

REWRITERS

Powered by ReWorld srl



mental health is a Priority, not a taboo



Insieme per la salute mentale

come
riscrivere
l'immaginario
contemporaneo?

A cura di
Beatrice Cuci, giornalista scientifica

#24

Sommario

- 10 **Prefazione**
Beatrice Curci
- 15 **Un sostegno alla mamma
per la salute del bambino**
Donata Caira – Camilla Fusco
- 24 **Non è una salute mentale per giovani**
Paola Calò
- 34 **L'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene
e le sue relazioni con i disturbi
psichiatrici**
Domenico De Bernardis
- 46 **Giovani e dipendenze: la gestione
del disagio in età adolescenziale**
Sergio De Filippis – Emiliano Salvatori
- 56 **Isteria o neuroimmunologia?
Perché serve un approccio di genere
nelle malattie del cervello, raccontato
attraverso tre storie**
Maria Teresa Ferretti

- 64 **La malattia mentale e lo stigma sociale
tra pregiudizi e inconsapevolezza**
Andrea Fiorillo
- 72 **Le nuove sostanze psicoattive: tipologie,
clinica e psicopatologia**
Giovanni Martinotti
- 84 **La violenza interpersonale e la salute mentale**
Alessandra Nivoli
- 91 **Dalla Farmaco-Resistenza
alla Farmaco-Resilienza**
**Come evolve il concetto della resistenza
ai trattamenti nei disturbi psichiatrici**
Carmine Tomassetti

Prefazione

di **Beatrice Curci**, giornalista scientifica

La scelta di dedicare questo numero del Mag-book esclusivamente alla salute mentale nasce soprattutto dall'idea di portare avanti un progetto in nome di un cambio di passo culturale che vede al centro la possibilità di considerare le patologie psichiatriche alla stessa stregua di qualsiasi altra malattia. Lontano dai molti tabù e pregiudizi che, inutile negarlo, ancora persistono riguardo la malattia mentale. Ma che per fortuna non così inscalfibili come accadeva fino a una decina di anni fa, e bisogna anche riconoscere che sono le nuove generazioni ad aver contribuito ad aprire la diga su un tema che coinvolge sempre più persone nel mondo, soprattutto in epoca pandemica. Sono proprio le ragazze e i ragazzi ad essere pronti a alimentarlo positivamente questo progetto, che non riguarda solo Rewriters ma l'intera società italiana che ancora fa molta fatica a superare quello che è considerato, inutile cercare di minimizzare, uno stigma. Tuttavia, parlare di depressione, ansia, dipendenze da sostanze e schizofrenia, oggi fa decisamente meno paura. E lo dimostrano anche i diffusi e molteplici articoli presenti sui diversi mass media. Solo negli ultimi dieci anni, grazie alla progressiva chiusura delle grandi istituzioni manicomiali, al crescente sviluppo di un servizio di salute mentale che cura il paziente psichiatrico nella comunità, lo stigma nei confronti del malato di mente si è abbastanza depotenziato. Sicuramente qualcosa è cambiato nella percezione e accettazione della malattia mentale, anche se ancora non si giunti a una vera rivoluzio-

ne di stampo semantico, relazionale, sociale, informativo e di sensibilizzazione su vasta scala.

Va ricordato che i disturbi relativi alla salute mentale rivestono sempre più un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia perché il numero dei soggetti colpiti è in costante aumento sia perché determinano un elevato carico di disabilità, per i costi economici e sociali che pesano sui pazienti, sulle loro famiglie e sulla collettività. La lotta agli stereotipi che riguardano la malattia mentale e le persone affette da patologie mentali deve passare anche per la valorizzazione di quello che è stato fatto, della presa in carico delle cose che non vanno, di una maggiore comunicazione con i giovani, per capire, non solo per farci capire. Ma per contrastare anche qualsivoglia cattiva o errata informazione sulla salute mentale. E poi perché abbiamo un obbligo etico: difendere chi non può difendersi.

Per questo e per tanti altri motivi ancora, che sarebbe noioso se non troppo didascalico enunciare in questo contesto, la scelta di dedicare questo Mag-book, a un approfondimento di trattazione della salute mentale, che coniugasse allo stesso tempo lo spessore scientifico a una scrittura fortemente divulgativa perché indirizzata a un pubblico eterogeneo, ha rappresentato decisamente una bella sfida. Se sono riuscita nell'intento di vincerla, attraverso soprattutto gli autori e le autrici che hanno aderito con i loro scritti, non sono in grado di dirlo: questo spetterà a voi lettori* deciderlo. Certo è che quando si sceglie di fare informazione toccando argomenti che richiedono un approccio scevro da sovrastrutture mentali, convinzioni sociali, visione del mondo e delle cose, da quelle che il sociologo Max Weber definiva le *weltanschauung*, l'impresa può risultare alquanto ardua, perché significa

spogliarsi di un sé per abbracciare un noi che tenga conto di una pluralità di elementi: innanzitutto della complessità umana.

Eppure, nonostante ciò, ho deciso sin dall'inizio di aderire con entusiasmo e di raccogliere il quanto lanciato da Eugenia Romanelli, direttrice e ideatrice di Rewriters, ma soprattutto donna da sempre sensibile e attenta a porre l'accento sulle grandi questioni che meritano quel cambiamento capace di contribuire all'evoluzione e al miglioramento della società.

Questo testo vorrei arrivasse nelle mani di quei ragazzi e ragazze che vivendo un disagio più o meno importante cercano e spesso ci riescono, a mettere da parte quei pregiudizi e tabù rispetto alla malattia mentale cercando un aiuto qualificato per affrontare il domani con qualche angoscia in meno e un po' di speranza in più.

Per realizzare questo Mag-book mi sono affidata, anche la fiducia è un atto che ha bisogno di "rivoluzione" vista la diffidenza che circonda non solo certi argomenti ma soprattutto la relazione umana, per la scelta degli argomenti da trattare che desse la dimensione di come affrontare una corretta informazione legata alla malattia mentale. Ovviamente per ragioni editoriali non è stato possibile prendere in considerazione tutte le malattie che riguardano il nostro cervello, ma soprattutto la nostra psiche-anima. Uno speciale e sentito grazie lo riservo quindi agli autor*: un incontro letterario con le loro autorevoli voci, con il loro contributo esperienziale, professionale e umano che hanno messo generosamente a disposizione per dare vite a queste pagine. Hanno dato, con gli argomenti affrontati, cuore, testa e voce ad alcuni dei più importanti spaccati che riguardano la malattia mentale o il disagio psicologico più o meno grave, più o meno evidente.

Pagine di spunti e riflessioni dove tuttavia non incontrerete so-

luzioni permanenti, tantomeno ricette di felicità. A nessuno è dato avere questa possibilità, ognuno gli ingredienti li mescola nel piatto della vita a proprio piacere e il più delle volte le giuste dosi non si riesce proprio a trovarle: permettetemi l'ardita metafora visto l'argomento. Non troverete risposte, ma attraverso questi loro articoli è invece possibile accendere una nuova luce per comprendere come si può affrontare il disagio emotivo e come si possa intraprendere un percorso di cura che non riguarda solo il malato ma tutti noi. Anche solo perché venga annullato quello spazio di cultura becera di classificazione duale che si basa sulla appartenenza NOI/LORO. E che determina barriere, e condiziona un modo stereotipato di mettersi in relazione con l'altro, basato su assunti cognitivo-affettivi dicotomici AMICO/NEMICO.

Ci sono i racconti di storie paradigmatiche, a tratti struggenti nella loro narrazione dove lo sguardo e il modo di raccontarle danno bene il senso dell'attenzione che quest* professionist* ogni giorno prestano alla specificità di ogni individuo e alla scelta che quotidianamente rinnovano in favore della salute mentale. Ben consapevoli che la psichiatria non può limitarsi a essere pura scienza medica, somministrando psicofarmaci per curare le lesioni del cervello, deve saper comprendere, accogliere e curare le ferite dell'anima a partire dalla relazione umana. La psichiatria non può non essere anche psicologia, capacità di comunicazione tra soggetti, dialogo.

E il linguaggio di questo dialogo non può essere semplicemente tecnico, deve saper cogliere sguardi, sottintesi, e potersi nutrire perché no di poesia, le cui intuizioni sono spesso rivelatrici.

Cosa che richiede capacità di introspezione e di comunicazione, caratteristiche non alla portata di tutti. I loro contributi rappresentano, inoltre, un modo attento e idoneo per contrastare il

senso di impotenza e invisibilità che troppo spesso è associato alla malattia mentale.

Le statistiche ci dicono che in Italia i disturbi mentali coinvolgono 1/3 della popolazione ossia circa 17 milioni di persone. Numeri impressionanti, a cui si devono aggiungere tutti coloro che, malgrado una importante sofferenza psichica, non raggiungono i criteri per rientrare in una diagnosi. Per questo la sofferenza mentale non deve essere considerata solo un aspetto medico, ma strettamente connessa agli aspetti economici, culturali e lavorativi dell'ambiente in cui si vive. Sviluppare un'attenzione verso la salute mentale significa anche e soprattutto promuovere comportamenti e stili di vita orientati alla salute psichica, prevenire ed individuare le aree di disagio ed intervenire tempestivamente. Occuparsi di salute mentale significa anche lottare contro il muro dei pregiudizi che portano ad etichettare il malato come "matto" trattandolo da paziente di serie B, rendendo così più difficile l'accesso tempestivo alle cure.

In questo lavoro abbiamo quindi provato a raccogliere, a mettere insieme "le parole che fanno bene" per usarle in favore delle persone affette da malattia mentale. Solo conoscenza e consapevolezza possono essere le armi per combattere quei retaggi culturali ghezzanti che ancora persistono nella nostra società. Perché spesso di fronte alle sfide che la vita ci presenta tutti possiamo sentirci fragili e inadeguati fino ad ammalarci. Ricordando sempre, come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che: "non c'è salute senza salute mentale". ■

Non è una salute mentale per giovani

di PAOLA CALÒ*



PAOLA CALÒ,

Direttrice UOC Salute
Mentale, Project Leader
del PRIME-P (Program
for Detection, Inter-
vention and Monitoring
first-Episode Psychosis)
del Dipartimento di
Salute Mentale ASL
Lecce

I “difetti di fabbrica” sono
la cosa più interessante che
abbiamo, ciò che ci consente
di andare avanti. Solo
l’anormalità può evolversi.

Alberto Salza “Ominidi” 1999

Il sogno
di essere normale

Federico ha 18 anni, e il suo primo consulto lo aveva chiesto a un dentista, spaventato da un *“cattivo odore”* proveniente dalla sua bocca. Due anni dopo, con quello che di sé aveva sottratto alla malattia, aveva deciso di riprendere in mano il suo percorso di studi e si era iscritto all'Università, per dare ordine a un mondo così poco angolare, così approssimato e sfuggente. L'indirizzo scelto, Economia Aziendale, era ostico e complicato, ma la sua terapeuta gli aveva prospettato la possibilità di sospendere i farmaci, dando una speranza alla sua ostinazione. L'ostinazione di farcela da solo. Di non aver bisogno per sempre della chimica per placare la realtà visionaria della psicosi. Di non cedere all'inganno della spiegazione facile, dello squilibrio dei neuromediatori, dei neurotrasmettitori. Il percorso accademico non era esattamente quello che avrebbe desiderato, non proprio nel luogo in cui avrebbe voluto vivere, ma avrebbe reso orgogliosi quei

poveri diavoli dei suoi genitori, e lo avrebbe fatto sentire al passo con gli amici, partiti a conquistare la grande città, che tornavano per le vacanze con il sorriso di chi ce l'ha fatta. Poi la pandemia, con i suoi intoppi e le sue disarmonie, che aveva rallentato i contatti e, con questi, l'edificazione del progetto di cura. E le notti insonni a studiare e a fare calcoli, che ingarbugliavano anziché chiarire, complicavano anziché risolvere. Quel maledetto giorno dell'esame non c'era verso, i pensieri erano inceppati, c'erano solo nemici, intorno. E quella frase infida, affiorata nel momento cruciale dall'aula: *“Ma questo è pazzo”*. Reale, allucinata, chissà. La disperazione di Federico rimane inchiodata a quelle parole, a quella etichetta, al terrore delle aspettative insoddisfatte. Al pregiudizio che si annida e cambia il senso di tutto.

La salute mentale
dei giovani, tra pandemia
e social

Matt Richtel, sul New York Times del 10 maggio 2022, avverte che le problematiche dell'adolescenza,

in America, stanno rapidamente cambiando connotazione già da almeno 15 anni. L'emergenza nella fase di transizione all'età adulta non è costituita più da abuso di alcool, disturbi alimentari, gravidanze indesiderate e fumo. Merito della maggiore istruzione e delle campagne di salute pubblica che hanno aumentato la consapevolezza del rischio nei genitori e nei ragazzi.

L'allarme attuale, lanciato da psichiatri, pedagogisti, sociologi, psicologi, neuropsichiatri infantili sulla escalation di malessere e di urgenze cliniche nei giovanissimi, riguarda disturbi ansiosi, dell'umore e somatizzazioni, ma anche sindromi psichiatriche e comportamentali complesse, quali il ritiro domestico tipo "hikikomori", autolesionismo, accentuazione di sintomi ossessivi, aggravamento dei disturbi del comportamento alimentare, esordi psicotici. Il suicidio rappresenta nella fascia d'età tra i 15 e i 24 anni la seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali. E anche nella fascia d'età tra i 10 e i 19 anni il numero di coloro che si sentono soli, disperati, e tentano di farsi del male è aumentato in modo significativo, complicato

dall'assenza di politiche di integrazione con il sistema scolastico, di esperti e specialisti nel settore sanitario e socio-sanitario, di modelli interpretativi ed esplicativi di tale aumentato disagio, che forniscano una chiave di lettura e di comprensione. Il comune denominatore delle storie sembra essere l'assenza, la solitudine, nonostante l'iperconnessione.

Molti concordano sul fatto che la pandemia abbia avuto un brusco impatto sulla salute mentale dei giovani, per quanto accaduto intorno a loro, e in particolare alle loro famiglie. Rispetto al periodo pre-pandemico gli adolescenti presi in carico per problemi di salute mentale sarebbero aumentati, secondo alcune stime, di oltre il 30%, per attacchi di panico, ansia e depressione, disturbi alimentari.

Il timore del contagio e le preoccupazioni economiche, l'interruzione della routine e la rarefazione delle relazioni di supporto hanno infatti colpito indistintamente tutta la popolazione, ma psicologicamente hanno maggiormente sofferto le fasce più fragili.

Oltre alle donne, che frequentemente hanno dovuto

lasciare il lavoro per occuparsi dei familiari, proprio i giovanissimi avrebbero maggiormente pagato le conseguenze di 18 mesi di restrizioni e limitazioni per un virus che, di fatto, si è mostrato meno pericoloso proprio in quella fascia d'età.

L'ultimo rapporto rilasciato il 5 ottobre 2021 dall'Unicef ha sottolineato che almeno 1 su 5 ragazzi di età compresa tra i 5 e i 24 anni ha sperimentato nei primi mesi dell'anno depressione, timore e incertezza sul futuro. La paura di ammalarsi e l'isolamento hanno fatto da detonatore: troppo rigide le regole sul distanziamento, troppo prolungata la sospensione della frequenza scolastica.

L'assenza di attività sportive, sociali e ricreative, la convivenza forzata in famiglia, l'incremento delle ore passate davanti al computer o allo smartphone hanno fatto il resto.

Ancora non è quantificabile l'impatto sullo studio e la socializzazione di questi anni di brusco distacco dal mondo, con il residuo attuale, e la paura, di lasciare il guscio protettivo della propria casa, aprirsi di nuovo all'esterno, confrontarsi con la vita precedente.

Gran parte delle prove che la

pandemia abbia ingenerato un brusco peggioramento nella salute mentale di una intera generazione di bambini e adolescenti sono, tuttavia, aneddotiche. Le statistiche mostrano una realtà più sfumata, con gruppi che hanno sicuramente risentito particolarmente della pandemia, quali le ragazze e i bambini che vivono in famiglie più povere ed emarginate. Anche nei giovani già affetti da un disturbo psichico o una disabilità, la rarefazione degli interventi sanitari ha provocato fenomeni di regressione rispetto alle abilità acquisite, nonostante gli sforzi delle famiglie e dei sanitari di compensare la riduzione e l'interruzione delle attività sociali e riabilitative. Tuttavia, molti indicatori di salute mentale dei giovanissimi sono in calo da almeno 15 anni, determinando una crescita esponenziale delle richieste di aiuto ai servizi pubblici e privati. Affascinanti teorie addebitano la crisi allo sviluppo tecnologico, al baby sitting digitale o alla maggiore consapevolezza di genitori ed educatori contemporanei alle tematiche della salute mentale. Tuttavia, è incontrovertibile che l'impatto della pandemia sia stato

amplificato da un substrato già fragile e poco capace di supportare una generazione in crisi. Con adulti in difficoltà e un sistema sanitario incapace da tempo di rispondere al fabbisogno assistenziale, sia per la dotazione esigua di personale nei servizi per la salute mentale che per gli investimenti destinati.

Con una perdita importante di risorse umane e il mancato avvicendamento delle nuove leve, si assiste a un impoverimento dei servizi pubblici senza precedenti negli ultimi anni, che riduce anche le possibilità di prevenzione e intervento precoce, già in seria difficoltà.

Anzi, se è pensabile un lato positivo in una pandemia che ha causato oltre 6 milioni di perdite al mondo e una quantità ancora maggiore di dolore e sofferenza nei sopravvissuti e in chi ha subito un lutto, è l'aver riportato al centro del dibattito la salute mentale, in particolare - ma non solo - nelle fasce deboli.

I cambiamenti sociali e culturali indotti dalla pandemia hanno avuto un impatto profondamente differente da individuo a individuo. Il ritorno alla normalità è stato accompagnato da grande entusiasmo ma

anche da una certa ripulsa per scenari economici e sociali scarsamente prevedibili. Il futuro è accolto soventemente con mancanza di energia e di entusiasmo, motivazione ridotta, insoddisfazione, esitazione, timore, che può prendere le forme del senso di incertezza, o del distacco emotivo dal resto del mondo. Che impone di risintonizzarsi gradualmente in maniera empatica con il prossimo, di riequilibrare il proprio ritmo attraverso nuovi codici di comportamento. Che spesso si traduce in ansia di prestazione, timore di non essere (più) all'altezza, paura di dover recuperare quello che si doveva, ma non si poteva fare. Con il fantasma che un evento inedito, impensabile se non in una realtà distopica, non sia archiviato, e possa ripresentarsi. Uscita finalmente dall'ombra, negli ultimi due anni, grazie e per colpa della pandemia, la salute mentale è diventata un argomento mainstream, al seguito dell'emergenza sanitaria. Blogger, influencer e persone comuni sui social hanno parlato senza imbarazzi delle proprie vulnerabilità, ispirando dopo secoli di stigma una reale richiesta

di cambiamento nell'approccio al dolore mentale senza precedenti, basata sull'empatia e sulla partecipazione. Roberto Speranza, l'attuale Ministro della Salute, pensando ai ragazzi, a tutti quelli che sono rimasti *"sotto l'onda di questi due anni"*, parla di salute mentale come *"uno dei grandi temi di questo tempo"*.

La natura sindemica della pandemia da virus SARS - CoV - 2 è evidente e scarta le convenzionali letture delle patologie come indipendenti, l'una dall'altra, e dal contesto in cui si sviluppano.

Quelle lettere mai lette

William, 21 anni, scrive lettere d'amore. Ogni giorno con il suo furgone effettua consegne: fiori, regali attesi e doni inaspettati, acquisti dell'ultima ora e desideri programmati. È puntuale, affabile, un compagno per i colleghi. Non dimentica il sorriso per la portinaia imbronciata, non lesina le scale per l'anziano del terzo piano. Ma, una volta a casa, siede sul terrazzo e scrive. Scrive a una donna che non conosce se non per averla intravista, cui non ha mai rivolto la parola. Riversa, in quelle

lettere, tutto l'amore e il desiderio di vita di cui è capace. Si sente, in questa relazione solo fantasticata, finalmente riconosciuto, apprezzato, compreso. Più di quando parla con il terapeuta, più di quando si confronta con i ragazzi, quelli con cui ha condiviso il percorso di riabilitazione e che lo hanno incitato ad arrivare fin qua. È un amore platonico, si direbbe, ma lui preferisce definirlo incorporeo. Come le sue voci, d'altronde, come quei pensieri fissi che ogni tanto gli balenano in mente, forti e prepotenti. Un amore corroborato da ciò che, della donna, conosce attraverso i social, dalla sua voce che gli parla e che avverte nitida, nelle ore di maggior solitudine, e dalle fantasie di una esistenza insieme. Rimane ore e ore davanti a quella finestra, convinto della complicità con lei, paralizzato da un flusso di comunicazione interminabile. Poi arriva la pandemia e l'aumento improvviso del carico di lavoro, le richieste sono tante, le consegne impellenti. La vita sociale è disumanizzata, il mondo va fuori asse, le lunghe ore a casa sono intollerabili. Scrive e produce centinaia, migliaia di lettere, lusinghiere e farneticanti. Il giorno che la madre le trova

incustodite, William non trova parole per spiegazioni, scuse, rassicurazioni. Nonostante i suoi sforzi di apparire normale, efficiente persino, il suo viene letto come un comportamento folle, presagio di eventi tremendi. La voce della sua donna è sempre più indistinta, lontana, confusa. Lui stesso chiede di essere visto dal suo psichiatra, e si ricovera in un reparto ospedaliero.

Costruire percorsi
per la salute mentale
dei giovani

Erich Fromm, già nel 1950, affrontò il problema della salute psichica dell'individuo nella società industriale, evidenziando come i tratti caratteriali più diffusi in una certa epoca costituiscano il risultato dell'adattamento alle condizioni socio-economiche del tempo. Attraverso l'analisi dei sistemi produttivi e dei processi di adattamento psichico messi in atto per corrispondere alle esigenze contemporanee dell'economia, egli concluse che all'individuo venivano richiesti atteggiamenti e disposizioni psichiche che ne compromettono la salute psichica. Quello che è utile infatti per il funzionamento

del sistema economico, si rivela dannoso per la salute mentale del singolo; e ciò che determina il successo di un individuo nella società è spesso in contrasto con il suo benessere psichico (Erich Fromm, *I cosiddetti sani*, 1991). La "normalizzazione", e l'accettazione implicita dello svuotamento e della svalutazione degli individui per piegarli a ragioni economiche, è soltanto un indizio di quella che Fromm definirà, in *"Psicoanalisi della società contemporanea"* (1953), *"patologia della normalità"*. Una normalità che coincide con la dipendenza dal mercato, un mondo di efficienza, razionalizzazione, benessere diffuso, in cui chi soffre di una malattia mentale scambussola i piani. E d'altronde anche il DSM 5 (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali), ovvero la classificazione sistematizzata più nota e utilizzata dalla comunità psichiatrica e psicologica mondiale - tanto da valergli la definizione di "Bibbia del buon Psichiatra" - inserisce, tra i criteri diagnostici di un disturbo psichiatrico, non solo la sofferenza soggettiva, ma anche una significativa compromissione del funzionamento psicosociale

e lavorativo. Elemento, quest'ultimo, di giudizio clinico imprescindibile non solo per effettuare una diagnosi, ma anche per monitorare gli esiti di un intervento farmacologico, psicosociale, psicoterapeutico e riabilitativo.

Funzionamento come elemento di valore, noncurante del rischio per la salute psicofisica. Tanto che, in un mondo del lavoro che impone ritmi serrati e orari di lavoro pervasivi, l'insicurezza nel mercato e l'esigenza della performance fanno prevalere la scelta presentista, con ulteriore detrimento della salute mentale. Il recupero del funzionamento adeguato e l'acquisizione di un ruolo sociale commisurato alle aspettative divengono fondanti anche nelle politiche di promozione della salute mentale in adolescenza. Una serie di articoli apparsi sul Lancet nel 2012, relativi all'adolescenza, evidenzia che l'attenzione alla salute fisica e mentale in questa fase della vita risulta cruciale non solo per la traiettoria individuale del singolo, ma per le prospettive sociali ed economiche dell'intera società. Sottolineando come le politiche e i programmi sanitari debbano inserire l'adolescenza al centro delle proprie strategie,

per le importanti ricadute che questi anni cruciali hanno sulla vita adulta e, conseguente, sullo sviluppo globale.

Un giovane su quattro ha sperimentato problemi di salute mentale entro i 25 anni, con esiti funzionali che si protraggono per tutta l'età adulta. Una risposta precoce è la chiave per ridurre l'impatto complessivo. Il valore di un intervento tempestivo è supportato dalle evidenze che più lungo è il periodo di malattia non trattata, minori sono i risultati. Quando un ragazzo arriva a uno specialista, anche se è solo nella fase iniziale del disturbo, presenta già una compromissione funzionale che spesso si trascinerà per tutta la vita, con incapacità di conseguire un titolo di studio, di effettuare un training formativo o di ottenere un lavoro. Tuttavia le criticità nell'approccio alla salute mentale dei giovani, tutelata come enunciato imprescindibile, è un problema non circoscritto ai Paesi a basso e medio reddito, ma diffuso a tutti i livelli di sviluppo, evidenziando la difficoltà della governance delle istituzioni pubbliche ad adattarsi alle sfide, emergenti e future, mantenendo efficace la gestione dei servizi.

Mentre viene rimarcata la

necessità di accessibilità, attrattività e competenze, di integrazione tra le specialità, di allocazione di risorse in modo omogeneo sul territorio, in molte aree risulta ancora difficoltosa l'integrazione tra i servizi di neuropsichiatria infantile, psichiatria per gli adulti e delle dipendenze patologiche. Laddove esistono dei centri che offrono un supporto competente e integrato, non sempre tutti coloro che vi accedono ricevono un trattamento personalizzato alle loro necessità, perché non disponibile o perché finiscono dimenticati nel fondo di liste d'attesa costantemente impegnate a fronteggiare i casi urgenti o "gravi".

Ogni specialista della salute mentale sa che quando un ragazzo approda a un trattamento, solitamente sono passati anni dalla prima comparsa dei sintomi, e si trova ormai in una fase avanzata del disturbo mentale. L'identificazione tempestiva è un prerequisito importante per gli interventi che mirano a modificare positivamente il corso naturale dei problemi psichiatrici, con effetti a cascata potenzialmente esponenziali sulla qualità della vita a lungo termine e sul funzionamento socio-emotivo.

L'obiettivo può essere perseguito attraverso servizi più accessibili e a bassa soglia, abbandonando le categorizzazioni e seguendo longitudinalmente le traiettorie dei disturbi all'esordio. Queste devono essere le strategie specifiche dei servizi sanitari del nuovo millennio. Modulando nel tempo l'intensità del bisogno di cure e coinvolgendo stakeholders del mondo della scuola, dell'università e del lavoro; allargando il dibattito alle istituzioni giudiziarie e ai servizi sociali; incoraggiando la partecipazione delle famiglie, anziché coinvolgere solo l'individuo sintomatico, spesso smarrito e disilluso dalle disarmonie con la realtà. Per i team che lavorano con i giovani all'esordio, lo sforzo medico e umano deve essere teso a osservare, ascoltare, recuperare delle chiavi di lettura su come il disturbo influisca su quell'assetto individuale, attraverso una alleanza terapeutica che consenta di sintonizzarsi con la persona. Mantenendo un atteggiamento ottimista, flessibile e coinvolgente. Che riconosca e rispetti l'essere umano, al di là del suo funzionamento, brutto termine che genera l'equivoco della cultura generale contemporanea,

per il quale chi non funziona può essere buttato o dimenticato. Come un giocattolo rotto. Chiedendo ai ragazzi, come, dove, da chi vogliono essere aiutati. Scopriremmo che non desiderano lunghe attese nelle sale affollate e scalciate dei centri di salute mentale, accanto a persone in stadio più avanzato della malattia, né inseguire per ore centralini telefonici sempre occupati. Che non desiderano acquisire pensioni di invalidità, sussidi o frequentare tirocini speciali, ma essere coadiuvati nel raggiungimento di obiettivi ordinari: un titolo di studio, una relazione, un lavoro, degli amici, dei posti in cui stare. Che non anelano a scaricare app intelligenti che ricordino loro di prendere i farmaci, di andare dal medico, di essere malati, insomma. Vogliono tornare alla normalità, quella possibile, quella esigibile. Se il sistema psichiatrico attuale, che arranca da anni dietro un carico crescente di bisogni complessi, rischia di soccombere, l'improvvisa e inattesa implementazione di strumenti digitali, che ci ha consentito di far fronte alle regole di distanziamento fisico, può essere una risorsa per incoraggiare ulteriormente la ricerca di aiuto

da parte dei giovani nativi digitali, e per erogare loro gran parte dei trattamenti. Che può garantire informazione, supporto, crescita dell'autonomia, privacy. Una sfida, quella della telepsichiatria, che consentirebbe una migliore organizzazione e qualche rafforzamento in alcune aree del Paese, e di rimettere al centro della agenda sociale il tema dei giovani, e di contestualizzarlo nel nostro tempo. ■

LA VIOLENZA INTERPERSONALE e la salute mentale

di ALESSANDRA NIVOLI

Definizione ed epidemiologia della violenza interpersonale

Quando si parla di violenza interpersonale ci riferisce a una modalità di comportamento violento che nasce e si sviluppa tra due o più persone. La violenza di genere, o violenza domestica quando si perpetra

all'interno della famiglia, è una modalità di violenza interpersonale nell'ambito di una relazione affettiva tra due persone. Secondo le Nazioni Unite, la violenza di genere si definisce come: *"Ogni atto di violenza basata sul genere che provoca, o è probabile che provochi, danno o sofferenza fisica, sessuale o psichica alle donne, inclusa la minaccia di tali atti,*

ALESSANDRA NIVOLI,

Direttrice Clinica
Psichiatrica
dipartimento di
medicina, chirurgia
e farmacia. Unità di
vittimologia, trauma
e prevenzione della
violenza, professoressa
associata Università
degli studi di Sassari

la coercizione o la privazione arbitraria di libertà, sia in pubblico che in privato". I dati scientifici dimostrano come sia un fenomeno frequente a livello mondiale, seppur globalmente sommerso (la maggior parte delle violenze non viene denunciata ed il fenomeno è poco oggettivabile scientificamente). È un fenomeno che non conosce confini geografici, culturali o sociali, di orientamento sessuale, etnia, educazione, professione. Gli studi indicano che nel mondo circa 1/3 delle donne e 1/4 degli uomini hanno subito una qualche forma di violenza nell'arco della loro vita. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 40% circa degli omicidi di donne sono stati compiuti da uomini con cui queste donne avevano una relazione intima. In Italia dal 2000 al 2018 sono stati registrati 3100 casi di femminicidio (quasi 3/settimana) ed il 72% è stato attuato da partner o ex-partner. Si tratta quindi di un fenomeno strutturale, e non contingente o emergenziale. Un fenomeno di ampiezza epidemiologica rilevante, con pesanti conseguenze non solo sulle vittime ma anche sulla società e sull'economia dei paesi. Una violazione grave dei diritti di tutti gli esseri umani. La violenza come evento traumatico singolo o ripetuto nel tempo crea una ferita profonda nell'individuo vittima che mina il suo equilibrio psicofisico, portando spesso allo sviluppo di sequele psicopatologiche a breve e lungo termine: da alterazioni del comportamento sino a patologie psichiatriche manifeste che necessitano di interventi psichiatrici e psicologici. Tali conseguenze possono manifestarsi attraverso disturbi del sonno, di ansia, sintomi depressivi, abuso di sostanze o alcol, disturbo post traumatico da stress etc.

Come si riconosce la violenza intima

Esistono tanti pregiudizi su che cosa sia realmente la violenza interpersonale (o di genere) che impediscono di riconoscerla precocemente. Uno dei pregiudizi maggiormente diffusi è quello per cui la violenza di genere sia associata ad un qualche danno fisico: in realtà esistono forme di violenza non fisica che, pur non lasciando ferite, ossa rotte o lividi visibili, tuttavia mirano a destrutturare e distruggere l'identità del partner, nel profondo

ed in maniera a volte duratura nel tempo. Esistono almeno 5 forme di violenza di genere descritte nella letteratura scientifica (psicologica/emotiva, sessuale, economica, religiosa). Quando ci si riferisce alla violenza fisica, per esempio, non si identificano solamente gli atteggiamenti violenti come afferrare con forza, spintonare, spingere, lanciare oggetti, distruggere gli effetti personali della vittima, fino a picchiarla, ferirla o ucciderla ma anche quei comportamenti quali controllare l'alimentazione della vittima, forzarla a fare uso di sostanze stupefacenti. La violenza sessuale non si configura solo nell'abuso sessuale o nelle molestie, ma nella letteratura scientifica si indicano anche comportamenti quali forzare la vittima a guardare o prendere parte a pratiche sessuali contro la sua volontà, menomare delle parti intime del corpo della vittima fino alla violenza sessuale vera e propria. L'abuso economico, modalità di violenza ancora poco considerata, consiste nell'impedire alla vittima di accedere alle finanze familiari, controllare ossessivamente le spese, dare alla vittima una "paga settimanale", chiedere dei prestiti senza informarla, o forzarla a chiedere prestiti a proprio nome, ma anche sabotare delle occasioni di lavoro o forzarla a lavorare in una azienda di famiglia senza percepire un salario.

Come riconosciamo le forme di violenza psicologica?

La violenza psicologica consiste in un processo sistematico di intimidazione, manipolazione, umiliazione, isolamento, minaccia, coercizione che si estrinseca attraverso un comportamento abusivo messo in atto da uno dei due partner con il fine di ottenere e poi mantenere il potere ed il controllo sull'altro. Si insinua nei rapporti interpersonali tra due persone, si annida nel quotidiano, ha le sue radici in una cultura del non rispetto e dell'iniquità di genere, si alimenta di una silente accettazione da parte dei singoli individui in primis e della società poi.

Parliamo di quella violenza psicologica che si veste dell'ambivalenza nei rapporti tra uomo e donna, o comunque tra due persone intimamente legate fra loro, di eccessive critiche verbali nei

confronti del partner, di continue svalorizzazioni (*“è inutile che tu vada a lavorare, tanto perderesti tempo”*), di denigrazione quotidiana ed umiliazioni in privato, di fronte ai figli e poi anche di fronte a terzi (*“non sai neanche gestire la casa, ma stai zitta cosa vuoi capire tu”*), di controllo ossessivo, possessività, eccessiva gelosia (confusa a volte dalle vittime con il *“troppo amore”*, fenomeno sconosciuto alla psichiatria), isolamento emotivo e sociale (nei confronti della famiglia, degli amici, degli hobbies e del lavoro), piccoli e continui atti di intimidazione (*“ti do uno schiaffo o alzo la voce così intanto capisci chi comanda a casa”*), indifferenza affettiva alle richieste emotive della vittima ed imprevedibilità nel comportamento (comunicazioni interrotte, silenzi in risposta a chiarimenti etc), proiezione e instillazione del senso di colpa (*“io sono geloso/a perché ti amo, se tu mi dessi più sicurezza non sarei così geloso/ao”*), manipolazione del mondo interiore della vittima, deserti affettivi e incongruenze emozionali (*un giorno sono la donna/l'uomo più importante della sua vita e l'altro giorno non vali niente*).

Il mantenimento della violenza. Perché le vittime rimangono e non vanno via?

Il problema della violenza interpersonale e nello specifico della violenza di genere è che è un ciclo che non si spezza facilmente, è una strada che una volta imboccata risulta difficile da abbandonare per le vittime che, pur riconoscendo il loro stato di sofferenza, rimangono lì.

Numerosi e variegati sono i motivi, a partire dalle difficoltà sociali ed economiche (molte donne per esempio non hanno una propria autonomia economica e lavorativa, oppure vivono uno *“stigma”* legato alla famiglia ed alla presenza dei figli etc) fino a fattori più squisitamente psicologici, per esempio l'incredulità: *ma come fa quest'uomo a trattarmi così, a trattare così la donna che dice di amare e che è la madre dei suoi figli?* Quello che si impara studiando ed osservando il fenomeno, ascoltando le vittime di maltrattamenti, è che vi è un legame strettissimo, a tratti

incomprensibile, in cui le dinamiche psicologiche profonde di uno si intrecciano e si embricano con quelle dell'altro protagonista della coppia, con la propria storia passata, i bisogni, le paure, la rabbia, la sofferenza. Ogni interprete della relazione di coppia ha un ruolo, e quando si parla di ruolo si intende un concetto clinico che è molto lontano dal concetto morale di colpa: si parla di responsabilità verso se stessi. Se la vittima capisce di avere un ruolo, capisce di poter cambiare attivamente la situazione che genera sofferenza. La capacità di cambiare il mondo esterno parte necessariamente dalla consapevolezza del proprio ruolo specifico in relazione all'ambiente e dalla comprensione del proprio mondo interno. E questo, se da una parte è responsabilizzante, dall'altra è estremamente maturativo e liberatorio per le vittime.

Le fragilità vittimologiche e le sindromi vittimologiche

Ogni individuo può essere vittima di violenza, in un dato momento della propria vita o in una specifica situazione. Esistono però alcune vittime che rimangono nella loro posizione vittimologica o che non riescono a interrompere il ciclo della violenza. Dal punto di vista clinico psichiatrico, esistono delle caratteristiche personali, definite come *fragilità vittimologiche* delle caratteristiche psichiche che facilitano la permanenza delle donne nel ruolo di vittima. Tra queste possiamo citarne alcune:

1. La dipendenza affettiva (passivo-dipendente, co-dipendente, aggressivo-dipendente), che può assumere in alcuni casi la forma della simbiosi vera e propria (*"io per vivere ho bisogno di te, io e te siamo la stessa cosa"*);
 2. Le identità frammentarie, insicure, liquide, incomplete, carenti di una propria progettualità;
 3. La presenza di dinamiche sulla base di lacune narcisistiche che si traducono in una scarsa stima in se stessi;
 4. I meccanismi di difesa, gli scenari inconsci, fino alle vere e proprie malattie mentali (depressione, disturbi della personalità).
- Tra le fragilità vittimologiche descritte, allontanandoci dall'ambito

prettamente clinico psichiatrico provando ad addentrarci in quel misterioso mondo della cosiddetta “normalità”, allora è importante notare che esistono alcune caratteristiche psichiche che in realtà rispecchiano delle qualità umane bellissime, ammirabili, positive e apprezzabili di queste vittime che però, nell’ambito di una relazione patologica, le rendono più facilmente vittime croniche di violenza: sono quelle strutture psichiche caratteristiche di persone ipersensibili, empatiche, altruiste, obliative, quelle intelligenze emotive ad alto potenziale che rendono queste vittime capaci di trovare dei valori e un senso profondo difficile da vedere per altri ma che loro vedono nel proprio aggressore. Per queste vittime risulta più difficile rispetto ad altre, secondo un linguaggio clinico e statistico, interrompere una relazione violenta che diventa così cronica. Tra le sindromi vittimologiche, appare utile descrivere *l’impotenza vittimologica acquisita*, quel fenomeno secondo cui una vittima che continua a subire soprusi, umiliazioni, violenza incessantemente vede deteriorare sempre più la sua capacità di difendersi, diventa sempre più fragile ed impotente con il passare del tempo a causa di questa continua erosione delle sue capacità di difesa da parte del suo aggressore. La sintomatologia tipica di questa sindrome si manifesta con crisi di iper-reazione (crisi di rabbia, disperazione), oppure ipo-reazione (vuoto interiore, passività), reazione neurovegetative (immobilità, congelamento), dissociazione e anestesia emotiva, reazioni somatiche, reazioni d’allarme (insonnia, incubi, ipervigilanza etc). La vittima cioè, a causa di questa impotenza vittimologica acquisita, perde sempre di più l’accesso alle sue risorse interne necessarie per fronteggiare la situazione di sofferenza provocata dall’aggressore.

Che cosa si può fare?

I dati scientifici permettono di affermare che la violenza interpersonale e domestica è una priorità per la salute pubblica e la risposta delle politiche sanitarie deve essere strutturale e non emergenziale. Le linee guida internazionali redatte dall’OMS sulla prevenzione della violenza promuovono sforzi sistematici atti

alla formazione di strutture sanitarie pubbliche e di professionisti adeguatamente formati per fornire non solo cure sanitarie ma anche un supporto a livello multi-disciplinare alle vittime di violenza, in un'ottica che sia sempre più rispettosa non solo della salute ma anche dei diritti umani.

Ogni volta che si parla di violenza interpersonale ci si riferisce ad un trauma (acuto o continuativo), prima psicologico, che implica un'esperienza particolarmente negativa da cui derivano sempre una disorganizzazione ed una disregolazione del sistema psicobiologico dell'individuo vittima. La consistenza ed il grado di questa specifica esperienza traumatica dipendono dalla vulnerabilità e dalla resilienza individuale e, pertanto, la reazione psichica individuale ai traumi è prevalentemente soggettiva.

Qualunque sia la natura della violenza, la vittima risulta sopraffatta da emozioni dolorose ed intollerabili, tra cui disorientamento, perdita di controllo, comportamenti di fuga sono gli scenari più frequenti. Da un vissuto traumatico però si possono diramare tre differenti percorsi che possono avere un triplice destino. Da un parte, i sentimenti dolorosi possono diventare permanenti ed esacerbarsi attraverso manifestazioni psichiatriche, quali il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo acuto Stress, sintomi ansiosi (attacchi di panico, insonnia), depressione o abuso di alcol o di sostanze. In questo caso la vittima può trovare supporto specialistico presso uno psichiatra (per l'assunzione di una terapia farmacologica) o presso uno psicologo (per un percorso psicoterapeutico). Una seconda possibilità implica che tali sentimenti possano risolversi e scomparire, apparentemente, continuando tuttavia ad avere conseguenze psicopatologiche sul comportamento e sulla personalità della vittima. In questo caso sarebbe opportuno intraprendere un percorso di psicoterapia.

In ultimo, la sofferenza post-traumatica e i sentimenti legati alla violenza subita possono trasformarsi per contribuire all'accrescimento e all'adattamento della persona, integrandosi nella memoria autobiografica dell'individuo per dare un nuovo senso alla sua esistenza. ■

DALLA FARMACO- RESISTENZA ALLA FARMACO- RESILIENZA

Come evolve
il contetto
della resistenza
ai trattamenti
nei disturbi
psichiatrici



**CARMINE
TOMASETTI**

di **CARMINE TOMASETTI***

MD, PhD, MSc UOS
Centro Alzheimer,
PO "Maria SS dello
Splendore" di Giulianova
(TE), Dipartimento di
Salute Mentale ASL
Teramo

“Dottore, sono qui da lei per una visita, ma non so se voglio davvero prendere psicofarmaci, se per me sono giusti...e se poi non funzionano? Se ne divento dipendente? Lei che dice?”.

Ogni psichiatra si trova spesso (troppo spesso) a dover rispondere a queste domande dei propri pazienti. Quel *“lei che dice?”* racchiude tutta la preoccupazione, a volte l'angoscia, della persona che vede la propria vita in balia di sentimenti, sensazioni, ragionamenti e comportamenti che spesso non riesce a controllare, e si affida (affida la propria salvezza) allo specialista, nella speranza della cura, della guarigione. E spesso (troppo spesso) la preoccupazione è condivisa anche dallo Psichiatra stesso, il quale deve rispondere, e fornire rassicurazioni, ben sapendo che le difficoltà di un corretto percorso terapeutico sono molteplici, e le responsabilità equamente suddivise tra la corretta formulazione di una diagnosi, l'adeguata scelta della terapia, l'aderenza del paziente ai trattamenti, e infine la componente genetica/neurobiologica/fisiologica dell'individuale risposta alla farmacoterapia.

I dati parlano chiaro: la resistenza ai trattamenti affligge il 20-60% della popolazione dei pazienti con disturbi psichiatrici. E, a dispetto di un progressivo incremento degli studi sull'argomento negli ultimi venti anni, la proporzione della letteratura scientifica sulle farmaco-resistenze arriva a stento allo 0.5% del totale di quella riguardante i disturbi psichiatrici. Tra l'altro, un range così vasto di prevalenza (20-60%), all'occhio allenato di chi bazzica un po' di letteratura scientifica, significa una cosa importante: che sappiamo che il fenomeno esiste, che è imponente, ma che ancora davvero non ne conosciamo per intero i meccanismi. E, dunque, non abbiamo la soluzione. O meglio, ne abbiamo molte di soluzioni, probabilmente troppe. Perché molteplici sono le ipotesi. A partire dalla corretta definizione di *resistenza*.

La Psichiatria, che ha faticato e fatica ancora oggi a mettersi al passo con le altre branche sorelle della Medicina, ha una storia lunga e tormentata, intrisa di filosofia, psicologia, misticismo e religione, tutte embricate con l'evoluzione delle neuroscienze, che hanno dovuto tener conto di un *background* così imponente e variegato...e alla fine lo hanno inglobato, usato, e rimodellato, per restituire bellissimi e complicatissimi modelli fisiopatologici della mente umana e dei suoi malfunzionamenti.

Il termine *resistenza* racchiude in sé quanto di più paradigmatico e pleiotropico una definizione possa esprimere in Psichiatria. Già nel 1895 (*Studi sull'Isteria*), Freud definì la resistenza del paziente alla emersione dei sintomi, alla presa di coscienza della propria condizione ed al buon esito dei trattamenti "il miglior ostacolo al lavoro terapeutico". Intesa in termini psicoanalitici, la resistenza designa qualunque strategia, messa in atto dal paziente, che impedisca l'accesso al terapeuta ai propri contenuti inconsci, e che quindi ostacoli il processo di acquisizione dell'*insight*, ovvero la comprensione delle ragioni sottese ai propri comportamenti, sentimenti, emozioni e sensazioni. In pratica, si configura una resistenza ogni qualvolta il paziente *dimentica* di presentarsi alla seduta, oppure arriva in ritardo, o si ammala poco prima, quando parla troppo (o troppo poco) senza comprendere, quando sospende il rapporto con il terapeuta per *sopraggiunte problematiche*. E, caratteristicamente, più ci si avvicina ai nuclei inconsci patologici, più queste resistenze aumentano, dando un bel daffare al terapeuta per superarle e finalmente giungere al nocciolo della terapia.

Nel corso degli anni, e con l'avanzare degli studi scientifici, il concetto di **resistenza** ha inglobato via via anche la mancata risposta al trattamento prescritto, anche se a tutt'oggi i pazienti *dimenticano* ancora di prendere le compresse,

arricchendo dunque questo concetto di una preponderante e imprescindibile parte che riguarda la cosiddetta aderenza alle terapie, la quale il più delle volte rappresenta il problema principale della carenza di un'adeguata risposta terapeutica. Negli anni '30 del 1900, la resistenza indicava una mancata perdita della coscienza in corso di trattamento con induzione di coma insulinico, all'epoca considerato uno dei principali trattamenti per la cura della Schizofrenia. Solo negli anni '80 prende corpo un concetto complesso di **resistenza**, di fronte all'evidenza che l'antipsicotico clozapina fosse in grado di far regredire sintomi della Schizofrenia che residuavano in corso di trattamenti con altri antipsicotici. E fu proprio la scoperta che la clozapina potesse modulare sistemi di neurotrasmissione oltre il recettore D2 della dopamina (considerato il cardine della terapia antipsicotica, nonché il minimo comune denominatore di ogni antipsicotico in commercio che volesse essere degno di tal nome) a far scattare l'intuizione che molto probabilmente, dal punto di vista neurobiologico, i pazienti considerati *resistenti al trattamento* avessero in realtà una compromissione ulteriore di molteplici sistemi neurotrasmettitoriali rispetto ai pazienti cosiddetti *responders*, e che quindi bisognasse trovare un sistema *oltre* la terapia antipsicotica per trattare questi pazienti.

Oggi, il concetto di *resistenza ai trattamenti* si è esteso praticamente ad ogni disturbo psichiatrico conosciuto. Ci sono in letteratura centinaia di studi che riguardano pazienti *non responders* o *partial responders* alle terapie prescritte, e questi studi hanno generato decine di linee guida, da parte delle maggiori Società Scientifiche che si occupano di Psichiatria. Più di due terzi di queste linee guida riguardano la Schizofrenia e i Disturbi Depressivi, trattandosi dei disturbi psichiatrici che occupano di per sé la stragrande maggioranza della letteratura scientifica in campo psichiatrico. Tuttavia, quello

che davvero sorprende è la incredibile incongruenza di tutte queste linee guida nella definizione delle caratteristiche dei pazienti considerati *resistenti al trattamento*. Il che, ovviamente, genera anche risultati inconclusivi allorché vengano effettuati studi di metanalisi (in sostanza una rianalisi complessiva di più studi che genera un dato conclusivo sull'argomento) riguardanti l'efficacia delle attuali terapie sui disturbi esaminati. In sostanza, è come cercare di comporre un puzzle i cui pezzi non sono stati tagliati per combaciare. Un'altra cosa che meraviglia è che, a dispetto del progredire della categorizzazione dei Disturbi Psichiatrici, e del tentativo della comunità scientifica di classificarli sulla base di accurati dati neuroscientifici, al momento non esistono definizioni che riguardino la **resistenza** ai trattamenti in disturbi come la mania, il disturbo di panico, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), i disturbi da uso di sostanze. Siamo ormai alla quinta versione (*text revision* del 2021) del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR), che è considerata la Bibbia della comunità psichiatrica internazionale...e non vi è cenno di questi argomenti.

Quello su cui tutta la comunità scientifica internazionale (e non solo quella che si occupa di salute mentale) concorda è che la prevalenza dei Disturbi Psichiatrici nell'ultima decade è incrementata del 13% nel mondo, generando una disabilità complessiva che si attesta a uno su cinque anni; che il 20% degli adolescenti nel mondo soffre di disturbi di questo tipo; che il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani tra 15 e 29 anni; che il costo globale per la gestione delle due patologie psichiatriche (ansia e depressione) maggiormente diffuse nel mondo è di circa 1 trilione di dollari l'anno...e che una parte preponderante di questo carico economico è probabilmente derivata dalle incomplete risposte terapeutiche di più di un quinto dei pazienti psichiatrici, che esistano in cronicizzazione.

Tutte le linee guida concordano sul fatto che i tre cardini principali attorno a cui ruota la definizione di **resistenza** sono: una corretta diagnosi; un trattamento adeguato; una risposta terapeutica adeguata. Il problema sta in come questi tre concetti chiave vengono affrontati e sviscerati dalle società scientifiche che elaborano le linee guida. Ad esempio: come si definisce una corretta diagnosi? Quali sono gli strumenti diagnostici che lo Psichiatra deve usare per standardizzarla? E, soprattutto, lo Psichiatra usa sempre questi strumenti quando emette una diagnosi? Quella della diagnosi differenziale è una criticità ancora preponderante in Psichiatria. Molto spesso sintomi specifici (ad es. la depressione, il ritiro sociale, le manifestazioni psicotiche) sono presenti in molteplici disturbi. Inoltre, alcuni disturbi possono avere delle presentazioni sintomatologiche comuni. È molto complesso, per esempio, differenziare una Depressione Maggiore da un Disturbo Bipolare nelle loro fasi depressive, le quali sono praticamente sovrapponibili per sintomi.

Per quanto riguarda l'adeguatezza del trattamento, invece, ancora non c'è un'assoluta concordanza tra gli studi. Ad esempio, a quanti e quali tipi di farmaci antipsicotici un paziente affetto da Schizofrenia deve rispondere in maniera inadeguata per essere definito *resistente*? E ancora: che vuol dire "rispondere in maniera adeguata"? Bisogna usare delle scale di valutazione e identificare dei valori soglia di risposta? Oppure basta che il paziente, in trattamento da un certo tempo, abbia ancora dei sintomi residui? E quali sintomi? E infine, come si misura l'aderenza del paziente al trattamento? Vale la pena di dosare ogni farmaco del sangue al paziente a tempi prestabiliti? Oggi esistono trattamenti a lento rilascio (i cosiddetti *long-acting injective antipsychotics*) che sono in grado di aumentare notevolmente la risposta terapeutica dei pazienti affetti da disturbi psicotici, bypas-

sando il problema dell'aderenza, in quanto somministrati a cadenza specifica e che erogano il principio attivo con una considerevole stabilità farmacologica, abbattendo inoltre gli effetti collaterali. Ma, anche in questo caso, il risultato è parziale, anche perché questi farmaci sono in pratica disponibili solo per questi disturbi specifici, lasciando dunque una enorme fetta di popolazione di pazienti "scoperta" dalla possibilità di utilizzo di nuove strategie farmacologiche che ne garantiscano l'adeguata aderenza.

Paradossalmente, ciò su cui davvero si è più concordi, dal punto di vista scientifico, è la definizione di *non risposta* dal punto di vista neurobiologico. Ad oggi, sono state identificate molteplici varianti genetiche in diversi geni (i cosiddetti polimorfismi) che inficiano la risposta a diversi trattamenti psicofarmacologici. Ad esempio, polimorfismi di una glicoproteina della Barriera Emato-Encefalica (la membrana semipermeabile che filtra il passaggio di molecole dal sangue ai nostri neuroni) sono stati associati a una ridotta risposta alle terapie, poiché esse non passano agevolmente dal flusso sanguigno al cervello. Ancora, polimorfismi dei citocromi epatici (gli enzimi che metabolizzano nel fegato tutte le sostanze introdotte nel nostro organismo) sono associati a ridotta risposta per aumentato metabolismo. Anche tutti i farmaci o le sostanze che modulano questi citocromi alterano il metabolismo degli psicofarmaci, ad esempio alcuni antibiotici, il fumo di sigaretta, l'alcool oppure le sostanze da abuso, il che spiega perché in alcuni pazienti *polyabusers* i farmaci fanno difficoltà ad espletare un corretto funzionamento. In questo caso, si parla di **pseudoresistenza**, determinata da interazioni cosiddette *farmacocinetiche*, ossia di diverse molecole sul metabolismo corporeo, e non da varianti intrinseche del paziente.

Insomma, a quanto sembrerebbe, per la comunità scientifica internazionale è molto più semplice categorizzare e

classificare forme di **resistenza** laddove siano obiettivamente e misurabili...e in pratica non coinvolgono il paziente stesso. Il quale, però, pare sia proprio il principale soggetto della questione, nonché l'elemento chiave di ogni relazione Psichiatra-Paziente, che senza il secondo termine non avrebbe senso neanche di chiamarsi, appunto, relazione. La maggior parte delle strategie terapeutiche più moderne per il trattamento dei pazienti resistenti sono basate essenzialmente su queste evidenze *oggettive*, e riguardano per lo più l'utilizzo di farmaci in *add-on* (ovvero l'aggiunta di altri farmaci alle terapie in corso), con lo scopo di riuscire a modulare ulteriori sistemi di neurotrasmissione coinvolti nel processo fisiopatologico che probabilmente sottendono alla resistenza del paziente al farmaco standard. Oppure, sono in sperimentazione farmaci di nuova generazione che siano in grado di modulare sistemi di neurotrasmissione che la letteratura scientifica moderna ritiene implicati nella patogenesi di alcuni Disturbi Psichiatrici e che i farmaci attualmente in commercio non sono in grado di modulare. È il caso, per esempio, della Esketamina per il trattamento dei Disturbi Depressivi, la quale è in grado di modulare il sistema neurotrasmettitoriale del glutammato, cruciale nel trattamento, che gli antidepressivi attuali non modulano.

Ma, ancora una volta, il punto di vista è *esterno* al paziente. Un approccio, che oggi prende sempre più piede nelle discussioni scientifiche delle società che si occupano di Salute Mentale, riguarda proprio la reintroduzione del Paziente al centro dell'ottica diagnostico-terapeutica. Si tratta, in pratica, di "decategorizzare" la malattia e di riposizionare il paziente quale fulcro dell'indagine diagnostica e del processo di scelta di un adeguato trattamento. Il Disturbo Psichiatrico non è un oggetto da scomporre nei sintomi, come un puzzle. Ogni paziente manifesta sintomi, disagi, emozioni, sensazioni e comportamenti (i cosiddetti *domini psicopatologici*) che

sono contemporaneamente unici (perché unico è l'individuo) e comuni (perché classificabili nel contesto di definizioni diagnostiche standard). Definire una diagnosi e costruire su di essa un percorso terapeutico *partendo dal paziente e non dalla patologia* ha il senso di *adattare sul paziente* il trattamento, cucirlo su di lui/lei come un abito su misura...e chi non vorrebbe indossare un abito su misura?

Si passa, così dal concetto di **resistenza** ai trattamenti a quello di **resilienza** terapeutica. La resilienza è, in fisica, la capacità di un oggetto di assorbire pressioni o urti senza rompersi e di poter tornare nello stato precedente all'applicazione dello stress, una volta che esso sia rimosso. In Psichiatria, la **resilienza** è l'individuale risposta agli eventi difficili, traumatici, i cosiddetti *stressors*.

Lo Psichiatra che accoglie il paziente nella centralità del suo ruolo, è in grado di definire con lui/lei quali sono le manifestazioni sintomatologiche che gli/le creano maggiore disagio, di *sentirle* insieme, e di costruire un trattamento che si adatti alle *dimensioni sintomatologiche* più che alla *malattia*, non identificando così il paziente con essa, ma lavorando appunto sulla **resilienza** del paziente al disagio creato dalla patologia, e dunque favorendone l'aderenza e la risposta ai trattamenti. Ovviamente, questo approccio non prescinde dall'utilizzo di nuove strategie di trattamento per i pazienti *non responders*, ma di certo contribuisce ad abbattere notevolmente la percentuale di quei pazienti che, consciamente od inconsciamente, non sono in grado di seguire correttamente un regime di trattamento, e che diversi studi quantificano il almeno un terzo dei pazienti resistenti nel caso di Disturbi come la Schizofrenia oppure il Disturbo Depressivo Maggiore.

Si tratta dunque di accogliere le domande del paziente e, a quel *"lei che dice?"*, di rispondere: *"Non IO, ma NOI..."*

E di iniziare da qui. ■

Ti è piaciuto?

Combattere i pregiudizi e i tabù sulla salute mentale è possibile. Inutile negarlo: parlare di malattia mentale nel nostro paese è ancora molto problematico, si tende a usare parole inappropriate, parole che fanno male a chi è affetto da disagio psicologico. Questo Mag-book vuole invece essere il contributo per un cambio di passo culturale affinché le malattie psichiatriche siano considerate alla stessa stregua di qualsiasi altra malattia. In questo volume abbiamo raccolto le parole che fanno bene, voci autorevoli tra psichiatri e psicoterapeuti che ogni giorno lavorano in favore e a fianco delle persone affette da malattia mentale. Un volume per affilare conoscenza e consapevolezza e combattere quei retaggi culturali ghettizzanti che ancora persistono nella nostra società. Perché spesso di fronte alle sfide che la vita ci presenta tutti possiamo sentirci fragili e inadeguati. E perché non c'è salute senza salute mentale.

Andrea Fiorillo, Presidente della Società Italiana di Psichiatria Sociale (Sips); **Sergio De Filippis**, Direttore Sanitario Villa Von Siebenthal Genzano di Roma, professore di Psichiatria delle Dipendenze Università Sapienza – Roma; **Emiliano Salvatori**, anestesista e rianimatore Policlinico Casilino – Roma; **Maria Teresa Ferretti**, neuroscienziata Università di Medicina di Vienna, co-fondatrice e direttrice scientifica *Women's Brain Project*; **Paola Calò**, direttrice U.O.C. Centro Salute Mentale -DSM ASL Lecce; **Donata Caira**, dirigente medica I livello Psichiatria - Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Roma; **Giovanni Martinotti**, professore di Psichiatria Università "G.d'Annunzio" di Chieti; **Carmine Tomassetti**, dirigente medico Dipartimento di Salute Mentale, UOSD Servizio Psichiatrico AUSL 4 Teramo; **Alessandra Nivoli**, Primaria clinica psichiatrica dell'Aou di Sassari, professoressa di Psichiatria Università di Sassari; **Domenico De Berardis**, professore di psichiatria Università di Chieti, Dipartimento di Salute Mentale Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale "G. Mazzini", ASL 4 Teramo; **Cecilia Fusco**, dirigente medica, psichiatra ASL Roma 1.

ReWriters Magazine

