



Depersonalizzazione e Derealizzazione: conoscerle per non temerle...

Data 25 febbraio 2018
Categoria psichiatria_psicologia

Come diagnosticare e curare questi angosciosi e conturbanti stati emozionali.

I sintomi da depersonalizzazione (DP) e de realizzazione(DR) sono molto angosciosi e temporaneamente invalidanti: spesso trasmettono ansia, insicurezza e reazioni di rifiuto alle persone vicine. Questi stati emozionali consistono in senso di irrealtà e di distacco dalle proprie sensazioni (depersonalizzazione) o dalla propria percezione globale della realtà esterna (derealizzazione); essi possono presentarsi singolarmente o possono coesistere nella medesima persona e nella medesima esperienza patologica; vengono generalmente descritti con forte angoscia e partecipazione e si accompagnano frequentemente a sintomi somatici: tachicardia, polipnea, sudorazione. Possono In un primo momento essere confusi con sintomi psicotici, ma questi pazienti conservano le funzioni critiche, non manifestano né deliri né allucinazioni e descrivono con precisione le proprie sensazioni: viene pertanto mantenuto il senso di realtà, il che consente di escludere i vari disturbi di tipo psicotico.(1)

Ma come si possono inquadrare questi singolari, angosciosi, conturbanti, invalidanti disturbi?

[b]Il DSMV raccoglie entro l'insieme dei Disturbi Dissociativi una serie di disturbi pichici caratterizzati da una mancata integrazione tra coscienza, pensieri, identità, memoria, rappresentazione corporea .[/b]
[b]Il Disturbo da Depersonalizzazione/ Derealizzazione [/b] è un tipo di disturbo dissociativo ed è caratterizzato da esperienze di irrealtà, distacco, dal sentirsi come osservatori esterni rispetto ai propri pensieri, sentimenti, sensazioni, rispetto al proprio corpo od alle proprie azioni; oppure, in alternativa od in associazione, da esperienze di irrealtà e distacco rispetto all'ambiente circostante (le persone o gli oggetti vengono percepiti come irreali, onirici, nebbiosi, inanimati) i. [b]Durante le esperienze di depersonalizzazione o derealizzazione l'esame di realtà rimane integro;[/b] il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza e non è espressione di un altro disturbo mentale.

Spesso questi pazienti nella descrizione dei sintomi usano la espressione "come se...": "mi sento come se il corpo non fosse più il mio come se io fossi un automa..., sento che la mia testa è confusa mi sembra di impazzire..., mi sembra che il mondo esterno non sia più lo stesso, come se fosse una copia del mondo reale..."(1)

Questi stati patologici sono abbastanza frequenti della popolazione generale ; in una indagine USA su 1000 persone sane il 25% circa degli intervistati riferì di avere provato simili stati d'animo nell'anno precedente.(2) Talora i sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione si ripresentano per mesi o per anni e si "strutturano" in tratti caratteriali costituendo così il Disturbo da Depersonalizzazione(DP) e Derealizzazione(DR) . Ricerche epidemiologiche effettuate in UK, Germania ed USA hanno riscontrato che questo disturbo cronico interessa circa il 1% della popolazione(3,4) ed il 5% dei pazienti psichiatrici seguiti nel territorio(5). Sintomi di DP e DR possono presentarsi transitoriamente nel corso di periodi di stress o di crisi psicosociali, ma più spesso interessano persone con problemi psichici o malattie neurologiche che costituiscono fattori di rischio per la cronicizzazione(6).

Diagnosi

La diagnosi non è difficile se ascoltiamo il paziente con empatia(7) accogliendo e comprendendo la sua angoscia. È importante anzitutto valutare il suo senso di realtà ed escludere spunti deliranti ed allucinazioni per distinguere la depersonalizzazione e derealizzazione dai disturbi psicotici: in caso di difficoltà la Cambridge Depersonalisation Scale è uno strumento utile e preciso per arrivare ad una corretta diagnosi(7)

Il secondo passo sarà quello di valutare se i sintomi siano secondari a malattie internistiche (es.disordini ormonali) malattie neurologiche (epilessia, deficit neuropsichici, neoplasie) malattie psichiatriche (es. ansia, attacchi di panico, disturbo post traumatico da stress) ed infine ad uso di sostanze (es.cannabis, ecstasy ecc): in tutti questi casi va trattata la condizione primaria. Se i disturbi da derealizzazione e depersonalizzazione non sono secondari ad altre affezioni e si presentano per settimane o mesi possiamo fare diagnosi di Disturbo da Derealizzazione Depersonalizzazione.

Terapia

I sintomi da DP-DR secondari ad altre affezioni vengono trattati curando anzitutto la malattia di base. Gli stati transitori di DP-DR sono abbastanza frequenti in condizioni di stress e tendono a risolversi spontaneamente trattando l'ansia, accogliendo il paziente e comprendendo la sua profonda angoscia.

In questi casi una valutazione ed un eventuale trattamento psichiatrico del paziente e talora della sua famiglia potrà evitare recidive e cronicizzazioni. I disturbi cronici da DP DR sono invece di pertinenza specialistica: gli psicofarmaci hanno solo azione sintomatica e non aiutano il paziente a guarire. L'unica terapia che si sia dimostrata efficace è la Terapia Cognitivo-Comportamentale (Cognitive-Behavior Therapy-CBT)(9) somministrata da terapeuti esperti e per adeguati periodi di tempo. Nei paesi più avanzati del nostro le associazioni dei pazienti svolgono un ruolo essenziale nel trattamento di questi disturbi.



Conclusioni

I disturbi da depersonalizzazione e derealizzazione sono angosciosi e spesso invalidanti.

Le persone che ne sono affette in genere manifestano notevole sofferenza e mettono in difficoltà anche i medici che ne devono gestire le angosce mantenendo la lucidità necessaria ad una corretta diagnosi e ad una adeguata terapia.

Dal punto di vista diagnostico è molto importante diagnosticarli precocemente e distinguere questi disturbi dalle psicosi; dal punto di vista terapeutico è molto importante l'atteggiamento accogliente e comprensivo del medico mentre i farmaci hanno spesso un ruolo sintomatico. Nella maggioranza dei casi tali disturbi si risolvono nell'arco di settimane o mesi. Talora tuttavia essi si protraggono nel tempo e si strutturano in tratti caratteriali rendendo necessaria una terapia cognitivo-comportamentale condotta da terapeuti esperti per lunghi periodi di tempo.

Riccardo De Gobbi

1) Hunter ECM, Carlton J, David AS. Depersonalisation and derealisation: assessment and Management BMJ 2017;356:j745 doi: 10.1136/bmj.j745 (Published 2017 March 23)

2) Aderibigbe YA, Bloch RM, Walker WR. Prevalence of depersonalization and derealisation experiences in a rural population. Soc Psychiat Epidemiol 2001;356:63-9doi:10.1007/s001270050291.

3) Sierra M, Hunter ECM, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation: a systematic review. Soc Psychiat Epidemiol 2004;356:9-18doi:10.1007/s00127-004-0701-4.

4) Baker D, Hunter ECM, Lawrence E, et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. Br J Psychiatry 2003;356:428-33doi:10.1192/bjp.182.5.428.

5) Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 2006;356:623-9doi:10.1176/ajp.2006.163.4.623.

6) Hunter ECM, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conceptualization. Behav Res Ther 2003;356:1451-67doi:10.1016/S0005-7967(03)00066-4.

7) <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6795>

8) Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. Psychiatry Res 2000;356:153-64doi:10.1016/S0165-1781(00)00100-1

9) Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-Behavioural Therapy for depersonalisation disorder: an open study. Behav Res Ther 2005;356:1121-30doi:10.1016/j.brat.2004.08.003.