

Disturbi psichici Ne soffrono circa 4 italiani su 10. Troppi li sottovalutano

Psichiatra, psicologo oppure neurologo? A chi rivolgersi e quando

Aver chiare le differenti competenze può facilitare il ricorso ai diversi esperti della salute mentale

Sentirsi depressi, non riuscire a dormire la notte, l'ansia che non abbandona, lo stress fuori controllo. Sintomi comuni, che la maggior parte di noi ha sperimentato in qualche momento della vita. Possono essere normali, per esempio, in seguito a un evento traumatico come un lutto, la perdita del lavoro, la fine di un amore o una malattia. Ma le reazioni di ciascuno alle intemperie del destino dipendono dalla storia personale, dagli aspetti biologici, dal contesto in cui si vive. Se, a distanza di tempo, quei sintomi persistono e diventano ingestibili, potrebbero essere la spia di una sofferenza più profonda.

Secondo le stime della Società italiana di psichiatria (Sip), circa 4 italiani su 10 soffrono di qualche disturbo psichico. «Nella maggior parte dei casi non si tratta di problemi cronici o severi — chiarisce il presidente della Sip, Claudio Mencacci —. Ma, se un disturbo viene sottovalutato, può cronicizzarsi e aggravarsi col passare del tempo. Purtroppo, la maggior parte di chi ne soffre non accede alle cure o lo fa in ritardo: tuttora esiste intorno alla salute mentale un alone di paure, vergogna, pregiudizi». Così si tende a nascondere il disagio, eppure la maggior parte dei disturbi psichici è curabile.

«Oggi — sottolinea lo specialista — esistono trattamenti efficaci. Anche in caso di malattie più severe i trattamenti permettono, se non di guarire completamente, almeno di gestirle meglio, consentendo ai pazienti di condurre una vita dignitosa».

Il primo passo, quindi, è abbattere il muro di paura nei con-

fronti dei disturbi psichici e lo stigma dell'incurabilità che da sempre accompagna la sofferenza mentale. Ma quali sono gli specialisti cui fare riferimento? Quando occorre chiedere aiuto allo psicologo? Quando allo psichiatra, piuttosto che al neurologo?

«A volte i loro ruoli si sovrappongono erroneamente, — chiarisce Mencacci — ma ciascuno ha un suo percorso formativo e competenze specifiche». Partiamo dalla formazione.

Lo psichiatra e il neurologo sono medici, che hanno conseguito la specializzazione nelle rispettive branche. Lo psicologo, dopo essersi laureato in Psicologia, ha svolto un tirocinio e poi ha sostenuto l'esame di Stato per iscriversi all'Albo professionale. Non essendo medico, però, non può prescrivere farmaci.

La psicoterapia, invece, può praticarla chi è abilitato, sia psicologo che medico, previa formazione specifica.

«Lo psicologo è, in genere, la figura professionale che incute meno timore, mentre ci possono essere ancora ritrosie a rivolgersi allo psichiatra — fa notare Mencacci —. Ma lo psichiatra, oltre a un sapere relazionale che deriva dalla formazione in psicoterapia, ha una competenza medica che gli permette di fare la diagnosi: per esempio, un disturbo da panico potrebbe essere anche la "spia" di problemi cardiologici o alla tiroide. Oggi, poi, la psichiatria non si occupa più solo della follia e di malattie psichiche gravi, ma della salute mentale in senso lato e cura anche disturbi come ansia e depressione». Proprio per facilita-

re l'accesso alle cure, anche per superare la barriera della vergogna ad andare da quello che a volte viene ancora considerato il medico dei «matti», esistono in diverse realtà, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ambulatori specifici dove curare, per esempio, la depressione post partum, l'ansia o disturbi post traumatici da stress.

Quando, invece, occorre rivolgersi al neurologo? «Se in passato il neurologo si occupava anche di alcuni disturbi psichiatrici — spiega Giancarlo Comi, già presidente della Società italiana di Neurologia — oggi questo specialista si concentra sulle patologie d'organo e demanda i disturbi della personalità allo psichiatra, anche quando questi ultimi compaiono in persone che soffrono di malattie neurologiche. Per esempio, al neurologo spetta la cura del malato di Alzheimer, mentre i disturbi complementari di comportamento, come la depressione, sono di competenza dello psichiatra».

E qual è il ruolo dello psicologo? «Innanzitutto bisogna stare attenti a non etichettare come disturbi anche reazioni normali, per esempio quelle in seguito a un lutto — avverte Pierluigi Policastro, presidente di Sipap, la Società italiana psicologi area professionale privata, che lo scorso ottobre ha promosso una campagna d'informazione proprio per fare chiarezza tra i cittadini sulle diverse figure di riferimento —. Se poi quell'evento traumatico, col passare del tempo, rischia di trasformarsi in depressione, allora diventa necessario il supporto psicologico». Aggiunge il presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine

degli psicologi, Giuseppe Luigi Palma: «Noi operiamo su variabili specificatamente psicologiche, quali la consapevolezza di sé, l'autostima, le risorse emotive, relazionali o cognitive, intervenendo con tecniche e approcci diversi per migliorare la qualità di vita della persona, ad esempio, mettendola in grado di far fronte allo stress».

«Che le cure psicologiche e la psicoterapia siano valide, per esempio, nel trattamento dell'ansia e della depressione lieve e moderata, è stato confermato da un recente studio dell'American Psychologist Association — sottolinea Policastro —. Si ottengono risultati più duraturi rispetto all'uso dei soli psicofarmaci, perché si aiutano le persone a prendersi carico della complessità degli eventi che vivono. Certo, se i sintomi diventano particolarmente invalidanti, vanno usati anche i farmaci, che saranno prescritti dai medici». Serve, quindi, l'integrazione tra le diverse competenze. «Ciascun professionista fa la sua parte, importante è affidarsi ad esperti — puntualizza Mencacci —. A volte, proprio perché si ha paura di rivelare la propria sofferenza, si cercano soluzioni alternative, rivolgendosi a "guaritori" improvvisati. Occorre invece parlare subito dei propri disturbi col medico di famiglia, che ha il compito di indirizzare il paziente verso il percorso più adeguato».

La prevenzione e la diagnosi precoce svolgono come al solito un ruolo fondamentale. «La maggior parte dei disturbi psichici, anche i più severi come quelli psicotici (per esempio, disturbi dell'umore o schizofrenia), si manifesta già nell'adole-

scenza — afferma lo psichiatra —. Individuarli tempestivamente significa intervenire al più presto e ottenere risultati efficaci». Occorre, però, potenziare i servizi sul territorio. «In questi anni, anche a causa della crisi economica, i bisogni di salute mentale sono aumentati —

continua Mencacci —. E i servizi, depauperati, non sempre sono in grado di dare risposte adeguate alle persone. Rafforzarli significa investire sulla vita delle persone e del Paese, dal momento che i disturbi psichici provocano disabilità in un caso su quattro, con enormi costi per

la collettività».

«In Italia — aggiunge PolICASTRO — la psicoterapia viene vista ancora come un lusso. Eppure, uno studio della London School of Economics evidenzia che le cure psicologiche, oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti, fanno risparmiare». I

motivi? Si ricorre meno alle medicine e si riducono sensibilmente le assenze dal lavoro per malattia. «Parte di quel risparmio — conclude lo psicologo — potrebbe essere investita in servizi offerti nell'ambito del sistema sanitario pubblico a chi ne ha bisogno».

Cronicizzazione

Il disagio spesso è solo transitorio, ma se viene trascurato può aggravarsi

Pregiudizi

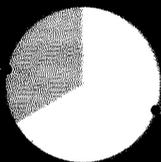
Resiste un alone di paure e vergogna che tiene lontane le persone dalle terapie

17 milioni

Gli italiani con disturbi mentali



di questi



1/3

Ha disturbi persistenti

2/3

Ha disturbi episodici o ripetuti

I DISTURBI PIÙ FREQUENTI

(possibile comorbidità)

- **Ansia**: circa **8 milioni** di italiani
- **Insomnia**: quasi **4 milioni**
- **Depressione unipolare**: circa **4 milioni**
- **Dipendenza da alcol**: quasi **2 milioni**
- **Disturbo post traumatico da stress**: più di **1 milione**

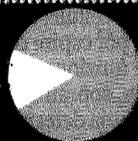
SEGUONO, NELL'ORDINE

- Disturbi di personalità
- Disturbi psicotici
- Dipendenza da cannabis
- Disturbi della condotta alimentare

10.675

I ricoveri per Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) nel 2010

Meno del 15%



Le persone con disturbi psichici che vengono in contatto con un professionista della salute mentale

Fonte: Società Italiana di Psichiatria; Ministero della Salute - Rapporto sui ricoveri in base alle schede di dimissione ospedaliera (2013); Istat 2012

La mappa dei servizi

Dipartimento di salute mentale (Dsm)

PER L'ASSISTENZA DIURNA



Centri di Salute Mentale (CSM).

Centro di primo riferimento per persone con disagio psichico. Dovrebbe essere attivo per cure ambulatoriali e/o domiciliari almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. Tra i suoi compiti, la presa in carico della persona nel suo luogo di vita abituale, per cogliere l'insieme degli aspetti psicologici, sociali e biologici alla base del disagio psichico. Ha un'équipe costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere

Day Hospital. Per diagnosi e interventi terapeutico-riabilitativi a breve e medio termine, programmati dal CSM (per evitare il ricovero). Dovrebbe funzionare almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana, presso ospedali o strutture collegate col CSM

Centri Diurni. Per percorsi terapeutico-riabilitativi e per apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività quotidiane e nelle relazioni interpersonali, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. È previsto che siano aperti almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana



SERVIZIO OSPEDALIERO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Questa l'organizzazione delle strutture per la cura dei disturbi psichici prevista dal progetto Obiettivo «Tutela Salute Mentale 1998-2000». Nella realtà, purtroppo, l'offerta dei servizi (che possono avere localmente nomi differenti) è molto disomogenea, da Regione a Regione, a volte da Asl ad Asl, come ha evidenziato la Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato dei servizi di salute mentale

Presso l'Asl; ad esso fa capo l'insieme di strutture e servizi per prevenzione, presa in carico dei pazienti, continuità dell'assistenza, anche per garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno. Dovrebbe avere 1 operatore ogni 1.500 abitanti
OFFRE I SEGUENTI SERVIZI (possono avere un nome diverso nelle varie Regioni)



PER L'ASSISTENZA RESIDENZIALE (EXTRA-OSPEDALIERA)

Si tratta di strutture che possono ospitare per periodi medio-lunghi persone in trattamento riabilitativo che necessitano della presenza di operatori per l'osservazione e per lo svolgimento delle attività quotidiane. Sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti

Comunità terapeutico-riabilitative

Per utenti con problemi rilevanti, con ridotti livelli di autonomia. L'équipe multidisciplinare dovrebbe essere presente sulle 24 ore

Comunità alloggio

Per chi ha un certo grado di autonomia. La presenza degli operatori deve essere garantita per 12 ore

Gruppi appartamento

Per chi necessita di sostegno nelle attività di vita quotidiana e comunitaria.
Promuove attività di risocializzazione

Reparti ospedalieri per trattamenti sanitari in **ricovero**, volontario o obbligatorio, **limitato nel tempo**. I posti letto complessivi dovrebbero essere 1 ogni 10 mila abitanti; ciascun SPDC ha non più di 16 posti letto ed è dotato di spazi per attività comuni

D'ARCO

Il Piano nazionale rilancia il «percorso» terapeutico

Dalle singole prestazioni, al «percorso di presa in carico e di cura». La ridefinizione del concetto di Livello essenziale di assistenza (Lea) per la Salute mentale è la principale novità del «Piano di azione nazionale per la Salute mentale» approvato a gennaio dalla conferenza Stato-Regioni. Il documento, che dedica particolare attenzione alla necessità di continuità delle cure, impegna le Regioni a recepirne i contenuti. «Spesso le Regioni disattendono linee di indirizzo e piani di azione — commenta lo psichiatra Renzo De Stefani, tra i sostenitori della proposta di legge di iniziativa popolare "181" —. Oggi occorre un provvedimento legislativo che rilanci alcuni principi della 180, soprattutto in tema di buone pratiche da attuare».

L'assistenza Offerta disomogenea e la Commissione d'inchiesta parlamentare denuncia preoccupanti criticità

Dopo le cure pochi progetti di riabilitazione Così si rischia di ricreare i manicomi

Racconta la figlia di una paziente: «Mia madre soffre di schizofrenia e da anni ha allucinazioni e manie di persecuzione. È in cura presso un Cps (Centro psicosociale) lombardo, che però riesce solo a mandare ogni mese qualcuno a fare un'iniezione a domicilio. Purtroppo, più volte è stato necessario il trattamento sanitario obbligatorio, con relativi ricoveri. Mamma vive da sola e per motivi di lavoro non riesco a seguirla: ho chiesto aiuto al Cps e al Comune, ma sembra che non abbia diritto all'accompagnamento o semplicemente a un aiuto per assisterla». E un uomo che vive nel Lazio: «Mio padre soffre di disturbo bipolare. L'Asl, pur conoscendo le sue condizioni, da più di due anni lo ha abbandonato a se stesso: i contatti con la psichiatra sono diventati sporadici. Da allora ha avuto vari incidenti, con conseguenti ricoveri in ospedale per curare lo stato fisico e mentale, ma poi, al momento delle dimissioni, è stato di nuovo lasciato solo». Queste segnalazioni, giunte al Pit Salute del Tribunale dei diritti del malato - Cittadinanzattiva, testimoniano la solitudine di famiglie in difficoltà per la carenza di servizi adeguati sul territorio.

«L'impatto della crisi si fa sentire di più in un'area delicata come la salute mentale — os-

serva Francesca Moccia, direttore dell'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva —. L'accesso alle cure pubbliche è peggiorato da un anno all'altro, in particolare l'assistenza fornita dai presidi territoriali, che non riescono ad assicurare il servizio a tutti gli utenti. Così la salute mentale, pur rientrando nei Livelli essenziali di assistenza (che vanno garantiti a tutti i cittadini, ndr), di fatto diventa un *Lea* non erogato».

Già la primavera scorsa la «Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato dei servizi di salute mentale» aveva lanciato l'allarme. I suoi componenti, dopo aver visitato diverse strutture in tutta Italia e ascoltato le associazioni dei familiari dei pazienti, avevano riscontrato «evidenti criticità» sintetizzate nella relazione finale. Ecco quali.

1 - «L'apertura solo diurna dei Centri di salute mentale (Csm), spesso per fasce orarie ridotte, con conseguente ricorso alla domanda di posto letto nell'ambito ospedaliero del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc)».

2 - «L'esiguità di interventi territoriali individualizzati e integrati con il sociale, frequentemente limitati a semplici visite ambulatoriali ogni due/tre mesi per prevalenti prescrizioni farmacologiche».

3 - «La sopravvivenza, nonostante i processi legislativi di deistituzionalizzazione, di comunità con caratteristiche di luoghi privi di valenza riabilitativa e più connotati come "contenitori sociosanitari" della disabilità psicosensoriale».

4 - «L'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, accessibili anche senza coordinamento da parte dei Csm, che rappresentano l'espansione di modelli di assistenza ospedaliera al di fuori della cultura territoriale dei progetti "obiettivo" (vedi infografica) e dei "piani" per la salute mentale dopo la legge 180».

Afferma Daniele Bosone, neurologo, che è stato vicepresidente di quella Commissione parlamentare d'inchiesta: «Abbiamo riscontrato soprattutto una carenza di servizi di riabilitazione, sia per gli adulti sia per gli adolescenti, e una notevole disomogeneità da Regione a Regione, spesso anche da un'Asl all'altra. Così, le strutture residenziali rischiano di diventare come i vecchi manicomi». Aggiunge Girolamo Digilio, medico, presidente di Unasam, l'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale: «La riabilitazione non è una favola, laddove viene fatta ha reso le persone più autonome, permettendo loro di reinserirsi

nella società e nel mondo del lavoro. Dopo il recente assassinio, da parte di un assistito, della psichiatra al Centro di salute mentale di Bari, abbiamo denunciato ancora una volta la carenza di operatori nei servizi territoriali, a causa del blocco del turnover. Nel frattempo, si sta espandendo un nuovo sistema di istituzionalizzazione in residenze per lo più private».

E incalza Renzo De Stefani, direttore del Servizio di salute mentale dell'Asl di Trento: «La legge Basaglia ha stabilito che i manicomi andavano chiusi e che le cure vanno fatte sul territorio. In diverse Regioni, per di più, le strutture residenziali private convenzionate costano troppo e assorbono risorse che dovrebbero essere destinate ai servizi territoriali».

La relazione della Commissione parlamentare ha rilevato, inoltre, che molti Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) sono reparti «chiusi». «Solo in una quindicina di Spdc è possibile entrare (su oltre 500, ndr); gli altri sono luoghi interdetti persino ai familiari dei degeniti — conferma Digilio —. Ancora oggi, poi, come rileva anche la Commissione d'inchiesta, si abusa del Trattamento sanitario obbligatorio ed è diffusa la pratica di legare le persone, pratica offensiva per la dignità del malato, oltre nociva per la sua salute».

Carenze

L'apertura dei Centri di salute mentale per fasce orarie ridotte costringe spesso a ricorrere alle strutture di ricovero

Solo farmaci

Gli interventi territoriali individualizzati si limitano spesso a visite ambulatoriali ogni due/tre mesi, soprattutto per prescrizioni di farmaci

Anziani Indagine sulle condizioni psicologiche di 24 mila ultra 64enni

Più solitudine, più disagio

Ora anche al Sud manca il sostegno sociale

Più di un anziano su cinque è a rischio di isolamento sociale e presenta sintomi di depressione; più fragili in particolare sono le donne e chi ha problemi ad arrivare a fine mese. Sono i principali risultati della sorveglianza epidemiologica «Passi d'Argento», promossa dal ministero della Salute e realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità - Cnesps (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute), che tra il 2012 e il 2013 ha coinvolto oltre 24 mila ultra 64enni residenti in 18 regioni italiane e nella Provincia autonoma di Trento. Per monitorare le loro condizioni di vita, i ricercatori hanno usato il modello biopsicosociale proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che considera la salute come uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia.

«Viviamo più a lungo, in media oltre 80 anni, ma gli ultimi 14-15 anni di vita quasi sempre non sono trascorsi in buona salute» afferma il coordinatore nazionale di «Passi d'Argento», Alberto Perra. Se, infatti, il nostro Paese è al primo posto in Europa per attesa di vita, scivola al 15° posto per invecchiamento atti-

vo e in salute. E, secondo l'Oms, nel 2020 saranno proprio le malattie mentali, dopo quelle cardiovascolari, tra le principali responsabili della perdita di anni di vita attiva. Per questo, nel recente «Piano di azione sulla salute mentale» per il periodo 2013-2020, l'Oms ha riconosciuto la popolazione anziana come un gruppo vulnerabile ad alto rischio di disturbi mentali: col passare degli anni non solo aumentano le probabilità di andare incontro a un deterioramento cognitivo, a malattie e condizioni di disabilità, ma si aggiungono altri fattori di rischio per la salute mentale, come la perdita di persone e affetti, l'isolamento sociale, la solitudine.

«Nell'ultima rilevazione di «Passi d'Argento» — spiega Perra — abbiamo indagato aspetti specifici

della salute mentale, quali il rischio di isolamento e i sintomi di depressione. Sono considerati a rischio di isolamento sociale coloro che, durante la settimana precedente all'intervista, non hanno visitato nessun centro di aggregazione per anziani, né hanno incontrato altre persone o scambiato semplicemente quattro chiacchiere al telefono». Ebbene, un intervistato su 5 non ha fatto nulla di tutto ciò. Gli anziani, poi, hanno riferito di aver avuto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, in media sette giorni «in cattiva salute per motivi psicologici».

«Quanto ai sintomi depressivi, che non sono però espressione di «malattia mentale», — continua il ricercatore — il 21% degli anziani intervistati ha dichiarato di aver provato nelle due settimane prece-

denti all'indagine poco interesse nel fare cose che di solito fa con piacere, di essersi sentito depresso, abbattuto o senza speranza». Si sentono più depressi soprattutto gli ultra 75enni e le donne (26% rispetto al 14% degli uomini).

«La qualità della vita peggiora con l'aumentare degli anni, in particolare per chi ha difficoltà economiche» fa notare Perra. Ben il 41% di coloro che non riescono ad arrivare a fine mese avvertono, infatti, sintomi di depressione (rispetto al 12% di chi non ha questo tipo di problemi) e, a sorpresa rispetto alle indagini precedenti, la popolazione anziana del Sud Italia risulta più isolata e depressa rispetto a quella settentrionale. «Nonostante siano in generale «buone» le condizioni di salute degli ultra 64enni — conclude il ricercatore — i risultati della sorveglianza suggeriscono di prestare maggiore attenzione agli aspetti inerenti proprio la salute mentale. Anche per raggiungere l'obiettivo, comune agli altri Paesi europei, di ridurre, entro il 2020, di almeno due anni la disabilità che accompagna l'ultima stagione della nostra vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

”

Con gli anni si può andare incontro a deterioramento cognitivo, disabilità, perdita degli affetti

”

Il 21 per cento degli intervistati ha dichiarato di sentirsi privo di interessi e senza speranza

In Tv

«Disordini», docufiction dedicata agli adolescenti

Marta, Fabrizio, Giulio, Anna, Lucia e Paolo sono adolescenti che soffrono di anoressia, sindrome di Tourette (tic motori e sonori, parole oscene ripetute in modo involontario, ndr), schizofrenia, disturbo da deficit dell'attenzione e da iperattività. Le loro storie di disagio sono state riscritte (per rispetto della privacy) e raccontate in una serie televisiva dal titolo «Disordini», in onda fino a fine novembre su Rai scuola (e in replica su Rai3) e in un romanzo che sarà pubblicato nei prossimi giorni, «L'Insalata Sotto Il Cuscino». «Le esperienze di questi ragazzi vogliono contribuire a far conoscere i disturbi che possono colpire gli adolescenti e come è possibile identificarli — spiega Stefano Vicari, primario di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, che le ha raccolte nel corso della sua professione e ora le racconta nella docufiction —. Sono sei "casi" clinici in cui il disordine ha già assunto un ruolo importante, ma li abbiamo scelti per ribadire che non c'è da vergognarsi se qualche "stanza" del cervello non funziona; bisogna invece chiedere aiuto senza sentirsi dei marziani».

La serie televisiva si propone di dare un sostegno anche alle famiglie che, per pudore o vergogna, spesso tendono a sottovalutare il problema, rendendo il percorso di cura meno tempestivo. «Prevenire i disturbi mentali vuole dire anche parlarne — sottolinea Vicari —. Ci sono, infatti, ancora molti pregiudizi e, per superarli, occorre creare una cultura della salute mentale tra familiari, insegnanti e ragazzi. Per questo, abbiamo coinvolto nell'iniziativa anche istituti scolastici secondari di Roma e provincia».

Giovani Progetto di prevenzione a scuola La depressione minaccia i ragazzi

Prevenire i disturbi psichici e promuovere la salute mentale, a cominciare dalle scuole e dai luoghi di lavoro. Sono alcuni degli obiettivi della recente Joint Action (Azione congiunta) su «Salute e benessere mentale» promossa dalla Commissione europea per il triennio 2013-2015. «L'intento è quello di aiutare gli Stati membri ad avvantaggiarsi delle buone pratiche e delle raccomandazioni già esistenti per migliorare i loro sistemi sanitari in questo specifico campo» spiega Paola Testori Coggi, direttore generale «Salute e consumatori» della Commissione europea.

All'Italia è stata affidata la direzione dell'«Azione congiunta» mirata alla prevenzione nelle scuole, cui partecipano anche altri otto Paesi europei. Il ministero della Salute, in accordo con le Regioni, ha affidato il coordinamento al Veneto.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, un ragazzo su cinque ha qualche disturbo psichico. Si stima che in Italia circa l'8% degli adolescenti soffre di depressione, mentre l'anoressia colpisce l'1% delle ragazze.

«La grande maggioranza dei disturbi si manifesta nell'età evolutiva, ma spesso vengono sottovalutati e quindi non trattati in tempo — afferma Stefano Vicari, primario di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma —. Le malattie mentali fanno ancora più paura quando colpiscono i ragazzi ed è diffuso un altro stereotipo comune, cioè che nell'età dello sviluppo non siano malattie vere, ma piuttosto l'espressione di un disagio familiare o sociale del ragazzo».

«Di certo — puntualizza Vicari — i fattori ambientali possono avere una loro importanza, come del resto in altre malattie, ma non si possono ignorare gli aspetti genetici e biologici».

Per cercare di superare pregiudizi e stigma, secondo il neuropsichiatra in-

fantile, è necessario «creare una cultura della salute mentale negli adolescenti, possibile solo attraverso un'alleanza tra medici, pediatri, famiglie e insegnanti».

In tale direzione va anche l'«Azione congiunta su salute mentale e scuola», coordinata dall'Italia, che si focalizza sullo sviluppo di una cooperazione efficace tra il settore socio-sanitario e quello dell'istruzione. I ragazzi, infatti, passano buona parte del loro tempo a scuola, che è quindi uno degli ambienti chiave per far conoscere i disturbi psichici e in che modo è possibile prevenirli. Tra gli obiettivi dell'iniziativa: sia la prevenzione del disagio psicosociale

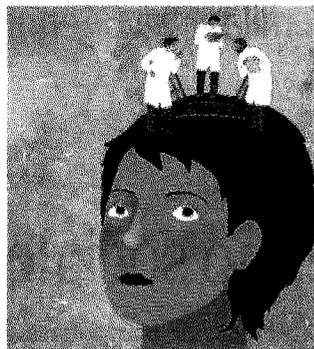
Stereotipo

È diffusa l'errata
convincimento che nell'età
dello sviluppo
le malattie mentali
non siano
patologie «vere»

— che potrebbe condurre in età adulta allo sviluppo di disturbi psicopatologici —; sia la promozione di competenze individuali e relazionali che agevolino lo sviluppo psico-fisiologico degli adolescenti.

«Dopo la raccolta dei dati sulla situazione nei Paesi partner, passeremo in rassegna gli studi con evidenza scientifica e le buone pratiche già esistenti — spiega il coordinatore, Lorenzo Rampazzo, dirigente del Servizio tutela salute mentale della Regione Veneto —. In seguito, saranno elaborate raccomandazioni, che poi dovranno essere anche sperimentate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da Freud in poi Con lo strumento della comunicazione

Le tante psicoterapie che indagano dentro e fuori di noi

Con il termine *psicoterapia* si intende un insieme di tecniche di cura basate principalmente sulla comunicazione e sull'utilizzo del rapporto tra terapeuta e paziente. Esistono diverse psicoterapie, applicate a tutta la gamma dei disturbi psichici e anche talora somatici.

Una psicoterapia molto utilizzata in Italia è quella a *orientamento psicoanalitico* o *psicodinamico*. È basata sui principi della psicoanalisi, quindi sull'indagine dei fenomeni intrapsichici, soprattutto inconsci. Si differenzia dalla psicoanalisi vera e propria per un più ridotto numero di sedute settimanali e per la rinuncia all'uso del classico lettino. Sono variabili tecniche esteriori, ma la dinamica del processo terapeutico è sostanzialmente la stessa: analizzare il transfert tra paziente e terapeuta, e capire le ragioni inconse per le quali si è sviluppato il disturbo, ricostruendo un significato coerente della storia di vita del paziente e alleviando i sintomi.

Dato che la psicoanalisi dopo Freud si è frammentata in vari indirizzi, esistono anche psicoterapie da essi derivate, come la *Psicologia analitica di Jung*, la *Psicologia individuale di Adler*, la *scuola di Lacan*. Oggi è diffusa una psicoanalisi «relazionale», in cui si presta attenzione non solo al mondo interno ma anche alle relazioni interperso-

nal.

Nella *psicoterapia comportamentale* è rilevante solo il comportamento osservabile e misurabile, mentre sono di minor interesse i fenomeni intrapsichici. Negli anni Settanta l'approccio comportamentista fu affiancato e superato da quello cognitivo, che ha introdotto la variabile delle cognizioni, quindi del ruolo della mente, che media tra le esperienze (il mondo esterno) e il comportamento (che deriva dal mondo interno). La *terapia cognitiva* tenta di modificare le convinzioni o cognizioni del paziente, che possono essere causa di sintomi psichici. Cognizioni negative su se stessi e sul mondo possono provocare stati depressivi, e modificandole si può migliorare l'umore. Negli Stati Uniti i padri della terapia cognitiva avevano una formazione psicoanalitica, e volevano formulare una terapia più efficace e breve.

La *psicoterapia interpersonale* (Inter-Personal Therapy, IPT) è focalizzata pressoché esclusivamente sulle relazioni interpersonali, considerate possibile fattore di problemi psicologici. Anche in questo caso il trattamento ha durata limitata, in genere non più di venti sedute. Si tratta di una psicoterapia nata in un contesto di ricerca per l'efficacia della psicoterapia, ed ha aspetti sia psicodinamici sia cognitivi.

Molto utilizzata in Italia soprattutto a partire dagli anni

Settanta, la *psicoterapia sistemica* è impiegata per il trattamento delle famiglie con un membro che ha disturbi psicologici. Infatti è focalizzata sulle relazioni nella famiglia piuttosto che sul singolo. Gli psicoterapeuti sistemici cercano di osservare tali relazioni nella maniera più oggettiva possibile. L'obiettivo del trattamento è riuscire a modificare le relazioni intrafamiliari per mezzo di specifiche strategie comportamentali o verbali. A partire dagli anni Ottanta la terapia sistemica ha abbandonato una certa rigidità teorica e tecnica, assimilando anche aspetti psicodinamici, ma viene ancora utilizzata molto, ad esempio nella psichiatria pubblica e per disturbi anche gravi. Un tipo di psicoterapia sistemica che ha mantenuto la sua impostazione originaria è la cosiddetta *terapia strategica*.

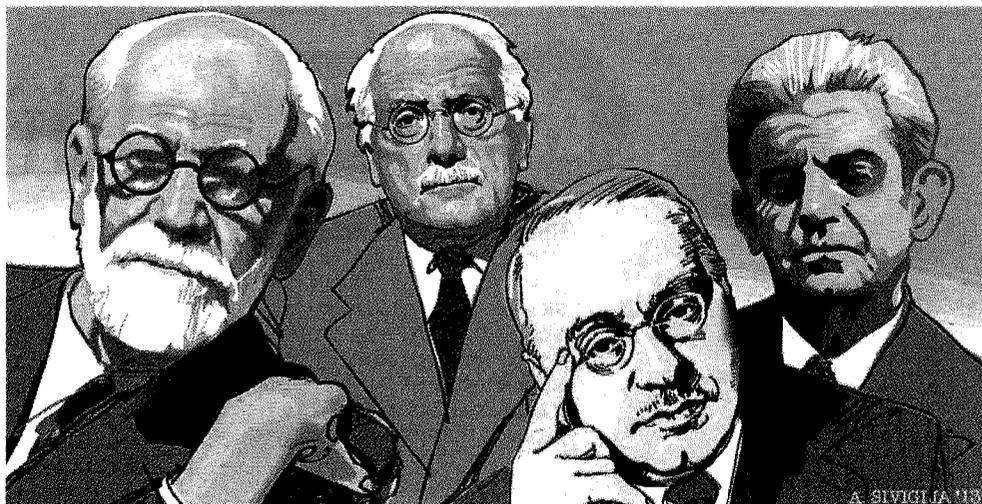
Oltre a queste forme di psicoterapia più largamente conosciute e impiegate, esiste un vero e proprio «arcipelago» di trattamenti, come la *psicoterapia bioenergetica* o la *terapia corporea* che fanno riferimento a Wilhelm Reich o Alexander Lowen, il *training autogeno* di Schultz e varie altre tecniche di rilassamento derivate dallo Yoga, le tecniche di meditazione, lo *psicodramma* (rappresentazione scenica dei conflitti interiori del paziente), l'*ipnosi* (di tipo tradizionale o nella versione più recente di Molton Erickson). Al gruppo delle psicoterapie

si può far risalire anche il *bio-feedback*, training di controllo automatico delle proprie reazioni psicofisiologiche, come l'ansia. Infine, ci sono le psicoterapie di gruppo, anch'esse suddivise in tanti diversi filoni secondo il singolo orientamento. Quasi tutte le psicoterapie possono essere individuali, di coppia, familiari, di gruppo, oppure utilizzate come intervento nelle istituzioni e così via.

Aperto resta il dibattito sull'efficacia delle psicoterapie. Una recentissima risoluzione ufficiale dell'American Psychological Association, pubblicata in contemporanea in Italia nel n. 3/2013 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it), indica che per molti disturbi psicologici, tra i quali la depressione, la psicoterapia ha dimostrato di avere effetti positivi superiori a quelli degli psicofarmaci, anche perché sarebbe più efficace nel lungo periodo e risulterebbe più protettiva rispetto al rischio di ricadute. Fin dagli anni Sessanta, lo psicoterapeuta americano Jerome Frank aveva affermato che probabilmente tutti i tipi di psicoterapia funzionano attraverso elementi comuni non specifici. A funzionare sarebbero l'interesse mostrato dal terapeuta verso il paziente e la relazione emotiva di fiducia, associata a tentativi di spiegazione razionale dei disturbi.

Daniilo Di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da sinistra, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Alfred Adler e Jacques Lacan, quattro esponenti fondamentali e fondanti della psicanalisi e delle successive forme di psicoterapia

Variabili

Per alcune conta
il comportamento
osservabile, per
altre i fenomeni
intrapsichici

dossier medicina

di MARIA GIOVANNA FAIELLA