

DIAGNOSI PSICODINAMICA*

Nicola Lalli © 2005 su web

Il sistema qui definito come “diagnosi psicodinamica” basa la propria metodologia su due assunti fondamentali: il riferimento ad una teoria dinamica dello sviluppo normale e della psicopatologia e la distribuzione dei dati raccolti, su 6 Assi distinti ma interdipendenti.

Rimando per quanto riguarda la clinica e la psicopatologia dinamica ai Capitoli “Modello Psicodinamico dello Sviluppo Psicico” ed “Elementi di psicopatologia dinamica” in N. Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori, Napoli, 1999. E sul Sito www.nicolalalli.com, questi capitoli sono presenti, e si possono consultare nello spazio: Psicoterapia Dinamica.

In questo contesto, svilupperò invece la metodologia multiassiale e le modalità di rilevamento dei dati.

Il sistema multiassiale a 6 Assi permette di descrivere in maniera completa la situazione psicopatologica del paziente in termini clinici e dinamici, utili non solo per una diagnosi, ma anche per formulare razionalmente un progetto terapeutico.

- 1) **VISSUTO E STORIA DEL DISTURBO. BIOGRAFIA E ANALISI DELLA DOMANDA.** Si evidenziano le emozioni e l'importanza che il soggetto attribuisce al disturbo; inoltre si descrive la storia medica e psichiatrica del paziente.
Per quanto riguarda l'analisi della domanda e la biografia rimando a due brevi Appendici poste alla fine testo.
- 2) **MODALITÀ RELAZIONALE.** La modalità si evince da quanto riferisce il paziente circa le sue modalità relazionali fondamentali del presente e del passato e dall'analisi del transfert.
- 3) **CONFLITTI.** Si evidenziano le modalità difensive, il livello di adattamento e se tali conflitti sono reattivi o stabili della personalità.
- 4) **STRUTTURA.** Evidenzia i tratti di personalità più importanti, il livello di evoluzione e l'adeguatezza o meno di tale struttura nei confronti delle situazioni esistenziali.
- 5) **NOSOGRAFIA DESCRITTIVA.** Evidenzia i principali sintomi psicopatologici e li categorizza secondo il sistema adottato come l'ICD 10 o il DSM IV o altri. In quest'Asse sono da riportare eventuali concomitanti disturbi somatici ed eventuali comorbidità.
- 6) **INDICE DI VALUTAZIONE GLOBALE.** Funzionalità psico-sociale.

.....

I diversi Assi sono ovviamente interdipendenti e collegati: pertanto ad un'osservazione di tipo analitico, segue una fase di sintesi dei vari fenomeni osservati.

Alcuni di questi fenomeni sono osservabili, altri intuibili, altri possono essere raccolti dall'anamnesi dei familiari (questo soprattutto vale per i casi di più grave psicopatologia).

Ala fine di questa indagine si arriva a:

**DIAGNOSI
PSICODINAMICA**

PROGNOSI

PROGETTO TERAPEUTICO

* In questo contesto sarà utilizzato, anche se modificato, il sistema O.P.D. tratto da: Gruppo di Lavoro O.P.D. “*Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*” Ed. It. A. De Coro (a cura di), Masson, Milano 2002.

ASSE I

VISSUTO E STORIA DEL DISTURBO. BIOGRAFIA E ANALISI DELLA DOMANDA

A) Tipo e gravità del disturbo (o sindrome)

1. consapevolezza del disturbo
2. cosa si aspetta il paziente
3. visione della malattia da parte del paziente
4. livello di ansia rispetto al disturbo in atto
5. Alessitimia-indifferenza

B) Storia medica e psichiatrica del paziente

- 1- esame delle modalità di insorgenza del disturbo psichiatrico
- 2- rapporto dell'evento morboso con il ciclo vitale o con eventi esistenziali significativi
- 3- tipo di richiesta fatta agli operatori (magica, sintomatica, trasformativa)
- 4- rilevazione di precedenti esperienze con operatori medici o psichiatri al fine di evidenziare se la negazione di problematiche psichiche o la tendenza alla somatizzazione è una conseguenza dell'esperienza o di una specifica dinamica del paziente.

C) Vissuto di malattia e contesto psico-sociale

- 1- famiglia di origine
- 2- amici e conoscenti
- 3- colleghi di lavoro
- 4- eventuale partner

E' necessario evidenziare se l'ambiente è accogliente, rifiutante, stigmatizzante, colpevolizzante o indifferente. Questi dati sono da tener presente, successivamente, per elaborare il progetto terapeutico.

D) Biografia.

- 1- anamnesi
- 2- reticolo cronologico
- 3- connessioni tra eventi esistenziali ed insorgenza della sintomatologia
- 4- intervista sulla storia familiare basata sul genogramma

E) Analisi della domanda. Per ulteriori approfondimenti vedi Appendice.

- 1- perché ora
- 2- sintomo offerto
- 3- motivazione inconscia della richiesta

F) Richiesta e motivazione alla cura

- 1- richiesta psicofarmacologica (valutare la compliance)
- 2- richiesta psicoterapeutica. La richiesta psicoterapeutica presuppone la presenza dei seguenti requisiti:
 - a) consapevolezza della natura psichica della sofferenza
 - b) capacità di riconoscere l'esistenza di fattori psicologici connessi con il disturbo
 - c) capacità di insight e di accettare la sofferenza psichica

ASSE II

RELAZIONI INTERPERSONALI

Le modalità di relazioni interpersonali si evincono da:

- 1) come il paziente racconta di essersi posto ripetutamente nelle relazioni con persone significative
- 2) come il paziente racconta che gli altri significativi si sono posti ripetutamente e stabilmente nei suoi confronti
- 3) come il paziente si rapporta nello specifico contesto della relazione terapeutica ovvero la modalità di transfert

Ovviamente quello che più ci interessa sottolineare sono le modalità relazionali disfunzionali. Vedremo successivamente il rapporto tra conflitti e modalità relazionali disfunzionali.

Il termine modalità relazionale disfunzionale indica una modalità abituale e costante del paziente che, per motivi diversi procura malessere o sofferenza al paziente e spesso anche alle persone che sono in relazione con lui.

La modalità relazionale disfunzionale può essere evidenziata o con criteri clinici psicodinamici (osservazioni tratte dal racconto del paziente e dal rapporto di transfert) o anche con una serie di modelli diversi che tipizzano i tratti fondamentali della personalità (Benjamin, Millon etc.).

Quanto più le risorse dell'Io e le capacità di difesa della persona sono limitate, tanto più questa dovrà organizzare le interazioni interpersonali nel modo più conforme possibile a ciò che egli già conosce, così da limitare al minimo esperienze nuove che potrebbero risultare troppo faticose. Verranno quindi costantemente intrapresi tentativi di riprodurre situazioni già note anche quando queste abbiano sempre avuto esito sfavorevole. Quanto più sono limitate le possibilità di organizzare e integrare informazioni nuove, a volte contraddittorie, tanto più risulterà necessario costruire situazioni interpersonali tali da consentire di realizzare le proprie fantasie, i desideri e i modelli di interazione con l'altro in modo più o meno uniforme: questa è la tendenza alla staticità e la coazione a ripetere. E' accertato che quanto più il vissuto e il comportamento relazionale di un soggetto appaiono rigidi ed estremi tanto più queste configurazioni relazionali operano in modo "automatico", al di fuori della consapevolezza, quindi più probabile sarà la stabilità e la ripetitività di questi comportamenti.

Una siffatta organizzazione delle relazioni può condurre a una grave messa in crisi quando i pazienti dispongono di relazioni incostanti e contraddittorie o nei casi ove è gravemente limitata la percezione dei desideri e dei bisogni degli altri e delle condizioni contestuali (personalità borderline).

Nel caso di pazienti psicotici può essere a volte difficile individuare definiti modelli relazionali: le relazioni interpersonali precipitano in una situazione di frammentarietà.

La flessibilità interpersonale è invece data dalla capacità di dare forma a relazioni differenziate legata alla capacità di immedesimarsi nel mondo esperienziale dell'altro, percepirne i timori, i bisogni, le strategie comportamentali etc.

La flessibilità, intesa come normalità/salute, può essere individuata attraverso una diagnosi relazionale, valutando la misura in cui il paziente ricorre ad un ampio repertorio di possibili variazioni delle sue relazioni.

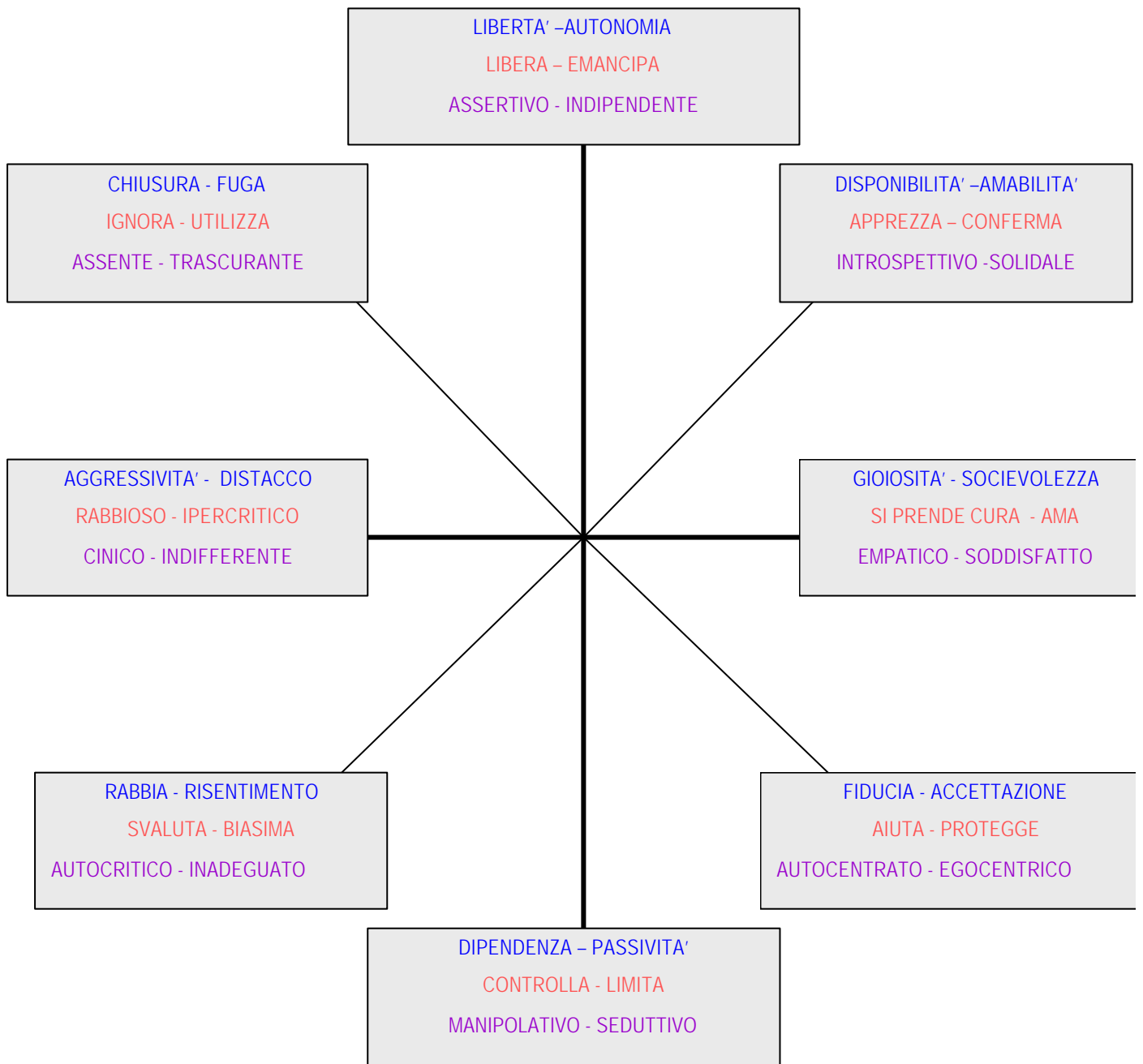
E' importante anche ricercare l'esistenza di partners sociali che non reagiscono con le tipiche modalità che il paziente descrive come disfunzionali: il clinico deve ricercare queste eccezioni

perché esse possono costituire un'espressione delle risorse sane di cui può usufruire il paziente da tener presente nella stesura del progetto terapeutico.

Oltre che su un piano clinico le modalità relazionali disfunzionali possono essere evidenziate da una serie di scale come la SASB (Benjamin, 1974), la CCRT (Luborsky, 1990), la RRMC (Horowitz, 1991), la PERT (Hoffman e Gill, 1988), la CMP (Strupp e Binder, 1991), etc.

A titolo esemplificativo propongo un grafico tratto dalla Benjamin e modificato. Esso rappresenta la classificazione del comportamento interpersonale dei soggetti osservati da tre diverse prospettive.

- A) Come il soggetto si percepisce e quindi si descrive: le informazioni derivano sia dall'autodescrizione del soggetto, sia da come, indirettamente, mette in evidenza sue qualità o carenze nel racconto di eventi significativi della sua vita. Una domanda molto spesso significativa può essere: lei come si descriverebbe? Definiamo questa **“area del Sé soggettivo”**
- B) Come il soggetto si comporta con gli altri in genere, in particolare con le persone significative del passato o del presente. Queste informazioni derivano sia da come il paziente racconta le sue modalità relazionali, sia – e soprattutto- da come si comporta nella relazione terapeutica (transfert). Definiamo questa **“area del Sé relazionale”**.
- C) Come il soggetto riferisce che gli altri lo vedono: quindi come viene vissuto e descritto dagli altri. Queste informazioni derivano direttamente dai racconti del paziente – soprattutto nelle situazioni conflittuali – o da vissuti relativi a “non essere compreso” o “essere frainteso”. Indirettamente le informazioni emergono dai racconti del paziente rispetto ad eventi significativi della sua vita riferiti ad epoche passate. Definiamo questa **“area del Sé riflesso”**.



Sé soggettivo **Sé relazionale** **Sé riflesso**

Da L. S. Benjamin (modificato)
Nicola Lalli© 2005

ASSE III

I CONFLITTI

I conflitti sono tendenze antitetiche inconscie.

Il conflitto può essere determinato (a seconda delle varie teorie) da una contrapposizione tra:

- **desiderio – pulsione – timore della punizione**
- **bisogni – esigenze**
- **soddisfacimento dei bisogni – necessità di sicurezza**
- **oppure, in maniera più ampia, come contrapposizione tra dipendenza e autonomia**
- **o, in maniera ancora più precisa, tra narcisismo e rapporto oggettuale (vedi dinamica schiavo-padrone di Hegel).**

Il conflitto si struttura sulla base di una triade:

- **pulsione – desiderio**
- **paura reale o fantasmatica del rifiuto, della punizione o della perdita**
- **angoscia**

e si manifesta con il sintomo che può essere: ansia libera, sintomi nevrotici o strutturazione psicopatologica della personalità.

In questo caso è evidente la distinzione che viene posta tra conflitto e disturbo strutturale della personalità e, rimandando successivamente all'esame di questa problematica, si può qui affermare che il disturbo strutturale implichi una maggiore gravità psicopatologica rispetto al disturbo conflittuale.

Natura del conflitto

Numerose sono le teorie che cercano di proporre una possibile spiegazione della genesi e della natura del conflitto. Alcune di esse nascono sulla base della pura osservazione clinica, altre su una base psicometrica, altre dai risultati della ricerca neurobiologica e dell'infant research. Fra queste cito quella di Lichtenberg (1989) che descrive 5 sistemi motivazionali elementari e differenziati che si basano su schemi comportamentali osservabili fin dalla nascita:

- 1- Bisogno di regolazione psichica delle esigenze fisiologiche
- 2- Bisogno di attaccamento
- 3- Bisogno di assertività e di esplorazione
- 4- Bisogno di antagonismo e di ritiro
- 5- Bisogno di piacere sensuale o di eccitazione sessuale

Ogni sistema si organizza sulla base di un'esperienza intersoggettiva positiva giungendo ad una relativa stabilità. Se si verificano invece dissonanze fra bisogni motivazionali e le esperienze di gratificazione, si creano modelli e strutture cognitive e affettive conflittuali.

Secondo altri autori ci sono conflitti di base che possono essere descritti come antinomici. Secondo il KAPP (Weissman) i conflitti di base sarebbero:

- 1- intimità e reciprocità
- 2- dipendenza e separazione
- 3- tratti di personalità controllanti
- 4- tratti alessitimici
- 5- importanza dell'aspetto fisico ed autostima
- 6- soddisfazione sessuale
- 7- senso di appartenenza
- 8- sensazione di essere necessario

Come si può vedere, soltanto i primi due items presentano un'antinomia, gli altri sembrano essere tratti di personalità singoli o pervasivi.

Comunque la categoria dipendenza e separazione è una delle più importanti.

Secondo gli autori che hanno elaborato il KAPP, esistono tre modalità di gestire questo conflitto di base.

1. La prima è legata alla capacità di stabilire relazioni mature di dipendenza e alla capacità di sperimentare il lutto e di elaborare la perdita di persone importanti, di ideali, di parti e funzioni del corpo, come di beni materiali.
2. La seconda, che implica già un grado di patologia, indica la capacità di stabilire relazioni di dipendenza accompagnate da forte angoscia di separazione che può condurre al lutto patologico, alla preoccupazione depressiva per una perdita reale o immaginaria, o con una modalità reattiva che si manifesta con un abbandono attivo che tende a prevenire l'abbandono da parte dell'altro.
3. La terza è quella di stabilire relazioni di dipendenza infantili e spesso il significato di queste relazioni può anche essere negato. L'atteggiamento può condurre alla negazione della perdita fino ad alterare o perdere il senso della realtà.

Secondo la valutazione dell'OPD, i conflitti sono sempre dicotomici e presentano le seguenti caratteristiche:

- 1- dipendenza versus autonomia
- 2- sottomissione versus controllo
- 3- accudimento versus autarchia
- 4- narcisismo versus valorizzazione dell'altro
- 5- tendenze egoistiche versus tendenze pro-sociali
- 6- conflitto edipico
- 7- senso di identità versus dissonanza
- 8- percezione assente o limitata di conflitti o di emozioni (alessitimia) versus vissuto di allarme circa le proprie emozioni

L'identificazione dei conflitti psicodinamici richiede un'attenta osservazione ed un procedimento di elaborazione che si basa sia sul metodo induttivo che deduttivo. Induttivo perché deve risalire dai comportamenti, dai vissuti e dalle relazioni interpersonali al conflitto. Deduttivo perché bisogna tener presente la teoria del conflitto per verificare l'ipotesi formulata circa la natura del conflitto stesso.

Comunque bisogna tener presente la stretta interdipendenza tra l'Asse II e l'Asse III: possiamo dire che i rapporti interpersonali sono l'aspetto evidente dei conflitti, ma anche che l'evidenziare il conflitto ci rende più chiara la modalità relazionale disfunzionale.

A titolo esemplificativo possiamo proporre la seguente dinamica.

Un paziente, probabilmente per motivi legati a carenze affettive precoci, può presentare sia un bisogno estremo di stabilire un legame, sia anche un rifiuto per il timore della delusione o per l'angoscia di abbandono: questa situazione attiene all'*area del conflitto*. Ma un tale conflitto può indurre ad una relazione interpersonale disfunzionale che non sempre lascia facilmente intravedere il conflitto sottostante, come la necessità di stabilire un legame con una forte tendenza al controllo e/o alla manipolazione dell'altro. Il conflitto inoltre può portare il soggetto a svalutare la capacità e la disponibilità dell'altro o di metterlo talmente alla prova da suscitare un rifiuto: questa è l'*area della relazione disfunzionale*. In altri casi il soggetto può tendere a stabilire un legame simbiotico che può entrare in conflitto con l'angoscia di una dipendenza assoluta portando il paziente ad un isolamento sociale che teoricamente vorrebbe evitare. Come risulta da questa esemplificazione, spesso notiamo dapprima le modalità relazionali e successivamente il conflitto soggiacente: sarebbe

quindi più corretto esporre prima l'area relazionale e successivamente quella conflittuale. Se invece, come in questa esposizione l'ordine è stato invertito è perché l'aspetto conflittuale precede geneticamente la modalità relazionale disfunzionale.

ASSE IV LA STRUTTURA

La prospettiva evolutiva considera la struttura come il risultato di un processo di maturazione che avviene per tappe progressive (*crisi*), che risente di particolari momenti finestra (*epigenesi*) e che normalmente comporta una sempre maggiore differenziazione ed integrazione unita ad un aumento delle capacità di *mentalizzazione*. Per mentalizzazione si intende la capacità di rappresentazioni interne sia oggettuali (*oggetti interni*) che rappresentazioni del Sé nelle interazioni interpersonali (*rappresentazione del Sé*).

La struttura tende ad assumere una diversità, e quindi una individualità legata alla storia particolare del soggetto, che si esprime sia come risorsa (*resilienza*) e punti di forza sia come incapacità o difficoltà.

L'assenza di disturbi della struttura significa che il soggetto può disporre di questo spazio interno e controllarlo e di mantenere in maniera soddisfacente e varia le relazioni interpersonali.

La struttura è quindi una modalità di essere a *bassa velocità di cambiamento*.

La struttura tende ad evidenziare alcuni punti fondamentali a seconda del ciclo esistenziale (vedi E. Erikson).

Un disturbo di struttura si evidenzia come deficit evolutivo e significa che a livello di crescita non sono avvenute determinate tappe di differenziazione ed integrazione o sono avvenute in senso disadattativo.

Si può considerare anche la cosiddetta *vulnerabilità di struttura*, intesa come tendenza di una struttura non particolarmente stabile a presentare momentanei fenomeni regressivi in situazioni di stress o di trauma psichico. Questo concetto è molto simile al concetto di reazione psichica, concetto eliminato dalla nosografia attuale, ma che invece ha una sua realtà e validità nosografica (soprattutto nei confronti della prognosi).

Per quanto riguarda il livello di disturbo si possono distinguere quattro gradi:

- 1- *struttura ben integrata*
- 2- *struttura moderatamente integrata*
- 3- *struttura scarsamente integrata*
- 4- *struttura non integrata*

O. Kernberg, nella sua interessante intervista semistrutturata valuta quattro livelli di struttura:

- 1- normale-sana
- 2- nevrotica
- 3- borderline
- 4- psicotica

avendo come riferimento la valutazione di queste funzioni:

- 1- validità del Super-io
- 2- esame di realtà
- 3- identità dell'Io
- 4- sviluppo pulsionale
- 5- qualità delle difese
- 6- qualità delle relazioni oggettuali
- 7- capacità affettive

Non esistono scale specifiche per la valutazione globale della struttura, il che dimostra da una parte la complessità di questa valutazione, dall'altra che la **valutazione deve essere prevalentemente intuitiva e controtransferale.**

Comunque è possibile operare una descrizione della struttura, sia in termini di normalità che di patologia, esaminando le seguenti singole sottostrutture:

- 1- **Percezione del Sé.** Descrive la *capacità autoriflessiva* che comporta la capacità di differenziare chiaramente tra se stessi e gli oggetti. Capacità di conservare una rappresentazione di sé coerente e costante nel tempo (*identità*). Capacità di distinguere i processi interni soprattutto negli aspetti affettivi (*introspezione*).
- 2- **Autoregolazione.** E' la capacità che il Sé possa *essere sperimentato come fonte* delle proprie azioni. Capacità di *regolare e integrare bisogni ed emozioni* ed in caso di situazioni stressanti *ristabilire l'equilibrio*. Di particolare importanza è la capacità di *mantenere l'autostima ad un livello corrispondente alla realtà*.
- 3- **Difese.** E' la capacità di attivare specifici meccanismi difensivi allo scopo di mantenere o ristabilire l'equilibrio psichico nelle situazioni conflittuali o nelle situazioni di stress. E' ovvio che il termine difese indica un'attività momentanea difensiva-adattativa e non una dimensione stabile come nel caso dei meccanismi difensivi sopra descritti.
- 4- **Percezione dell'oggetto.** Capacità di *distinguere fra realtà interna ed esterna* e di conseguenza percepire gli oggetti esterni come persone altre, con proprie intenzioni e mentalizzazioni. Capacità di *riconoscere ed accettare eventuali contraddizioni degli oggetti esterni*.
- 5- **Comunicazione emotiva.** Descrive la capacità di raggiungere gli altri emotivamente e di comprendere e di condividere con gli altri gli stati affettivi. In altri termini potremmo definirla come *capacità empatica*.
- 6- **Legame.** Capacità di costruire una rappresentazione interna dell'altro (*internalizzazione dell'oggetto*) e di investirla affettivamente a lungo termine (*costanza d'oggetto*). Capacità di mantenere una *giusta distanza tra legame e separazione*.

ASSE V

NOSOGRAFIA CLINICA DESCRITTIVA

L'Asse V comprende diversi sistemi nosografici derivati da sistemi teorici diversi: da una nosografia clinico-descrittiva ad una di tipo psicodinamico, da una nosografia di tipo categoriale ad una di tipo dimensionale. Non è possibile enumerare i vari sistemi nosografici e pertanto evidenzierò solo quelli più conosciuti ed accreditati come:

- 1- **ICD 10** : Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali. Pubblicato dalla World Health Organization nel 1992 e tradotto in Italia dalla Casa Editrice Masson, Milano 1992
- 2- **DSM IV**: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Fourth Edition, 1994, edito in Italia dalla Casa Editrice Masson, Milano, 1996
- 3- **SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE**: tratto da Nicola Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori, Napoli, 1989, seconda edizione 1999

LINEE GUIDA PER LA COMPrensIONE DEL SISTEMA NOSOGRAFICO

N. LALLI © 1989 e 2005 su web

1) I quadri psicopatologici descritti sono costituiti non solo da un complesso di sintomi *correlati in maniera statisticamente significativa*, ma anche *comprensibili e prevedibili* sulla base di una teoria psicogenetica.

2) Il sistema nosografico è di tipo *categoriale e multiassiale*. All'interno delle singole categorie è invece accettabile pensare ad una possibilità *dimensionale*. Concretamente, mentre è comprensibile che un nevrotico isterico abbia sintomi fobici o possa sviluppare una fobia, più difficile è comprendere il passaggio da una nevrosi a una psicosi. In questi casi è da ritenere che i sintomi meno gravi, manifestati in prima istanza, possono essere una copertura di disturbi più gravi, ma non ancora evidenti. Sul piano diagnostico vale il *principio di gerarchia*: ovverosia che il sintomo più grave e più duraturo è quello che determina la diagnosi. Quindi, ferma restando la specificità delle categorie, bisogna ritenere che passaggi da una categoria all'altra siano da attribuirsi a interventi terapeutici soprattutto di tipo psicoterapico.

3) Le diverse categorie nosografiche presentano specifiche differenze che possiamo equiparare a *disturbi patognomonic*, per esempio, mentre nelle psiconevrosi è sempre presente una situazione conflittuale, nelle psicosi è presente una rottura con la realtà ed una disgregazione della struttura caratteriale.

4) Le sindromi sono ordinate secondo un criterio ben preciso, che mostra una chiara *vettorialità*: dai disturbi più reversibili (nevrosi) a quelli non reversibili (demenze); da quelli sicuramente su base psicologica (nevrosi) a quelli con probabile base biologica (psicosi) a quelli con sicura base biologica (disturbi psichiatrici secondari); da disturbi che presentano un valido rapporto con la realtà (nevrosi, disturbi psicosomatici) a disturbi ove il rapporto con la realtà è alterato (psicosi) o deteriorato (demenze).

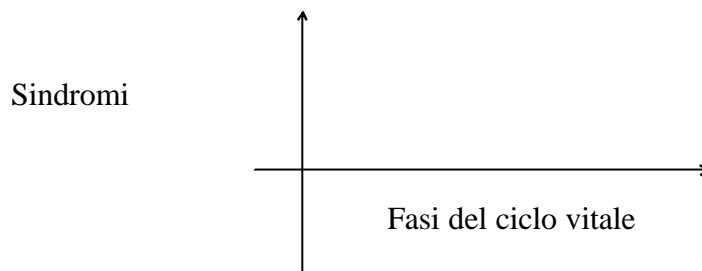
5) In questa vettorialità non sempre trova una sua precisa collocazione il *fattore acuto-cronico* che può essere presente nelle varie categorie; d'altra parte sappiamo, anche dalla Medicina, che il parametro acuto-cronico pur essendo un fattore discriminante in senso prognostico, purtroppo è un fattore che può desumersi a posteriori.

Anche in Psichiatria possiamo parlare di disturbi acuti o cronici: ma questo fattore può appartenere a tutte le categorie nosografiche. Comunque, poiché il fattore acuto si unisce spesso al concetto di reazione, ho ritenuto opportuno riproporre la dizione di *disturbi reattivi* che hanno una duplice connotazione: brevità e benignità del decorso ed importanza dei fattori esterni nel determinare il disturbo.

Dati questi elementi, la nosografia è così concepita (N. Lalli, 1989, 1999 ©).

Dobbiamo considerare che ogni evento psicopatologico dovrebbe essere messo in relazione al ciclo vitale.

Potremmo dire che questi fattori andrebbero posti su due assi:



A) Disturbi dell'infanzia

Comunque questo principio è particolarmente rilevante per quel periodo che va da 0 a 12 anni e che definiamo infanzia.

I disturbi più frequenti sono:

1. i disturbi della regolazione (del sonno, dell'accrescimento e alimentari etc.)
2. disturbi di tipo ansioso o depressivo
3. disturbi specifici come l'autismo
4. disturbi da deficit di attenzione
5. disturbi dell'apprendimento e della comunicazione

Rimando per ulteriori approfondimenti al Manuale DSM IV "Guida alla Diagnosi dei Disturbi dell'Infanzia e dell'Adolescenza". Per l'adolescenza rimando ad un capitolo specifico: "L'adolescenza crisi psicologica o psicopatologica?" sul Sito www-nicolalalli.com in Area di consultazione.

Tengo a sottolineare che nella genesi di questi disturbi spesso è determinante il contesto familiare che pertanto va accuratamente studiato e sul quale spesso è più utile intervenire per modificare la sintomatologia del bambino.

B) Reazioni

- Reazioni nevrotiche acute (R.N.A.)
- Reazioni psicogene acute (R.P.A.)
- Reazioni organiche acute (R.O.A.)

Il concetto di reazione è caratterizzato da due parametri: brevità e benignità dell'episodio, importanza dei fattori esterni nello scatenamento del disturbo. Le reazioni nevrotiche acute (R.N.A.) possono comparire in situazioni di stress manifestandosi come ansia libera oppure manifestarsi con aspetti depressivi di tipo distimico.

Oppure con caratteri psicopatologici più complessi e gravi, molto simili alle psicosi, costituiscono le R.P.A. (Reazioni Psicogene Acute) caratterizzate da un severo quadro psicopatologico con chiare manifestazioni di tipo psicotico, ma ad evoluzione benigna e rapida. Queste manifestazioni possono presentarsi anche con carattere fasico, ma comunque non tendono mai a strutturare uno stato delirante o un disturbo psicotico della personalità.

Oppure come R.O.A. (Reazioni Organiche Acute) caratterizzate da disturbi delle funzioni mentali e in seguito a fattori tossici o traumatici e sono inserite nell'ambito dei disturbi psichiatrici su base organica.

Quindi il concetto di reazione, pur con aspetti diversi, attraversa tutta la classificazione.

Poi abbiamo le seguenti *categorie* che raggruppano più sindromi.

C) Disturbi del carattere su base conflittuale

{
Psiconevrosi
Patologia psicosomatica
o disturbi psicosomatici

Essi sono caratterizzati da una formazione difensiva su base caratteriale che può esplicitarsi sia con una particolare struttura caratteriale specifica del circolo della bramosia o di quello dell'invidia, oppure con i sintomi classici delle psiconevrosi. Il rapporto con la realtà è soddisfacente: la struttura del carattere presenta una conflittualità.

D) Disturbi strutturali del carattere

{
Sindrome borderline e
disturbi di personalità
Perversioni o parafilie
Personalità psicopatica

In questi casi è deficitaria la struttura del carattere: è presente una identità parziale e diffusa, il rapporto con la realtà è complessivamente disturbato.

E) Disturbi conflittuali e/o strutturali del carattere con dipendenza da sostanze tossiche

{
Alcolismo cronico
Tossicomanie

L'alcolismo e la tossicomania possono svilupparsi a partire sia da una personalità con disturbi conflittuali, ed in questo caso in genere la prognosi è migliore, o in soggetti con disturbi strutturali a prognosi più grave.

In ogni caso il progredire dell'intossicazione cronica può comportare disturbi molto gravi come il *delirium tremens* o il delirio di gelosia.

Quindi l'alterazione organica tende non solo a peggiorare la situazione psicopatologica iniziale ma anche a rendere il quadro clinico sempre più uniforme e stereotipato.

F) Disturbi Psicotici

- Depressione maggiore
- Mania
- Psicosi maniaco-depressiva

- Paranoia
- Schizofrenia
- Parafrenia

Questa categoria è caratterizzata, pur nelle notevoli variazioni, da alcuni sintomi fondamentali. C'è una rottura con la realtà, o comunque una trasformazione della realtà: quindi è compromessa la conoscenza ed il rapporto con la realtà. È probabile che ci sia una base biologica come concausa del disturbo psichiatrico. C'è inoltre una disintegrazione, più o meno grave, della struttura del carattere.

G) Disturbi psichiatrici secondari ad alterazioni organiche

- Disturbi confusionali
- Demenze
- Disturbi psichiatrici in epilettici
- Disturbi secondari a malattie organiche

In questi casi c'è sempre una base organica che determina l'insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Questo disturbo può essere in alcuni casi (demenze primarie) irreversibile. E' presente una grave alterazione del rapporto con la realtà e spesso un deterioramento delle principali funzioni mentali.

ASSE VI

SCALA DI VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (V.G.F.)

Riporto l'indice di valutazione globale in uso nel DSM IV. Ritengo utile sottolineare che l'uso di questa scala può comportare una possibile confusione tra concetto di *sindrome-disturbo* e quello di *handicap-disabilità*.

Mentre tutto quello che abbiamo descritto precedentemente ci porta a fare una valutazione diagnostica e prognostica necessaria per strutturare un *progetto terapeutico*, l'indice di valutazione globale indica invece il grado di *disfunzionamento sociale* del soggetto.

Ovviamente non c'è stretta relazione tra gravità della sindrome clinica e disfunzionamento sociale, quindi dobbiamo ritenere che la valutazione del funzionamento globale, importante per un programma di riabilitazione, non sempre coincide con la gravità sul piano clinico. Pertanto, pur considerando l'utilità di questo Asse, esso va valutato con discrezione e solo ai fini di una completa descrizione del paziente. Il mantenere unito il concetto di sindrome e di handicap porta inevitabilmente a privilegiare una *dimensione riabilitativa ed assistenziale*.

Ovviamente nella valutazione del funzionamento sociale, bisogna tener conto in primo luogo se l'eventuale peggioramento è legato, non a condizioni personali, bensì a particolari momenti sociali e storici che possono spiegare l'eventuale peggioramento dello status sociale del soggetto. In secondo luogo che è fondamentale comparare lo status attuale con la storia precedente del paziente soprattutto per evidenziare se tale deterioramento è avvenuto in tempi brevi o se invece si tratta di una situazione cronica.

Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)

- 100- Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.
- 90- Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).
- 80- Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).
- 70- Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). *Oppure* alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.
- 60- Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). *Oppure* moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
- 50- Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). *Oppure* qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).
- 40- Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). *Oppure* menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).
- 30- Il comportamento è considerevolmente influenzato, deliri o allucinazioni. *Oppure* grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio).. *Oppure* incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).
- 20- Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniacale). *Oppure* occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). *Oppure* grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacico).
- 10- Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). *Oppure* persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima. *Oppure* grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
- 0- Informazioni inadeguate.

Tratto da DSM IV, Masson, Milano, 1996
