

Appunti da

IL DSM

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

1952 DSM I
1968 DSM II
1980 DSM III
1987 DSM III-R
1994 DSM IV
2000 DSM IV-TR
2013 DSM V

Il DSM è un manuale che raccoglie, attualmente, la definizione e la descrizione di più di 370 disturbi mentali, individuati in base alla presenza di un profilo sintomatologico per ciascuno di essi.

Questa classificazione standard, utilizzata negli Stati Uniti e ormai diffusa in tutto il mondo occidentale, è basata sulla frequenza statistica delle caratteristiche dei fenomeni in essa riportati. Nasce su iniziativa dell'APA (*American Psychiatric Association*) con la versione I del 1952, in risposta alla classificazione ICD (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, oggi arrivata alla versione 10) dell'OMS. Nel 2000 si è giunti alla versione IV Revisionata e la versione V è annunciata per il 2013¹. Il continuo aggiornamento del DSM è opera di un ampio comitato scientifico che a sua volta si avvale della collaborazione di una rete di professionisti nell'intero sistema sanitario nazionale a vario titolo impegnati in un'attività clinica: medici, psichiatri, assistenti sociali psichiatrici, infermieri specializzati, psicologi, counselor.

Ogni versione del DSM costituisce per un verso un'immagine aggiornata dei modi della diffusione della sofferenza psichica; essa evidenzia, cioè, il fatto che nel tempo e con l'evolversi di culture, valori e stili di vita, talune forme patologiche mostrano una maggiore diffusione, altre sono meno frequenti; altre ancora modificano il loro profilo². Per un altro verso, esso rappresenta una riflessione su salute e malattia in ambito psichiatrico.

In particolare, nel DSM IV compare l'attenzione alla variabile culturale:

La psichiatria moderna e altre discipline della salute mentale stanno abbandonando la propria riluttanza ad adottare un'ottica culturale nella valutazione complessiva

¹ Cfr. www.dsm5.org

² Un clamoroso esempio è costituito dalla questione dell'omosessualità, la cui definizione, nel succedersi delle versioni del DSM, è stata la seguente:

DSM I (1952) L'omosessualità è classificata nei "disturbi sociopatici di personalità".

DSM II (1968) L'omosessualità è considerata come una deviazione sessuale come pedofilia, necrofilia, feticismo, voyeurismo, travestitismo e transsessualismo.

DSM III (1974) L'omosessualità è rimossa come categoria diagnostica delle parafilie e riclassificata come "omosessualità egodistonica"

DSM III-R (1987) Viene derubricata anche l'omosessualità egodistonica come disturbo a sé stante. L'egodistonia è considerata un disturbo evolutivo collegato all'interiorizzazione dell'ostilità sociale.

(www.educarealrispetto.org/approfondire/omosessualita-e-una-malattia.asp)

del paziente. Oggi, l'intreccio delle condizioni biologiche e fisiologiche con i fenomeni sociali e culturali investe non solo la spiegazione e la descrizione dei sintomi ma anche la diagnosi, la patogenesi, il trattamento e l'organizzazione dei servizi di salute mentale [...] La cultura permea tutti i fenomeni clinici, ogni intervento, il nucleo delle esperienze umane, e la risposta che il proprio comportamento suscita negli altri. La psichiatria moderna, al di là delle battaglie ideologiche e riportando il paziente al centro delle discipline cliniche, adotta le acquisizioni relative alla cultura come strumenti concreti per le sue molteplici attività. (APA, 2002)

La struttura del DSM - IV

Il DSM è uno **strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali**. Il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell'analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all'universo dei disturbi mentali. La sua struttura segue un **sistema multiassiale**: divide i disturbi in cinque *Assi*, così ripartiti:

ASSE I: disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere **temporanei o comunque non "strutturali" e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica**: disturbi clinici che possono essere riconducibili non solo al cervello e al sistema nervoso, ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa che il soggetto può avere (per esempio valuterà se il soggetto è sieropositivo, malato cronico, etc.)

ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale. **Disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili** ad una condizione "pre-morbosa"; generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse I, cui fanno da contesto. Questo asse è divisa in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità.

ASSE III: condizioni **mediche acute** e disordini fisici.

ASSE IV: condizioni **psicosociali e ambientali** che contribuiscono al disordine.

ASSE V: valutazioni **globali** del funzionamento.

Di seguito il dettaglio degli Assi I, II e V.

ASSE I: i Disturbi Clinici

- Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia o nella Fanciullezza.
- Delirium, Demenza e Disturbi Amnestici; altri Disturbi Cognitivi.
- Disturbi Mentali dovuti a una Condizione Medica Generale.
- Disturbi Correlati a Sostanze
- Schizofrenia e Altri Disturbi Psicotici.
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi d'Ansia.
- Disturbi Somatoformi
- Disturbi Fittizi
- Disturbi Dissociativi
- Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere.
- Disturbi dell'Alimentazione
- Disturbi del Sonno
- Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove.
- Disturbi dell'Adattamento

- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica.

ASSE II: Disturbi di Personalità e Ritardo Mentale.

- Disturbo Paranoide di Personalità.
- Disturbo Schizoide di Personalità.
- Disturbo Schizotipico di Personalità
- Disturbo Antisociale di Personalità
- Disturbo Borderline di Personalità
- Disturbo Istrionico di Personalità.
- Disturbo Narcisistico di Personalità
- Disturbo Evitante di Personalità
- Disturbo Dipendente di Personalità
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità.
- Disturbo di Personalità NAS (Non Altrimenti Specificato)
- Ritardo Mentale

ASSE V: Global Assessment of Functioning (GAF) Scale (From DSM-IV-TR, p. 34.)

Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations.

100-91 Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.

90-81 Absent or minimal symptoms (**e.g., mild anxiety before an exam**), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (**e.g. an occasional argument with family members**).

80-71 If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (**e.g., difficulty concentrating after family argument**); no more than slight impairment in social, occupational or school functioning (**e.g., temporarily failing behind in schoolwork**).

70-61 Some mild symptoms (**e.g. depressed mood and mild insomnia**) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (**e.g., occasional truancy, or theft within the household**), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.

60-51 Moderate symptoms (**e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks**) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (**e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers**).

50-41 Serious symptoms (**e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting**) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (**e.g., no friends, unable to keep a job**).

40-31 Some impairment in reality testing or communication (**e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant**) OR major impairment in several areas,

such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (**e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school**).

30-21 Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment (**e.g., sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation**) OR inability to function in almost all areas (**e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends**).

20-11 Some danger of hurting self or others (**e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement**) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (**e.g., smears feces**) OR gross impairment in communication (**e.g., largely incoherent or mute**).

10-1 Persistent danger of severely hurting self or others (**e.g., recurrent violence**) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.

O Inadequate information.

In questi appunti è presa in considerazione solo una parte dei disturbi indicati nel DSM.

Per una conoscenza più completa - ma non esaustiva - della psicopatologia, si è deciso di includere³ i quadri diagnostici presenti nella classificazione verosimilmente più significativi rispetto al lavoro sociale.

Nella *colonna di sinistra* della tabella a pagina seguente sono indicate quindici categorie di disturbi ricomprese nel DSM IV - cui vanno aggiunte le "Sindromi culturalmente caratterizzate" - qui considerate; in quella di *destra*, i contenuti di questi appunti corrispondenti a ciascuna di esse. Le voci in **grassetto** indicate negli appunti corrispondono a tematizzazioni di concetti utili a una migliore comprensione dei quadri diagnostici cui si riferiscono.

Nel testo, per ogni categoria nosologica è riportato il codice numerico del DSM.

³ NB. Per la compilazione di questi appunti mi sono servito anche di fonti web di cui ho perso i riferimenti che l'autore è eventualmente disponibile a citare ove richiesto.

	DSM IV	Appunti
1.	Disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza	Autismo
2.	Delirium, demenza, disturbi amnestici e altri disturbi cognitivi	Le Demenze <u>Demenze corticali</u> : Demenza tipo Alzheimer, Pick, Creutzfeld-Jacob <u>Demenze sottocorticali</u> : Demenza vascolare Malattia di Parkinson, Malattia di Huntington,. Lo Stroke o "infarto cerebrale" .
3.	Disturbi correlati a sostanze	Dipendenza Comorbidità o "doppia diagnosi"
4.	Schizofrenia e altri disturbi psicotici	Schizofrenia Delirio e allucinazione
5.	Disturbi dell'umore	Disturbo bipolare (o "psicosi maniaco-depressiva") Ciclotimia e distimia
6.	Disturbi d'ansia	L'ansia. Disturbo da Attacco di Panico, Agorafobia, Fobia specifica, Fobia sociale, Disturbo ossessivo - compulsivo, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo Acuto da Stress.
7.	Disturbi somatoformi	Disturbo da somatizzazione, Disturbo da conversione (o nevrosi isterica, tipo conversione), Ipocondria (o nevrosi ipocondriaca), Disturbo da dismorfismo corporeo.
8.	Disturbi fittizi	
9.	Disturbi dissociativi	La dissociazione Amnesia psicogena, Fuga psicogena, Disturbo di personalità multipla, Disturbo di depersonalizzazione
10.	Disturbi sessuali e della Identità di Genere	<u>Disfunzioni psicosessuali</u> : Inibizione del desiderio sessuale, Inibizione dell'eccitazione, Inibizione dell'orgasmo, Eiaculazione precoce, vaginismo <u>Disturbi dell'identità sessuale</u> : Transessualismo, Disturbo dell'identità sessuale in età evolutiva. <u>Parafilie</u> : Feticismo, Travestitismo, Pedofilia, Esibizionismo, Voyeurismo, Sadomasochismo, Parafilie atipiche. [Omosessualità egodistonica]
11.	Disturbi dell'alimentazione	Anoressia nervosa Bulimia nervosa
12.	Disturbi del sonno	
13.	Disturbi del controllo degli impulsi	Disturbo esplosivo intermittente Cleptomania Piromania. Gioco d'Azzardo Patologico
14.	Disturbi dell'adattamento	Disturbi dell'Adattamento
15.	Disturbi di personalità	Disturbo borderline di personalità
16.	Sindromi culturalmente caratterizzate	Amok, Ataque de Nervios, Bilis e Colera, Bouffée Delirante, Brain Fag, Dhat, Falling-Out o Blacking-Out, Hwa-Byung, Koro, Latah, Locura, Malattia del Fantasma, Mal de Ojo, Nervios, Pibloktoq, Reazione psicotica Qi-Gong, Rootwork, Sangue Dormido, Shenjing Shuairuo, Shen-K'uei (Taiwan); Shenkui (Cina), Shin-Byung, Spell, Susto, Taijin Kyofusho, Zar

Disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza.

Autismo⁴

Il termine autismo deriva dal greco *αὐτός* (*stesso*).

Con questo termine ci si riferisce all'Autismo Primario Infantile che secondo il DSM IV è classificato sotto i "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo"⁵. Tutte queste patologie, seppur differenti fra loro, hanno in comune la peculiarità di generare una grave alterazione del legame affettivo con la realtà, con conseguente alterazione pervasiva dello sviluppo dell'individuo.

I principali criteri diagnostici dei Disturbi Pervasivi della Sviluppo sono i seguenti:

- Alterazione e distorsione delle interazioni sociali
- Alterazione e compromissione della comunicazione e dell'attività immaginativa
- Marcata restrizione del repertorio di attività e interessi
-

L'Autismo Primario è uno tra i più frequenti quadri clinici, individuato nel 1943 da Leo Kanner (cfr. bibl.), che individuò queste caratteristiche in alcuni bambini e dalle sue osservazioni derivò questi criteri diagnostici:

- esordio entro il 1° anno di vita
- incapacità di relazionarsi con gli altri (*aleness*)
- intolleranza ai cambiamenti e ripetizione ossessiva di movimenti (*sameness*)
- potenzialità intellettive conservate ed uso anomalo del linguaggio.

I bambini affetti da Autismo Primario appaiono apatici fino dai primi mesi di vita, sono indifferenti alle offerte relazionali e accuditive della madre. L'ambiente e gli oggetti sono esplorati limitatamente a una dimensione autosensoriale⁶ e stereotipa ed ogni cambiamento, anche minimo, può indurre violente crisi di panico. Il linguaggio non sempre si struttura ed anche quando presente risulta ecolalico e non funzionale.

L'evoluzione è differente da individuo a individuo, alcuni riescono a strutturare una vita autonoma; altri non presentano particolari miglioramenti ed in alcuni casi si accentuano i comportamenti aggressivo-oppositivi che rendono necessaria l'istituzionalizzazione.

⁴ Tratto in parte da: www.educare.it/Handicap/intro/autismo_infantile

⁵ In questa classificazione compaiono anche: Autismo Secondario, Sindrome di Asperger, Psicosi Simbiotica, Schizofrenia Infantile, Psicosi Maniaco Depressiva e Sindrome di Rett.

⁶ Durante il I anno di vita, i bambini che possono sviluppare un isolamento autistico sono descritti come particolarmente calmi o facili, sembrano non richiedere attenzioni e non avere bisogni, in generale hanno poche manifestazioni e in presenza di un adulto appaiono indifferenti. Nel loro comportamento si riscontra l'assenza di qualsiasi attitudine anticipatoria, cioè non girano la testa verso la madre che rientra in stanza, non si agitano e, quando sono presi in braccio, non tendono le braccia in un atteggiamento responsivo o di richiesta. L'impressione complessiva del tono muscolare è di un'assenza di tonicità, il corpo è come flaccido e afflosciato.

(www.federica.unina.it/lettere-e-filosofia/psicologia-clinica-dello-sviluppo/disturbi-psicosomatici-psicosi-infantili)

Secondo il DSM IV la diagnosi differenziale va posta con:

- Strutturazioni psicopatologiche analoghe presenti in patologie organiche (fenilchetonuria non trattata, embriopatia rubeolica, sclerosi tuberosa)
- Sindrome di Rett
- Ritardo Mentale
- Sordità, cecità.

L'Autismo Secondario presenta le stesse caratteristiche di quello Primario, con la differenza che lo sviluppo del bambino risulta normale fino a 30-36 mesi, dopodiché si ha una regressione con comparsa di atteggiamenti autistici.

Delirium, demenza, disturbi amnestici e altri disturbi cognitivi.

Le demenze.

Per demenza si intende un indebolimento delle facoltà mentali causato dalla degenerazione e/o dalla morte delle cellule cerebrali.

La caratteristica essenziale è una perdita delle prestazioni intellettuali di grado sufficiente da interferire con le attività sociali o professionali. In passato le demenze erano associate alla pazzia e spesso i soggetti affetti venivano isolati o perseguitati. **Le demenze in età senile rappresentano l'85% di tutte le demenze.** Questa forte correlazione con l'età ha fatto discutere sulla possibilità che le demenze possano essere considerate diverse dall'invecchiamento fisiologico in termini "solo" quantitativi o qualitativi. Quindi l'invecchiamento fisiologico potrebbe essere visto come una lentissima forma di demenza (differenza quantitativa), oppure l'invecchiamento rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di una malattia vera e propria: la demenza (differenza qualitativa).

È possibile distinguere due tipi principali di demenze:

Demenze corticali (così definite poiché colpiscono principalmente strutture della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello cognitivo, della memoria e del linguaggio).

Demenze sottocorticali (così definite poiché colpiscono principalmente strutture che si trovano al di sotto della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello della personalità, della sfera emotiva e delle funzioni motorie)

Demenze corticali

(ossia quelle che colpiscono principalmente le strutture della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello cognitivo, della memoria e del linguaggio).

Alle demenze corticali appartengono in particolare:

- Demenza tipo Alzheimer
- Demenza dovuta a malattia di Pick
- Demenza dovuta a malattia di Creutzfeldt-Jacob

294.xx Demenza tipo Alzheimer

Si tratta di una malattia del sistema nervoso centrale, è la **più comune causa di demenza e rappresenta la terza causa di morte nei paesi occidentali**. Circa il 50-70% delle persone che soffrono di demenza sono affette dalla malattia d'Alzheimer. Il rischio di ammalarsi aumenta con l'età. Esiste meno di una possibilità su mille di ammalarsi prima dei sessantacinque anni, mentre, oltrepassata questa soglia, il rischio sale a una persona su 20, per arrivare a 2-4 persone su 10 dopo gli 85 anni. In Italia si contano 500.000 persone affette da Alzheimer e si stima che entro il 2050 questo numero raddoppierà. La durata media della malattia è di dieci anni. La malattia di Alzheimer **non ha a tutt'oggi una causa conosciuta**.

- I **primi sintomi** della malattia sono spesso confusi e attribuiti semplicemente all'invecchiamento. Essi sono per lo più rappresentati da disturbi della memoria e del linguaggio. Col progredire della malattia si ha una modificazione del carattere, i pazienti possono diventare aggressivi, avere disturbi d'ansia e depressivi. Il decorso della malattia può essere schematizzato in *quattro fasi*:
- **Fase iniziale**: i sintomi principali sono il disorientamento lieve temporale con difficoltà a ricordare gli eventi recenti, la difficoltà nel trovare le parole per esprimersi e una riduzione dell'iniziativa.
- **Fase intermedia**: aumentano i disturbi della memoria e del linguaggio con difficoltà anche nella comprensione. Il disorientamento è sia temporale che spaziale. Possono essere presenti deliri e allucinazioni e il malato necessita di qualcuno che lo controlli nello svolgimento delle attività quotidiane
- **Fase avanzata**: il malato perde completamente la sua autonomia e necessita di assistenza anche per le attività più semplici. Il deterioramento cognitivo risulta avanzato e si osserva in questa fase la perdita del linguaggio. Viene inoltre perso il controllo degli sfinteri
- **Fase terminale**: è caratterizzata da apatia, inerzia, perdita totale delle funzioni cognitive. Il soggetto non riesce a camminare e ad alimentarsi. C'è una perdita di peso e gravi complicazioni fisiche come polmoniti e ulcere.

Alcuni farmaci sono risultati utili per il trattamento sintomatico delle prime fasi della malattia. Non si tratta di farmaci risolutivi, ma di terapie che permettono ai pazienti di mantenere più a lungo le loro capacità.

In questo senso, è di primaria importanza una **diagnosi precoce**, attuata da un'équipe di valutazione geriatrica in collaborazione con la famiglia, che individui attraverso appositi strumenti di osservazione la presenza di sintomi del disturbo.

294.1x Demenza dovuta a malattia di Pick

La malattia di Pick tende a manifestarsi verso i cinquanta - sessant'anni, anche se la letteratura descrive pazienti molto giovani. La causa della malattia non è conosciuta e nel 20% dei casi è stata riscontrata una familiarità. I sintomi principali

sono: disturbi dell'emotività, alterazione della personalità, perdita della capacità di giudizio, disturbi del linguaggio.

La morte in questi pazienti sopraggiunge di solito in un intervallo che varia dai due ai quindici anni.

294.1x Demenza dovuta a malattia di Creutzfeld-Jacob

Si tratta di **una malattia rara, una degenerazione del tessuto cerebrale** che colpisce, nella maggior parte dei casi, a partire dalla sesta-settima decade di vita. I **sintomi** consistono inizialmente in astenia e difficoltà di concentrazione per arrivare a manifestazioni depressive e schizofreniche. Il malato giunge, infine, a uno stato vegetativo e nell'arco di sei mesi, in genere, sopraggiunge la morte.

In tempi recenti questa malattia ha destato molta preoccupazione in quanto è stata messa in relazione con l'encefalopatia spongiforme bovina, meglio nota come "**morbo della mucca pazza**". La possibilità di un legame tra le due malattie è stata evidenziata nel 1996 in una dichiarazione delle Autorità del Regno Unito in seguito alla rilevazione di un certo numero di casi che presentavano una variante dell'encefalopatia umana. Questi soggetti venivano colpiti "precocemente" avendo, infatti, un'età compresa tra i 19 e 41 anni ed inoltre il decorso della loro malattia era relativamente lungo (13 mesi).

Nell'essere umano questa malattia ha, nel 10-15% dei casi un'origine ereditaria o è dovuta a trapianti nei quali i tessuti trapiantati provenissero da individui infetti. Non è mai stata, invece, trovata una contagiosità da uomo a uomo. In assenza di dati più chiari le misure preventive si sono incentrate sul divieto di consumare carni bovine potenzialmente infette o, come in Italia, sul divieto di consumarne alcune parti, considerate più a rischio.

Demenze sottocorticali

(ossia quelle che colpiscono principalmente strutture che si trovano al di sotto della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello della personalità, della sfera emotiva e delle funzioni motorie).

Tra le demenze sottocorticali troviamo:

- Demenza vascolare
- Demenza dovuta a malattia di Parkinson
- Demenza dovuta a malattia di Huntington

290.xx Demenza vascolare

Si tratta di demenze dovute ad **aree di necrosi (morte del tessuto) cerebrale causate da un deficit nella circolazione sanguigna**. Il loro esordio è in genere improvviso, e non sempre comportano un deterioramento cognitivo globale.

Lo stroke (o "ictus" o "infarto cerebrale")

Lo *stroke* costituisce la causa più frequente di demenza vascolare. **Si ha uno *stroke* quando un'arteria del cervello viene occlusa o si rompe e quindi non è**

più in grado di fornire ossigeno e sostanze nutritive ai tessuti cerebrali. Le cellule del cervello, private di nutrimento, muoiono. Conseguentemente tutti gli organi sotto il controllo di quelle cellule subiscono delle alterazioni e si hanno vari tipi di disabilità come la paralisi, le difficoltà visive, le afasie e così via, a seconda dell'area cerebrale interessata.

Ci sono quattro tipi fondamentali di *stroke*. Due sono provocati dall'occlusione delle arterie cerebrali (*ictus ischemici*: trombosi cerebrale ed embolia cerebrale) e due sono dovuti al riversamento del sangue all'esterno dei vasi (*ictus di tipo emorragico*: emorragia intracerebrale ed emorragia sub aracnoidea).

294.1x Demenza dovuta a malattia di Parkinson

La malattia di Parkinson è un'affezione del sistema nervoso centrale che **colpisce le strutture neurali deputate al movimento**. La malattia di Parkinson colpisce circa una persona su cento e l'età d'insorgenza è di solito riscontrabile tra i cinquantotto e i sessantadue anni, anche se il 10% dei pazienti contrae la malattia prima dei quaranta anni. Il sesso, la razza e la cultura non risultano essere fattori determinanti.

La **causa** della malattia non è conosciuta. Sono state formulate varie ipotesi che prendono in considerazione fattori genetici e ambientali. È possibile che entrambe le possibilità siano vere e cioè che la malattia possa scaturire da una predisposizione genetica che si "incontra" con l'esposizione a fattori di rischio ambientali. L'ipotesi genetica è stata avvalorata dal fatto che in alcune famiglie è evidente una trasmissione ereditaria e in generale il 15-18% dei pazienti riporta altri casi di malattia nella famiglia.

I **sintomi** principali comprendono lentezza dei movimenti, tremore e rigidità muscolare, micrografia (scrittura piccola) e untuosità della cute. Il tremore in questi pazienti si presenta a riposo mentre scompare nel corso di movimenti volontari e nel sonno. Inoltre questi pazienti devono continuamente aggiustare la posizione e la postura in quanto presentano un'andatura incerta che li porta a camminare a piccoli passi per evitare di cadere. Possono essere presenti anche dei disturbi cognitivi e nel 10-40% dei casi si arriva a una demenza. Non è noto il perché solo alcuni pazienti sviluppino una demenza.

294.1x Demenza dovuta a malattia di Huntington ("Corea di Huntington")

Si tratta di una malattia ereditaria che si trasmette di generazione in generazione. È una malattia piuttosto rara che colpisce 1-2 persone ogni 20.000. L'età media di comparsa va dai trentacinque ai quarantacinque anni. Esistono casi in cui la malattia di Huntington si è manifestata prima dei vent'anni ("corea giovanile"). La corea giovanile progredisce inoltre molto più rapidamente rispetto a quella adulta. Esistono inoltre casi di corea tardiva (dopo i quarantacinque anni), la cui diagnosi è in genere più complessa data la possibile concomitanza di altre sintomatologie e la lievità dei sintomi.

Si tratta di un **disturbo progressivo della funzione motoria che si associa ad una demenza grave**.

I primi **sintomi** possono essere: un'irrequietezza progressiva, bruschi cambiamenti dell'umore, apatia (indifferenza verso il mondo circostante), rabbia e depressione. A livello motorio sono frequenti disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria, nonché movimenti involontari delle dita, dei piedi, del tronco e del viso.

Questa sintomatologia, prima che fosse descritta nel 1872 da George Huntington, era attribuita a eventi soprannaturali e stregoneria e le persone affette furono spesso perseguitate e giustiziate. Fu chiamata *Còrea* dal suo scopritore per via dei movimenti rotatori, sinuosi e affettati degli individui che ne sono colpiti, che fanno pensare a una specie di "danza" (dal latino *choreus* e dal greco *chorus* che significano appunto "danza").

Dal punto di vista del lavoro sociale, basti qui un accenno al carico pesantissimo da tutti i punti di vista, che le famiglie - le donne in particolare - sopportano in presenza di un congiunto demente bisognoso di *caring*, per cui diventa necessario individuare strategie di gestione (Braidì e Braidì, 2010), e per cui risulta di notevole sostegno lo strumento della condivisione attraverso il gruppo di auto-mutuo-aiuto (Taccani e Giorgetti, 2010).

3. Disturbi correlati a sostanze.

Dipendenza.

Per **dipendenza** si intende una condizione patologica per cui **la persona perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine**. Dal punto di vista degli effetti è utile suddividere la dipendenza in *dipendenza fisica* (alterato stato biologico) e *dipendenza psichica* (alterato stato psichico e comportamentale). La dipendenza fisica, prodotta essenzialmente dai condizionamenti neurobiologici, è superabile con relativa facilità; la dipendenza psichica, difficile punto nodale della tossicodipendenza, richiede interventi terapeutici lenti, complessi, multicausali. Le forme più gravi comportano dipendenza fisica e psichica con compulsività, cioè con bisogno di assunzione ripetuta della droga da cui si dipende per risperimentarne l'effetto psichico ed evitare la sindrome di astinenza.

Dal punto di vista delle cause si può dipendere patologicamente da:

*Sostanze*⁷

- Stupefacenti (tossicodipendenza) in cui rientrano l'alcolismo e il fumo;
- Farmaci

⁷ Il DSM IV distingue disturbi correlati o indotti dall'uso di: alcool, amfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenciclidina, sedativi, ipnotici, barbiturici, ansiolitici; più sostanze; diverse o sconosciute.

- *Cibo (Binge Eating Disorder: "abbuffata compulsiva" . Cfr. Disturbi dell'Alimentazione: bulimia)*

Comportamenti

- *Sesso (dipendenza sessuale. Cfr. Disturbi Sessuali: Parafilie, in generale);*
- *Lavoro (workaholic);*
- *Gioco (cfr. Disturbi del Controllo degli Impulsi: Gioco d'Azzardo Patologico);*
- *Shopping (shopping compulsivo);*
- *Televisione;*
- *Internet (internet-dipendenza);*
- *Videogame*

Le *sostanze d'abuso* sono composti chimici, presenti in natura o prodotti per sintesi, con effetti psicotropi gratificanti. Queste sostanze agiscono, in pratica, sul sistema nervoso centrale dell'uomo inducendo, al momento dell'assunzione, effetti gratificanti più o meno specifici. La caratteristica essenziale dell'Abuso di Sostanze è una modalità patologica d'uso di una sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse, correlate all'uso ripetuto della stessa.

Secondo i criteri del DSM IV-TR, perché si possa porre diagnosi d'Abuso di Sostanze, il problema correlato alla sostanza deve essersi presentato ripetutamente nello stesso periodo di dodici mesi oppure essere continuo nello stesso intervallo.

Negli anni Novanta, con la comparsa delle "nuove droghe" nasce una nuova figura di consumatore, che non accetta la definizione di "drogato" né di tossicodipendente.

Il giovane che fa uso di ecstasy non condivide con il tossicodipendente "classico" né il senso di colpa, né la paura delle malattie, e neppure il timore della stigmatizzazione sociale. Le droghe sintetiche sono preferite in quanto sicure, attraenti, convenienti nel prezzo. La preferenza per l'ecstasy deriva, soprattutto, dalla sua ambigua qualità di *droga sicura*. Una pasticca che si assume per bocca, senza alcuna preparazione, in qualsiasi momento, è un consumo facile, pulito, apparentemente innocuo, sicuramente non contagioso; ben diverso, ad esempio, del lungo rito preparatorio dell'eroina e lontano dai rischi dell'uso con una siringa per vena.

Negli anni più recenti, si assiste al diffondersi di un fenomeno complesso e articolato che vede la **poliassunzione** di sostanze psicoattive legali e/o illegali da parte di un largo numero di soggetti, spesso giovani.

La poliassunzione può essere considerata secondo due diversi parametri: il *tempo e la funzione o modalità*. In riferimento al *tempo* si possono distinguere l'uso simultaneo, l'assunzione di una o più sostanze contemporaneamente o l'uso concorrente, l'assunzione di sostanze diverse in un lasso di tempo. Per quanto riguarda invece la *funzione e le modalità* possono valere le seguenti categorizzazioni:

- *Affiancamento*: una sostanza o più sostanze di contorno a una che rimane quella elettiva, la preferita o della *dipendenza primaria*. Le altre fungono da potenziatore, o sono legate a diversi momenti o sono ricercate perché hanno effetti farmacologici diversi, spesso complementari, rispetto a quelli della sostanza primaria.

- *Sostituzione*: utilizzo di una o più sostanze per sostituire quella primaria non reperibile per mancanza o per scelta, ma che rimane quella "elettiva".
- *Compresenza*: una o più sostanze psicoattive senza che nessuna assuma un ruolo primario. I soggetti che usano questa modalità possono essere definiti poliabusatori e politossicodipendenti primari.

"Comorbilità" o "doppia diagnosi"

La "comorbilità" o "doppia diagnosi" è definita come la "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1995) Una persona con doppia diagnosi è una "persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcol o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia" (UNODCCP, 2000). In altre parole, per "comorbilità" si intende la coesistenza temporale di due o più disturbi uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.

295. Schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Disturbo Schizofrenico.

È una forma di malattia psichiatrica caratterizzata, secondo le convenzioni scientifiche, da un decorso superiore ai sei mesi (tendenzialmente cronica o recidivante), dalla **persistenza di sintomi di alterazione del pensiero, del comportamento e dell'emozione, con una gravità tale da limitare le normali attività della persona.**

Il termine, coniato dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler nel 1908, deriva dal greco *σχίζω* (*schizo*, scissione) e *φρενοσ* (*phrenos*, cervello), ossia 'mente divisa'. Il termine proposto da Bleuler sostituì quello ottocentesco di *Dementia Praecox*, suggerito in precedenza dallo psichiatra Emil Kraepelin sulla base delle sue osservazioni di pazienti in cui si manifestavano sintomi simili a quelli presenti nelle demenze ma in età, appunto, precoce.

Caratteri generali.

Con "schizofrenia" si **indica non una specifica patologia, ma una classe di disturbi**, tutti caratterizzati da una certa gravità e dalla **compromissione del cosiddetto "esame di realtà"** da parte del soggetto. A questa classe appartengono quadri sintomatici e tipi di personalità anche molto diversi fra loro, estremamente variabili per gravità e decorso.

In casi molto gravi i sintomi possono arrivare alla catatonia, al mutismo, provocare totale inabilitazione. Nella maggioranza dei casi di schizofrenia compare qualche

forma di apparente disorganizzazione o incoerenza del pensiero. In alcuni quadri, viceversa, questo sintomo non compare: il pensiero è del tutto organizzato e coerente, e compaiono invece rigide costruzioni paranoide.

Gli psicologi e gli psichiatri sono ormai concordi nell'attribuire la **causa** di questo disturbo a un complesso mix di fattori genetico - biologico - psicologici.

La schizofrenia si caratterizza, secondo la tradizione medica, per due tipi di sintomi:

- **sintomi negativi:** sono chiamati così quelli che costituiscono una diminuzione, declino o scomparsa di alcune capacità o esperienze normali del soggetto. Possono includere inadeguatezza nel comportamento della persona, distacco emotivo o assenza di emozioni, povertà di linguaggio e di funzioni comunicative, incapacità di concentrazione, *anedonia* (mancanza di piacere) e mancanza di motivazione.
- **sintomi positivi:** sono comportamenti o esperienze del soggetto "in più" rispetto all'esperienza e al comportamento dell'individuo normale e consistono in idee fisse, deliri, allucinazioni e disordine del pensiero. Per una diagnosi di schizofrenia secondo il DSM IV si richiede che ve ne siano almeno due, presenti da almeno un mese.

Delirio e allucinazione

Il delirio è un convincimento derivante da un abnorme errore di giudizio, impermeabile alla critica, spesso a contenuto bizzarro, talvolta sostenuto da allucinazioni uditive.

Il delirio, per essere diagnosticato come tale, deve essere fermamente sostenuto dal soggetto delirante e, anche se la realtà e gli altri soggetti ne dimostrano la falsità, è assolutamente imm modificabile. Non viene considerato dal soggetto come patologico, perché appare assolutamente uguale alle altre idee; si assiste, cioè, a una totale mancanza di critica. I contenuti del delirio possono essere vari: possono comparire deliri di persecuzione, di riferimento, di gelosia, nichilistici, di controllo, ipocondriaci, religiosi, di grandezza.

Le allucinazioni, sono percezioni senza che nella realtà esista una fonte che le giustifichi. Possono essere:

- ◆ *Uditive:* le più comuni, caratterizzate da voci udite dal paziente. Generalmente esse hanno caratteristiche minacciose e allusive verso il paziente stesso, fino ad imporgli di compiere determinate azioni ("allucinazioni imperative"), in alcuni casi con pericolo di suicidio; oppure voci udite dal paziente che conversano tra loro ("colloquio di voci"), senza rivolgersi a lui. Le voci possono anche parlare tra di loro del paziente.
- ◆ *Visive:* rare, solitamente causate dall'abuso di sostanze.
- ◆ *Olfattive:* ancora più rare delle visive, spesso effetto di tumori cerebrali.

La classificazione più tradizionale⁸ considera **quattro forme principali di schizofrenia**:

- la schizofrenia catatonica, dove sono evidenti macroscopici disturbi psicomotori, come ad esempio lo stupore catatonico, rigidità o flessibilità anomale del tono muscolare;
- la schizofrenia ebefrenica, caratterizzata da appiattimento affettivo (chiusura in sé, disinteresse ecc.) insieme a disorganizzazione del pensiero ed eventuali disordini del comportamento;
- la schizofrenia paranoide, i cui sintomi principali sono idee fisse (deliri) che includono allucinazioni, ma possono essere assenti i disturbi di disorganizzazione del pensiero o comportamento e appiattimento affettivo
- la schizofrenia semplice. Viene definita così una forma dove i sintomi positivi (psicotici ma non paranoidei) sono presenti ma hanno bassa intensità, mentre quelli negativi sono significativi.

Terapia

La terapia può essere attuata con farmaci neurolettici (antipsicotici), i quali agiscono soprattutto sui deliri e sulle allucinazioni, diminuendo il senso di angoscia e le reazioni aggressive. È indicata anche la psicoterapia, che può coinvolgere o meno familiari e conoscenti, allo scopo di individuare eventuali difficoltà relazionali col malato e gestire il suo isolamento. Le ultime ricerche ed esperienze sia in campo psichiatrico sia psicoterapico, dimostrano che un approccio integrato (farmacologico + psicoterapeutico) ottiene un controllo migliore della patologia.

Le terapie del passato come l'elettroshock, non hanno mai dato risultati apprezzabili e sono sempre meno impiegate⁹.

In sintesi, il trattamento della schizofrenia comprende tre principali componenti:

- *Farmaci*, per alleviare i sintomi e prevenire le ricadute.
- *Interventi educativi e psicosociali*, per aiutare i pazienti e le loro famiglie a risolvere i problemi, confrontarsi con gli stress, rapportarsi con la malattia e le sue complicanze, e aiutare a prevenire le ricadute.
- *Riabilitazione sociale*, finalizzata al reintegro nella comunità e a riguadagnare capacità sociali e occupazionali.

296. Disturbi dell'umore.

- Ciclotimia e distimia
- Disturbo bipolare (o "psicosi maniaco-depressiva")

⁸ Il DSM IV distingue invece i tipi: 295.30 Paranoide, 295.10 Disorganizzato, 295.20 Catatonico, 295.90 Indifferenziato, 295.60 Residuo; e inoltre i disturbi: 295.40 Schizofreniforme, 295.70 Schizoaffettivo, Delirante, Psicotico Breve, Psicotico Condiviso, Indotto da Sostanze.

⁹ Per inciso, l'elettroshock viene ancora oggi utilizzato – con opinioni controverse – nelle forme depressive particolarmente resistenti ai farmaci, sebbene raramente e in condizioni molto più controllate – e con il consenso del paziente – di quanto non si facesse in passato.

301.13 Disturbo Ciclotimico e 300.04 Disturbo Distimico ("nevrosi depressiva")

La dizione classica di "ciclotimia" corrisponde all'alternanza di depressione moderata e di ipomania. Si tratta di una **forma attenuata del disturbo bipolare** (vedi sotto) di cui spesso non si accorgono né la persona stessa né coloro che gli stanno accanto, ma che cronicizzandosi, è altrettanto invalidante del disturbo bipolare severo.

Anche nel **disturbo distimico** è presente un **sentimento di tristezza o perdita dello slancio vitale di media intensità**. I sintomi depressivi sono meno intensi ma durevoli (almeno due mesi senza miglioramenti). Anche in questo caso il disturbo può non essere individuato, benché possano derivarne conseguenze gravi (separazioni, depressioni, rischio di suicidio).

296.00-06; 296.40-89 Disturbo Bipolare o "psicosi maniaco-depressiva"

Il disturbo bipolare è un **disturbo dell'umore caratterizzato da alterazioni cicliche dell'umore, appunto, talora intervallate da periodi asintomatici**. In altri termini, nelle forme più tipiche del disturbo bipolare, fasi *depressive* si alternano a periodi connotati da esaltazione dell'umore (*mania*), episodi di opposta polarità (da cui il termine di "disturbo bipolare") che possono essere o meno intervallati da periodi di umore normale ("*normotimia*" o "*umore in asse*").

Episodio maniaco:

A) un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo, o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se necessaria l'ospedalizzazione).

B) Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile): 1) **autostima ipertrofica** o grandiosità; 2) **diminuito bisogno di sonno** (per esempio, si sente riposato dopo solo tre ore di sonno); 3) **maggiore loquacità** del solito, oppure spinta continua a parlare; 4) **fuga delle idee** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente; 5) **distraibilità** (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti); 6) **aumento dell'attività finalizzata** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure agitazione psicomotoria; 7) **eccessivo coinvolgimento in attività ludiche** che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per esempio, eccesso nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

Episodio depressivo¹⁰:

Almeno cinque dei seguenti sintomi sono stati presenti per almeno due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) **umore depresso** o 2) **perdita di interesse o piacere**. 1. **umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). 2. **marcata diminuzione di interesse o piacere** per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno. 3. **significativa perdita di peso**, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore del 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. 4. **insonnia o ipersonnia** quasi ogni giorno. 5. **agitazione o rallentamento psicomotorio** quasi ogni (osservabile dagli altri non semplicemente sentimenti soggettivi di

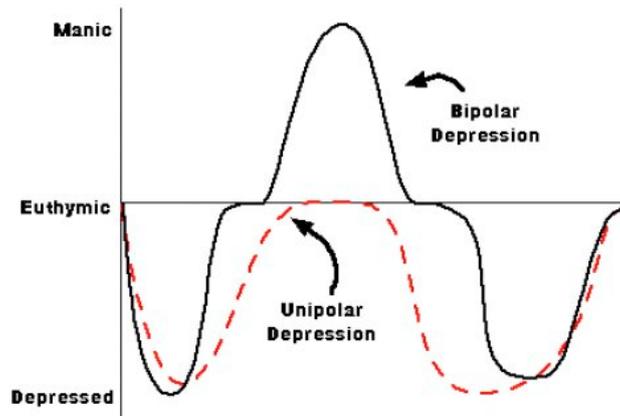
¹⁰ Questo quadro sintomatologico descrive anche 296.20-36 Episodio Depressivo Maggiore.

essere irrequieto o rallentato) 6. **faticabilità o mancanza di energia** quasi ogni giorno. 7. **sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati** (che possono essere deliranti) quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato). 8. **ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno** (come impressione soggettiva o osservata dagli altri). 9. **pensieri ricorrenti di morte** (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

La durata degli episodi maniacali o depressivi va da poche settimane ad alcuni mesi, ma la loro frequenza è variabile; i periodi di normotimia possono durare anni. Ogni soggetto ha, così, un suo "ciclo" che comprende fasi depressive, maniacali e "normali". Si considera rapido un ciclo che si ripresenta almeno quattro volte l'anno. Talvolta l'umore ha variabilità quotidiana, il che rende la vita estremamente difficile.

Si calcola che questo disturbo è presente nell'1% della popolazione; più frequente nelle donne. Mediamente, l'età di insorgenza è successiva ai trent'anni.

Con il termine *ciclotimia*, come si diceva più sopra, ci si riferisce ugualmente a un alternarsi di fasi depressive e ipomaniacali, però mai così gravi e debilitanti da richiedere un ricovero ospedaliero o da compromettere totalmente l'attività sociale e lavorativa dell'individuo.



Cause

Le cause ipotizzate per il disturbo bipolare sono eterogenee e comprendono fattori biologici, genetici e ambientali. Il disturbo può essere innescato in soggetti predisposti da eventi sociali forti tali da indurli a creare universi paralleli nelle sfere affettive o lavorative: un universo associato alla normalità l'altro all'evasione. Una volta che il disturbo si è instaurato, gli episodi di entrambe le polarità tendono a presentare ricorrenze, sia spontanee, sia in relazione a vari stress psicologici associati ad ansie e sindromi compulsive, sociali, fisici ed in relazione ai ritmi biologici.

Terapia

Non si conosce una cura definitiva per il disturbo bipolare. Tuttavia tale condizione può essere tenuta sotto controllo con terapia farmacologica, e i pazienti bipolari possono condurre una vita normale e produttiva.

300. Disturbi d'ansia.

- Attacco di Panico
- Agorafobia (con o senza ADP)
- Fobia specifica
- Fobia sociale
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo post-traumatico da stress

L'ansia.

L'**ansia**, presa a sé, è un fenomeno del tutto normale trattandosi di un'emozione che prepara ed attiva l'organismo in situazioni che potrebbero essere pericolose. *Diviene invece un disturbo emotivo spiacevole quando lo stato di allarme e paura è "esagerato" rispetto ai reali pericoli, o se i pericoli non ci sono affatto.* In questo caso l'ansia non è adattiva, ma diventa un problema che può rendere la persona incapace di controllare le proprie emozioni e di affrontare anche le situazioni più semplici.

Il **disturbo d'ansia** può essere un disagio psicologico a sé stante oppure un sintomo di altri disturbi psicologici (ad es. un disturbo depressivo).

In generale, può manifestarsi a livello emotivo come attesa con apprensione, preoccupazione e insicurezza, anticipazione di eventi negativi e, a livello somatico, con aumento del ritmo cardiaco, sudorazione, spasmi muscolari, pallore, tremori, vertigini; nei casi estremi, con reazioni di fuga, immobilizzazione, sensazione di soffocamento o di costrizione toracica.

300.01 Disturbo da ADP (Attacco di Panico)

Episodi brevi e improvvisi di ansia e terrore caratterizzati da *depersonalizzazione* (vedi oltre: *Disturbi dissociativi*), sentimento di catastrofe imminente, sensazione di soffocamento, dolore al petto e paura di morire.

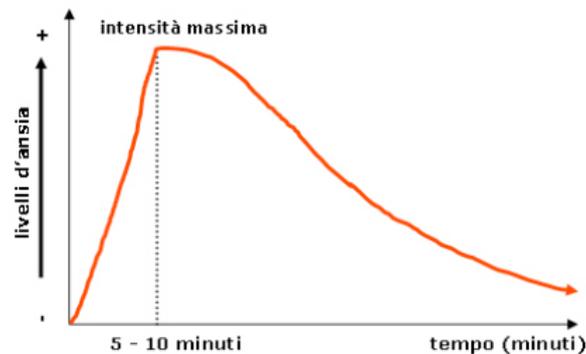
Compaiono sintomi cardio-respiratori: palpitazioni, dolori precordiali, sensazioni di caldo o freddo, sensazioni di affogare, di nodo alla gola, di svenimento etc. ;• sintomi vestibolari: vertigini, sensazione di sbandamento con insicurezza nel camminare etc. ;• sintomi gastro-intestinali: scariche di diarrea, digestione lenta e prolungata, nausea, flatulenza, gonfiore addominale etc. ;• sintomi urinari: frequenti

stimoli ad urinare ("pollachiuria"); • sintomi neurologici: tremori, formicolii a localizzazione variabile, cefalea etc.

Tali sintomi fisici si associano generalmente a sensazioni d'impotenza, di estremo disagio o di terrore, culminanti spesso nella **paura di morire, d'impazzire o di perdere il controllo** sulle proprie azioni. I sintomi nella forma acuta regrediscono dopo breve tempo.

Figura n°1

attacco di panico: l'andamento nel tempo



300.22 Agorafobia con o senza ADP (Attacco di Panico)

La parola "agorafobia" viene dal greco e sta a significare: "paura degli spazi aperti". Le persone che ne soffrono temono perciò lo spazio esterno, vissuto come ostile. Ad esempio, hanno paura di guidare in autostrada, temono - nelle forme più gravi - di allontanarsi dai posti che sono loro familiari, di andare in giro da soli, ecc.

Ma, nonostante il significato della parola, chi soffre di questo disturbo di solito teme anche gli spazi chiusi come le banche, gli ascensori, gli aerei; ha paura di usare i mezzi pubblici, specialmente la metropolitana, ha paura della folla, di entrare nei supermercati, di guidare nei tunnel, sui ponti.

La definizione corretta di agorafobia, perciò, è **la paura di trovarsi in situazioni in cui non sia possibile ricevere soccorsi o dalle quali sia difficile la fuga in caso di necessità.**

Il quadro dell'agorafobia può comprendere episodi di Attacco di Panico.

300.29 Fobia specifica

Paura estrema e non razionale nei confronti di situazioni o oggetti che non sono in realtà pericolosi per la persona.

I **sintomi**, di fronte all'oggetto che scatena la paura, sono gli stessi di altri disturbi ansiosi: sudorazione, tachicardia, difficoltà del respiro, etc.

Esistono diversi tipi di fobia. Il DSM IV li distingue rispetto a: animali, ambiente naturale, sangue-iniezioni-ferite, situazioni specifiche o altro.

300.23 Fobia sociale

Stato di disagio sociale, molto più serio della timidezza, con la quale non va assolutamente confuso. Il contatto con gli altri è caratterizzato dalla **paura di svelare in modo inconsapevole aspetti di sé o contenuti interiori considerati soggetti-**

vamente criticabili o giudicabili negativamente, o di esibire una personalità complessivamente autovalutata come inadeguata.

Sintomi fisici: • Arrossire, • Tremori di mani, piedi o voce, • Sudore corporale, specialmente nelle mani, • Attacchi di panico, • Tensione muscolare, • Difficoltà a respirare, sensazione di mancanza di aria, • Secchezza di bocca, • Palpitazioni, • Mancanza di concentrazione, • Dolore od oppressione toracica, • Desideri urgenti di urinare, • Cefalee, • Disturbi gastrointestinali, • Brividi, • Sensazione di fatica, • Insonnia, • Nausee.

Sintomi cognitivi (come la situazione è percepita dal soggetto): • Idea che "balbetterò", "tossirò", etc., • Paura della valutazione negativa: la persona crede che gli altri siano lì per giudicarlo o criticarlo, • Pensieri negativi: "sono ridicolo", "rimarrò bloccato e non saprò che dire", "sono sicuro che la mia opinione non interessa" ; • Sensazione di irrealtà, di essere separato, • Sensazione di essere osservato da tutti, • Sensazione di apparire ansioso, debole, pazzo o stupido, • Paura estrema di conoscere gente nuova, • Credenza di non sapere comportarsi di un modo adeguato o competente, • Evitamento totale di un evento sociale (isolamento), • Ansietà intensa o paura estrema di fronte ad un gruppo di persone, • Paura di manifestare sintomi di ansietà (vedi sopra: sintomi fisici).

300.3 Disturbo ossessivo-compulsivo.

Presenza di *ossessioni*, ossia idee fisse e irrazionali - pensieri, dubbi, immagini o impulsi ricorrenti e persistenti - che affliggono l'individuo e che da questi sono percepite come invasive e inappropriate (o comunque fastidiose) e che provocano una marcata sofferenza.

Il soggetto cerca di prevenire o ridurre lo stato d'ansia che ne deriva attraverso l'esecuzione di comportamenti o azioni mentali ripetitive, sentendosi obbligato (*compulsione*) a metterli in atto, come una sorta di rituale stereotipato (che può servire a "riparare" un "danno" oppure a diminuire l'ansia causata da un pensiero).

309.81 Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) (o *Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD*) è l'insieme delle forti sofferenze psicologiche, sensazioni di paura e orrore che conseguono ad un evento traumatico, catastrofico o violento (evento bellico, aggressione, rapimento, violenza, catastrofe naturale, morte di un familiare, ...)

La diagnosi di PTSD necessita che i sintomi siano sempre conseguenza di un evento critico e che risultino persistenti nel tempo (per più di un mese) dopo che la persona ha vissuto l'evento traumatico.

Il quadro sintomatologico comprende:

- insistenti ricordi dell'evento traumatico tramite incubi, immagini, pensieri o percezioni;
- sensazione di rivivere il momento come se si stesse ripresentando davvero (possono esserci anche flashback, allucinazioni, illusioni, episodi di dissociazione);

- intenso disagio alla vista di qualcosa che può ricordare l'accaduto, come un luogo o una persona;
- evitamento dei pensieri, delle sensazioni, luoghi e persone che ricordano il trauma;
- evitamento delle conversazioni riguardo al trauma;
- incapacità di ricordare aspetti rilevanti dell'evento;
- calo dell'interesse per le attività in generale;
- sensazione di distacco nei confronti degli altri (difficoltà a provare sentimenti nei loro confronti);
- sensazione di non avere più prospettive future.

E inoltre:

Irritabilità, difficoltà a dormire, poca concentrazione, stato di allarme e irrequietezza.

L'aver vissuto un'esperienza critica di per sé non genera automaticamente un disturbo post-traumatico; dipende dal tipo di evento, dal significato soggettivo che esso assume, e dal diverso equilibrio dei fattori psicosociali e culturali di tipo proiettivo o di rischio.

308.3 Disturbo Acuto da Stress

Il Disturbo Acuto da Stress presenta una sintomatologia simile a quella del Disturbo Post-Traumatico, ma ha un decorso diverso e limitato nel tempo (vedi punto F.)

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi: la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri; la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

B. Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi: sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale; riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es., rimanere storditi); derealizzazione; depersonalizzazione; amnesia dissociativa.

C. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).

D. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).

E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.

F. Il disturbo dura al minimo due giorni e al massimo quattro settimane e si manifesta entro quattro settimane dall'evento traumatico.

G. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di disturbo preesistente di Asse I o Asse II.

300. Disturbi Somatoformi.

- Disturbo da somatizzazione, disturbo algico
- Disturbo da conversione (o nevrosi isterica, tipo conversione)
- Ipocondria (o nevrosi ipocondriaca)
- Disturbo da dismorfismo corporeo

Le diverse forme di disturbo somatoforme sono accomunate dalla presenza di **lamentele circa il proprio stato fisico e da preoccupazione somatica, entrambe non attribuibili a una causa fisiologica o a un altro disturbo mentale**. I soggetti che ne sono affetti spendono in genere moltissimo tempo per visite ed esami in ambienti medici e psichiatrici. Ciò può portare a una diagnosi dei sintomi fisiologici errata *in entrambi i sensi*: in un caso essi sono dichiarati dal paziente ma non corrispondono ad alcuna patologia sottostante; nell'altro, possono essere presenti - e, in tal caso, non sono né simulati né sotto il controllo volontario della persona - ma non vengono valutati dallo specialista per la loro reale portata.

300.81 Disturbo da Somatizzazione Indifferenziato; Disturbo da Somatizzazione Non Altrimenti Specificato.

Disturbo psichiatrico cronico e grave caratterizzato da numerosi **fastidi fisici ricorrenti, clinicamente significativi (tra cui il dolore e sintomi gastrointestinali, sessuali e neurologici), che non possono essere spiegati pienamente da un disturbo fisico.**

I sintomi tipici comprendono cefalee, nausea e vomito, gonfiore, dolore addominale, diarrea o stipsi, dismenorrea, stanchezza, mancamenti, perdita del desiderio sessuale e disuria. Gli uomini spesso lamentano disfunzioni erettili o eiaculatorie. È comune una grande varietà di sintomi neurologici. Sebbene i sintomi siano in primo luogo fisici, si manifestano anche ansia e depressione.

Tipicamente, i pazienti hanno un **atteggiamento teatrale ed emotivo quando raccontano i propri sintomi**, definendoli spesso come "intollerabili", "indescrivibili", o "inimmaginabili".

Dal punto di vista relazionale, i pazienti diventano estremamente **dipendenti nei rapporti personali**. Chiedono sempre maggiore aiuto e supporto emotivo e possono infuriarsi quando sentono che i propri bisogni non sono soddisfatti. Spesso sono descritti come esibizionisti e seduttivi. Nel tentativo di **manipolare gli altri**, pos-

sono minacciare o tentare il suicidio. Essendo spesso insoddisfatti delle cure mediche che ricevono, passano, come si è detto, da un medico all'altro.

L'intensità e la persistenza dei sintomi riflettono il forte desiderio del paziente di essere assistito in ogni aspetto della vita. I sintomi possono aiutare il paziente a evitare le responsabilità della vita adulta, ma possono anche impedirne i piaceri e fungere da punizione, il che suggerisce la presenza di sentimenti soggiacenti di indegnità e di colpa.

300.81 Disturbo di Conversione o "nevrosi isterica"

L'isteria, detta anche "isteria di conversione" o "nevrosi isterica", è una forma nevrotica caratterizzata da **manifestazioni somatiche e psichiche che insorgono generalmente sulla base di una personalità isterica**, i cui tratti più tipici sono: labilità e immaturità affettiva, intensa partecipazione affettiva, suggestionabilità, dipendenza, teatralità, esibizionismo, tendenza alla drammatizzazione e all'esagerazione. È verosimilmente legata a uno spostamento sul piano organico di problematiche psicologiche.

Sul piano somatico può presentare sintomi o deficit inerenti funzioni motorie volontarie o sensitive *in assenza di una condizione neurologica obiettiva* come: difficoltà di deglutizione (o "bolo isterico"), sintomi pseudo-epilettici, paralisi psicogene, cecità psicogena, ecc.

La *crisi isterica*, un tempo tra le più diffuse manifestazioni psiconevrotiche, è oggi rara, mentre sono più frequenti manifestazioni meno clamorose quali svenimenti o espressioni motorie. Il decorso è generalmente cronico per le implicazioni a livello del carattere.

300.7 Ipocondria

L'ipocondriaco è comunemente noto come il "malato immaginario". La caratteristica essenziale della ipocondria è la **preoccupazione legata alla paura o alla convinzione di soffrire di una grave malattia, basata sulla errata interpretazione di uno o più segni o sintomi fisici**.

Perché si possa parlare di ipocondria una valutazione medica completa deve, ovviamente, avere escluso qualunque condizione medica generale che possa spiegare pienamente i suoi segni o sintomi fisici (per quanto possa talora essere presente una condizione medica generale concomitante).

L'aspetto principale dell'ipocondria è che la paura o la convinzione ingiustificata di soffrire di una malattia, permangono nonostante le rassicurazioni mediche, il che può portare alla persistente ricerca di conferme e perfino a subire trattamenti medico-chirurgici inutili se non iatrogeni.

300.7 Disturbo da Dismorfismo Corporeo

La caratteristica essenziale è la **preoccupazione per un difetto nell'aspetto fisico. Il difetto può essere immaginario, oppure, se è presente una piccola anomalia fisica, la preoccupazione appare di gran lunga eccessiva**. Le lamentele riguardano solitamente difetti lievi o immaginari della faccia o della testa, come i capelli più o meno folti, l'acne, rughe, cicatrici, manifestazioni vascolari, pallore o

rossore, sudorazione, asimmetrie o sproporzioni del viso, oppure eccessiva peluria. O ancora: la forma, le misure, o qualche altro aspetto di una parte del volto o del corpo.

La gran parte dei soggetti che presentano questo disturbo sperimenta grave disagio per la propria supposta deformità, descrivendo spesso le proprie preoccupazioni come "intensamente dolorose", "tormentose", o "devastanti". I più trovano le loro preoccupazioni difficili da controllare, e fanno pochi o nessun tentativo di resistervi. Come conseguenza, essi spesso passano molte ore al giorno a pensare al loro "difetto", al punto che questi pensieri possono dominare la loro vita, menomando molte aree del funzionamento mentale. Sentimenti di consapevole vergogna per il proprio "difetto", possono portare all'evitamento delle situazioni di lavoro, scuola o di contatto sociale, fino a un possibile rischio di suicidio.

Disturbi fittizi.

300. Disturbi dissociativi.

- Amnesia psicogena,
- Fuga psicogena,
- Disturbo di personalità multipla,
- Disturbo di depersonalizzazione.

La dissociazione

La dissociazione è una **risposta universale al trauma**, quindi, dal punto di vista dinamico, ha un valore di *meccanismo di difesa*. Come gli altri meccanismi, presenta un versante disadattivo, che nel caso della dissociazione assume una dimensione patologica quando compaiono - come si vedrà nei vari disturbi - sintomi di **derealizzazione e depersonalizzazione**. Questi ultimi, insieme alla **confusione d'identità**, all'**alterazione dell'identità** e all'**amnesia**, costituiscono i principali cinque sintomi dissociativi.

300.12 Amnesia Dissociativa

Perdita di memoria riferita a un dato periodo di tempo.

I soggetti osservati subito dopo l'inizio dell'amnesia possono apparire confusi. Alcuni sono molto disturbati dalla propria amnesia, altri meno. Gli altri sintomi e preoccupazioni dipendono dall'importanza di ciò che si è dimenticato, dalla relazione tra la dimenticanza e i problemi e conflitti del soggetto o dalle conseguenze del comportamento dimenticato.

Sembra causata dallo stress associato a esperienze traumatiche subite direttamente o di cui si è stati testimoni (p.es. abusi fisici o sessuali, stupro, combattimenti, disastri naturali); a grossi problemi esistenziali (p.es. abbandono, morte di una persona amata, problemi finanziari); oppure a conflitti interiori gravi (p.es. il turbamento per impulsi generanti senso di colpa, per difficoltà interpersonali apparentemente irrisolvibili, per atti criminali). Oltre a ciò, si ritiene che alcuni soggetti siano più predisposti all'amnesia, per esempio, quelli facilmente ipnotizzabili.

300.13 Fuga Dissociativa

Si manifesta attraverso un **allontanamento inaspettato e improvviso dai luoghi in cui la persona risiede abitualmente, accompagnato dall'incapacità di ricordare il proprio passato**; in questo disturbo la perdita di memoria risulta più estesa rispetto all'amnesia psicogena. Il soggetto presenta confusione circa la propria identità, e può assumerne una nuova, iniziando una vera e propria nuova esistenza, do-

tata di caratteristiche proprie (un nome diverso, un diverso impiego, differenti contatti sociali e così via).

Anche gli episodi di fuga dissociativa si manifestano generalmente in seguito ad un episodio traumatico o stressante; essi possono avere una durata variabile, passando da uno spostamento temporalmente e geograficamente limitato a un allontanamento più consistente (ed è questo il caso in cui viene assunta una nuova identità). Il recupero di memoria è in genere completo, benché i suoi tempi siano ampiamente variabili, ma permane l'incapacità di ricordare gli eventi accaduti durante la fuga.

300.14 Disturbo Dissociativo dell'Identità ("Personalità multipla - DPM")

È caratterizzato dalla **presenza, in uno stesso individuo, di più identità o stati della personalità ben distinti aventi una propria modalità di percepire l'ambiente, di relazionarsi ed interagire con gli altri.** Una caratteristica fondamentale del disturbo è data dalla capacità delle diverse personalità di assumere alternativamente il controllo totale del comportamento senza che vi sia memoria di questo e in molti casi, tra di esse non vi è consapevolezza reciproca.

In letteratura sono state descritte situazioni in cui in un individuo erano presenti più di otto personalità.

300.6 Disturbo di depersonalizzazione

Nell'esperienza di depersonalizzazione la persona presenta una *grave alterazione della percezione di sé.* Con questo disturbo ci si riferisce a **un'esperienza ricorrente di sentirsi estraneo, osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo.**

Ciò implica un disagio significativo e una menomazione dell'esistenza; può succedere che la persona si percepisca come un meccanismo, come se lei stessa e gli altri fossero degli automi, oppure può avere l'impressione di vivere in sogno, al di fuori della realtà quotidiana.

L'esame di realtà rimane comunque intatto (ad. es. nell'Attacco di Panico), cosa che non si verifica nel caso dei soggetti schizofrenici, che vivono queste esperienze con maggiore intensità e nella più assoluta completezza.

La peculiarità di questo disturbo rispetto agli altri dissociativi è l'assenza di un'amnesia.

302. Disturbi Sessuali e Disturbi dell'Identità di Genere.

- Disfunzioni psicosessuali: Inibizione del desiderio sessuale, Inibizione dell'eccitazione, Inibizione dell'orgasmo, Eiaculazione precoce, vaginismo.
- Disturbi dell'identità sessuale: Transessualismo, Disturbo dell'identità sessuale in età evolutiva.
- Parafilie: Feticismo, Travestitismo, Pedofilia, Esibizionismo, Voyeurismo, Sadomasochismo, Parafilie atipiche.
- [Omosessualità egodistonica.]

302.7 Disfunzioni psicosessuali

Disturbi del desiderio sessuale, dell'eccitazione, dell'orgasmo, eiaculazione precoce, vaginismo, etc.: queste manifestazioni di malfunzionamento dell'attività sessuale sono considerate patologie psichiatriche quando non siano attribuibili a qualche fattore organico.

302.85 Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenza o in Età Adulta ("Transessualismo")

Può essere definito come il **desiderio di un cambiamento di sesso dovuto a una completa identificazione col genere del sesso opposto, negando e cercando di modificare il sesso biologico originale.**

Si tratta dell'*unica patologia classificata come psichiatrica a non essere curata psichiatricamente.* Il trattamento, infatti, non è costituito dal tentativo di aiutare il soggetto transessuale a sentirsi nuovamente a proprio agio con il suo sesso di origine, bensì avviando la persona cui è diagnosticato il *Disturbo dell'Identità di Genere* alle terapie endocrinologiche e/o chirurgiche per iniziare il percorso di transizione all'altro sesso.

302.85 Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenza

Comportamenti di transessualismo e travestitismo osservabili nei preadolescenti con immaturità psicosessuale. E' presente l'uso di indumenti dell'altro sesso (di solito, quelli femminili da parte dei ragazzi) in modo saltuario anche se frequente; l'identificazione sessuale non è ancora fissata.

Parafilie: 302.4 Esibizionismo; 302.81 Feticismo; 382.89 Frotteurismo; 302.2 Pedofilia; 302.83 Masochismo Sessuale 302.84 Sadismo Sessuale; 302.3 Feticismo di Travestimento; 302.82 Voyeurismo; 302.9 Parafilie NAS

Perversioni sessuali o parafilie dal greco *para* (παρά = presso, oltre) e *filia* (φιλία = amore, amicizia). Secondo l'ultima edizione del DSM IV, per essere considerata effettivamente come patologia, tale condizione deve ricorrere per **almeno sei mesi** e deve manifestarsi come la **forma di sessualità esclusiva o prevalente del soggetto**, interferendo in modo rilevante con la sua normale vita di relazione e causandone un disagio clinicamente significativo.

- **Feticismo:** Comportamento sessuale deviante, caratterizzato dallo **spostamento della meta sessuale dalla persona nella sua interezza a un sostituto (il feticcio)**, sia esso una parte del corpo stesso, un indumento, secrezioni corporee, o un qualsiasi oggetto. Se ne considerano tre forme: *la forma attiva*, nella quale l'individuo usa attivamente il feticcio per eccitarsi; *la forma passiva*, quando vuole che il feticcio sia usato su di lui da un'altra persona; e infine *la forma contemplativa*, quando l'eccitamento deriva dal contemplare i feticci collezionati. Il feticismo, molto più diffuso tra i maschi, è indice di un importante disturbo della personalità, e la gravità è misurabile in funzione della possibilità e della capacità residua di instaurare o mantenere relazioni di coppia.
- **Travestitismo:** (che non va confuso con il transessualismo) fa riferimento al bisogno di alcuni individui, che dal punto di vista genotipico e fenotipico appartengono a un determinato sesso, di adottare **abiti, acconciature e modalità comportamentali del sesso opposto**.
- **Pedofilia: attrazione per i bambini di una particolare fascia di età.**
Alcuni soggetti preferiscono i maschi, altri le femmine, altri ancora sono eccitati sia dai maschi che dalle femmine. Quelli attratti dalle femmine di solito preferiscono soggetti tra gli otto e i dieci anni, mentre quelli attratti dai maschi di solito preferiscono bambini un po' più grandi. La pedofilia che coinvolge vittime di sesso femminile si riscontra più spesso di quella che coinvolge vittime di sesso maschile. Alcuni pedofili sono attratti sessualmente solo da bambini (*Tipo Esclusivo*), mentre altri sono talvolta attratti da adulti (*Tipo Non Esclusivo*).
- **Esibizionismo: eccitamento provocato dal mostrare i propri genitali, i propri seni o qualsiasi altra parte del corpo in pubblico.**
Esibizionismo è anche voler mostrare a tutti i costi, le proprie capacità, il proprio aspetto, o qualsiasi cosa possa risultare utile allo scopo di essere stimato od osannato. La pratica dell'esibizionismo sessuale ha conosciuto una notevole diffusione in seguito allo sviluppo delle videocamere ad uso amatoriale e della fotografia digitale. A questi supporti è stata poi combinata, in particolare dagli anni '90 in avanti, la distribuzione telematica delle immagini e dei filmati mediante Internet, con l'effetto di consentire a un gran numero di persone di esibire i propri corpi e i propri atti intimi di fronte a una platea virtualmente mondiale, rendendo però irriconoscibile la propria identità.
- **Voyeurismo: Con il termine voyeurismo, o "scoptofilia", si definisce l'atteggiamento e la pratica sessuale di chi, per ottenere l'eccitazione e il piacere sessuale, desidera e ama guardare persone seminude, nude o intente a spogliarsi, o altresì persone impegnate in un'attività sessuale.** Il voyeurismo non è necessariamente considerato come una parafilia, ovvero come una forma patologica di sessualità, ma può divenirlo laddove esso divenga, per un periodo di tempo prolungato (come per le altre parafilie, almeno sei mesi), l'unica forma di soddisfazione sessuale raggiunta dal soggetto, provocando danni o limitazioni alla sua vita di relazione e/o svolgendosi nei confronti di soggetti non consenzienti.

- **Sadomasochismo:** nella concezione comune del termine, è l'insieme delle **pratiche erotiche basate sull'imposizione di sofferenze fisiche (tramite oggetti che possono provocare sofferenze) o mentali su un partner.** E' importante sottolineare che, mentre sadismo e masochismo in senso clinico - cioè laddove essi sfuggono al controllo del soggetto invadendo tutte le sfere del suo comportamento - sono espressioni di un disturbo interiore che si manifesta senza controllo e può avere conseguenze pericolose per se stessi o per altri, gli stessi termini indicano anche giochi erotici "sicuri, sani e consensuali" (SSC). Per distinguere questi ultimi si è diffuso l'impiego dell'acronimo **BDSM** (*Bondage Discipline Sado Masochism*).
- **Parafilie atipiche:** altre perversioni riconducibili a un quadro o di franca malattia mentale o di deficitaria crescita relazionale, quali *frotteurismo* (strofinamento), *clismafilia* (clisteri), *urofilia* (urine), *coprolalia telefonica* (frasi oscene rivolte a uno sconosciuto preso a caso dalle pagine della rubrica telefonica).

Omosessualità egodistonica

N:B: Con il DSM III-R (1987) l'omosessualità egodistonica è considerata un disturbo evolutivo collegato all'interiorizzazione dell'ostilità sociale, e non più un disturbo in sé. Nel DSM IV non è più menzionata.

[Nella formulazione del DSM III-R veniva distinta dall'omosessualità "egosintonica", in cui la persona riconosce e accetta la propria omosessualità sia sul piano psicologico, sia su quello fisico, senza vissuti conflittuali collegati alla sua condizione. Nell'omosessualità "egodistonica", viceversa, **il soggetto appare incapace di accettare o riconoscere il proprio orientamento e vive costantemente il desiderio conflittuale di cambiarlo.**

L'insorgenza di Disturbi Distimici era considerata una possibile complicanza.]

307. Disturbi dell'alimentazione.

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa

307.1 Anoressia Nervosa e 307.51 Bulimia Nervosa.

L'anoressia (dal greco ἀνορεξία anorexia, comp. di an- priv. e órexis 'appetito'), è la mancanza o riduzione dell'appetito. Può condurre alla morte se persiste. La bulimia (dal greco βουλιμία, boulimia, composto di βους (bous) "bue" e λιμός (limós) "fame"; propr. 'fame da bue'¹¹).

Anoressia e Bulimia vengono inquadrare, nel 1980 con il DSM-III, come *Disturbi del Comportamento Alimentare* (DCA), categoria diagnostica poi ampliata e ridefinita nel DSM IV-TR, di cui riportiamo qui i criteri diagnostici¹².

¹¹ wikipedia.org/wiki/Anoressia

¹² Elaborazione da: M. Dellepiane, priory.com/ital/infermieri/alimentare

Criteria Diagnostici per l'Anoressia Nervosa:

Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).

Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

Alterazioni del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni.)

Specificare il sottotipo:

Con Restrizioni: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

Criteria Diagnostici per la Bulimia Nervosa

ricorrenti abbuffate. Una "abbuffata" è caratterizzata da entrambi i seguenti: mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.

I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Specificare il sottotipo:

Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di las-

sativi, diuretici o enteroclismi.

Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

307. Disturbi del Sonno.

312. Disturbi del Controllo degli Impulsi.

- Disturbo esplosivo intermittente.
- Cleptomania
- Piromania
- Gioco d'Azzardo Patologico

312.34 Disturbo Esplosivo Intermittente (IED)

La caratteristica principale è rappresentata dalla **difficoltà che la persona ha nel controllare e resistere agli impulsi aggressivi**. Questa perdita del controllo a favore di impulsi aggressivi è saltuaria, ma quando avviene, con una quantità di aggressività che è fortemente sproporzionata rispetto a qualsiasi fattore scatenante, può causare gravi azioni aggressive e seri atti distruttivi.

Spesso l'individuo descrive gli impulsi come sensazioni di improvvisa tensione seguite, dopo la scarica, da un senso di sollievo, ma anche da sentimenti turbati di imbarazzo, senso di colpa, dispiacere e rimorso.

312.32 Cleptomania

La **cleptomania** (dal greco: *κλεπτειν*, kleptein, "rubare"; *μανια*, "mania") consiste in un **bisogno patologico di rubare, un irrefrenabile e immotivato impulso coatto al furto** di oggetti anche privi di valore e non necessariamente legato ad un bisogno. L'atto di rubare è preceduto da una sensazione di crescente tensione accompagnata da piacere, gratificazione e sollievo in seguito al furto. Il soggetto si rende conto dell'insensatezza dell'atto e in seguito a ciò può esperire uno stato di depressione e un forte senso di colpa. Generalmente la cleptomania si manifesta in modo discontinuo, caratterizzandosi con alcune fasi acute, nelle quali il gesto diventa frenetico, alternate con più o meno lunghi periodi d'inoperosità. I cleptomani affermano, di solito, come giustificazione per il loro gesto un'insoddisfazione personale.

L'indicazione è per una psicoterapia, associata, talvolta a farmaci.

312.33 Piromania.

La piromania si manifesta tramite **episodi ripetuti di appiccamento volontario del fuoco**.

Il piromane, non agisce per dispetto, vendetta, rabbia o per ideologie sociali, ma come risposta a un impulso irrefrenabile cui non riesce a resistere.

L'obiettivo del piromane quindi non è danneggiare, e se gli si chiede il motivo della sua azione, potrebbe davvero non saperlo. E' spinto da una sensazione interiore di tensione ed eccitazione che si placa solo dopo aver provocato l'incendio, cosa che invece gli provoca sollievo e gratificazione interiore.

312.31 Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Il gioco d'azzardo patologico è considerato come una vera e propria forma di "dipendenza senza droga". In una significativa analogia con la dipendenza da sostanze, sono state evidenziate forme di assuefazione (bisogno di scommettere cifre sempre più alte) e di astinenza (sudorazione, tremori, tachicardia, ansia) in giocatori ai quali il gioco stesso viene impedito (ad es. a causa di ospedalizzazione o detenzione). Il giocatore definito compulsivo, che va comunque inquadrato lungo un continuum (giocatore occasionale - abituale - a rischio - compulsivo) evidenzia una progressiva perdita della capacità di porre dei limiti al coinvolgimento nel gioco, perdite economiche frequenti e sempre più vistose, assorbimento sempre più esclusivo nell'attività di gioco. Ci sono numerose testimonianze di un restringimento del campo di coscienza simile a ciò che si verifica nei fenomeni di trance, e ad aspetti quasi psicotici del giocatore compulsivo con perdita dell'esame di realtà.

Criteri diagnostici. Per la diagnosi devono essere presenti almeno quattro dei sintomi seguenti:

Coinvolgimento sempre crescente nel gioco d'azzardo (ad esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare modi per procurarsi il denaro con cui giocare.)

Bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato.

Irrequietezza e irritabilità quando si tenta di giocare meno o di smettere.

Il soggetto ricorre al gioco come fuga da problemi o come conforto all'umore disforico (ad esempio, senso di disperazione, di colpa, ansia, depressione.)

Quando perde il soggetto ritorna spesso a giocare per rifarsi ("inseguimento" delle perdite).

Il soggetto mente in famiglia e con gli altri per nascondere il grado di coinvolgimento nel gioco.

Il soggetto compie azioni illegali (ad esempio, reati di falso, truffa, furto, appropriazione indebita) per finanziare il gioco.

Il soggetto mette a rischio o perde una relazione importante, un lavoro, un'opportunità di formazione o di carriera a causa del gioco.

Confida negli altri perchè gli forniscano il denaro necessario a far fronte a una situazione economica disperata, causata dal gioco (una "operazione di salvataggio").¹³

¹³ Elaborazione da: R. Cavaliere, www.iltuopsicologo.it/dipendenza%20da%20gioco.asp

309. Disturbi dell'adattamento.

Disturbi dell'Adattamento

I Disturbi dell'Adattamento sono definiti come **sintomi emozionali o comportamentali clinicamente significativi che si sviluppano in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili.**

I sintomi devono manifestarsi entro tre mesi dall'inizio del fattore stressante. La reazione deve essere sproporzionata rispetto alla natura dello stress oppure vi deve essere una significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo. Essi di solito si risolvono entro sei mesi, benché possano durare più a lungo se prodotti da un fattore stressante cronico o che abbia conseguenze persi-stenti. Pertanto, i disturbi dell'adattamento sono *reazioni disadattative* di breve durata a ciò che si può vivere come una calamità personale, ma che in termini psichiatrici si definisce fattore stressante.

Difficoltà in una relazione intrafamiliare possono causare un disturbo dell'adattamento che coinvolge l'intero sistema familiare; specifici stadi dello sviluppo - come l'inizio della scuola, l'abbandono della casa, il matrimonio, la nascita di un figlio, l'insuccesso nel raggiungere mete lavorative, l'abbandono della casa da parte dell'ultimo figlio e il pensionamento - sono spesso associati a un disturbo dell'adattamento. Cruciale per la comprensione del disturbo dell'adattamento è la conoscenza di tre fattori: la natura del fattore stressante, i significati consci e inconsci del fattore stressante e la vulnerabilità preesistente del paziente.

Il DSM IV elenca diversi tipi di disturbo dell'adattamento:

- 1) Sviluppo di sintomi emozionali e comportamentali in risposta a uno o più fattori stressanti che si manifestano entro tre mesi dall'inizio del fattore, o dei fattori stressanti.
- 2) Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi come evidenziato da uno o l'altro dei seguenti: (a) grave disagio che va al di là di quanto prevedibile in base all'esposizione al fattore stressante (b) compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo (o scolastico)
- 3) Una volta che il fattore stressante (o le sue conseguenze) sono superati, i sintomi non persistono per più di altri sei mesi.

Il Disturbo di Adattamento può essere *Acuto* se l'alterazione dura per, meno di sei mesi; *Cronico* se l'alterazione dura per sei mesi o più¹⁴.

I Disturbi dell'Adattamento vengono classificati in base al sottotipo che meglio definisce i sintomi predominanti:

309.0 Con Umore Depresso

309.24 Con Ansia

309.28 Con Ansia e Umore Depresso Misti

309.3 Con Alterazione della Condotta

309.4 Con Alterazione Mista dell'Emotività e della Condotta

309.9 Non Specificato

¹⁴ www.inpsico.org/2008/05/disturbi-delladattamento.html

ASSE II - Disturbi di Personalità.

Nel DSM IV I Disturbi di Personalità sono raccolti in tre Gruppi in base ad analogie descrittive:

Gruppo A

301.0 Disturbo Paranoide di Personalità (sfiducia e sospettosità: le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole)

301.20 Disturbo Schizoide di Personalità (distacco dalle relazioni sociali; gamma ristretta di espressività emotiva)

301.22 Disturbo Schizotipico di Personalità (disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive; eccentricità nel comportamento)

Gruppo B

301.7 Disturbo Antisociale di Personalità (inosservanza e violazione dei diritti degli altri)

301.83 Disturbo Borderline di Personalità (instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti; marcata compulsività)

301.50 Disturbo Istrionico di Personalità (emotività eccessiva e ricerca di attenzione)

301.81 Disturbo Narcisistico di Personalità (grandiosità, necessità di ammirazione, mancanza di empatia)

Gruppo C

301.82 Disturbo Evitante di Personalità (inibizione, sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità a giudizi negativi)

301.6 Disturbo Dipendente di Personalità (comportamento sottomesso e adesivo legato a un eccessivo bisogno di essere accuditi)

301.4 Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo)

301.9 Disturbo di Personalità NAS

Ritardo Mentale

Qui ci limitiamo a fornire un cenno che vuol essere sintetico del concetto di "disturbo di personalità" senza entrare nel dettaglio dei singoli profili del DSM, attraverso la presentazione del disturbo borderline.

Disturbo borderline di personalità

Definizione e quadro generale

Il termine *borderline* deriva dall'antica classificazione dei disturbi mentali, raggruppati in nevrosi e psicosi, e significa letteralmente "linea di confine". L'idea originaria era riferita a pazienti con personalità che funzionano "al limite" della psicosi pur non giungendo agli estremi delle vere psicosi o malattie gravi (come ad esempio la schizofrenia). Questa definizione è oggi considerata più appropriata al

concetto teorico di "Organizzazione Borderline", che è comune a *tutti* i disturbi di personalità, mentre il *disturbo borderline* (301.83) è un quadro particolare.

Le formulazioni del manuale DSM IV e le versioni successive, come pure le classificazioni più moderne internazionali (ICD-10) hanno ristretto la denominazione di disturbo borderline fino a indicare, più precisamente, quella patologia i cui sintomi sono la *disregolazione emozionale* e l'instabilità del soggetto. È stato proposto perciò anche un cambio di nome del disturbo.

Il *disturbo borderline di personalità* è definito oggi come disturbo **caratterizzato da vissuto emozionale eccessivo e variabile, e da instabilità riguardanti l'identità dell'individuo**. Uno dei sintomi più tipici di questo disturbo è la *paura dell'abbandono*. I soggetti borderline soffrono di crolli della fiducia in se stessi e dell'umore, tendono a cadere in comportamenti autodistruttivi e distruttivi delle loro relazioni interpersonali. Alcuni soggetti possono soffrire di momenti depressivi acuti anche estremamente brevi, ad esempio pochissime ore, ed alternare comportamenti normali.

Si osserva talvolta in questi pazienti la tendenza all'oscillazione del giudizio tra polarità opposte, un pensiero cioè in "bianco o nero", oppure alla "separazione" cognitiva ("sentire" o credere che una cosa o una situazione si debba classificare solo tra possibilità opposte; ad esempio la classificazione "amico" o "nemico", "amore" o "odio", ecc...). Questa separazione non è pensata bensì è immediatamente *percepita* da una struttura di personalità che mantiene e amplifica certi meccanismi primitivi di difesa.

La caratteristica dei pazienti con disturbo borderline è, inoltre, una generale instabilità esistenziale. La loro vita è caratterizzata da relazioni affettive intense e turbolente che terminano bruscamente, e il disturbo ha spesso effetti molto gravi provocando "crolli" nella vita lavorativa e di relazione dell'individuo.

Il disturbo è descritto sinteticamente come: patologia grave caratterizzata da instabilità pervasiva dell'umore, delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé, dell'identità e del comportamento, e una più generale anomalia nella percezione del senso di sé.

Il disturbo compare nell'adolescenza e concettualmente ha aspetti in comune con le comuni crisi d'identità e di umore che caratterizzano il passaggio all'età adulta, ma avviene su una scala maggiore, estesa e prolungata determinando un funzionamento che interessa totalmente anche la personalità adulta dell'individuo.

Le **caratteristiche essenziali** di questo disturbo sono una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta ma possono comparire già nell'infanzia e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato dai seguenti sintomi:

- Frequenti e immotivate oscillazioni dell'umore
- Persistente instabilità nell'immagine di sé
- Frequenti ideazioni suicide e/o comportamenti autolesivi o mutilanti.
- Senso cronico di vuoto
- Paura dell'abbandono, che spinge spesso a comportamenti manipolatori atti ad evitare lo stesso

- Comportamenti impulsivi in aree a rischio (quali ad esempio: gioco d'azzardo, guida spericolata, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione -in particolare bulimia-, sessualità promiscua o sregolata)
- Sintomi dissociativi infrequenti e, comunque, circoscritti a periodi di particolare stress (*para-allucinazioni*)
- Frequente disforia e marcata reattività emotiva
- Incapacità di controllare la rabbia, e/o comportamenti eterolesivi.
- Dicotomia: idealizzazione o svalutazione nelle relazioni con gli altri

Il termine "sindrome culturalmente caratterizzata" si riferisce a modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM IV. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente "malattie", o per lo meno fastidi, e molte hanno denominazioni locali. Per quanto quadri clinici corrispondenti alle principali categorie DSM IV possano essere trovati in tutto il mondo, i sintomi, il decorso e le risposte sociali sono molto spesso influenzati dai fattori culturali locali. Al contrario, le sindromi culturalmente caratterizzate sono generalmente limitate a società e aree culturali specifiche, e rappresentano categorie diagnostiche popolari locali che conferiscono significati coerenti a certi complessi di esperienze ripetitive, strutturate e disturbanti e alle osservazioni relative.

Vi è raramente una corrispondenza uno a uno tra le sindromi culturalmente caratterizzate e le entità diagnostiche DSM. I comportamenti aberranti che potrebbero essere distinti in numerose categorie da un clinico che usasse il DSM IV risultano invece inclusi in un'unica categoria popolare, certi quadri che potrebbero essere considerati appartenenti a una singola categoria da un clinico che usasse il DSM IV potrebbero risultare invece divisi in numerose categorie da un clinico indigeno. Inoltre, alcune condizioni e disturbi sono stati inquadrati come sindromi culturalmente caratterizzate tipiche della cultura industriale (per es., Anoressia Nervosa, Disturbo Dissociativo dell'Identità), data la loro assenza o rarità apparente in altre culture. Si dovrebbe anche notare che tutte le società industrializzate comprendono sotto-culture distinte e gruppi di immigrati molto diversi tra loro, che possono presentare sindromi culturalmente caratterizzate.

Questo glossario comprende alcune delle sindromi culturalmente caratterizzate ed espressioni di disagio meglio studiate che si possono incontrare nella pratica clinica in Nord America e riporta certe importanti categorie DSM IV quando i dati consigliano che siano tenute in considerazione nella formulazione diagnostica.

amok Un episodio dissociativo, caratterizzato da un periodo di incubazione seguito da una esplosione di comportamento violento, aggressivo, o anche omicida, diretto verso persone e oggetti. Gli episodi tendono a essere precipitati dall'impressione di ricevere offese o insulti, e sembrano frequenti solo tra i maschi. Gli episodi sono spesso accompagnati da idee persecutorie, automatismi, amnesie, esaurimento, e si ha ritorno alla condizione premorbosa dopo l'episodio. In certi

¹⁵ Vedi: ww2.unime.it/psichiatriascienzeformazione/etnopsichiatria.doc

casi l'amok può manifestarsi nel corso di un episodio psicotico breve, oppure rappresentare l'esacerbazione di un processo psicotico cronico. I resoconti originali che utilizzavano questo termine provenivano dalla Malesia. Un quadro comportamentale simile venne ritrovato in Laos, nelle Filippine, in Polinesia (cafard o cathard), nel Papua Nuova Guinea, a Portorico (mal de pelea), e tra i Navajo (iich'aa).

ataque de nervios Un'espressione di disagio riscontrata principalmente tra i latini dei Caraibi, ma ritrovata anche in molti gruppi Latino Americani e Latino Mediterranei. I sintomi comunemente riferiti comprendono grida incontrollabili, attacchi di pianto, tremori, calore che dal petto sale alla testa, e aggressività verbale o fisica. Esperienze dissociative, episodi convulsivi o di mancamento, e gesti suicidi sono in primo piano in certi attacchi, ma assenti in altri. Una manifestazione frequente degli *ataque de nervios* è la sensazione di perdere il controllo. Gli *ataque de nervios* facilmente si verificano come conseguenza diretta di qualche evento stressante riguardante la famiglia (per es., la notizia della morte di un parente stretto, la separazione o divorzio dal coniuge, conflitti con il coniuge e i figli, oppure il fatto di assistere a un incidente che coinvolge un membro della famiglia). Le persone possono avere amnesia per quanto succede durante l'*ataque de nervios*, ma in genere ritornano rapidamente ai loro livelli usuali di funzionamento. Per quanto la descrizione di alcuni *ataque de nervios* corrisponda da vicino alla descrizione DSM-IV degli Attacchi di Panico, l'associazione della maggior parte degli *ataque* con un evento precipitante e la frequente assenza dei sintomi patognomici come la paura acuta e la apprensività li differenziano dal Disturbo di Panico. Gli *ataque* coprono una gamma che va da normali espressioni di disagio non associate con alcun disturbo mentale a quadri sintomatologici collegabili con la diagnosi di Disturbi d'Ansia, dell'Umore, Dissociativi, o Somatoformi.

bilis e colera (chiamato anche muina) La causa che sottostà a queste sindromi viene ritenuta essere un'esperienza intensa di irritazione o di rabbia. La rabbia viene considerata presso molti gruppi Latini un'emozione particolarmente potente, che può avere effetti diretti sul corpo, e può esacerbare sintomi preesistenti. L'effetto principale della rabbia è quello di disturbare gli equilibri fondamentali del corpo, intesi come l'equilibrio tra le valenze calde e quelle fredde nell'organismo, e tra gli aspetti materiali e quelli spirituali. I sintomi possono comprendere tensione nervosa acuta, cefalea, tremore, urla, mal di stomaco, e, nei casi più gravi, perdita di coscienza. Una forma cronica di affaticamento può subentrare agli episodi acuti.

bouffée delirante Una sindrome osservata nell'Africa Occidentale e ad Haiti. Questo termine francese si riferisce a esplosioni improvvise di comportamento agitato e aggressivo, accentuata confusione, ed eccitamento psicomotorio. Talora possono concomitare allucinazioni visive e uditive, oppure ideazione paranoide. Questi episodi possono somigliare agli episodi di Disturbo Psicotico Breve.

brain fog Un termine inizialmente usato nell'Africa Occidentale per descrivere una condizione sperimentata da studenti liceali o universitari in risposta agli impegni scolastici. I sintomi comprendono difficoltà di concentrazione, di memoria e di pensiero. Gli studenti spesso entrano nell'idea che il loro cervello sia "affaticato". I sintomi fisici associati riguardano solitamente la testa e il collo, e comprendono dolore, sensazioni di peso o di apprensione, appannamento della vista, sensazioni di caldo o di bruciore. "Stanchezza del cervello", oppure affaticamento da "eccessivo pensare", sono espressioni di disagio presenti in molte culture, e le sindromi conseguenti possono ricordare alcuni Disturbi d'Ansia, Depressivi, e Somatoformi.

dhat Un termine diagnostico popolare usato in India per definire gravi preoccupazioni ansiose e ipocondriache associate con polluzioni, colorazione biancastra delle urine, e sensazioni di debolezza e affaticamento. Simile al jiryan (India), al sukra prameha (Sri Lanka) e al shen-k'uei (China).

falling-out o blacking-out Questi episodi si riscontrano soprattutto negli Stati Uniti del Sud e tra i gruppi Caraibici. Sono caratterizzati da un improvviso collasso, che talora si manifesta senza preavviso, ma altre volte è preceduto da sensazioni di vertigine o di "galleggiamento" della testa. Gli occhi del soggetto sono di solito ben aperti, ma la persona si lamenta di non riuscire a vedere. La persona di solito sente e capisce quello che le accade intorno, ma non si sente in grado di muoversi. Ciò può corrispondere a una diagnosi di Disturbo di Conversione o Dissociativo.

hwa-byung (nota anche come wool-hwa-byung) Una sindrome popolare Koreana, che letteralmente corrisponde a "sindrome di rabbia" e viene attribuita alla repressione della rabbia. I sintomi comprendono insonnia, affaticamento, panico, senso di morte imminente, umore disforico, cattiva digestione, anoressia, dispnea, palpitazioni, dolori e dolorabilità diffusi, e sensazioni di peso epigastrico.

koro Un termine, di probabile origine Malese, che si riferisce a episodi di improvvisa e intensa preoccupazione che il pene (nelle femmine la vulva e i capezzoli) possano rientrare nel corpo e causare la morte. La sindrome è stata riscontrata nell'Asia del Sud e dell'Est, dove è conosciuta con una varietà di denominazioni locali come shuk-yang, shook yang, e suo yang (Cinese); jinjinia bemar (Assam); o rok-joo (Tailandia). È stata riscontrata occasionalmente anche in Occidente. Il koro si manifesta talora in forma epidemica localizzata nelle aree dell'Asia Orientale. Questa diagnosi è compresa nella Classificazione Cinese dei Disturbi Mentali, Seconda Edizione (CCMD-2).

latah Ipersensibilità agli spaventi improvvisi, spesso accompagnata da ecoprassia, ecolalia, obbedienza a comandi, e comportamento dissociativo o tipo trance. Il termine latah è di origine Malese o Indonesiana, ma la sindrome è stata riscon-

trata in molte parti del mondo. Altri termini per questa condizione sono: amurakh, irkunii, ikota, olan, myriachit e menkeiti (gruppi siberiani); bah tschi, bah tsi, baah-ji (Tailandia); imu (Ainu, Sakhalin, Giappone); e mali-mali e silok (Filippine). In Malesia è più frequente tra le donne di mezza età.

locura Un termine usato dai Latini negli Stati Uniti e in America Latina per indicare forme gravi di psicosi cronica. La condizione viene attribuita a una vulnerabilità ereditaria, agli effetti delle difficoltà della vita, o a una combinazione di entrambi i fattori. I sintomi mostrati dai pazienti affetti da locura comprendono incoerenza, agitazione, allucinazioni uditive e visive, incapacità di seguire le regole della interazione sociale, imprevedibilità ed eventuale violenza.

malattia del fantasma Una preoccupazione riguardante la morte o i defunti (talora associata a pratiche magiche), frequentemente osservata tra i membri di molte culture indiane americane. Vengono attribuiti alla malattia del fantasma molti sintomi, tra cui sogni angosciosi, astenia, sensazioni di pericolo, perdita di appetito, svenimenti, vertigini, paura, ansia, allucinazioni, perdita di coscienza, confusione, sentimenti di futilità, e sensazioni di soffocamento.

mal de ojo Un concetto ampiamente diffuso nelle culture mediterranee e anche in altre parti del mondo. Mal de ojo è una frase spagnola che andrebbe tradotta malocchio. Sono a rischio soprattutto i bambini. I sintomi comprendono sonno irregolare, pianto immotivato, diarrea, vomito, e febbre nei bambini e nell'età infantile. Talora anche gli adulti (soprattutto femmine) possono presentare la condizione.

nervios Un'espressione comune di disagio tra i Latini degli Stati Uniti e dell'America Latina. Anche vari altri gruppi etnici hanno concetti simili di "nervi", per quanto talora un po' diversi (per es., i nevra tra i Greci del Nord America). Nervios si riferisce sia a uno stato generale di vulnerabilità alle esperienze stressanti della vita, sia a una sindrome causata da difficili condizioni di vita. Il termine nervios comprende una vasta gamma di sintomi di disagio emotivo, alterazione somatica e difficoltà di funzionamento. I sintomi più comuni comprendono cefalea e "male al cervello", irritabilità, mal di stomaco, difficoltà a dormire, nervosismo, facilità al pianto, difficoltà di concentrazione, tremori, sensazioni di ronzio e mareos (giramenti di testa con occasionale esacerbazione a tipo vertigine). I nervios tendono a essere un problema di lunga durata, per quanto variabile nel grado di gravità e conseguente menomazione. I nervios sono una sindrome molto vasta, che spazia da casi in cui non vi sono disturbi mentali a quadri che assomigliano ai Disturbi dell'Adattamento, d'Ansia, Depressivi, Dissociativi, Somatoformi o Psicotici. La diagnosi differenziale dipende dalla costellazione dei sintomi accusati, dal tipo di eventi sociali che sono collegati all'esordio e al decorso dei nervios, e dal livello di menomazione presentato.

pibloktoq Un episodio dissociativo improvviso, accompagnato da estremo eccitamento, della durata inferiore a 30 minuti, e frequentemente seguito da convulsioni epilettiformi e coma che dura fino a 12 ore. Viene osservato soprattutto nelle comunità eschimesi dell'Artico e del sub Artico, per quanto esistano varianti regionali della denominazione. Il soggetto può rimanere ritirato o lievemente irritabile per un periodo di ore o di giorni prima dell'attacco. Durante l'attacco stesso, il soggetto può stracciarsi i vestiti, distruggere mobili, gridare oscenità, mangiare feci, fuggire dai luoghi protetti, oppure commettere altri atti irrazionali o pericolosi.

reazione psicotica qi-gong Un termine che descrive un episodio acuto, limitato nel tempo, caratterizzato da sintomi dissociativi, paranoidei, o altri sintomi psicotici o non psicotici, che possono manifestarsi a seguito della partecipazione alle pratiche salutari popolari cinesi del qi-gong ("esercizio dell'energia vitale"). Risultano particolarmente vulnerabili i soggetti che rimangono eccessivamente coinvolti nelle pratiche. Questa diagnosi è compresa nella Classificazione Cinese dei Disturbi Mentali, Seconda Edizione (CCMD-2).

rootwork Un insieme di interpretazioni culturali che attribuiscono la malattia a fatture, magie, stregonerie, o all'influenza malefica di qualche altra persona. I sintomi possono comprendere ansia generalizzata, problemi gastro-intestinali (per es. nausea, vomito, diarrea), astenia, vertigini, la paura di essere avvelenato, e talora la paura di essere assassinato ("morte voodoo"). "Radici", "incantesimi", o "malocchio" possono essere "messi" o piazzati su altre persone, causando loro una varietà di problemi emozionali o psicologici. La persona colpita può anche temere la morte fino a che la "radice" non sia stata "tolta" (eliminata) di solito attraverso l'opera di un "root doctor" (un guaritore tradizionale), che può anche essere chiamato per fare una fattura a un nemico. Il "root work" viene riscontrato negli Stati Uniti del Sud, sia tra gli Afro-Americani, che tra la popolazione Euro-Americana, e anche nelle società Caraibiche. È anche conosciuto come mal puesto o brujeria nelle società Latine.

sangue dormido ("sangue addormentato") Questa sindrome si ritrova tra gli isolani portoghesi di Capo Verde (e tra gli immigrati da lì agli Stati Uniti), e comprende dolore, torpore, tremore, paralisi, convulsioni, colpi apoplettici, cecità, attacchi di cuore, infezioni, aborti.

shenjing shuairuo ("neurastenia") In Cina, una condizione caratterizzata da affaticamento fisico e mentale, vertigini, cefalea, altri dolori, difficoltà di concentrazione, alterazioni del sonno, e perdita di memoria. Gli altri sintomi comprendono problemi gastro-intestinali, disfunzioni sessuali, irritabilità, eccitabilità, e vari segni indicativi di una alterazione del sistema nervoso autonomo. In molti casi, i sintomi possono corrispondere ai criteri DSM-IV per i Disturbi dell'Umore o d'Ansia. Questa diagnosi è compresa nella Classificazione Cinese dei Disturbi Mentali, Seconda Edizione (CCMD-2).

shen-k'uei (Taiwan); shenkui (Cina) Una categoria popolare cinese, che si riferisce a una condizione di ansia marcata o di sintomi panici, accompagnata da lamentele somatiche per le quali non è dimostrabile nessuna causa fisica. I sintomi comprendono vertigini, mal di schiena, affaticabilità, astenia generalizzata, insonnia, frequenti sogni, e problemi di cattivo funzionamento sessuale (come eiaculazione precoce e impotenza). I sintomi vengono attribuiti a una eccessiva perdita di seme dovuta a frequenti rapporti sessuali, masturbazione, emissione notturna, o emissione di "urine bianche e torbide", che si ritiene contengano sperma. L'eccessiva perdita di seme viene temuta a causa della convinzione che rappresenti la perdita della propria essenza vitale e possa pertanto rivelarsi pericolosa per la vita.

shin-byung Un'etichetta popolare koreana per una sindrome in cui le fasi iniziali sono caratterizzate da ansia e lamentele somatiche (astenia generale, vertigini, paura, anoressia, insonnia, problemi gastro-intestinali), mentre successivamente si manifestano dissociazione e possessione da parte di spiriti ancestrali.

spell Uno stato di trance in cui l'individuo "comunica" con dei parenti deceduti o degli spiriti. A volte questo stato è associato con brevi periodi di cambiamento della personalità. Questa sindrome culturalmente caratterizzata viene riscontrata tra gli Afro-Americani e gli Euro-Americani degli Stati Uniti del Sud. Gli spell non vengono considerati eventi di competenza medica nella tradizione popolare, ma possono venire erroneamente interpretati come episodi psicotici nei setting clinici.

susto ("spavento", oppure "perdita di anima") Una sindrome etnica diffusa tra i Latini degli Stati Uniti e tra la popolazione di Messico, Centro America, e Sud America. Il susto viene anche chiamato espanto, pasmo, tripa ida, perdita del alma o chibih. Il susto è una malattia attribuita a un evento terrorizzante che causa la fuga dell'anima dal corpo, e causa infelicità e malattia. I soggetti affetti dal susto sperimentano anche particolare tensione nelle principali situazioni sociali. I sintomi possono manifestarsi in qualsiasi momento, anche a giorni o anni di distanza dall'evento terrorizzante. Si ritiene che in certi casi estremi il susto possa causare la morte. I sintomi tipici comprendono alterazione dell'appetito, sonno insufficiente o eccessivo, sonno turbato o sogni angosciosi, sentimenti di tristezza, mancanza di motivazione a fare le cose, e sentimenti di bassa autostima o di sporcizia. I sintomi somatici che accompagnano il susto comprendono dolore e dolenzia muscolare, mal di testa, mal di stomaco e diarrea. Le cure rituali sono concentrate sul fatto di richiamare l'anima nel corpo e di purificare la persona al fine di ristabilire l'equilibrio corporeo e spirituale. Le diverse forme di susto possono essere collegate ai Disturbi Depressivi Maggiori, al Disturbo Post Traumatico da Stress, e ai Disturbi Somatoformi. Convinzioni eziologiche e configurazioni sintomatologiche simili vengono riscontrate in molte parti del mondo.

taijin kyofusho Una fobia culturalmente caratterizzata presente in Giappone, che assomiglia un po' alla Fobia Sociale del DSM-IV. Questa sindrome comporta da parte di un individuo un'intensa paura che il proprio corpo, le sue parti e le sue funzioni, risultino spiacevoli, imbarazzanti, od offensivi agli altri a causa dell'aspetto, dell'odore, delle espressioni mimiche, o dei movimenti. Questa sindrome è compresa nel sistema diagnostico ufficiale Giapponese per i disturbi mentali.

zar Un termine generico utilizzato in Etiopia, Somalia, Egitto, Sudan, Iran, e in altre società Nord Africane e del Medio Oriente per indicare l'esperienza di possessione spiritica di un individuo. Le persone possedute da uno spirito possono sperimentare episodi dissociativi che possono manifestarsi con grida, risa, testate contro i muri, o pianto. I pazienti possono mostrare apatia e ritiro, rifiutandosi di mangiare o di svolgere i propri compiti quotidiani, oppure possono sviluppare un rapporto di lunga durata con lo spirito possessore. Localmente tale comportamento non viene considerato patologico.

Indicazioni bibliografiche

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision*, APA, Washington, DC; tr. it. Masson, Milano, 2002.

American Psychiatric Association - Group for the Advancement of Psychiatry (2002), *Psichiatria culturale. Un'introduzione.*, Cortina, Milano, 2004.

Braidì,G., Braidì,F., *Le ventiquattro carte. Per una buona relazione affettiva con le persone colpite da demenza*, UNICOPLI, Milano, 2010.

Gabbard,G.O., *Psichiatria psicodinamica. Nuova ed. basata sul DSM-IV*, Cortina, Milano, 1995.

Kanner L., *Psichiatria infantile*, Piccin, Padova 1979

OMS, *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS-WHO, Ginevra, 1995

Rapoport,J.L., Ismond,D.R., *DSM IV . Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Masson Italia, Milano, 2000.

Taccani,P., Giorgetti,M., (a cura), *Lavoro di cura e automutuo aiuto. Gruppi per caregiver di anziani non autosufficienti*, Angeli, Milano, 2010.

UNODCCP, *Demand reduction: a glossary of terms*, UN, New York, 2000.