

Capitolo 3

Traduzione a cura di Ilaria Montagni

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI MENTALI

Obiettivi e Introduzione

Questo capitolo presenta una panoramica globale dei disturbi mentali e introduce il concetto di sistema di classificazione. Nei prossimi capitoli del libro, verranno descritti invece nel dettaglio sintomi e disturbi specifici. Lo scopo della classificazione - vale a dire la collocazione di elementi apparentemente correlati tra loro entro contenitori o categorie ben precise - è quello di semplificare la grande quantità di informazioni a disposizione e di migliorarne sia la comunicazione che la divulgazione.

Nel primo capitolo si è parlato di due dei principali sistemi di classificazione dei disturbi mentali: il DSM-IV e l'ICD-10. Questi sistemi suddividono i disturbi mentali in diverse categorie principali: 17 categorie per il DSM-IV e 9 categorie per l'ICD-10.

Si sta già lavorando alle nuove edizioni di questi sistemi tanto che il DMS-V sarà disponibile a Maggio 2013 (Aboraya, 2010). Questo capitolo si concentra però sui sistemi correnti limitandosi, alla fine (per chi fosse interessato ad approfondire l'argomento) a qualche accenno alle novità dei programmi per il DSM-V.

I sistemi in questione sono "descrittivi" (come lo era la medicina interna nel XIX secolo). Francis (2009) afferma che "sarebbe opportuno per tutti noi accettare il fatto che la psichiatria descrittiva è ormai una caricatura vecchia e stanca". Per il futuro si spera quindi che sia possibile fare delle diagnosi utilizzando degli strumenti oggettivi come la genetica ed il neuroimaging. Altri esperti hanno sottolineato l'importanza di un metodo di diagnosi basato sull'eziologia. A questo proposito McHugh (2005) descrive un sistema diagnostico formato da 4 gruppi:

- 1) "malattie del cervello" nel quale troviamo l'alterazione e il malfunzionamento delle basi neurali (come la schizofrenia e la depressione malinconica);
- 2) "vulnerabilità data dai propri tratti psicologici" (come individui particolarmente sensibili e/o affetti da disturbi della personalità);
- 3) l'adozione di un comportamento "che si è trasformato in uno stile di vita relativamente fisso e lesivo" (come l'alcolismo o l'anoressia nervosa);
- 4) "condizioni generate dagli eventi" che limitano il proprio agire o rappresentano una minaccia per sé o per gli altri (come l'ansia situazionale e il disturbo post-traumatico da stress).

Nonostante le limitazioni del DSM-IV e dell'ICD-10, proprio questi sono i sistemi utilizzati attualmente. Sono relativamente affidabili per quanto non in grado di fornire delle linee guida precise per il trattamento.

In questo capitolo viene presentato un sistema di classificazione semplificato (vedi Tabella). I disturbi mentali sono stati ordinati sotto i seguenti titoli: "psicotici", "dell'umore", "non-psicotici", "della personalità" e "disturbi mentali organici". Un'ulteriore classificazione è poi quella dei "disturbi dall'uso di sostanze". Si è discusso sul fatto che i disturbi da uso di sostanze potessero rientrare nei problemi sociali o di comportamento o ancora nei disturbi mentali. Al momento sono classificati come disturbi mentali sia nel DSM-V che nell'ICD-10. In ogni caso, in molte giurisdizioni, i servizi per tali disturbi sono forniti da gruppi di cura separati e specializzati.

<p>Disturbi Psicotici</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Schizofrenia<input type="checkbox"/> Disturbo Delirante <p>Disturbo dell'Umore</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Disturbo Bipolare (fasi maniacali e depressive)<input type="checkbox"/> Disturbo Depressivo Maggiore<input type="checkbox"/> Ciclotimia<input type="checkbox"/> Distimia <p>Disturbi Non-Psicotici</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Disturbi d'Ansia<ul style="list-style-type: none">Disturbo d'Ansia GeneralizzataDisturbo da Attacchi di PanicoFobieDisturbi Ossessivi CompulsiviDisturbo da Stress Post-traumatico<input type="checkbox"/> Disturbi del Comportamento Alimentare<input type="checkbox"/> Disturbi Somatoformi <p>Disturbi della Personalità</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> comportamenti strani ed eccentrici<input type="checkbox"/> ansie e timori<input type="checkbox"/> tendenza al dramma ed emotività eccessiva <p>Disturbi Mentali Organici</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Demenza <p>Disturbi da Uso di Sostanze</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Intossicazione e psicosi<input type="checkbox"/> Dipendenza<input type="checkbox"/> Astinenza

Tabella: Un sistema di classificazione semplificato.

Il metodo corrente di diagnosi e di classificazione dei disturbi mentali è di difficile utilizzo e scarsa comprensione dal momento che la catalogazione in sé dipende ampiamente dai punti di vista del clinico. Quando si utilizzano i test, di solito lo si fa per escludere tutte quelle condizioni che non rientrano tra i disturbi mentali; ad esempio accade di ricorrere a un encefalogramma per escludere la possibilità di un tumore al cervello. Il dato principale di cui dispone lo psichiatra è l'apparenza, il comportamento del paziente insieme alle parole che il/la paziente usa per descrivere pensieri, stati d'animo ed esperienze affini. Altri dati provengono dagli esami fisici effettuati per quelle varie condizioni mediche che possono sembrare inizialmente dei disturbi mentali, come la malattia di Huntington o la sclerosi multipla, e dai test psicologici di memoria e concentrazione, che aiutano a identificare i disturbi mentali organici come l'Alzheimer o le altre forme di demenza.

Pazzia

Il termine pazzia ("*madness*" in inglese) era una delle parole preferite da Shakespeare. Il Dizionario inglese Oxford propone tre definizioni, tutte e tre attualmente in uso e quindi causa di vari fraintendimenti. Uno dei significati è "follia insensata" - un po' come la passionale storia d'amore tra due giovani incompatibili e non ben assortiti. E tra i titoli dei quotidiani americani è recentemente comparsa la frase un po' inappropriata "Gli Stati Uniti pazzi ("*mad*") per Harry Potter".

Un altro significato è collegato alla rabbia - un po' come quella che possono provare i padri dei due ragazzi della storia d'amore menzionata sopra che scoprono la tresca, gridano, tagliano carte di credito, pensano di riscrivere i propri testamenti ecc. Un adesivo di una campagna di prevenzione recitava: "Produttori di sigarette - la verità vi farà impazzire (*the truth will make you mad*)!" Di recente nel titolo di un giornale è stata utilizzata la parola "*mad*" per descrivere un famoso omicidio-suicidio che si pensa essere stato dettato da uno scoppio d'ira.



Illustrazione: I titoli dei giornali e delle riviste hanno rinominato il Principe Ereditario del Nepal Dipendra "Il Principe Ereditario pazzo". Qui è ritratto mentre maneggia un fucile da guerra dello stesso modello del fucile utilizzato per uccidere sua madre, suo padre, sette altri parenti reali e infine se stesso. Dipendra voleva sposare una donna che non era benvoluta dai suoi genitori. Intrappolato tra due culture, divenne dipendente da alcol e droghe illegali. Precedentemente aveva riportato una forte depressione e per questo era ricorso all'uso di antidepressivi. Il termine "pazzo" si potrebbe applicare a lui per tanti motivi e significati. Il suo omicidio-suicidio è stato senza senso e imprudente, certamente è stato caratterizzato da una forte componente di rabbia e Dipendra molto probabilmente era pazzo (psicotico) a causa degli effetti delle droghe illegali assunte. Per quanto ci siano prove del fatto che il Principe Dipendra avesse sofferto di depressione in passato, non ci sono prove invece che fosse depresso al momento del decesso o che avesse mai sofferto di un disturbo psicotico.

Il terzo significato riguarda il disturbo mentale. In realtà, in questo campo, la pazzia non è stata mai definita in maniera chiara. Il termine “pazzia” è apparso nei libri di medicina l'ultima volta oltre cento anni fa. Veniva utilizzato indistintamente come sinonimo di termini quali allucinazione, delirio e mania, i quali hanno oggi dei significati separati e distinti. Pertanto, la pazzia non ha un significato preciso né nella lingua inglese di uso comune né nel lessico specialistico medico.

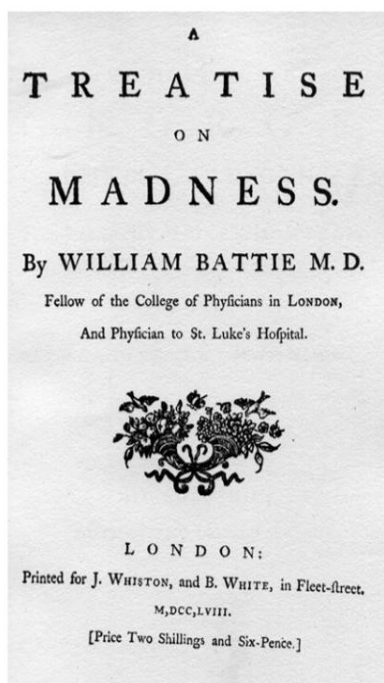


Illustrazione: Prima pagine di un trattato di medicina sulla pazzia, pubblicato nel 1758.

Per i professionisti della salute mentale, "pazzo" (*mad*) è utilizzato a volte come un termine gergale (pittoresco, non convenzionale), ed è pressoché interscambiabile con il termine psicotico.

Disturbi psicotici

Il termine psicotico è usato per descrivere sintomi, disturbi e individui particolari. Si tratta di un termine con molteplici sfumature.

I sintomi psicotici indicano una "perdita di contatto con la realtà", come avviene, per esempio, quando un soggetto crede in qualcosa che non ha nessuna base reale (deliri) o sente voci quando nessuno ha parlato (allucinazioni).

In ogni caso, sintomi simili possono verificarsi anche in soggetti sani. Per esempio, alcuni soggetti sani, quando si addormentano, si sentono, di solito, chiamare. Questo fenomeno è noto come "allucinazioni ipnagogiche". Per definizione, queste persone soffrono di allucinazioni, ma in assenza di sintomi aggiuntivi non soffrono di un disturbo psicotico e non possono essere definiti soggetti psicotici.



"Satana governa o distrugge gli angeli del paradiso perché è geloso, ma bello".

Illustrazione. Questa frase è stata scritta da un giovane cristiano che ha sviluppato una forma di schizofrenia cominciando a credere che Satana avesse preso il potere nel paradiso. Non aveva deciso di cambiare religione e non era diventato un adoratore del diavolo, ma anzi soffriva profondamente di questa nuova convinzione. Data la storia personale di quest'uomo e il gruppo culturale di appartenenza, questa convinzione era un chiaro delirio. Si può anche pensare che si trattasse di una forma di pensiero dissociato. Quest'uomo odiava Satana ed è improbabile che volesse attribuire a Satana l'aggettivo "bello". Invece è probabile che quando pensava al paradiso, pensasse agli attributi di Dio e rimanesse su quella linea di pensiero mentre scriveva di Satana.

Dr Pridmore
The voices are real bad &
it's worse than being tortured
& I wish I was dead. I can't
control them. Would you give me
another chance to give up
make-believing and having sex
with the visions I can feel
in my pillows. Could you have a
talk to Dr Self & fill him in.
They took me off my medication
even Cogentin altogether. I
feel lousy & helpless, weak and
lazy. Do I need shock treatment
if so could you tell Dr Self and
could you tell Dr Self everything
I told you

"Dottor Pridmore,

le voci sono davvero cattive, è peggio che essere torturati, sarebbe meglio essere morto. Io non riesco a controllarle. Mi daresti un'altra opportunità? Non mi daresti un'altra occasione per smettere di pensare che tutto andrà bene e che posso fare sesso con queste visioni che sento nei miei cuscini? Potresti parlare con il Dottor Self e informarlo? Mi hanno tolto tutte le medicine di un colpo, anche il cogentin. Mi sento senza forze, debole e senza alcun aiuto. Mi serve forse l'elettroshock? Se sì, dillo al Dottor Self e potresti riferire al Dottor Self tutto quello che ti ho detto?"

Illustrazione: Questa lettera è stata scritta da un uomo schizofrenico. Un tempo era stato un paziente, ma non era stato visitato dall'autore da più di un anno. Per la maggior parte di quell'anno era stato in un ospedale psichiatrico, sotto le cure del Dr. Jeff Self. Il paziente scrive che le sue allucinazioni (voci) sono peggiori che essere morti o torturati.

Per alcuni anni aveva avuto esperienza di allucinazioni visive di donne molto belle. Scrive di fare sesso con le sue visioni che può "sentire" nei suoi cuscini. È molto difficile codificare in termini medici l'informazione che "sta facendo sesso con le sue visioni". Se non è possibile fare sesso con le visioni, allora si tratta di una falsa convinzione e la si potrebbe classificare come un delirio.

Ma quest'uomo stava avendo allucinazioni di se stesso che faceva sesso con delle belle donne che erano apparse nelle sue precedenti visioni? Di fatto sono insufficienti i dettagli sulla sua esperienza per poter arrivare a delle conclusioni precise. Questo paziente aveva difficoltà con il pensiero logico per cui era incapace di descrivere meglio le cose, persino quando gli veniva chiesto in maniera esplicita.

I disturbi psicotici sono quei disturbi in cui si osservano dei sintomi psicotici, in aggiunta a una significativa riduzione della capacità di svolgere qualsiasi attività nella vita di tutti i giorni. È possibile avere un disturbo mentale e un sintomo psicotico ma non mostrare un' importante riduzione della capacità di svolgere le normali attività

nella vita di tutti i giorni. Pertanto, è possibile mostrare un sintomo psicotico senza avere un disturbo psicotico totalmente sviluppato.

Consideriamo adesso una persona che ha sofferto di un disturbo psichiatrico grave la quale con il trattamento è poi tornata al lavoro e alla vita normale, ma che ancora sente una voce alcune volte al giorno. Questa persona potrebbe avere una completa consapevolezza di sé, ovvero sapere che questa voce è un'allucinazione e riconoscere il bisogno di una cura continua. Un individuo di questo tipo fa esperienza occasionalmente di sintomi psicotici, ma il disturbo psicotico completo è in remissione e lei/lui non dovrebbe essere definito come psicotico.

Si consideri ora una persona con anoressia nervosa che di proposito limita l'introduzione di cibo ed eccede nell'esercizio fisico per paura di essere grasso, che è emaciato a livelli preoccupanti, ma che nonostante tutto crede di essere sovrappeso. Secondo dei criteri rigidi, questa persona sta sperimentando qualcosa di quantomeno molto simile al delirio. Inoltre, quando questi pazienti si osservano allo specchio, spesso si "vedono" come grassi, un fenomeno che suggerisce la presenza di errori di percezione. Questa condizione è spesso ma non sempre limitante (alcune persone che soffrono di anoressia nervosa possono svolgere un lavoro soddisfacente e mantenere delle relazioni stabili). Nonostante gli apparenti "deliri" e gli errori di percezione e una certa riduzione nell'abilità di condurre una vita sociale e lavorativa, l'anoressia non viene classificata come un disordine psicotico e i pazienti che ne soffrono non sono definiti come psicotici.

Dal momento che potrebbe esserci della confusione in merito, consideriamo brevemente le "psicosi" o i disturbi psicotici più comuni: la schizofrenia e i deliri.

La schizofrenia è l'archetipo delle psicosi. I sintomi di questo disturbo includono le allucinazioni, i deliri, la ridotta abilità di pensare logicamente (deragliamento del pensiero), segni comportamentali come l'assunzione di posture bizzarre, la perdita della capacità di provare emozioni e della spontaneità, il ritiro sociale e la mancanza di cura della persona. Durante gli episodi acuti, i sintomi principali sono le allucinazioni, i deliri e il deragliamento del pensiero. Con il trattamento o con la remissione della malattia questi sintomi sono meno evidenti e la perdita della spontaneità, il ritiro sociale e la mancanza di cura della persona diventano più evidenti.

Il disturbo delirante, di contro, presenta solo uno o più deliri. Di solito il delirio è di tipo paranoico e il paziente crede di essere osservato e attaccato da spie, crimine organizzato, ecc. Il paziente potrebbe essere in grado di lavorare e sembrare normale agli occhi degli altri. Dal momento che si ha un solo sintomo e che il paziente sembra svolgere relativamente bene le varie attività fuori di casa, alcuni potrebbero chiedersi se si è veramente di fronte a un disturbo psicotico. In ogni modo, nella maggior parte dei casi, la vita dell'individuo è gravemente danneggiata

da questo disturbo. Il sospetto di un delirio o i deliri veri e propri si manifestano nei conflitti nel lavoro e il paziente di solito finisce per ricevere una qualche forma di pensionamento. Anche la vita sociale è gravemente danneggiata e il paziente alla fine si isola per proteggersi, addirittura dietro portoni blindati con lucchetti e doppie mandate in uno stato di paura costante e di apprensione totale.

Disturbi dell'umore

Il dizionario inglese Oxford definisce l'umore come:

1. un particolare stato mentale o una sensazione,
2. una sensazione, uno spirito o un tono predominante.

Pertanto le sensazioni rappresentano l'aspetto centrale di questi disturbi e sotto questo titolo ci dovremmo aspettare l'inclusione di sentimenti quali paura, gelosia o amore. Eppure, per convenzione e secondo una prospettiva prettamente clinica, i disturbi dell'umore sono classificati come degli stati d'animo permanenti nei quali la sensazione predominante è la tristezza o l'esaltazione.

Il disturbo bipolare (una volta definito "psicosi maniaco-depressiva") è la forma più grave di tali disturbi. È caratterizzato da fasi con umore elevato (fasi maniacali) e con umore deflesso (fasi depresse). Queste fasi potrebbero durare per mesi o addirittura divenire croniche. In un certo paziente si potrebbero verificare delle oscillazioni in una sola direzione oppure delle oscillazioni in ciascuna direzione in egual misura. Nella fase di umore elevato, il paziente è spesso eccessivamente sicuro, con idee di grandezza, irritabile e disinibito, con pensieri rapidi, un bisogno ridotto di sonno ed energia in abbondanza.

Nelle fasi depresse, l'umore e l'energia sono bassi, il pensiero è rallentato e la capacità di concentrarsi è ridotta. Il sonno è spesso interrotto, il paziente si alza frequentemente nelle prime ore del mattino e non riesce a riaddormentarsi. Si ha una perdita dell'interesse nel cibo, nel sesso o in ogni altra attività, e spesso si nota una perdita di peso.

Gli episodi in entrambe le direzioni potrebbero non riuscire a soddisfare i criteri di inclusione per la psicosi, perciò il termine psicosi maniaco-depressiva è considerato superato. Il paziente in una fase maniacale sta chiaramente agendo in maniera non abituale e con l'esaltazione dell'umore a mo' di trampolino di lancio, si verificano frequentemente dei problemi dal momento che i pazienti assumono degli atteggiamenti rischiosi come investimenti economici non prudenti, guida pericolosa, rapporti sessuali non protetti o azioni di norma sconsigliabili.

Il paziente in una fase depressa potrebbe anche agire in maniera non consueta, mostrandosi inattivo e isolato. I deliri di colpa non sono comuni. Eppure, di solito, il paziente pensa alla morte e, purtroppo, il suicidio è più comune in tali soggetti che nella popolazione sana.

Episodi ripetuti di depressione grave potrebbero verificarsi senza essere correlati a episodi maniacali e questo è stato definito come "disturbo depressivo maggiore" o "depressione unipolare".

Ci sono anche disturbi dell'umore meno gravi. La ciclotimia è un disturbo nel quale si verificano sia la depressione che l'esaltazione e la si potrebbe considerare una tipologia meno grave di disturbo bipolare. La distimia è un disturbo che potrebbe essere considerato un tipo meno grave di disturbo depressivo maggiore.

Disturbi non-psicotici

I disturbi non-psicotici sono, in generale, quelli che Freud definisce come "nevrosi". Si tratta di un insieme di diverse condizioni. I sintomi dei disturbi psicotici come le allucinazioni e i deliri sono largamente sconosciuti agli individui sani. Comunque, i sintomi dei disturbi non-psicotici in realtà sono esperiti, a livelli meno gravi, un po' da tutti noi. Questi includono l'ansia che provoca sofferenza che è simile alla preoccupazione e alla paura - in una forma mite è familiare a tutti coloro che hanno sostenuto un esame o hanno avuto un primo appuntamento.

Il disturbo da ansia generalizzata è caratterizzato da ansia continua, non motivata. Il disturbo da panico è caratterizzato da attacchi improvvisi di ansia estrema durante i quali il paziente potrebbe provare fatica nel respirare, sentire il cuore battere molto forte con una concomitante sensazione di bruciore e avere paura di svenire o di morire. I "disturbi fobici" (o fobie) sono caratterizzati da episodi di ansia sproporzionata rispetto al pericolo reale di una situazione particolare. Nell'agorafobia l'ansia è scatenata dal pensiero di lasciare la casa e tale ansia potrebbe peggiorare se si lascia realmente la propria casa. In fobie particolari l'ansia aumenta al pensiero di imbattersi in un agente specifico o una circostanza data (ragni o ascensori, per esempio) che spaventano, e la vita quotidiana potrebbe essere limitata dalle azioni compiute per evitare tali agenti o circostanze.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è una condizione piuttosto curiosa. Le ossessioni sono pensieri ripetitivi privi di un fondamento reale o comunque esagerati. I pazienti sono consapevoli del fatto che si tratti di pensieri ossessivi, ma non riescono a fermarli. Per esempio, il paziente potrebbe avere il pensiero irrazionale e non ben accetto che le sue mani siano contaminate da sporco o germi, oppure il paziente potrebbe essere perseguitato dal pensiero irrazionale di aver "ucciso Dio". Il paziente

soffre della perdita di controllo e della "stupidità" dei suoi pensieri. Le compulsioni sono delle azioni ripetitive o bisogni impellenti nelle quali il paziente si invischia. Spesso le compulsioni sono correlate alle ossessioni come nel caso in cui si pensa che le mani siano sporche e che le mani debbano essere subito lavate. Ma la compulsione potrebbe essere anche quella per cui le mani devono essere lavate 10 volte quando basterebbe lavarle una volta sola. In altri casi, le compulsioni potrebbero non avere alcuna relazione con le ossessioni come per esempio quando il paziente si sente ansioso o non a suo agio fino a che qualcosa non viene svolto "correttamente"; potrebbe per esempio succedere che quando si entra in una stanza, o di notte o di giorno, l'interruttore della luce debba essere acceso e spento un certo numero di volte per stare in pace con se stessi.

Il PTSD (disturbo post-traumatico da stress) è un disturbo da ansia successivo all'esposizione ad un evento traumatico, in particolare a una serie ripetuta di eventi traumatici come il coinvolgimento in una guerra. Spesso, però, deriva dall'esposizione a un evento più breve o a un evento stressante come uno stupro.

I disturbi del comportamento alimentare sono anche essi classificati tra gli "altri disturbi" perché non rientrano in nessun'altra categoria. Si tratta di un insieme molto controverso di condizioni, tra cui le più note sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Nell'anoressia nervosa c'è una ricercata perdita di peso attraverso una riduzione dell'alimentazione, l'esercizio eccessivo e a volte il ricorso a purghe e vomito. Nonostante l'aspetto emaciato e il pericolo per la propria vita, si potrebbe avere la convinzione di essere grassi, convinzione che non viene eliminata nemmeno dall'uso di bilance, specchi o fotografie. Nella bulimia nervosa esistono degli episodi di abbuffate ("*binge eating*") e un comportamento compensatorio per prevenire l'aumento di peso, come le purghe e il vomito.

Ulteriori disturbi potrebbero essere collocati tra gli "altri disturbi", inclusi i disturbi dell'adattamento e i disturbi somatoformi. I disturbi dell'adattamento sono stati di sofferenza scatenati da *stressor* forti come improvvisi eventi di perdita per incendio o tradimento. I disturbi somatoformi sono condizioni nelle quali si hanno sintomi fisici, come il dolore, l'incapacità di camminare o la convinzione che uno abbia una malattia, in assenza di reali problematiche organiche.

Disturbi della personalità

La personalità è stata definita come la risposta prevedibile dell'individuo all'ambiente (altre persone o mondo in generale). Se conosciamo molto bene delle persone, sappiamo cosa piacerà loro e cosa no, quanto possiamo contare su di loro in tempi duri, se spendono o risparmiano i loro soldi. In poche parole, conosciamo la loro personalità.

Il disturbo della personalità è presente quando aspetti della personalità (modi tipici di rispondere all'ambiente) causano una sofferenza soggettiva all'individuo o un significativo danno nella sua funzione sociale o lavorativa. La funzione sociale o lavorativa coinvolge gli altri, per cui il disturbo della personalità causa sofferenza all'individuo e/o a coloro che sono legati all'individuo stesso.

Esistono tre gruppi di disturbi della personalità:

- 1) un gruppo strano ed eccentrico in cui un tratto predominante è l'assenza di rapporti stretti;
- 2) un gruppo ansioso e timoroso nel quale un tratto predominante è il dubbio di sé;
- 3) un gruppo emotivo, teatrale e imprevedibile nel quale il tratto predominante sono le relazioni turbolente e la rabbia improvvisa ed eccessiva.

Disturbi mentali organici

Quello dei disturbi mentali organici è un altro gruppo di disturbi che non si assortiscono molto bene tra di loro e che non rientrano bene in nessun'altra categoria. Esistono due forme principali di disturbi mentali organici:

- 1) il disturbo ha la sua base organica nel cervello, come nel morbo di Alzheimer;
- 2) il disturbo ha la sua base organica in un'altra parte del corpo (ad esempio: la tiroide non produce abbastanza ormoni provocando sintomi depressivi).

Ci occuperemo qui solo della prima categoria di disturbi.

Inizialmente si pensava che i disturbi mentali organici avessero una base fisiologica (come delle anomalie nel cervello), facilmente individuabile tramite esami quali i raggi X. In questa prima fase si pensava che gli altri disturbi mentali gravi come la schizofrenia e il disturbo bipolare non avessero basi fisiologiche. Oggi si sa dalla genetica e dalle scansioni del cervello che probabilmente tutti i disturbi mentali hanno una base fisiologica.

Pertanto, i disturbi mentali organici possono essere considerati come quei disturbi la cui base organica può essere facilmente dimostrata ricorrendo alla tecnologia moderna. Così, la categoria dei disturbi mentali organici dipende dal livello e dalla qualità della tecnologia attuale (condizione di per sé necessaria ma non sufficiente).

La demenza è il disturbo mentale organico più conosciuto. I suoi sintomi principali riguardano le funzioni cognitive (memoria e intelligenza), ma potrebbero anche verificarsi allucinazioni, deliri e sbalzi d'umore.

Disturbi da abuso di sostanze

Si potrebbe includere o meno l'abuso di sostanze tra i disturbi mentali, a seconda del tipo di formazione e affiliazione degli esperti specifici coinvolti e dell'organizzazione dei servizi locali in merito a tali disturbi. Le sostanze psicoattive come l'alcol vengono assunte perché inducono uno stato mentale desiderato. I disturbi da abuso di sostanze possono essere definiti in vario modo, ma essenzialmente si riferiscono all'assunzione di sostanze legali (in particolare l'alcol) in quantità eccessive e all'assunzione di qualsiasi tipo di sostanza illegale. I termini utilizzati e le loro definizioni cambiano da un periodo storico all'altro.

Tra i problemi causati da tali disturbi si includono gli effetti immediati di intossicazione acuta (tra cui la psicosi) e gli effetti di dipendenza a lungo termine, stati di astinenza e danno fisico (inclusi i danni al cervello).

L'intossicazione acuta da alcol potrebbe generare comportamenti aggressivi o indurre a guida pericolosa. Sintomi di realtà distorta, tra cui allucinazioni visive e percezioni alterate del tempo, rappresentano gli effetti desiderati dell'assunzione di "allucinogeni" quali l'LSD. I disturbi psicotici indotti dall'uso di sostanze non sono stati studiati nel dettaglio, ma si sa che sono comuni con l'uso di anfetamine. Ne sono sintomo le allucinazioni uditive e i deliri e potrebbero durare giorni e giorni dopo che si è smesso di assumere la droga in questione.

Con l'uso frequente di droga si sviluppa una tolleranza a questa, in altre parole il corpo si adatta all'effetto della sostanza e sono necessarie maggiori quantità di droga per produrre lo stesso effetto. Quando si verifica tale assuefazione, il corpo potrebbe aver "bisogno" della sostanza per funzionare in modo pressoché normale, e sintomi da astinenza (sudore, tremori, dolori fisici) potrebbero verificarsi quando non viene assunta la droga. Condizioni di astinenza, in particolare con l'alcol, potrebbero mostrarsi con il disorientamento (non essere consapevoli di tempo e spazio), l'incapacità di concentrarsi e di capire cosa sta succedendo nell'ambiente attorno e le allucinazioni (in particolare visione di ragni, serpenti e altre creature spaventose).

Il termine dipendenza è adesso usato meno comunemente, dal momento che è stato sostituito dall'espressione "dipendenza fisica e psicologica" (in realtà nel DSM-V questa definizione potrebbe essere ribaltata). La dipendenza psicologica si sviluppa quando l'uso continuo di sostanze è richiesto dall'utente per sentirsi psicologicamente a suo agio e la mancanza di sostanza comporta sofferenza psicologica. La dipendenza fisica si ha quando un uso continuo della sostanza è necessario per prevenire sintomi da astinenza.

Il danno fisico al corpo e al cervello deriva dall'effetto tossico delle sostanze e/o dalla trascuratezza alimentare. Prendendo l'alcol come esempio, gli effetti tossici possono comportare un malfunzionamento del fegato e le carenze alimentari (carenza di vitamina B) possono indurre un malfunzionamento cerebrale irreversibile (demenza).

Inoltre, l'uso della sostanza comporta problemi sessuali e dell'umore, il deterioramento dei rapporti familiari, la perdita del lavoro e di introiti, e problemi legali. La polizia viene coinvolta per manifestazioni di violenza o incidenti stradali durante la fase d'intossicazione o per furti, prostituzione o spaccio, dal momento che chi abusa di sostanze ha bisogno di soldi per mantenere la sua abitudine.

DSM-IV

Gli attuali sistemi diagnostici sono descrittivi e anche categorici, il che significa che la malattia viene distinta nettamente dallo "stato normale". Questo è vero per la schizofrenia, ma non per i disturbi d'ansia, i quali sono in continuo con la normalità: mostriamo tutti, a volte, vari livelli di ansia. Pertanto queste condizioni o aspetti di sintomi mentali sono dimensionali dal momento che tutti noi ci collochiamo in qualche parte della scala d'ansia. Tutto ciò è ben chiaro con il DSM-IV e si lavorerà affinché vengano inclusi sia i fattori categorici che quelli dimensionali nel prossimo sistema di classificazione (Rutter, 2011).

Inoltre è stato stabilito anche che vari disturbi dell'infanzia verranno raggruppati sotto la classe "disturbi dello spettro autistico" ed è stata proposta una nuova condizione di "disturbo di disregolazione del temperamento con disforia", nel tentativo di modificare l'uso della diagnosi di disturbo bipolare nei bambini.

Bibliografia

Aboraya A. Scientific forum on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) – an invitation. *Psychiatry* 2010; 7:32-36.

Frances A. Wither DSM-V? *British Journal of Psychiatry* 2009; 195:391-392.

McHugh P. Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293:2526-2528.

Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 2011. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x