto nel passato altri episodi depressivi (o di subeccitamento o di iperattività), è prudente(!) sospettare la possibilità di una prevalente componente 'endogena' – piuttosto che 'reattiva' agli eventi della vita – della condizione che ci troviamo ad osservare. Questo vale anche quando ci sia una apparente spiegazione, un qualche motivo plausibile che sembri poter giustificare perché l'umore della persona si è abbattuto.

La velocità con la quale l'episodio si instaura può durare settimane o mesi, ma sia pure raramente può avvenire anche "di colpo", dalla sera al mattino seguente in modo drammatico... Solitamente questi periodi durano alcuni mesi, e nel passaggio tra l'uno e l'altro c'è un periodo di "equilibrio" di alcuni anni (o di alcuni mesi). La durata e le combinazioni possibili del succedersi dei periodi di depressione, di eccitamento, e di equilibrio, sono tuttavia infinite, e imprevedibili in almeno la metà dei casi. Una cosa è tuttavia certa: per quanto gravi siano, gli episodi di depressione e di mania di tipo 'endogeno' – se non succede l'irreparabile –, finiscono per **scompare sempre spontaneamente**, con un ritorno all'equilibrio (fino alla prossima ricaduta...).

È intuibile che una persona che si trovi in uno stato di euforia/eccitazione si senta 'più che bene', e quindi si tenga ben alla larga da qualsiasi forma di terapia o di counseling!

La depressione non è semplicemente il sentirsi tristi o molto tristi, né l'essere dispiaciuti, o fortemente delusi, o "addolorati" per la perdita dell'animale domestico o di un familiare... I disturbi dell'umore gravitano intorno ad un 'nucleo' che è costituito dalla **autostima**: la persona depressa si ritiene non all'altezza di ciò che dovrebbe fare, pensa che persino il suo corpo sia diventato "inefficiente", malato. Ripensa sempre alle cose già fatte, anche nel remoto passato, e gli sembra di aver commesso soltanto errori; a nulla servono rassicurazioni e consolazioni da parte dei conoscenti. Il soggetto a volte si abbandona per giorni sul letto, in una sorta di mutismo, mentre in altri casi appare irrequieto, irritabile, in preda ad elucubrazioni sulle imminenti catastrofi che travolgeranno lui e i suoi cari. Vede tutto "nero".

La depressione (specie se marcata) tuttavia non riguarda soltanto lo stato d'animo, come si può evincere da questo elenco dei tanti segni che possono presentarsi:

- ▶ abbassamento del tono dell'umore o sbalzi dell'umore (anche nell'arco della stessa giornata, a volte con miglioramento vespertino/serale che arriva al buonumore), e/o irritabilità marcata
- ▶ insorgenza di crisi di pianto immotivato
- ▶ autosvalutazione sproporzionata, fino al rimuginio su episodi banali del passato, ripensati come errori o colpe gravi e inemendabili (questa è la causa degli omicidi di familiari, seguiti dal suicidio)
- ▶ astenia/stanchezza, fino al rallentamento motorio; momenti di immobilità con lo sguardo perso nel vuoto (come in uno stato di *trance*); oppure agitazione/irrequietezza
- ▶ ansia senza motivo con continuo affaccendamento incongruo su e giù per la casa; vissuto di assoluta incapacità nell'affrontare le incombenze più banali della vita quotidiana; marcata indecisione nel fare scelte di poco conto (cosa cucinare, come vestirsi...) oppure continuo rinvio degli impegni dentro e fuori casa
- ▶ svogliatezza, perdita del piacere di dedicarsi a quelle attività che erano usualmente gradite; perdita dell'interesse per l'attività sessuale
- ▶ diminuzione dell'interesse per i familiari (oppure, a volte: preoccupazioni esagerate o del tutto infondate per la loro salute)
- ▶ rifiuto della compagnia, non sopportazione della presenza di estranei, del chiasso e delle feste (*Christmas blues*)
- ▶ trascuratezza nella cura della persona (pulizia e abbigliamento)
- ▶ disturbi dell'appetito (con calo ponderale, oppure aumento da inattività)
- ▶ alterazioni della cenestesi come cefalee, "disturbi di stomaco", frequente senso di affanno; sospiri frequenti; raschio in gola o "tossetta" continua
- ▶ iperalgesia (percezione molto acuita dei dolori fisici)
- ▶ preoccupazioni del tutto infondate per la propria salute, che non recedono di fronte ad alcun genere di rassicurazione o ricerca clinica, con sfiducia e rifiuto delle cure (causa di suicidi)
- ▶ riuscire ad evacuare diventa una vera "ossessione", con abuso di lassativi fino a determinare conseguenze sugli elettroliti
- ▶ riacutizzazione o comparsa di patologie cutanee come dermatite seborroica, psoriasi, micosi o altre (nelle forme di depressione ricorrente rappresentano un campanello di allarme perché la loro comparsa precede di pochi giorni o pochissime settimane i sintomi depressivi della psiche)
- ▶ diminuzione delle capacità cognitive e memoria; perdita di concentrazione
- ▶ diminuzione della attenzione, con ripetuti episodi di distrazione
- ▶ disturbi del ritmo del sonno: clinofilia diurna; risveglio molto precoce accompagna-

to da una intensa sensazione di angoscia (questo è il momento più penoso e "pericoloso" della giornata). Un risveglio precoce accompagnato da ansia senza motivo è frequentemente il primo sintomo di sofferenza psichica soggettiva che compare nella depressione – precedendo di giorni o settimane tutti gli altri –, ed è poi l'ultimo a svanire)

- ▶ idee di auto-nocumento (la loro messa in atto è più frequente quando c'è irrequietezza/agitazione, o la convinzione di avere una malattia fisica incurabile).

All'opposto del depresso, il soggetto in fase maniacale gode invece vede tutto "rosa". Ha una iper-valutazione di sé, per cui si proietta solo nel futuro, in continue iniziative a volte davvero geniali, ma il più delle volte azzardate o del tutto insensate, sia a livello lavorativo, che affettivo e economico, facendo spese e investimenti che non può assolutamente permettersi. Cura la sua pulizia, si profuma, tiene al suo aspetto a volte in modo eccessivamente ricercato, fino ad abbigliarsi in modo sgargiante o stravagante. Si sente forte fisicamente, capace di affrontare fatiche immani, magari in sport che non ha mai praticato. È euforico, irrequieto, subeccitato, dorme poco, parla in continuazione, è invadente, non accetta alcun consiglio, tantomeno... di consultare uno psichiatra.

Attualmente il DSM contempla:

1) i **disturbi bipolari**, cioè quelle situazioni nelle quali si alternano con modalità particolari periodi di depressione e di mania:

- a) disturbo bipolare I
- b) disturbo bipolare II
- c) disturbo ciclotimico (presenza frequente, nell'arco di 2 anni, di periodi depressivi e maniacali alternati, ma mai particolarmente gravi)

2) **disturbi depressivi**, nei quali c'è soltanto una sintomatologia depressiva:

- a) disturbo depressivo maggiore, cioè depressione in forma grave, della quale ho descritto il quadro dei sintomi
- b) disturbo depressivo persistente (*distimia*): almeno due anni di depressione continua
- c) disturbo disforico premenstruale [si! Dal 2013 è classificato come patologia a tutti gli effetti]



I disturbi del pensiero: le schizofrenie e altri disturbi psicotici; i *'sintomi positivi'* e i *'sintomi negativi'*

Sintomi 'tipici', ma non esclusivi, della schizofrenia sono:

- disturbi del pensiero e del linguaggio: deliri, disorganizzazione e frammentazione del pensiero e del linguaggio, alogia
- allucinazioni (dette anche: *dispercezioni*)
- alterazioni della affettività: affettività marcatamente appiattita o inappropriata (es.: paratimia: risposta emotiva di tipo opposto allo stimolo, come scoppiare a ridere per una notizia luttuosa)
- abulia
- alterazioni del comportamento: comportamento disorganizzato, rallentamento psicomotorio, ripetitività, catatonìa
- alterazioni delle capacità relazionali, del funzionamento sociale e scolastico/lavorativo.

Anche se a volte non sono apprezzabili elementi eclatanti (quali deliri o allucinazioni) o particolari, quando si entra ‘in contatto’ con queste persone, si percepisce la loro mancanza di ‘sintonia’: nel dialogo non modulano le emozioni in armonia con l’interlocutore, non comprendono le allusioni, non afferrano le ironie, né i paradossi (né le barzellette); prendono ‘alla lettera’ tutto quanto viene detto ...

Sintomi detti ‘negativi’ della schizofrenia (perdita di funzione):

Appiattimento affettivo: ridotta intensità della espressione facciale, scarso contatto con gli occhi, scarsa mimica; mancanza di risposte emozionali (e mancanza di inflessioni vocali).

Anedonia: incapacità di provare piacere; isolamento; distacco dagli interessi sociali e sessuali.

Abulia: perdita della spinta di base ad iniziare e portare a termine progetti; apatia, “pigritia”; trasandatezza nell’igiene; scarso rendimento nello studio o lavoro.

Compromissione dell’attenzione: incapacità di focalizzarsi su un compito; difficoltà nell’eseguire calcoli a mente; senso di sovraccarico da stimoli "eccessivi".

Alogia: diminuzione della quantità di linguaggio spontaneo, e/o povertà dei contenuti. Aumento della latenza nel rispondere a domande o ‘ordini’, fino al blocco.

Nota 1: i sintomi negativi della schizofrenia e i sintomi della depressione sono in parte simili, ed in alcuni pazienti – specie se si tratta di un primo episodio in un giovane – può essere difficile fare una diagnosi differenziale tra le due patologie.

Nota 2: alcuni farmaci “per la schizofrenia” possono indurre un quadro clinico che appare come una depressione, ma che in realtà è un rallentamento o riduzione dei movimenti.

Sintomi detti ‘positivi’ (o ‘produttivi’) (iperattività o distorsione di funzione):

Allucinazione: pur in assenza di qualsiasi stimolo sensoriale esterno, c'è una percezione – che può essere uditiva (voci dialoganti o di commento), visiva, tattile, olfattiva, gustativa o cenestesica – che viene avvertita con i caratteri di un evento del tutto reale.

Delirio: convincimento radicato, ma erroneo, che non si modifica di fronte ad alcuna dimostrazione dei dati della realtà. I deliri tendono a strutturarsi secondo schemi di persecuzione o di influenzamento, di grandezza, di furto o propagazione dei pensieri, di somatizzazione, di tipo genealogico, di gelosia, a sfondo mistico-religioso ... Il delirio può presentarsi anche in forma di una fulminea 'intuizione' riguardo un singolo elemento o evento ("*Ogni rivelazione è una chiamata*").

Linguaggio disorganizzato (il linguaggio rappresenta l'indicatore empirico del pensiero): nessi associativi allentati o sconnessi, illogicità, iper-elaborazione, assonanza, deviazione, logorrea, incomprendibilità totale; facile distraibilità durante l'eloquio.

Comportamenti bizzarri: nell'aspetto, nel vestiario; nella sessualità, nelle relazioni sociali; agitazione o aggressività; ripetitività di frasi; stereotipie (dei gesti, dondolio), manierismi, ecoprassia (imitazione dei movimenti dell'interlocutore), ecolalia (ripetizione delle parole dette da altri).

Nota: alcuni sintomi dell'eccitamento euforico sono sovrapponibili a quelli 'positivi' della schizofrenia; in alcuni pazienti (specie se giovani e al primo episodio), può essere molto difficile fare una diagnosi differenziale tra le due patologie.

Situazioni particolari da tenere presenti:

- l'esordio: è "sempre" entro i 25 anni; se la persona è più grande, e al primo esordio, pensare ad un disturbo dell'umore [eccitamento maniaco: dorme poco, parla molto, è disinibito, tiene molto alla cura personale e all'aspetto]
- i cosiddetti "deliri lucidi": apparenza normale, comportamento sostanzialmente adeguato e a volte integrato, ma con idee di grandezza (invenzioni rubate, essere figli di persone importanti...) o di persecuzione (servizi segreti, condotte remote che devono essere punite, marziani...). A volte: querulomania (denunce continue contro tutti).
- le parafrenie: forma di pensiero schizofrenico, con apparente insorgenza in età adulta; vita 'a doppio binario'.
- il delirio di gelosia: intuizioni del tutto assurde! Non guarisce mai, e "passa" da un partner all'altro!
- il DOC dello psicotico: 'deve' comportarsi secondo schemi compulsivi o fobici, tuttavia manca la componente emotiva, la 'sofferenza', del 'nevrotico'.

- la dismorfofobia: in apparenza è una semplice preoccupazione esagerata per difetti banali del proprio aspetto (è inquadrata nei disturbi d'ansia), ma c'è una impermeabilità totale a vedersi come è, cioè 'normale'; scarsa modulazione affettiva.

Mentre questi erano i disturbi schizofrenici contemplati nel 1978:

Psicosi schizofreniche nel ICD 9-CM (codice: 295.x)

- 295.0 Tipo semplice. Schizofrenia simplex.
- 295.1 Tipo disorganizzato. Ebefrenia. Schizofrenia, tipo ebefrenico
- 295.2 Tipo catatonico. Agitazione catatonica. Catalessia schizofrenica. Catatonìa schizofrenica. Eccitamento catatonico. Flessibilità cerea schizofrenica. Schizofrenia catatonica, con ritiro. Schizofrenia catatonica, tipo eccitato. Stupore catatonico
- 295.3 Tipo paranoide. Schizofrenia parafrenica
Escl.: stato paranoide involutivo (297.2). Parafrenia (297.2). Paranoia (297.1)
- 295.4 Episodio schizofrenico acuto. Attacco schizofreniforme. Disturbo schizofreniforme. Onirofrenia. Psicosi schizofreniforme, tipo confusionale
Escl.: forme acute di schizofrenia di tipo catatonico (295.2), ebefrenico (295.1), indifferenziato (295.8), paranoide (295.3), semplice (295.0)
- 295.5 Schizofrenia latente. Reazione schizofrenica latente. Schizofrenia borderline. Schizofrenia incipiente. Schizofrenia prepsicotica. Schizofrenia prodromica. Schizofrenia pseudonevrotica. Schizofrenia pseudopsicopatica
Escl.: personalità schizoide (301.20-301.22)
- 295.6 Schizofrenia residuale. Schizofrenia indifferenziata cronica. Stato schizofrenico residuale
- 295.7 Tipo schizoaffettivo. Psicosi mista schizofrenica ed affettiva. Psicosi schizoaffettiva. Psicosi schizofreniforme, tipo affettivo. Schizofrenia ciclica
- 295.8 Altri tipi specificati di schizofrenia. Schizofrenia acuta (indifferenziata). Schizofrenia atipica. Schizofrenia cenestopatica
- 295.9 Schizofrenia non specificata. Psicosi schizofreniforme SAI. Reazione schizofrenica SAI. Schizofrenia indifferenziata SAI. Schizofrenia mista SAI. Schizofrenia SAI

[SAI: senza altra indicazione]

il DSM attuale (del 2013) contempla invece:

- **Disturbo delirante** (Tipo erotomanico, di grandezza, di gelosia, di persecuzione, somatico, misto; senza specificazione, con contenuto bizzarro)
- **Disturbo psicotico breve** (con marcato/i fattore/i di stress; senza marcato/i fattore/i di stress; con esordio nel postpartum)

- **Disturbo schizofreniforme** (con caratteristiche prognostiche favorevoli; senza caratteristiche prognostiche favorevoli)
- **Schizofrenia** (deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzato; eventuali sintomi negativi)
- **Disturbo schizoaffettivo** (Tipo bipolare e Tipo depressivo)

Segnalo che al di fuori del DSM, è molto considerata questa interessante distinzione, che prende in considerazione anche la causa possibile:

SCHIZOFRENIA TIPO I:

- presenza di sintomi 'positivi'
- assenza di anomalie strutturali dell'encefalo
- buona risposta al trattamento

SCHIZOFRENIA TIPO II:

- presenza di sintomi 'negativi'
- presenza di anomalie strutturali dell'encefalo (nel lobo frontale)
- scarsa risposta al trattamento



Le "nevrosi"

Avevo detto che pochi decenni fa erano solo quattro le nevrosi considerate: la nevrosi d'ansia, la nevrosi depressiva, quella ossessivo-compulsiva e quella isterica. Ma che fine hanno fatto le "nevrosi" nell'attuale DSM (2013)?

La nevrosi ansiosa è diventata un gruppo di disturbi d'ansia:

- Disturbo d'ansia di separazione (specie nei bambini in età prescolare)
- Fobia specifica (verso il sangue, ragni, situazioni ...)
- Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale, temere il giudizio degli altri...)
- Disturbo di panico (attacchi di panico che si ripetono)
- Agorafobia (paura degli spazi aperti)
- Disturbo d'ansia generalizzata (l'ansia è presente per almeno 6 mesi, o incide sulle prestazioni, o si ripercuote sul fisico)

La nevrosi depressiva è evoluta in un gruppo di disturbi:

- Disturbo da lutto persistente complicato
- Distimia (almeno due anni di depressione continua)
- Disturbo dell'adattamento (sintomi depressivi, ansiosi, o comportamentali con-

seguenti a eventi 'stressanti' singoli o ripetuti)

La nevrosi ossessivo-compulsiva è a sua volta evoluta in un gruppo di disturbi:

- Disturbo ossessivo-compulsivo (presenza di pensieri ricorrenti e/o comportamenti ripetitivi, o tic)
- Disturbo di dismorfismo corporeo (preoccupazione per difetti fisici inesistenti o insignificanti)
- Disturbo da accumulo (difficoltà a separarsi da oggetti, anche privi di valore)
- Tricotillomania (strappamento con le dita dei capelli, sopracciglia, peli)
- Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle fino a creare cicatrici)

Infine, i quadri sintomatologici che un tempo venivano tutti ricondotti alla "isteria" sono stati disaccorpati e ricondotti a:

- Disturbi somatoformi (disturbi fisici dovuti a cause psichiche)
- Disturbi dissociativi (non è schizofrenia! ma distacco dalla realtà di breve durata)
- Disturbo istrionico di personalità



Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

Questo è un gruppo nuovo di disturbi (non menziono alcuni che si presentano nell'infanzia).

Il più noto è il 'Disturbo da stress post-traumatico', che è stato riconosciuto per la prima volta nei reduci della guerra del Vietnam. Insorge nelle persone che hanno avuto esperienze come essere vicini ad una morte violenta, o subire violenze (anche sessuali) o aver visto persone 'amiche' in situazioni di sofferenza o pericolo di vita... In questi soggetti può accadere che insorgano vari tipi di sintomi: incubi, disturbi del sonno, o continui ricordi dell'evento, reazioni emotive intense in presenza di situazioni simile a quella 'originaria', ma in taluni anche un appiattimento emotivo al quale reagiscono cercando emozioni violente o pericolose ad esempio nella guida, o negli sport.

Ho scritto: "può accadere" perché gemelli, nella stessa situazione, non riportano le stesse conseguenze psichiche.

Ho già parlato del 'Disturbo dell'adattamento' che insorge in seguito a 'stress' psicologici singoli o ripetuti: essere lasciati dal partner, ma anche essere maltrattati sul lavoro. Si manifesta con ansia, o con ansia e umore depresso misti, o con alterazione della condotta, o con alterazione mista dell'emotività e della condotta. In pratica, ha preso il posto della "vecchia" diagnosi: "depressione reattiva".



I disturbi di personalità (un tempo: 'personalità psicopatiche')

Sono tanti, spesso di difficile delimitazione. Ho però già segnalato che gli psichiatri si occupano delle patologie, e quindi tra le decine di tipi di disturbi di personalità presenti nella popolazione, prendono in considerazione nel loro DSM soltanto quelli che comportano o possono comportare manifestazioni (socialmente) 'negative'!

In modo sintetico:

Gruppo A: quelli strani ed eccentrici

- **Disturbo Paranoide di personalità:** sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.
- **Disturbo Schizoide di personalità:** distacco dalle relazioni sociali; gamma ristretta di espressività emotiva.
- **Disturbo Schizotipico di personalità:** disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, ed eccentricità nel comportamento.

Gruppo B: quelli imprevedibili o un po' "pesanti" da gestire

- **Disturbo Antisociale di personalità:** inosservanza e violazione dei diritti degli altri.
- **Disturbo Borderline di personalità:** instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e marcata impulsività.
- **Disturbo Istrionico di personalità:** emotività eccessiva e ricerca di attenzione.
- **Disturbo Narcisistico di personalità:** grandiosità, necessità di essere ammirati, e mancanza di empatia.

Gruppo C: quelli ansiosi e paurosi

- **Disturbo Evitante di personalità:** inibizione, sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità ai giudizi negativi.
- **Disturbo Dipendente di personalità:** comportamento sottomesso e adesivo, collegato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi.
- **Disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità:** eccessiva preoccupazione per l'ordine; perfezionismo ed esigenze di controllo.

Nota: è frequente osservare nella stessa persona una concomitanza di disturbi di personalità appartenenti a gruppi diversi.

Per la estrema instabilità e la imprevedibile mutevolezza dei comportamenti, la

personalità borderline costituisce sempre un problema di difficile gestione per chi opera in ambito terapeutico o assistenziale. In molti casi inoltre ci si trova di fronte ad una difficoltà diagnostica con i disturbi dell'umore o di tipo schizofrenico.

Si può osservare:

- Spiccata instabilità delle relazioni interpersonali: queste vengono 'caricate' di intensa emotività, ma di fatto il soggetto per un nonnulla (spesso del tutto 'inimmaginabile' da parte dell'altro), passa dalla idealizzazione dell'altro alla sua totale svalutazione e all'accusa di 'tradimento' del rapporto. 'Terrore' di essere abbandonato anche dal terapeuta.
- Spiccata instabilità della considerazione di se stesso, fino a mettere in discussione la propria identità.
- Spiccata instabilità dell'umore: dalle crisi di rabbia/disforia o ansiose della durata di poche ore, fino alle oscillazioni vere e proprie dell'umore, che però durano pochi giorni.
- Impulsività marcata in molti ambiti: da quelli 'piacevoli' come il sesso, le abbuffate di cibo, lo spendere, o le sostanze di abuso, per passare alla spericolatezza nella guida, alle minacce, fino ad arrivare ai gesti autolesivi che comprendono la automutilazione e il suicidio frequente (i borderline si suicidano più dei depressi).
- Frequente e a volte costante sensazione di 'vuoto'. Momenti di rabbia immotivata, litigiosità e scontri fisici col prossimo.
- Possibile comparsa di idee di tipo paranoiciale; gelosie improvvise; episodi di tipo 'dissociativo' in conseguenza di stress.



Rapporti tra corpo e mente

Voglio qui ricordare quali siano le condizioni mediche che più facilmente inducono sintomi psichici:

- Metabolismo tiroideo basso: depressione + rallentamento + astenia
- Metabolismo tiroideo alto: ansia/eccitazione; insonnia; ipersessualità
- Diabete non diagnosticato negli uomini: depressione da impotenza (spesso è il primo sintomo del diabete) [Nelle mogli: gelosia!]
- Anemia, carenza di ferro: abulia e astenia, fino alla depressione nelle donne
- Ipocalcemia: crisi di ansia improvvisa e tremori
- Epilessia: permalosità; tendenza alle iterazioni ideative e ad un eloquio 'complesso'; fenomeni di *déjà vu* e di *déjà vécu* [improvvisa sensazione di aver *già visto* o *già vissuto* la situazione]

- Idrocefalo normoteso: depressione, astenia degli arti inferiori
- Stati infiammatori: depressione



Un po' di chiarezza. Piccolo vocabolario :

- **affettività** si riferisce alla risonanza emotiva che ci viene indotta dal rapporto con le persone e dalle situazioni: normalmente varia 'in continuazione' per tipo e intensità: rabbia, paura, disgusto, gioia, etc. *Anaffettivo* = senza emozioni. *Alessitimico* = incapace di percepire le proprie emozioni e quindi di descriverle.
- **alogia** è la diminuzione del linguaggio spontaneo, e/o povertà dei contenuti, ritardo nel rispondere a domande o 'ordini', fino al blocco.
- **clinofilia** è la propensione a restare a letto
- **delirio** è un convincimento erroneo che non recede di fronte ad alcuna dimostrazione di realtà.
- **delirium** non ha a che vedere col delirio: alterazione dello stato di coscienza dovuta a malattia fisica o intossicazione (veleni, droghe).
- **disforico** si riferisce ad una condizione psichica che è un misto di scontentezza, malumore, irritabilità, aggressività.
- **dismorfofobia** è la sofferenza per un difetto estetico (o funzionale) di poco conto (e a volte inesistente) che tuttavia condiziona o annulla le relazioni del soggetto.
- **disturbo dissociativo** non ha a che vedere con la schizofrenia, ma si riferisce ad una alterazione dello stato di coscienza dovuto cause psichiche (ad esempio forti emozioni)
- **DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** ad uso degli psichiatri, giunto alla versione 5. È soggetto a *copyright*. La traduzione italiana, edita da Cortina, può essere acquistata (versione con rilegatura flessibile) a 129 euro.
- **emozione** è un insieme di 'pensiero' e sensazione fisica subitanei, di breve durata. Quando dura a lungo, prevale il 'pensiero' e diventa **sentimento**.
- **endogeno** vuol dire che proviene da cause di tipo fisico o costituzionali – cioè interne –, della persona. **Esogeno**, termine molto meno usato, si riferisce invece a elementi esterni alla persona, che inducono alterazioni di tipo 'reattivo'.
- **hikikomori** sono quei giovani (hanno cominciato i giapponesi, da cui il nome) che vivono chiusi nella loro stanza, continuamente collegati al web, rifiutando ogni contatto di persona.
- **ICD: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems** è il catalogo di tutte le malattie, comprese quelle della psiche, adottato da tutte le strutture sanitarie mondiali. In Italia la versione di riferimento è la 9-CM, che può essere liberamente scaricata dal sito del Ministero della Salute.
- **mania** è la condizione psichica opposta alla depressione! **Maniacale** vuol dire: di ottimo umore, iperattivo, euforico, ipertimico e non, come è uso comune, 'con la fissazione' per qualcosa!
- **paranoia** si riferisce a idee di persecuzione, o a idee di grandezza, e non alla sensazione di de-

pressione e malessere che compare dopo l'effetto di amfetamine o cocaina.

- ***psicotico*** è un termine che in origine gli psichiatri usavano per riferirsi sia ai soggetti con gravi disturbi dell'umore, sia agli schizofrenici. Attualmente però con questa parola si allude (quasi) esclusivamente ad un soggetto schizofrenico.
- ***umore*** e ***timismo*** si riferiscono alla stessa cosa, sono del tutto equivalenti. Per es.: *di umore sereno* = *eutimico*, *distimico* = *umore alterato*.

