

In questa sezione del nostro Sito, desideriamo mettere a disposizione un breve dizionario dei principali disturbi psicopatologici, per permettere a chiunque sia interessato di avere una idea più precisa e professionale delle principali psicopatologie che ricorrono con maggiore frequenza.

La descrizione delle psicopatologie qui indicate, tiene conto della classificazione secondo il “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” della American Psychiatric Association - DSM-IV-TR.

A questo scopo, sono necessarie almeno due precisazioni.

In primo luogo, con il termine “Psicopatologie” intendiamo tutti quei disturbi la cui insorgenza non è di origine organica, bensì esclusivamente psicologica.

In secondo luogo, per potere definire un accadimento umano come psicopatologico, devono essere presenti determinate caratteristiche fondamentali:

- 1) **L'infrequenza statistica:** la scarsa frequenza statistica con cui un determinato disturbo è presente nell'intera popolazione.
- 2) **Il disagio o la sofferenza individuali:** la percezione di un malessere sul piano emotivo pressoché costante che gli impedisce di vivere serenamente i vari momenti della vita.
Vi sono, tuttavia, alcune condizioni emotive in cui pur in presenza di una psicopatologia (come ad esempio nelle personalità psicopatiche) non è presente né la sofferenza né il sentimento di colpa per le azioni commesse.
- 3) **La condizione di incapacità:** uno stato di difficoltà o di impedimento costante a svolgere le proprie attività quotidiane, siano esse di lavoro, di studio, sociali od affettive.
- 4) **La condizione di ansia o di minaccia:** la condizione di costante malessere, di pericolo e di insicurezza nei momenti in cui si manifesta il proprio disturbo.
- 5) **La violazione delle norme sociali:** l'essere vittima del proprio malessere comporta infrangere norme sociali o di legge. Ne è l'esempio la condizione conclamata di tossicodipendenza fuori dai limiti di Legge, la cleptomania etc.
- 6) **L'imprevedibilità:** ovvero l'impossibilità di prevedere sia l'insorgenza del proprio disturbo sia la personale reazione che ne consegue. Ne è l'esempio la condizione di paura e di panico che insorgono improvvisamente ed in assenza di segnali precursori.

(Seconda parte)

Approfondimento dinamico

Dopo la descrizione sommaria di ciascuna Psicopatologia, che speriamo sia accessibile e comprensibile anche ai “non addetti ai lavori”, vien inserita una sezione riguardante l'approfondimento dinamico circa ogni singola psicopatologia. Ovvero vengono trattati tutti gli aspetti che possono riguardare

le possibili cause psicopatologiche, le eventuali esemplificazioni, i meccanismi di difesa che intervengono, le possibili psicoterapie.

Principali Psicopatologie

I DISTURBI DI ANSIA

IL disturbo d'ansia generalizzato

L' Attacco di panico

Le Fobie

Il Disturbo ossessivo-compulsivo

I DISTURBI DELL'UMORE

Episodio depressivo maggiore

Episodio maniacale ed ipomaniacale

I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

L' anoressia nervosa

La crisi bulimica

I DISTURBI DELLE FUNZIONI SESSUALI

LA DIPENDENZA DA SOSTANZE

I DISTURBI DELLA PERSONALITA'

IL Disturbo paranoide di personalità

Il Disturbo borderline di personalità

Il Disturbo narcisistico di personalità

I DISTURBI PSICOTICI

Definizione di "Delirio"

Definizione di "Allucinazione"

Il Disturbo delirante

Il Disturbo psicotico breve

La Schizofrenia

I DISTURBI D'ANSIA.

a) Va innanzitutto precisato che l'Ansia in sé non è una patologia, mentre ha uno scopo ben preciso nella vita umana (probabilmente anche animale) che è quello di fungere da campanello d'allarme di una situazione di imminente malessere.

b) Il problema dei disturbi d'ansia, non è l'ansia in sé, ma la quantità eccessiva che va oltre un limite accettabile per quella data persona in un dato contesto.

c) **Ansia**: è l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo imminente o futuro cui si accompagnano:

- sentimenti di disforia (stato d'animo di oppressione angosciata e di tristezza)
- e/o sintomi fisici di tensione

Pertanto è una manifestazione combinata di aspetti cognitivi e aspetti psicofisiologici.

d) **La preoccupazione** accompagna frequentemente l'ansia ed è però una risposta più evoluta ed è rappresentata da una sequenza più o meno controllata di pensieri tendenti a ricercare una soluzione ad un determinato problema. In questo senso viene definita adattiva.

Diviene disadattiva quando anziché contribuire a trovare la soluzione, induce ulteriore indecisione e procrastinazione della soluzione.

Approfondimento dinamico

Nella maggior parte dei casi, i pazienti non sanno riferire le situazioni che generano ansia e, a maggior ragione, non hanno alcuna consapevolezza delle motivazioni profonde che sottendono tale stato di malessere. Altri pazienti riferiscono di conoscere le ragioni del loro malessere, unitamente ad una qualche consapevolezza intorno a determinate paure collegate a situazioni note, mentre non sono altrettanto note le motivazioni profonde.

L'approccio psicoterapeutico analitico si propone da un lato di rendere consapevoli le ragioni profonde di tale stato di ansia. Dall'altro di aiutare il paziente a raggiungere un migliore adattamento fra la spinta del desiderio rimosso e la realtà.

I sentimenti di colpa, altrimenti vissuti come pensieri tormentosi che provengono dalla "coscienza", sembrano essere alla base dei disturbi ansiosi in genere. Più esattamente, si tratta di un sentimento di colpa che nasce in relazione ad un determinato desiderio che non può essere appagato. Tale desiderio cerca nella realtà una qualche forma di appagamento che, tuttavia, il Super-IO non può consentire. Quest'ultimo ne opera una sistematica e progressiva trasformazione il cui risultato finale è il sintomo ansioso, quale unico adattamento e compromesso fra la spinta del desiderio rimosso e la realtà.

1) Disturbo di ansia generalizzato.

E' tale perché non riguarda un solo evento specifico ma investe buona parte della vicissitudini esistenziali del paziente.

Per potere diagnosticare il disturbo è necessario che:

- a) l'ansia, la preoccupazione e/o i sintomi fisici causino un disagio significativo al punto da compromettere talune funzionalità esistenziali (lavoro, studio, relazioni sociali)

- b) l'ansia e la preoccupazione siano presenti quasi tutti i giorni per almeno 6 mesi;
- c) la persona abbia difficoltà nel controllare la preoccupazione
- d) siano presenti per la maggior parte dei giorni almeno tre dei seguenti sintomi psicofisiologici:

- irrequietezza, sentirsi tesi, coi nervi a fior di pelle
- facile affaticabilità
- difficoltà a concentrarsi e vuoti di memoria
- irritabilità
- tensione muscolare
- alterazione del ritmo sonno-veglia

Approfondimento dinamico

2) Attacchi di panico

E' una manifestazione d'ansia particolarmente:

- intensa,
- breve e
- transitoria. In passato l'attacco di panico veniva definito "**angoscia**"

Può inoltre essere definito come:

un periodo ben delimitato di intensa apprensione, paura o terrore, durante il quale sono avvertiti almeno quattro dei sintomi sottoelencati:

- palpitazioni o tachicardia
- sudorazione
- tremori
- dispnea o sensazione di soffocamento
- sensazione di asfissia
- dolore al petto
- nausea o disturbi addominali
- sensazione di sbandamento, instabilità o svenimento
- derealizzazione o depersonalizzazione
- paura di perdere il controllo o di impazzire
- paura di morire
- parestesie (sensazioni di torpore o formicolio)
- brividi, oppure vampate di calore

E' necessario distinguere fra:

- attacchi di panico "attesi e provocati" (da situazioni o circostanze particolari che si prestano)
- attacchi di panico "inaspettati e imprevedibili" (non provocati da circostanze particolari)

Il disturbo di panico diviene tale nel momento in cui vi sono esperienze di attacchi di panico:

- inaspettati
- e ricorrenti

cui fanno seguito per un periodo non inferiore ad un mese **persistenti preoccupazioni** di poter avere non solo nuovi attacchi ma anche significative alterazioni del proprio comportamento.

3) **Le fobie.**

Sono determinate da situazione di ansia e di paura solitamente dovute a particolari circostanze.

In passato le fobie classificate erano molteplici, a seconda della situazione specifica che creava ansia e quindi da evitare (ereutofobia, claustrofobia, aracnofobia, agorafobia, etc.) Oggi vengono classificati tre tipi di fobie:

- specifica
- agorafobia
- fobia sociale

A) Fobia specifica:

E' quella che racchiude tutte le precedenti situazioni di ansia e di paura ed è caratterizzata da una paura:

- marcata
- persistente
- irragionevole
- sproporzionata

per stimoli o situazioni specifiche e chiaramente individuabili (paura di animali, dell'ascensore, etc.)

Perché si possa parlare di fobia clinicamente significativa è però necessario:

- che l'individuo sia consapevole della irragionevolezza della sua paura
- che tale paura comprometta la vita sociale, lavorativa etc.

altrimenti parliamo semplicemente di generica paura ma non di fobia.

(Esempio, se uno ha paura di viaggiare in aereo, ma ciò non gli compromette l'esistenza perché può supplire con altro mezzo di trasporto, parliamo di paura e non di fobia)

B) Agorafobia: (letteralmente: agorà=piazza, luogo largo e pubblico) ansia del trovarsi in luoghi o situazioni da dove sia difficile allontanarsi oppure dove sia difficile ottenere aiuto in caso di necessità. (In chiesa affollata, durante una cerimonia, in macchina, oppure su un altro mezzo da cui diventi difficile scendere).

Le caratteristiche della agorafobia sono due:

- viene sperimentata un'ansia considerevole
- sono presenti le condotte di evitamento dei luoghi e delle situazioni in cui si è sperimentato il malessere

C) Fobia sociale

Paura marcata e persistente relativa ad una o più situazioni sociali o “prestazionali” (dove è richiesta una particolare prestazione che richiede una conseguente valutazione da parte di se o di altri). La persona ha paura di comportarsi in modo inadeguato, di fare brutta figura, di mostrare la propria ansia.

Conseguentemente queste situazioni vengono opportunamente evitate.
In taluni casi possono insorgere manifestazioni violente di:

- rossore
- sudorazione
- malessere generale
- reazione gastrointestinale
- diarrea

Anche in questo caso, perché si possa parlare di fobia clinicamente significativa è però necessario:

- che l'individuo sia consapevole della irragionevolezza della sua paura
- che tale paura comprometta la vita sociale, lavorativa etc

4) **Disturbo ossessivo-compulsivo**

a) le “ossessioni” non vanno confuse con le “preoccupazioni” in quanto – pur anche se queste accompagnano spesso i disturbi d’ansia – esse tendono a non invadere totalmente la vita emotiva del paziente, mentre le ossessioni sì.

b) Per ossessioni si intendono:

- pensieri
- impulsi
- immagini mentali

che sono:

- ricorrenti
- persistenti
- causano ansia o disagio marcato
- sono vissuti dalla persona come inappropriati ed invasivi.

La persona tenta di ignorare o allontanare tali pensieri (o impulsi o immagini mentali) oppure di neutralizzarli attraverso altri pensieri o azioni , senza tuttavia raggiungere lo scopo.

La differenza fra le **ossessioni** e i **deliri** - seppure in tali casi gravi il passo è molto breve – consiste nel fatto che:

- nelle **ossessioni** la persona si rende conto che tali pensieri sono un prodotto della propria mente e ne riconosce la irrazionalità e la irragionevolezza
- nei **deliri** la persona crede che tali pensieri siano stati instillati e prodotti nella propria mente a causa di terze persone.

c) Per compulsioni si intendono invece quei comportamenti tendenti a controllare,

ricontrollare, lavarsi ripetutamente le mani, ripetere una azione già compiuta precedentemente, oppure ripetere pensieri, parole, frasi, ritornelli allo scopo di ridurre l'ansia e il disagio determinato da tali ossessioni.

La persona si rende conto del meccanismo compulsivo e tenta di evitarlo o arginarlo ma non vi riesce perché tale meccanismo è più forte di lui.

Le compulsioni più comuni sono:

- di pulizia
- controllo e ricontrollo di azioni già svolte

d) **Il disturbo ossessivo-compulsivo** è caratterizzato dalla presenza di:

- ossessioni e
- compulsioni

che causino marcato disagio:

- almeno un'ora al giorno
- interferiscano significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo o scolastico, con le attività o relazioni sociali abituali.

I DISTURBI DELL'UMORE

E' necessario partire dalla definizione di episodio, prima di passare alle caratteristiche del "disturbo"

1) Episodio depressivo maggiore.

E' detto episodio perché solitamente costituisce un fatto o un episodio unico e transitorio. Si tratta di un periodo che:

- presenta un cambiamento nella qualità (livello) di funzionamento dell'individuo
- presenta sintomi di compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o scolastico o altre importanti aree
- dura almeno due settimane

I sintomi possono essere vari:

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno

- marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno
- significativa perdita (o aumento) del peso o dell'appetito
- insonnia (o ipersonnia) quasi ogni giorno
- agitazione o rallentamento psicomotorio ogni giorno
- affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati (possono anche essere deliranti) quasi ogni giorno
- ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno
- pensieri ricorrenti di morte, idee di suicidio ricorrenti ma senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o ideazione di un piano per commettere suicidio.

Per parlare di **episodio depressivo maggiore**, è necessaria la presenza di almeno **cinque dei sintomi** sopraelencati.

Importante considerare che taluni di questi sintomi potrebbero essere negati dall'interessato, ma confermati dai familiari accudenti.

In genere un episodio non trattato può durare sei mesi o più.

Nella maggior parte dei casi c'è una remissione completa.

Disturbo depressivo maggiore

E' tale quando o vi è un solo episodio che tende a protrarsi nel tempo, che non regredisce, oppure in presenza di ripetuti episodi.

2) Episodio maniacale

E' caratterizzato anche questo un periodo di alterazione grave dell'umore. Però in questo caso l'umore è eccessivamente elevato, eccessivamente espansivo ed irritabile.

Perché si possa parlare di episodio maniacale è convenuto che:

- duri almeno una settimana
- vi sia compromissione del funzionamento lavorativo, scolastico, sociale o di altre aree
- vi siano almeno tre dei seguenti sintomi:
 - autostima ipertrofica o grandiosità
 - diminuito bisogno di sonno

- maggiore loquacità del solito
- fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si susseguano rapidamente
- distraibilità (l'attenzione è facilmente distratta da stimoli esterni irrilevanti)
- aumento notevole della attività (lavorativa, sociale, sex) con agitazione psicomotoria
- eccessi in attività o ludiche, o economiche le cui conseguenze possono essere dannose (affari avventati, comportamenti sex sconvenienti etc.)

Un episodio **ipo-maniacale** è in forma meno grave e meno evidente di un episodio maniacale.

I DISTURBI DELLA FUNZIONE SESSUALE

Per comprendere le disfunzioni sessuali è necessario illustrare le fasi che caratterizzano l'intero ciclo di risposte sessuali, riguardanti tanto l'uomo che la donna.

1° Fase - Desiderio.

Consiste nell'insieme delle fantasie a carattere sessuale unite al desiderio di praticare l'attività sessuale.

2° Fase - Eccitazione.

E' la sensazione soggettiva di piacere sessuale connesso ai conseguenti accadimenti fisiologici a carico degli organi sessuali maschili e femminili, con componenti tanto fisiologiche che psicologiche.

3° Fase – Orgasmo.

Consiste nell'apice del piacere sessuale, unitamente ad un allentamento della tensione sessuale ed alla presenza di contrazioni ritmiche dei muscoli perineali e degli organi sessuali sia maschile che femminile. Nell'uomo consegue l'eiaculazione con emissione di sperma, nella donna contrazioni a carico di una parte della vagina, la cui percezione può essere relativa e soggettiva.

4° Fase – Risoluzione.

E' la condizione di rilassamento fisico e psichico subito successivo all'attività sessuale, quale conseguenza dello smorzarsi delle tensioni che sono state introdotte nell'organismo dalle tre fasi precedenti.

I disturbi della funzione sessuale possono riguardare una o più delle suddette fasi ed essere presenti sia agli albori della attività sessuale, oppure essere subentrati dopo un determinato periodo di apparente normalità delle funzioni sessuali stesse.

Riguardo alle cause predisponenti le disfunzioni sessuali, sono generalmente contemplate quattro cause.

- 1) **Fattori psicologici.**
- 2) **Fattori combinati** fra la condizione psicologica, la condizione fisica e l'assunzione di sostanze o farmaci
- 3) **Condizione medica generale** per cui siano intervenute lesioni specifiche a carico degli organi predisposti alle funzioni sessuali medesime: come ad esempio lesioni al midollo, sclerosi multipla, danni cerebrali, diabete mellito, ipotiroidismo, disturbi vascolari ed uro-genitali.
- 4) **Indotta da sostanze:** quali ad esempio l'alcool, vari tipi di sostanze stupefacenti, vari tipi di psicofarmaci, anabolizzanti o sostanze tossiche.

Principali disturbi:

Disturbo da desiderio ipoattivo

Disturbo da avversione sessuale

Disturbo dell'eccitamento sessuale femminile

Disturbo maschile dell'erezione

Disturbo dell'orgasmo femminile

Disturbo dell'orgasmo maschile

Disturbo dell'eiaculazione precoce

Disturbo della dispareunia (dolore ai genitali)

Disturbo del vaginismo

1) Disturbo da desiderio ipoattivo

E' un disturbo che riguarda la Fase del desiderio sessuale ed è caratterizzato dalla assenza o insufficienza delle fantasie sessuali e di desiderio della attività sessuale. Il paziente non si sente predisposto a svolgere una qualunque attività sessuale o tutt' al più può parteciparvi ma senza entusiasmo e con scarsi risultati rispetto alle fasi successive.

2) Disturbo da avversione sessuale

E' un disturbo che riguarda la Fase del desiderio e consiste nella consapevole avversione verso una qualunque attività sessuale. Generalmente viene evitato qualunque contatto di tipo genitale, mentre può subentrare uno stato di ansia, timore o disgusto alla prospettiva di un contatto genitale.

3) *Disturbo dell'eccitamento sessuale femminile*

E' un disturbo che riguarda la Fase dell'eccitamento e consiste nella difficoltà costante a raggiungere e mantenere le condizioni idonee all'espletamento della attività sessuale. Può ricomprendere la assenza di lubrificazione ed espansione genitale, nonché assenza di tumescenza (rigonfiamento da eccitazione) dei genitali esterni. Sovente questa condizione è causa di rapporti sessuali fastidiosi e dolorosi per la donna.

4) *Disturbo maschile dell'erezione*

E' un disturbo che riguarda la Fase dell'eccitamento e consiste nella costante incapacità dell'uomo di mantenere una buona o sufficiente erezione fino al compimento di tutte le fasi del rapporto sessuale.

Sono possibili diverse forme.

Può essere presente una buona erezione durante i preliminari, ma che questa cessi al momento della penetrazione, oppure dopo poco tempo dalla penetrazione, oppure prima di permettere all'uomo di raggiungere l'orgasmo. In taluni casi viene raggiunta e mantenuta una buona erezione soltanto attraverso la masturbazione ma non attraverso un tentativo di effettuare la penetrazione.

5) *Disturbo dell'orgasmo femminile*

E' un disturbo che riguarda la Fase dell'orgasmo e consiste in una totale assenza o una sistematica difficoltà per la donna a raggiungere l'orgasmo, pur in presenza di una normale condizione di eccitamento.

6) *Disturbo dell'orgasmo maschile*

E' un disturbo che riguarda la Fase dell'orgasmo e consiste, in una totale assenza o una sistematica difficoltà per l'uomo a raggiungere l'orgasmo durante la penetrazione, pur in presenza di una normale condizione di eccitamento. In talune situazioni, l'uomo riesce a raggiungere l'orgasmo solamente terminata la penetrazione, attraverso la masturbazione o la stimolazione orale da parte altrui.

7) *Disturbo dell'eiaculazione precoce*

E' un disturbo che riguarda la Fase dell'orgasmo e consiste nella incapacità / impossibilità a far perdurare sia la stimolazione manuale od orale sia la penetrazione, a causa di una incontrollata ed intempestiva eiaculazione. Il controllo della eiaculazione viene solitamente mantenuto soltanto per una manciata di secondi o tutt'al più pochissimi minuti. Il disturbo può riguardare sia i preliminari, sia la penetrazione sia il periodo subito successivo. Perchè sia considerata Eiaculazione precoce, deve avere le caratteristiche di essere incontrollata e comunque ben prima che il soggetto lo desideri.

8) *Disturbo della dispareunia (dolore genitale)*

E' un disturbo che implica la presenza di dolore genitale durante il rapporto sessuale. Può variare di intensità e persistenza e può riguardare tanto l'uomo che la donna. E' solitamente descritto un decorso cronico di tale disturbo, con la conseguenza dell'evitamento della penetrazione nel rapporto sessuale.

9) *Disturbo del vaginismo*

E' un disturbo che implica la presenza di dolore genitale data la persistente e tassativa contrazione involontaria dei muscoli perineali che circondano la vagina, ogni qualvolta viene tentata una qualsiasi forma di penetrazione. Solitamente il disturbo è lamentato anche in prossimità di visite ginecologiche che prevedano una seppure minima esplorazione vaginale. Questo stato induce diversi gradi di tensione muscolare, ansia, disagio, al punto che anche la sola idea di penetrazione può risultare dolorosa.

I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

1) Anoressia nervosa.

Il termine “**anoressia**” in sé e per sé significa “**mancaza di appetito**”, quantunque nella nostra dizione comune intendiamo più esattamente ***il rifiuto del cibo.***

E' una patologia che esprime più di ogni altra il problema del rapporto fra alimentazione e aspetto di sé, di cui la società contemporanea, occidentale, benestante, industrializzata sembra soffrire maggiormente, rispetto a culture e condizioni dove il cibo non è presente in abbondanza.

Ciò significa che, se da un lato la società propone modelli estetici che si ispirano alla magrezza, alla ricerca esasperata di “bellezza”, dall'altro la medesima società offre molteplici seduzioni a proposito del cibo, della sua qualità e della sua quantità.

La popolazione maggiormente interessata è quella femminile, pur essendovi taluni casi di maschi che soffrono o hanno sofferto di questo problema.

L'età di insorgenza è riferita a due momenti adolescenziali, intorno ai 14 e ai 18 anni. Tuttavia esistono molteplici casi di insorgenza in età più avanzata.

Per quanto riguarda la remissione, in taluni casi si tratta di situazioni episodiche e che hanno una completa remissione, in altri si può giungere ad elevati livelli di gravità in cui diventa necessario il ricovero ospedaliero per il ripristino forzato del peso corporeo.

Si considera sottopeso un individuo il cui peso corporeo è al di sotto dell'**85 % del peso forma per età ed altezza.**

La perdita del peso viene ottenuta tramite:

- **condotte restrittive**
 - consistono in drastiche riduzioni volontarie del cibo
- **condotte di eliminazione** che riguardano: -
 - il vomito procurato,
 - uso inappropriato di lassativi e diuretici,
 - enteroclismi,
 - eccessiva attività fisica allo scopo specifico di perdere peso.

Le altre essenziali caratteristiche sono:

- **amenorrea** (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi dopo il menarca o ritardo della comparsa del menarca quando l'anoressia è presente in età pre-puberale)
- **intensa paura di acquistare peso**, di diventare grassi
- **distorsioni** relative sia alla percezione di sé, sia alla non obiettività rispetto al proprio peso corporeo. Ciò solitamente influenza l'autostima nel senso che la capacità di perdere peso e rimanere magri rimanda una buona opinione delle proprie capacità di autocontrollo
- **non riconoscimento** della gravità della propria situazione.

2) **Bulimia nervosa.**

Per meglio comprendere la "**bulimia nervosa**" è necessario definire la "**crisi bulimica**" che ne è una componente essenziale.

La **crisi bulimica** (o abbuffata) consiste nella ingestione di una quantità di cibo assolutamente sproporzionata alla necessità e in un breve lasso di tempo (inferiore alle due ore).

Durante tale episodio il soggetto ha la sensazione di non avere il controllo del proprio impulso a mangiare.

Solitamente l'impulso viene meno nel momento in cui:

- non vi è più nulla da mangiare a disposizione,
- oppure per un senso di eccessiva "pienezza"
- o ancora per un effimero "senso di benessere".

Le crisi bulimiche solitamente avvengono in solitudine e di nascosto e causano ben precisi sentimenti:

- vergogna e senso di colpa
- spietata autocritica
- sentimento di insoddisfazione e umore depresso.

La bulimia è pertanto un disturbo alimentare caratterizzato dalla presenza di ripetute "crisi bulimiche" o "abbuffate" cui fanno seguito dei comportamenti compensatori per impedire l'aumento di peso.

Fra questi possiamo indicare:

- il vomito procurato
- esercizio fisico nei giorni immediatamente successivi al di sopra delle proprie capacità fisiche.

LA DIPENDENZA DA SOSTANZE

Prima di definire la "**dipendenza**" è necessario caratterizzare l'**abuso** che può costituire il prologo della dipendenza stessa.

L'abuso di sostanze è una modalità patologica di uso di una determinata sostanza che:

- dà luogo a ricorrenti e significative conseguenze dannose
- porta a menomazione e/o a disagio clinicamente significativo

nel periodo di almeno 12 mesi.

L'uso della sostanza deve dar luogo ad almeno una delle sottoelencate condizioni:

- **ripetuta incapacità** di adempiere ai principali compiti connessi al proprio ruolo (casa, lavoro, famiglia)

- **ricorrente uso** della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (guidando, usando macchinari etc.)
- **ricorrenti problemi** legali (arreso per molestie, percosse etc.)
- ricorrente uso nonostante costanti **problemi sociali e relazionali** (scontri, liti etc.)

L'abuso non è quindi un saltuario ed occasionale uso di una determinata sostanza, bensì è l'insieme di una complessa modalità comportamentale fatta di aspetti sociali, relazionali, emotivi e fisiologici.

Come si è anticipato, la continuità dell'abuso può facilmente portare a dipendenza.

Per comprendere il concetto di dipendenza, è necessario chiarire quelli di:

- tolleranza
- astinenza

a) Tolleranza: corrisponde al bisogno sempre maggiore della sostanza per raggiungere o l'intossicazione oppure l'effetto desiderato. Il grado di tolleranza dipende da sostanza a sostanza.

b) Astinenza: corrisponde ai sintomi causati dalla mancanza o dal ritardo nell'assunzione di una determinata sostanza cui l'organismo si è abituato, per cui la persona tende poi ad assumere la sostanza stessa (o di effetti simili) per attenuare gli effetti della astinenza.

La dipendenza.

La dipendenza da sostanze è definita come una modalità patologica d'uso di una o più sostanze che conduce o a una menomazione o a un disagio rilevante dal punto di vista clinico (osservabile e obiettivo) sulla base della presenza di **almeno tre** delle condizioni sottoelencate, durante il **periodo di un anno**:

- **tolleranza** (insieme di due aspetti: **a) bisogno** di quantità progressivamente più elevate per raggiungere l'effetto; **b) diminuzione** progressiva dell'effetto stesso)
- **astinenza** (insieme di due aspetti: **a) presenza** di una **crisi** in conseguenza della mancanza della sostanza; **b) bisogno** di **assumere la sostanza** - o farmaci di effetto simile - per attenuare l'effetto di astinenza)
- **assunzione** in quantità maggiore di sostanza di quanto previsto dal soggetto
- tentativo infruttuoso di riduzione della sostanza

- grande **dispendio di tempo ed energie** per procurarsi la sostanza
- **interruzione o riduzione del funzionamento** lavorativo, scolastico, sociale
- **uso continuativo della sostanza** pur nella consapevolezza che ciò può causare o causa danni di tipo fisico o psichico.

DISTURBI DI PERSONALITA'

Per disturbo di personalità si intende una modalità perdurante (modello abituale) di:

- percepire
- rapportarsi
- pensare

nei confronti dell'ambiente circostante e di se stessi, che si manifesta (tale modalità) in un ampio contesto di vita, sia sociale che personale.

Si tratta, pertanto, di:

- una modalità stabile di funzionamento esistenziale,
- che si prospetta su un periodo lungo
- va oltre gli eventi singoli o specifici stressanti

- va oltre i vari sintomi

Tale modalità di funzionamento – solitamente -diventa riconoscibile durante l'adolescenza o all'inizio dell'età adulta.

Caratteristiche generali dei disturbi di personalità

Tutti i disturbi di personalità – che sono molteplici - sono accomunati da alcune caratteristiche che sono:

- a) la modalità di percepire ed interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti (detto “**cognitività**”)
- b) la varietà, l'intensità la labilità e l'adeguatezza della risposta emotiva (detto “**affettività**”)
- c) il funzionamento interpersonale
- d) il controllo degli impulsi

Questa modalità di funzionamento ha inoltre delle caratteristiche:

- di rigidità del pensiero, inflessibile, che tende a non modificarsi
- che pervade ogni aspetto della persona e delle sue relazioni

Questa rigidità e questa pervasività possono arrivare a compromettere il normale funzionamento della vita sociale, lavorativa, personale.

Fra i vari tipi di disturbi ne distinguiamo tre.

1) Disturbo paranoide di personalità

Le principali caratteristiche sono:

- a) Tendenza ad analizzare ed interpretare la realtà all'insegna del sospetto e della diffidenza. Le intenzioni altrui vengono interpretate come malevoli.
- b) Timore – senza una base oggettiva – di essere sfruttati, danneggiati o ingannati
- c) Dubbio costante sulla lealtà e affidabilità altrui (colleghi, parenti, amici)
- d) Riluttanti a confidarsi e a entrare in intimità per il timore che le informazioni date possano essere usate a loro danno
- e) Intravedono significati nascosti, umilianti o minacciosi nelle parole altrui per cui arrivano ad interpretare negativamente anche complimenti o espressioni benevole

- f) Possibilità di costante e perdurante rancore verso persone dalle quali ritengono avere subito dei torti
- g) Possibilità di gelosia esagerata e morbosa nei confronti del partner, intravedendo prove di conferma anche nei fatti più banali.

2) Disturbo Borderline di personalità

E' caratterizzato da un quadro di instabilità:

- delle relazioni interpersonali,
- dell'immagine di sé
- dell'umore

nonché da una marcata impulsività

Deve, inoltre, essere presente almeno una delle seguenti caratteristiche:

- a) sforzi disperati per evitare un abbandono reale o immaginario
- b) relazioni interpersonali instabili ed intense, caratterizzate dall'alternanza estrema di :
 - iperidealizzazione
 - svalutazione
- c) Marcata instabilità dell'immagine di sé e della percezione di sé
- d) Impulsività in aree come lo spendere soldi in modo irresponsabile, gioco d'azzardo, rapporti sex non sicuri, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate alimentari
- e) Ricorrenti minacce o comportamenti suicidari o automutilanti
- f) Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore
- g) Sentimenti cronici di vuoto
- h) Rabbia intensa ed immotivata con difficoltà a controllare la rabbia
- i) Ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori durante periodi di stress.

3) Disturbo narcisistico di personalità

La diagnosi di questo disturbo non è di facile attuazione e deve tenere conto del fatto che pressochè in ogni persona può rilevarsi la presenza di taluni aspetti narcisistici, in questo caso tipici di una sana autostima ed orgoglio di sé, importanti per il raggiungimento dei propri obiettivi.

Il disturbo narcisistico, invece, presenta un quadro di generale "grandiosità" del soggetto in questione, dove spiccano in particolare due aspetti:

- il bisogno di essere costantemente al centro dell'attenzione, dove la propria persona in genere, le idee i bisogni e le capacità risultano notevolmente sovrastimate rispetto a quelle degli altri.
- la totale mancanza di empatia, quale conseguenza della indifferenza e non considerazione dei bisogni e sentimenti altrui.

Sono pertanto rilevabili le seguenti caratteristiche:

- a) senso grandioso di autostima e sovrastima delle proprie capacità
- b) presenza di fantasie di successi illimitati
- c) senso di superiorità
- d) vissuto di essere speciali ed unici
- e) aspettativa di ammirazione da parte altrui
- f) convinzione che a loro tutto è dovuto
- g) sfruttano gli altri per i propri scopi
- h) mancanza di empatia
- i) incapacità di riconoscere i sentimenti e i bisogni altrui.

I DISTURBI PSICOTICI

La classificazione classica definiva la condizione "psicotica" come uno stato gravemente patologico caratterizzato da:

- perdita dell'esame di realtà
- impiego di meccanismi di difesa primitivi (diniego, proiezione, rimozione)
- sindrome della dispersione dell'identità

Per quanto riguarda il DSM-IV, viene indicata una definizione circoscritta ad alcuni semplici aspetti.

La condizione psicotica è caratterizzata dalla presenza di "deliri" e "allucinazioni" rilevanti:

- a) secondo alcuni autori purchè la persona non abbia la consapevolezza della gravità patologica
- b) secondo altri autori ciò indipendentemente della consapevolezza della

gravità patologica.

I sintomi psicotici sono suddivisi in due grandi categorie:

La condizione **psicotica** è caratterizzata dalla presenza di “**deliri**” e “**allucinazioni**” rilevanti:

- a) secondo alcuni autori purché la persona non abbia la consapevolezza della gravità patologica
- b) secondo altri autori ciò indipendentemente della consapevolezza della gravità patologica.

I sintomi psicotici

Sono suddivisi in due grandi categorie:

- a) Sintomi **positivi**: (così chiamati perché riguardano una distorsione o un eccesso delle funzioni normali)
- b) Sintomi **negativi** perché riguardano una diminuzione o una perdita delle funzioni normali.

a) Positivi:

- allucinazione
- delirio
- eloquio disorganizzato (perdere il filo, deviare dal discorso, presenza di incoerenze linguistiche etc.)
- comportamento disorganizzato (difficoltà nell'adempire alle normali funzioni della vita, agitazione imprevedibile, catatonìa)

b) Negativi:

- appiattimento della affettività sia espressiva che emotiva con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo
- alogia (riduzione della fluidità e della produttività del pensiero e dell'eloquio, con impoverimento del contenuto dello stesso)
- abulia (mancanza di stimolo a compiere determinati compiti, con eccessi di immobilismo fisico)

•

Definizione di Allucinazione

Per allucinazione si intende una **percezione sensoriale** che ha per il soggetto le caratteristiche di realtà, mentre nella realtà non vi corrisponde alcuno stimolo sensoriale reale esterno.

Le allucinazioni possono riguardare indistintamente ogni aspetto sensoriale:

- gustative
- olfattive
- somatiche
- tattili
- uditive
- visive

E' necessario tenere conto delle seguenti osservazioni:

- non vanno confuse con le false percezioni derivanti dall'attività onirica che precede o segue il sonno
- può esservi un grado di consapevolezza che si sta avendo l'allucinazione
- vanno distinte dalle illusioni, dove invece è presente uno stimolo esterno.

Definizione di delirio.

Il delirio è una falsa convinzione che comporta una **interpretazione** non corretta di percezioni ed esperienze.

Questa convinzione è basata su errate deduzioni riguardanti la realtà esterna e diventa un convincimento irrinunciabile per la persona, anche a dispetto di prove incontrovertibili.

Vengono distinti solitamente due tipi di deliri:

Deliri bizzarri: quelli che non sono plausibili con la cultura propria del soggetto

(esempio: una entità aliena ha prelevato i propri organi e li ha sostituiti con altri)

Deliri non bizzarri: essere spiati, o traditi etc.

Bisogna tenere conto che in alcune forme di delirio non sempre è possibile distinguere fra delirio e convincimento rigido e radicato.

E' la **rigidità della convinzione** unita alle **evidenze contrarie** (assolutamente ignorate) che creano la differenza e indicano quale è il delirio e quale no.

Comuni tipi di delirio

- di **controllo** (pensieri e comportamenti tenuti sotto controllo da una entità esterna a sé)
- **erotomanici** (convinzione che qualcuno – solitamente sconosciuto ma importante - sia innamorato del soggetto il quale arriva ad opprimere l'interessato con ogni mezzo)
- di **gelosia**
- di **grandiosità**
- di **inserzione** del pensiero(i pensieri non sono propri ma sono inseriti nel soggetto da parte di chi ha interesse a creargli un ipotetico danno).
- di **persecuzione** (convinzione di essere vittima di un complotto, di essere spiato, ingannato, molestato, danneggiato, avvelenato etc.)
- di **riferimento** (parole o avvenimenti vengono interpretati come segnali inviati al soggetto)
- **somatico** (che ha a che fare con presunte manifestazioni del/nel proprio organismo, come avere insetti all'interno, emanare particolari odori etc.)
- di **trasmissione del pensiero** (come se i propri pensieri potessero essere captati o trasmessi ad alta voce perchè ognuno possa percepirli)

Il disturbo delirante

E' caratterizzato:

- dalla presenza di uno o più deliri **non bizzarri**, che persistono per almeno un mese
- Il tipo di disturbo è dato dal tema del delirio sottostante (grandiosità, gelosia, persecuzione etc.)
- a parte la presenza del delirio, Il funzionamento dell'individuo non risulta compromesso

Il disturbo psicotico breve

È una alterazione psichica che comporta l'insorgere improvviso di uno o più dei seguenti sintomi:

- abulia (mancanza di stimolo a compiere determinati compiti, con eccessi di immobilismo fisico)

Il disturbo comporta un grave deterioramento di una o più delle aree esistenziali come il lavoro, lo studio, la cura di sé, la vita di relazione.

La durata della compromissione è superiore ai sei mesi.

Il disturbo si differenzia in alcuni sottotipi, i più importanti dei quali sono:

- Tipo paranoide: presenza di deliri e allucinazioni uditive in cui il paziente è convinto che le persone tramino alle sue spalle.
- Tipo disorganizzato: presenza di disturbi del comportamento e dell'eloquio che risulta incoerente e incomprensibile sotto il profilo logico.
- Tipo catatonico: che si esprime con uncomportamento motorio anomalo, solitamente rigido e ripetitivo.
- Tipo indifferenziato: in cui è presente un grave deterioramento delle aree sopra indicate, ma che non è riconducibile ad alcuno dei precedenti tre tipi.

- deliri
- allucinazioni
- eloquio disorganizzato (frequenti deragliamenti del discorso, incoerenza etc.)
- comportamento grossolanamente disorganizzato
- comportamento catatonico.

Si tratta di un episodio che dura da un minimo di un giorno ad un massimo di un mese. Dopodiché c'è il totale ripristino della normalità precedente.

Nel corso dell'episodio si registra uno stato di agitazione e confusione anche intense.

E' necessaria una attenta vigilanza, sia per la sicurezza del soggetto, sia per il suo accudimento, sia per il rischio suicidiario particolarmente alto.

Solitamente interviene dopo un particolare episodio di trauma, compreso anche il cosiddetto periodo post-partum (quattro settimane dopo il parto).

La schizofrenia

Non vi sono particolari sintomi che precedono la schizofrenia.

Si tratta di un disturbo complesso e può presentarsi sotto diverse forme.

Per una diagnosi di Schizofrenia, è necessaria la presenza di almeno due fra i sintomi negativi e positivi (presi insieme).

a) Positivi:

- allucinazione
- delirio
- eloquio disorganizzato (perdere il filo, deviare dal discorso, presenza di incoerenze linguistiche etc.)
- comportamento disorganizzato (difficoltà nell'adempiere alle normali funzioni della vita, agitazione imprevedibile, catatonia)

b) Negativi:

- appiattimento della affettività sia espressiva che emotiva con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo
- alogia (riduzione della fluidità e della produttività del pensiero e dell'eloquio, con impoverimento del contenuto dello stesso)