

PSICHIATRIA

NOSOGRAFIA: ci dice quali sono i disturbi di cui si occupa oggi la clinica psichiatrica e quali sono le norme di riferimento che regolano l'intervento sanitario in questione.

In qualunque situazione e in qualunque società, la presenza di persone portatrici di gravi malattie mentali quindi diagnosi importanti corrisponde circa all'8% della popolazione; se ai disturbi mentali importanti aggiungiamo anche quelli meno gravi come i problemi emotivi comuni (per esempio disturbi d'ansia, reazioni di adattamento, insonnia), la prevalenza di sole sofferenti di per una qualunque sintomatologia psichiatrica sale di molto e arriva a sfiorare il 30-40%. Ovviamente la presenza di persone che abbiano una sofferenza psichica cambia in percentuale a seconda di dove lo andiamo a cercare; per esempio se lo andiamo a cercare in una RSA geriatrica troviamo percentuali di diagnosi di ansia e depressione che vanno molto oltre il 50%.

Tra le sindromi psichiatriche, la depressione è certamente una di quelle più famose e meglio conosciute. Ad oggi la diagnosi di depressione è la seconda diagnosi per frequenza a livello planetario ed è preceduta soltanto dalle malattie cardiovascolari. Tuttavia, già adesso la depressione nel genere femminile è la prima diagnosi per frequenza e proiezioni dell'OMS indicano come nel 2030 la depressione sarà il primo disturbo diagnosticato al mondo.

LA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA

La diagnosi in psichiatria è un pochino più debole della diagnosi in medicina e viene definita **sindromica** dato che non esiste nessun disturbo che abbia degli indicatori biologici.

Qual è la differenza tra una diagnosi **nosologica** e una diagnosi sindromica? La prima determina una malattia, identifica un disturbo preciso che ha una causa e un decorso; ha una terapia, degli esiti a seconda dell'efficacia o meno della terapia quindi un disturbo che, qualora diagnosticato, sia facilmente analizzabile per quanto riguarda sia i suoi aspetti clinici sia per quanto riguarda la prognosi. Buona parte dei disturbi in medicina hanno dei correlati biologici precisi che possono servire da ancora di aggiornamento clinico anche quando la clinica è decisamente insufficiente. Un esempio di criterio biologico di diagnosi può essere una positività di una lastra polmonare, un ECG con le alterazioni ecc; sulla base di questi valori di riferimento noi sappiamo che esiste un certo tipo di disturbo.

Le **sindromi** cosa sono? sono condizioni nelle quali un gruppo di sintomi si presenta in maniera frequente, statisticamente insieme; si parla di sindromi febbrili, si parla di sindromi influenzali, si parla di sindromi dolorose (per esempio dell'addome o di altre zone del corpo), si parla anche di sindromi **psichiatriche** come le sindromi depressive o di sindromi **schizofreniche**. La precisione nella diagnosi sindromica è certamente inferiore rispetto alla diagnosi nosologica, anche perché non esiste un indicatore biologico, per cui tutte le diagnosi in psichiatria sono diagnosi che si fondano su base clinica: parlando col paziente, vedendo le documentazioni, facendo l'esame psichico e raccogliendo nella storia. Ovviamente è inevitabile pensare che la precisione di questo tipo di diagnosi e il significato è decisamente inferiore rispetto a una diagnosi di malattia.

In psichiatria si usano due grandi **sistemi di classificazione**:

- **ICD10**: le cui diagnosi vengono riportate sulle cartelle
- **DSM V**: manuale statistico dei disturbi mentali redatto dalla società psichiatrica americana e viene affiancato all'ICD10.

Fino agli anni 80 sostanzialmente le diagnosi psichiatriche venivano ritenute di importanza assai modesta, per cui diciamo un po' a seconda del cattedratico un po' a seconda della scuola di pensiero, un po' a seconda dell'utilità o meno, venivano proposte delle diagnosi dei vari disturbi clinici che erano poco scientifiche e molto descrittive (per esempio eventualmente sulle cartelle si utilizzava indicare la diagnosi di Stato ansioso atipico che voleva dire che una persona soffriva di schizofrenia).

Che cosa succede negli anni 80? cominciano a tornare negli Stati Uniti i reduci dalla guerra in Vietnam e presentavano una sintomatologia psichiatrica, una sofferenza che oggi sulla base del DSM V noi diagnostichiamo come **disturbo post traumatico da stress**. Queste persone erano persone sofferenti, erano tante e cominciarono a chiedere dei risarcimenti economici al governo degli Stati Uniti; in quel momento più la diagnosi psichiatrica diventò immediatamente importantissima dato che il governo degli Stati Uniti di fronte a descrizioni sindromiche completamente diverse e non sovrapponibili, si trova molto disorientato nell'erogazione dei risarcimenti e quindi si rivolse al gruppo di specialisti psichiatri migliori che aveva per cercare di standardizzare un sistema.

Da questo tipo di lavoro, nasce negli anni 80, in ambito militare, il **DSM III** che è stato il primo che sostanzialmente ha preso in considerazione il tipo di problema. Non avendo la possibilità di avere indicatori biologici che dessero certezza nel raggiungimento di una diagnosi, hanno elencato sulla base della loro esperienza, e quindi sulla base di una convenzione, quali fossero i sintomi che comprendevano una certa diagnosi, indicando anche - sempre in maniera convenzionale - quanti di questi sintomi dovessero essere completamente presenti per dare per esempio la possibilità al clinico di diagnosticare una depressione e per quanto tempo dovessero essere considerati.

Sostanzialmente la diagnosi in psichiatria modernamente si raggiunge verificando la presenza di un certo numero di sintomi sulla base di un elenco convenzionale per un certo periodo di tempo; questo è l'elemento di base su cui è fondata tutta la diagnostica attuale. Il DSM poi si è anche sforzato di definire **cos'è un disturbo mentale**: *“sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione di emozioni e del comportamento di un individuo che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale... i disturbi mentali sono solitamente associati ad un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre linee importanti”*.

Il DSM dice che ad oggi non siamo in grado di diagnosticare con una certa facilità un disturbo clinico importante, non siamo in grado di diagnosticare con certezza la differenza tra quello che è fisiologico è quello che è patologico; ad esempio nella diagnosi di **depressione** bisogna, per poter raggiungere la certezza di questa diagnosi, che una persona abbia presenti contemporaneamente per la maggior parte delle ore del giorno, per almeno 15 giorni, e racconterà:

- **Primo sintomo:** di avere il tono dell'umore depresso
- **Secondo sintomo:** di non interessarsi di più delle normali attività
- **Terzo sintomo:** di avere ansia di avere insonni
- **Quarto sintomo:** di sentire dolori
- **Quinto sintomo:** di avere dei pensieri dei pensieri anticonservativi

Se prendiamo una persona che ha sofferto recentemente per un lutto, troveremo abbastanza facilmente che questi sintomi siano presenti anche in quella persona poiché il lutto, la reazione di lutto e la perdita di una persona cara non sono una condizione da sindrome di malattia ma sono una questione di **fisiologia**, dato che tutti noi nel momento in cui andiamo incontro alla perdita di una persona cara, andiamo incontro a una situazione di sofferenza che dura qualche settimana e che poi spontaneamente si risolve. Quale sia il confine tra lutto fisiologico, lutto patologico e patologia dell'umore al momento non lo sa dire nessuno ed è soltanto l'esperienza clinica ovvero il fatto di parlare col paziente, di osservarlo, di seguirne la storia che dà un'indicazione precisa.

Questo per dire che se abbiamo chiarezza della definizione nella diagnosi dei disturbi mentali gravi altrettanto non possiamo dire per quanto riguarda la certezza di una definizione tra fisiologia e patologia della psiche. I **criteri diagnostici** sono quattro:

1. criterio sintomatologico:
2. criterio cronologico
3. criterio funzionale
4. criterio di esclusione

Quelli fondamentali sono i primi due e questo vuol dire che la diagnosi sindromica è una diagnosi spesso molto rigida, con criteri che non descrivono bene il quadro morboso ed è per questo che capiterà di sentire parlare di **patologia sottosoglia**: vuol dire che nel momento di una osservazione clinica quella persona non ha o il tempo sufficiente o il gruppo di sintomi sufficienti per raggiungere la piena soddisfazione dei criteri sindromici richiesti dalla trattatistica del DSM; ciò non significa che le persone che hanno una patologia affettiva sotto soglia stiano bene anzi, dovremmo accorgerci sul fatto che stiano molto male.

Con tutte queste limitazioni, la trattatistica del DSM V è evoluta in una trattatistica molto complessa dove sono presenti diverse condizioni morbose, alcune molto chiare e altre diciamo molto sofisticate.

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI MENTALI

- Disturbi del neurosviluppo
- Disturbi dello spettro della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici
- Disturbi Bipolari e disturbi correlati
- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
- Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
- Disturbi dissociativi
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
- Disturbi dell'alimentazione e nutrizione
- Disturbi dell'evacuazione
- Disturbi del sonno veglia
- Disfunzioni sessuali
- Disforia di genere
- Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction
- Disturbi neurocognitivi
- Disturbi di personalità
- Disturbi parafilici
- Altri disturbi mentali
- Disturbi del movimento indotti da farmaci ed altre reazioni avverse ai farmaci
- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

LEGISLAZIONE PSICHIATRICA

Da questa legislazione psichiatrica, quella che noi pratichiamo ancora adesso, discendono le normative per il TSO.

Principali tappe della legislazione psichiatrica italiana:

- **1940: regio decreto sulla custodia degli alienati:** una persona che avesse per il suo comportamento pubblico scandalo o che fosse pericoloso per sé o per gli altri doveva essere accompagnato in ospedale psichiatrico. L'accompagnamento della persona in ospedale psichiatrico veniva compiuto dalla forza pubblica all'interno dell'ospedale. L'equipe sanitaria dell'ospedale psichiatrico esistente allora aveva 30 giorni di tempo per indicare se quella persona aveva un disturbo presente solo transitoriamente o se aveva un disturbo mentale che avrebbe occupato l'intera vita. Nel primo caso la persona se ne poteva tornare a casa, nel secondo caso la persona andava incontro all'internamento definitivo, ovvero sarebbe morto all'interno dell'ospedale.
- **1968: legge Mariotti**
- **1978: legge Orsini-Basaglia:** chiusura dei manicomi

Nel 1904 a Genova viene superato lo storico manicomio genovese ormai insufficiente per numero di posti e vengono edificati i due grandi ospedali psichiatrici. La capienza totale dei due ospedali psichiatrici al massimo del loro e del loro utilizzo si è avvicinata ai 5000 ospiti di cui quelli realmente sofferenti per una patologia psichiatrica (quelli che noi oggi terremo sotto cura o ricovereremo in ospedale) non erano più del 30-40% di tutta la popolazione ricoverata in manicomio. Questo era anche un luogo che rispondeva disabilità, marginalità sociale, povertà, alcolismo ecc... tutta una serie di disturbi che in questo momento con la psichiatria non avrebbero niente a che fare.

I due ospedali psichiatrici sono poi stati chiusi dalla **legge Basaglia nel 1978** anche se l'effettiva chiusura è avvenuta dopo circa una ventina d'anni. I due ospedali psichiatrici sono in questo momento impiegati per altre per altre funzioni sanitarie.

OPG: sono strutture anche ormai superate dove venivano internate le persone che, sofferenti per una patologia mentale, avessero commesso un reato a seguito della loro patologia e che quindi non rispondevano del reato commesso, venivano sostanzialmente considerati non imputabili e quindi non giudicabili, ma rimanevano chiusi dentro questa struttura con in una condizione di pericolosità sociale che veniva rinnovata fino al termine della vita. Gli **ospedali psichiatrici giudiziari** in Italia sono stati 6/7 e sono stati chiusi nel 2015, sostituiti da altre strutture chiamate REMS che sono strutture psichiatriche per autori di reato, cioè dove vengono e collocate tutte le persone che hanno commesso un reato di qualunque gravità esso sia e non rispondono per quel reato perché avevano in quel momento una patologia mentale che gli impediva di valutare e di sapere che cosa stesse facendo in quel momento. La differenza con le Opg è che le prime non erano una struttura **transitoria**, mentre la REMS è un posto che in teoria dovrebbe servire per una riabilitazione, quindi per un percorso a tempo determinato.

IL TSO

Che cosa diceva la **legge Basaglia**? È una legge abbastanza piccola con 11 articoli, è la **legge 180** che poi è stata inglobata senza nessuna modificazione nella **legge 833**, ovvero la legge che ha fondato il SSN. Sostanzialmente la legge Basaglia diceva che gli ospedali psichiatrici dovevano essere chiusi e inoltre i due legislatori si sono sforzati il più possibile di creare una situazione dove i trattamenti non volontari fossero normati nella maniera più precisa onde evitare una condizione di abuso verso il paziente psichiatrico. La legge 180 è una legge **molto difensiva**, di tutela del sofferente psichico e stabilisce che i trattamenti sanitari in Italia sono di norma **volontari**; non parla di trattamenti sanitari psichiatrici ma di trattamenti sanitari e di qualunque tipo - psichico o somatico - e cerca di descrivere le condizioni in maniera precisa nelle quali una persona può essere sottoposta a TSO.

Una persona può essere sottoposta a TSO, quando sono presenti gravi disturbi psichici, che richiedano:

- Per sé stessi, urgenti provvedimenti terapeutici, ovvero che senza l'attivazione di quegli interventi terapeutici urgenti la persona subisca nel giro di poco tempo morte o lesione molto grave.
- Il soggetto rifiuti i provvedimenti terapeutici.
- Non esistono condizioni che consentano di adottare idonee misure sanitarie extraospedaliere.

I comportamenti violenti si prevengono con altri strumenti e tranne quando siano direttamente in relazione a una patologia mentale grave. Siccome la definizione di gravi disturbi psichici era una definizione un po' generica, è intervenuta la Corte costituzionale italiana cercando di dare un'esplicazione di che cosa si intenda per **grave disturbo psichico**: sostanzialmente significa che il medico che propone o che convalida il TSO deve diagnosticare un disturbo sindromico e non basta semplicemente elencare una condizione sintomatologica; es: se io faccio una proposta di trattamento sanitario obbligatorio per stato confusionale o per agitazione psicomotoria, il giudice tutelare me la rimanda indietro dicendomi che non è sufficientemente accertata la presenza di gravi disturbi psichici, mentre se io faccio lo stesso tipo di proposta o di convalida di un TSO psichiatrico scrivendo *agitazione psicomotoria in paziente con disturbo bipolare in fase di scompenso*, il giudice tutelare me la approva e il trattamento sanitario obbligatorio psichiatrico si può cominciare.

Non è quindi la patologia presentata che deve imporre il trattamento sanitario obbligatorio quanto la sua relazione con un disturbo sindromico.

Il trattamento sanitario obbligatorio può essere proposto da qualunque medico e deve essere convalidato da un **medico** del SSN, viene disposto dal **sindaco** come massima autorità sanitaria locale e deve essere data comunicazione al **giudice tutelare** come strumento fondamentale di tutela nei confronti di abusi verso il paziente. Il TSO non è un atto psichiatrico è un **atto medico**. NON devono essere psichiatri né il medico proponente né il medico convalidante; il medico convalidante deve essere un medico del SSN. Viene eseguito dalla **polizia municipale** quando presente e il trattamento è soltanto ospedaliero.

In Italia il trattamento sanitario obbligatorio vuol dire prendere una persona e portarla in un reparto di psichiatria per un periodo di **7 giorni** che può essere prorogato **al massimo per altri 7**. La legge stabilisce che *tutti i sanitari presenti debbano adoperarsi per conto del consenso del paziente alle cure*, quando arriva il consenso del paziente il trattamento sanitario obbligatorio decade automaticamente. Il TSO riguarda solo la patologia psichica non esiste trattamento sanitario obbligatorio per patologia somatica.

Ci sono tre problemi che non sono risolvibili con il TSO:

- La violenza
- La capacità di intendere e di volere, es: capacità di redigere un testamento di esprimere una valutazione rispetto a qualcosa
- I problemi somatici

L'ESAME PSICHICO

Quando facciamo un colloquio con una persona e cerchiamo di riconoscere se è presente un disturbo psichiatrico dobbiamo fare attenzione e diversi aspetti fondamentali, segni e sintomi:

1. **Aspetto:** l'aspetto del pz ci può dire molte cose, sia sulla sua struttura di personalità, sia sul suo malessere o meno. Una persona con disturbo mentale grave, lo possiamo individuare spesso nella propria inadeguatezza dell'abbigliamento, odore ecc... l'aspetto di una persona depressa lo possiamo facilmente individuare per esempio dall'atteggiamento mimico, dall'atteggiamento posturale.
2. **Comportamento motorio:** ci può dire se una persona è rallentata nel suo comportamento; se è ansiosa, agitata possiamo vedere come si muove nervosamente all'interno della stanza ecc... un altro aspetto che possiamo facilmente rilevare è la presenza di tremori che spesso sono indicativi di patologia psichiatrica trattata con farmaci (effetti collaterali) o una situazione di rigidità che il paziente ci mostra per esempio deambulando.
3. **Linguaggio:** per esempio in una persona con psicosi troveremo come il linguaggio sia radicalmente impoverito, sarà necessario stimolare la persona con delle domande, sollecitare la persona in qualche modo a una corrispondenza così anche da osservare la regolarità nell'associazione delle parole e delle frasi tra loro. Nel linguaggio dobbiamo osservare anche la congruenza tra ciò che la persona esprime e la situazione che sta vivendo.
4. **Atteggiamento:** uno stato di irrequietezza potrebbe per esempio far pensare a uno stato di eccitamento maniacale, a un'intossicazione da farmaci, a un disturbo d'ansia...
5. **Emozioni:** traspaiono sul viso, nella mimica, nel comportamento e quindi anche queste sono elicetabili da un osservatore molto attento.
6. **Percezioni:** sono tutte quelle informazioni che arrivano da un ambiente esterno e che insieme ai disturbi del pensiero costituiscono un problema dal momento in cui si va incontro a delle alterazioni della percezione e in modo particolare le **allucinazioni**. In psichiatria le allucinazioni sono nella quasi totalità allucinazioni **uditivo** o allucinazioni **somatiche** (percezioni della sensibilità del corpo), le allucinazioni **visive** sono rarissime in psichiatria e sono di solito sintomi conseguenti a una patologia organica endocerebrale.
7. **Pensiero:** l'alterazione del pensiero porta al **delirio**, ovvero un convincimento patologico non reversibile da qualunque tipo di ragionamento. L'alterazione della percezione cioè - le allucinazioni- e l'alterazione del pensiero - cioè il delirio - costituiscono la base della sintomatologia delle **psicosi** (disturbi mentali più gravi).
8. **Orientamento, memoria e stato cognitivo:** dobbiamo valutare lo stato cognitivo della persona che può essere legato a una compromissione giovanile per cui a una condizione di **disabilità** o una condizione **senile** e quindi a una situazione di demenza.
9. **Intelligenza e capacità di giudizio**
10. **Carattere e impulsività:** l'impulsività della persona che possiamo cogliere per esempio dalla modalità con la quale ci risponde alle nostre domande, dalla modalità con la quale accompagna queste risposte con la mimica e col comportamento

I DISTURBI D'ANSIA

Sono i disturbi più frequenti e meno gravi nella scala di gravità sindromica delle persone e quindi fanno parte in maniera trasversale di tutta la sintomatologia psichiatrica. Sintomi d'ansia li troviamo nella depressione, nella psicosi, nei disturbi di personalità, nei disturbi del comportamento alimentare. Li troviamo anche da soli e in questo caso identificano una condizione sindromica.

L'ansia non è di per sé un fattore patologico. Quando si parla di disturbi d'ansia non bisogna spiegare alle persone che cosa sia l'ansia perché sappiamo tutti che è una reazione fisiologica della nostra mente a condizioni che devono generare ansia e che sono condizioni nelle quali il fatto di avere una sintomatologia ansiosa è in qualche modo un vantaggio (es: ansia per esame). Questo tipo di manifestazione quindi fisiologica della nostra mente è una condizione presente in qualunque situazione, in qualunque società e in qualunque individuo, poco modificata dai contesti sociali e culturali nelle quali si manifesta.

Perché provare ansia è vantaggioso? A seconda delle situazioni, avere l'ansia comporta un aumento della vigilanza, dell'attenzione e dell'utilizzo delle tracce mnesiche. È una risposta legata a situazioni di minaccia, pericolo, attacco. All'interno del nostro organismo avvengono delle modificazioni proprio di tipo metabolico che consentono di avere maggiore forza, maggiore energia e quindi di avere migliori prestazioni ad esempio nel caso di gare sportive.

Se l'impatto dell'ansia supera una certa soglia diventerà uno svantaggio; se l'ansia è un fenomeno psichico si correlano altrettanti aspetti somatici come le palpitazioni, la tachicardia, la dispnea, gli acufeni, la cefalea, le mani che sudano ecc... e si accompagnano anche a segni psicomotori come mimica, gestualità eloquio. Quando questa manifestazione ansiosa è particolarmente intensa, le capacità prestazionali dell'individuo sono in qualche modo ridotte o compromesse e questo raggiungerà poi la massima espressione negli attacchi di che rappresentano sostanzialmente il sopravvento di una condizione di ansia intensa e molto forte verso le nostre verso le nostre capacità mentali.

Quando parliamo di ansia patologica?

- Quando non è fasica e persiste anche in assenza di sintomi specifici
- Quando è eccessivamente intensa, ad esempio gli attacchi di panico
- Quando compare in situazioni prive di stimoli ansiogeni.

Il DSM V propone i seguenti disturbi d'ansia:

- Ansia di separazione
- Mutismo selettivo
- Fobia specifica
- Ansia sociale (o fobia sociale)
- Panico
- Agorafobia
- Ansia generalizzata
- Ansia indotta da farmaci/sostanze
- Ansia dovuta a una condizione medica

Per diagnosticare un disturbo d'ansia bisogna essere bravi, capaci ed esperti perché spesso i disturbi d'ansia vengono nascosti dalle persone, un po' per **vergogna**, perché non vengono interpretati come sintomi clinici ma possono essere interpretati per esempio come pigrizia, come eccessiva paura, come disturbi del carattere, come mala voglia della persona; è quindi "facile" non andare incontro a un'adeguata analisi di tipo medico e di tipo psichiatrico. È perciò fondamentale l'esperienza della persona che esamina il paziente per individuare se quel paziente, in quel momento, ha una situazione di tipo patologico e che quindi necessiterà di un intervento medico oppure no.

LE FOBIE

Sono paure immotivate di situazioni, oggetti, timori e animali e sono sintomi diffusissimi. Qualche piccola fobia viene considerata sostanzialmente normale nella vita. La definizione tra una fobia che non trattiamo e una fobia che invece dobbiamo assolutamente curare dipende dalla gravità della stessa e dall'impatto di questa fobia sulla vita dell'individuo; così come esistono le condizioni di esclusivo significato psichico alla base di una manifestazione d'ansia, esistono anche le condizioni di ansia legata sia ai farmaci (tra questi anche farmaci banali e stimolanti) sia a precise condizioni morbose. Tutta la patologia endocrina è una patologia sovraccarica di ansia; quando abbiamo di fronte il nostro paziente con delle manifestazioni d'ansia non pensiamo automaticamente a un disturbo psichiatrico, cerchiamo di andare a capire come sta il paziente e quali sono effettivamente le sue condizioni cliniche.

IL PANICO

È costituito da un'emozione ansiosa, violenta, intensissima, di solito di breve durata ed è un'emozione talmente intensa che impedisce alla persona di agire, di realizzare qualunque tipo di azione o di ragionamento. Gli attacchi di panico sono di durata molto breve (di solito non superano i 30 minuti), possono capitare in situazioni prevedibili ma anche in condizioni assolutamente imprevedibili nelle quali l'individuo non si aspetta di provare l'emozione ansiosa.

Gli attacchi di panico sono sempre seguiti da una sintomatologia somatica che, nell'uomo è prevalentemente legata al timore di morire e a una sensazione di peso toracico e nella donna è prevalentemente legato alla paura di impazzire o di perdere il controllo, ciò comporta che le persone che hanno un attacco di panico di solito vanno in pronto soccorso pensando di avere un disturbo fisico e in pronto soccorso di solito il disturbo viene risolto molto banalmente anche solo per il fatto di stare in pronto soccorso, di essere aiutati dai sanitari che sono presenti. Gli attacchi di panico possono comparire in situazioni dove è necessario fare una diagnostica differenziale importante tra un attacco di panico una crisi di asma per esempio che invece comporta un altro tipo di intervento, ma sostanzialmente il costo per la società di interventi di pronto soccorso per attacchi di panico è un costo decisamente elevato.

IL DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo)

(Il DOC non fa più parte dei disturbi d'ansia perché ne è uscito tra il DSM III e DSM IV)

È un disturbo molto ben conosciuto che una volta era soltanto limitato a ossessioni e compulsioni ma che ora ha un campo molto più ampio rappresentato da una serie di condizioni morbose, sindromiche in relazione con ossessioni e compulsioni.

L'esordio è tipicamente giovanile. I pazienti "late-onset" si ammalano intorno ai 30 anni; la patologia non esordisce mai nella persona anziana. Il decorso è usualmente cronico con oscillazioni dei sintomi ma con guarigione completa nel 20% dei casi e con prognosi positiva in 2 casi su 3.

Esiste una importante comorbidità con altri disturbi psichici.

Le più importanti:

- **Dismorfismo corporeo:** particolare condizione nella quale una persona ritiene che una delle parti del proprio corpo sia oggetto di critica, di derisione da parte delle persone che lo osservano e che lo guardano; qualunque distretto corporeo può essere interessato a questo tipo di percezione. Questo tipo di patologia condiziona in maniera importante le persone che magari per il timore di ricevere critiche o di essere derisi per la forma e le caratteristiche di uno dei loro distretti corporei possono arrivare a evitare, anche completamente, i contatti con il resto delle altre persone.
- **Accumulo:** si tende ad accumulare nella propria abitazione oggetti, spesso di nessun valore, in maniera tale da riempire quasi completamente tutti gli spazi all'interno del loro domicilio.
- **Tricotillomania:** abitudine compulsiva – soprattutto nei giovani - di strapparsi capelli e peli, procurandosi delle aree nude nel cuoio capelluto, nelle sopracciglia, nelle ciglia e in altre zone del corpo.
- **Escoriazione:** disturbo molto simile e correlato con la tricotillomania, che molte volte consiste semplicemente nel grattarsi ma può essere raggiunta anche con oggetti abrasivi o contundenti.
- **DOC indotto da farmaci (amfetamine o cocaina)**
- **DOC indotto da una condizione medica (corea, malattie cardiache anche infettive)**

LE OSSESSIONI

Le ossessioni sono idee, pensieri o immagini persistenti che, vissute come intrusive o inappropriate, causano ansia e marcato disagio. Vengono riconosciute dal soggetto che le prova come prodotti della mente. Non sono preoccupazioni eccessive per problemi reali.

Le ossessioni più frequenti sono:

- Sporczia e contaminazione
- Aggressività auto ed eterodiretta
- Dubitative
- Numeriche
- Sessuali
- Religiose
- Filosofico-esistenziali