

**Rassegna di Psicoterapie.
Ipnosi. Medicina
Psicosomatica.
Psicopatologia Forense.**



**Periodico quadrimestrale a carattere scientifico
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"**

**VOLUME 10 – N. 1
Gennaio – Aprile 2005**

Periodico quadrimestrale a carattere scientifico di proprietà della UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

Insegnamento di Psicopatologia Forense
(Dipartimento di Scienze Psichiatriche e
Medicina Psicologica), Università di Roma
"La Sapienza" .

Direttore responsabile:
Vincenzo Mastronardi

Direzione Scientifica onoraria:
**Franco Granone e Antonio Maria
Lapenta**

Capo Redattore:
Maria Tosello

Direttore Organizzativo:
Matteo Villanova

**Gli elaborati vanno inviati al Prof.
Vincenzo Mastronardi** Dipartimento di
Scienze Psichiatriche e Medicina
Psicologica, Università "La Sapienza", P.le
Aldo Moro, 5 - 00185 Roma - Fax:
06/49912268

Comitato Redazionale:
**M. Calderaro, A. Bormioli, F. Donvito,
V. Ferrante, E. Foppiani, F. Marascio,
G. Maurizio, A. Pacciolla, C. Bairati
Papi, A. Pomilla, G. Saladini, G. Tirone**

Tutti i diritti sono riservati: Nessuna parte
di questa pubblicazione può essere
riprodotta, trasmessa e memorizzata in
qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo.
Per quanto non espressamente richiamato
valgono le norme delle Leggi sulla Stampa
e le norme internazionali sul Copyright.
Stampa: Tipografia Centro Copie Cervialto
- Via Monte Cervialto, 17 - 00139 Roma
**Registrazione al Tribunale Civile di
Roma n° 00325/96 (28.06.1996)**

Comitato Consultivo:

G. ABRAHAM (Ginevra)
L. ANCONA (Roma),
P. ARBARELLO (Roma)
D. AKSTEIN (Rio de Janeiro)
T. BANDINI (Genova),
M- BIONDI (Roma)
F. BRUNO (Roma),
C. COLUCCI D'AMATO (Napoli),
V. E. COSMI (Roma),
G. DE BENEDITTIS (Milano),
D. DE CARO (Roma),
F. DE FAZIO (Modena),
M. C. DEL RE (Roma),
N.M. DI LUCA (Roma),
A. ERMENTINI (Milano),
U. FORNARI (Torino),
L. FRATI (Roma),
L. FRIGHI (Roma),
V. GHEORGHIU (Giessen),
M. A. GRAVITZ (Washington),
F. INTRONA (Padova),
R. GUARINI (Roma),
W. KRETSCHMER (Tübingen),
C. LORIEDO (Roma),
V. MASTRONARDI (Roma),
M. MORCELLINI (Roma),
G.C. NIVOLI (Sassari),
G. B. PALERMO (Milwaukee),
A. PETIZIOL (Roma),
P. PINELLI (Milano),
V. RAPISARDA (Catania),
L. RAVIZZA (Torino),
G. G. ROVERA (Torino),
N. RUDAS (Cagliari),
E. TORRE (Torino),
G. UMANI RONCHI (Roma),
H. WALLNÖFER (Vienna),
J. C. WATKINS (Missoula),
L. WOLLMAN (New York),
J. K. ZEIG (Phoenix).

SOMMARIO

- **LAVORI ORIGINALI**

- **La gestione dell'aggressività nelle diverse fasi del disturbo
bipolare**
Filippo Turchi, Micaela Piva, Giovanni Placidi,
Gian Franco Placidipag.7

- **Conversioni diagnostiche da un Sistema di classificazione
ad un altro**
Antonino Calogero, Vincenzo Mastronardipag.25

- **Sindromi culture Bound con referente animale
(Licantropia, Vampirismo, Tarantismo, “La possessione
della tigre” in oriente e in africa)**
Claudia Petricelli.....pag.67

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.117**

**LA GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ NELLE DIVERSE FASI DEL
DISTURBO BIPOLARE**

Filippo Turchi, Micaela Piva, Giovanni Placidi, Gian Franco Placidi¹

Parole chiave

Disturbo Bipolare, Aggressività, Impulsività, Antipsicotici Atipici

Key Words

Bipolar Disorder, Aggressivity, Impulsivity, Atypical Antipsychotics

Riassunto

Nell'ambito delle malattie mentali l'aggressività è uno dei principali motivi di ricovero e di difficoltà di gestione. Nel disturbo bipolare l'aggressività auto-diretta è più frequente della forma etero-diretta; infatti quasi il 50% dei bipolari compie un tentativo di suicidio, mentre la mortalità per suicidio è del 20%. L'aggressività e l'impulsività sono tra i principali fattori di rischio a breve termine per condotte suicidarie e potenzialmente modificabili se trattati tempestivamente. Nel disturbo bipolare le condotte suicidarie sono frequenti in corso di depressione ma anche in corso di stato misto o mania disforica. Questo studio, mediante l'analisi della più recente letteratura, si propone di chiarire il ruolo degli stabilizzatori dell'umore nel controllare il quadro clinico per la prevenzione del rischio di suicidio e il ruolo degli antipsicotici atipici, la cui azione sembra specifica nel gestire e ridurre l'aggressività.

Abstract

Aggressivity is one of the main reasons of admission and of difficulty in the management of mental diseases. In bipolar disorder auto-directed aggressive behaviour is most frequent than the etero-directed one; almost the 50% of bipolar disorders committed suicide attempt, but only 20% really died. Aggressivity and impulsivity are among the most powerful predictors of future suicidal acts, and potentially modifiable if adequately treated. In bipolar disorder suicidal behaviour is particularly frequent during depression but also in mixed state or dysphoric mania. The aim of this study, by the analysis of

¹ Unità di Ricerca per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università degli Studi di Firenze

most recent literature data, is trying to explain the role of mood stabilizers in preventing suicidal risk and the role of atypical antipsychotics in managing and reducing aggressivity.

Epidemiologia e caratteristiche dell'aggressività

L'aggressività nell'ambito dei disturbi mentali rappresenta spesso uno dei motivi principali di ricovero o di trattamento sanitario obbligatorio, comportando notevoli problemi di gestione anche in ambito ospedaliero. I comportamenti patologici caratterizzati da aggressività-ostilità si presentano in modo trans-nosografico rispetto ai disturbi psichiatrici. L'aggressività è un importante fattore predittivo di condotte suicidarie e comporta una minore risposta ai trattamenti legata soprattutto ad una scarsa compliance, determinando la persistenza e la cronicizzazione di un quadro come quello depressivo.

L'aspetto fondamentale per poter definire il comportamento aggressivo è l'intenzione di fare del male, danneggiare gli altri o se stessi, che si manifesta verbalmente o con atti fisici che esprimono rabbia, ostilità, ira, talvolta accompagnati da paura o disperazione.

La prevalenza lifetime dell'aggressività è tra il 2% e il 5% (13). Negli Stati Uniti la prevalenza lifetime degli attacchi fisici nella popolazione generale è circa del 10-15%, mentre degli omicidi è dello 0,01% per anno (26). Il suicidio, nel disturbo bipolare è più frequente rispetto alle forme di aggressività eterodiretta e di maggiore interesse per lo psichiatra per le implicazioni e le opportunità terapeutiche; viene stimato che circa l'82% di coloro che compiono un atto suicidario presenta una comorbilità psichiatrica (23) e il 60% di tutti i suicidi si verifica in soggetti affetti da disturbi dell'umore (3).

Definizioni e aspetti psicopatologici dei comportamenti aggressivi

Tre aspetti permettono di classificare un comportamento aggressivo; l'intento, che rappresenta la volontà di arrecare un danno in modo diretto o in indiretto e

può essere dedotto dalle dichiarazioni verbali o dalle azioni. L'azione, sia fisica che verbale, che segue l'intenzionalità e ne rappresenta la modalità di realizzazione. La terza caratteristica che definisce un comportamento aggressivo è lo stato emotivo; se non è presente ira, rabbia o ostilità, si parla di aggressività fredda, strumentale o predatoria; altrimenti di aggressività affettiva o impulsiva. Considerando i condizionamenti dell'aspetto psicopatologico, sono due gli aspetti fondamentali dell'aggressività, il vissuto e il controllo. Nel vissuto del soggetto è presente il desiderio deliberato di danneggiare e distruggere se stessi o gli altri, associato ad ira, rabbia, ostilità, ma anche a disperazione, paura o rancore; per cui alla base di un comportamento aggressivo vi è sempre una tonalità emotiva specifica. Contribuiscono alla definizione di un comportamento aggressivo una ridotta o assente efficienza dei meccanismi di controllo inibitori.

Quindi l'aggressività può essere divisa in due tipologie: auto o etero-diretta, se in relazione all'oggetto; impulsiva o premeditata, se consideriamo la modalità di controllo. L'aggressività impulsiva o affettiva, è quasi sempre non premeditata e reattiva, anche se di dimensioni sproporzionate, rispetto agli stimoli avversi; e si associa frequentemente ad una storia di abuso di alcol o sostanze. L'aggressività predatoria è premeditata, controllata e volta ad ottenere dei vantaggi; inoltre è più frequentemente associata a condotte criminali ed è meno responsiva alle terapie farmacologiche rispetto alla forma impulsiva (51). Il rapporto tra aggressività e abuso di alcol o sostanze è rilevante e ampiamente studiato in letteratura. Da un lato l'impulsività predispone al consumo di sostanze di abuso, dall'altro gli effetti disinibenti di queste sostanze, a dosi non eccessive e sedative, facilitano condotte aggressive. In tutte le possibili patologie psichiatriche, la comorbilità con l'abuso di sostanze facilita l'insorgenza di comportamenti aggressivi o violenti (52); in particolare tali comportamenti sono facilitati dall'abuso di alcol soprattutto in coloro che

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

hanno una predisposizione elevata all'aggressività (22). Soggetti alcol dipendenti con una storia di condotte suicidarie presentano un profilo maggiore di tratti e di comportamenti aggressivi e impulsivi (30); infatti esiste una correlazione tra tratti di personalità caratterizzati da impulsività, iperattività e tendenze antisociali, e abuso di alcol; il quale determina in questi soggetti disinibizione e spinta all'azione (32).

Condotte aggressive auto ed etero-dirette nel disturbo bipolare

I comportamenti aggressivi nel disturbo bipolare possono essere auto o etero-diretti, ma i più frequenti sono quelli auto-diretti; infatti quasi il 50% dei bipolari compie un tentativo di suicidio (39), mentre la mortalità per suicidio è del 20% (31a). Questi dati suggeriscono come il rapporto tra aggressività e depressione sia di importanza rilevante, per le possibili implicazioni di ordine prognostico e di intervento terapeutico; infatti impulsività, ma anche ansia, attacchi di panico e agitazione, in comorbilità con depressione, sono spesso fattori di rischio a breve termine per condotte suicidarie e sono potenzialmente modificabili se riconosciuti e trattati tempestivamente mediante una efficace e attenta terapia (20). Dal punto di vista neurotrasmettitoriale vari studi sperimentali hanno messo in evidenza come l'aggressività venga favorita da un'iperattività noradrenergica e dopaminergica e da una compromissione della trasmissione serotoninergica, che sembra svolgere un ruolo prevalente sulla dimensione impulsiva. Tale quadro correla inoltre con le osservazioni psicopatologiche e cliniche presenti in soggetti con storia di condotte suicidarie (31b); per cui è stato ipotizzato che siano sovrapponibili le alterazioni neurotrasmettitoriali presenti alla base della perdita del controllo inibitorio e degli impulsi, e del disturbo dell'umore.

Dai dati presenti in letteratura emerge che l'aggressività nel depresso è spesso auto-diretta, e associata a risentimento, colpa per il proprio comportamento

aggressivo, sospettosità e irritabilità, fino alla produzione di condotte autolesive, suicidarie, o rivolte verso altri. La neurobiologia sembra suggerire che la riduzione dell'attività serotoninergica tipica della depressione, possa determinare anche una maggiore predisposizione a sviluppare comportamenti aggressivi verso gli altri o verso se stessi; tuttavia anche la possibilità di una base neurobiologica comune non permette di stabilire l'esistenza di un rapporto diretto tra aggressività e depressione. La riduzione dell'attività serotoninergica sarebbe un elemento indispensabile ma non sufficiente allo sviluppo di comportamenti aggressivi; per cui alla base sarebbe presente un meccanismo neurotrasmettitoriale estremamente complesso. Nel paziente con diagnosi di disturbo bipolare, i comportamenti aggressivi possono manifestarsi sia nella fase depressiva che di eccitamento maniacale. Comportamenti aggressivi eterodiretti si riscontrano più frequentemente nello stato misto e nella mania disforica, mentre sono meno presenti rispettivamente nella fase maniacale euforica e nella fase depressiva. Agiti di aggressività auto-diretta nel disturbo bipolare I e II sono frequenti nella fase depressiva-mista, caratterizzata da disforia e agitazione psicomotoria che favoriscono la messa in atto di agiti impulsivi, in misura maggiore che nella fase di mania pura. Lo stato misto risulta quello a più alto rischio di condotte suicidarie (16), ma l'incidenza è più bassa, sia perché gli episodi depressivi sono più frequenti, sia perché spesso lo stato misto non viene diagnosticato, per la copresenza di sintomi tipici sia dell'episodio depressivo che di quello maniacale. A tal proposito, utilizzando i criteri del DSM IV per la diagnosi dell'episodio in atto, il 79% dei suicidi nei pazienti con disturbo bipolare si verifica durante un episodio depressivo maggiore, l'11% immediatamente dopo o durante un episodio maniacale psicotico e l'11% durante uno stato misto o mania disforica (25). E' importante sottolineare, come tra i pazienti con disturbo bipolare, non solo la fase depressiva sia ad elevato rischio di suicidio, ma ideazioni e tentativi di suicidio

sono relativamente comuni anche in corso di stato misto o mania disforica (mania con sintomi depressivi) e durante lo stato ipomaniacale (49a,37a,16,45b). Nella mania disforica si fondono contemporaneamente elementi specifici del polo depressivo e di quello maniaco, in grado di indurre eventuali comportamenti volti al suicidio, quali: tonalità depressa dell'umore, florida attività ideativa, aumento delle energie, allentamento dell'inibizione, irrequietezza e agitazione. Inoltre i sintomi maniacali, in particolare l'irritabilità, durante un episodio depressivo sono difficili da tollerare e il suicidio può rappresentare l'unica via d'uscita da questo stato (34). In corso di episodio maniaco invece, la tendenza a compiere atti suicidari è rara (16, 45a).

L'aumento del rischio suicidario nei pazienti con disturbo bipolare, è stato messo in relazione alla comorbidità con abuso di alcol o droghe, presente in più del 60% dei casi (43). Nei pazienti con disturbo bipolare la comorbidità con abuso di sostanze è associata ad un tasso più alto di tentativi di suicidio (14). Elevati livelli di impulsività, come tratto di personalità, costituirebbero un elemento sotteso alla presenza di comportamenti suicidari ed abuso di sostanze (46). Pazienti affetti da disturbo bipolare con una storia di tentato suicidio, presentano un numero maggiore di episodi depressivi, associati a più elevata e grave ideazione suicidaria, aggressività e minori ragioni per vivere (37a). Inoltre insieme all'aggressività, l'impulsività si associa e aggrava l'effetto degli altri fattori di rischio per suicidio a breve termine, presenti in corso di episodio depressivo maggiore (37b).

Comportamenti impulsivo-aggressivi, nella fase maniaco, si associano spesso a vissuti di onnipotenza e grandiosità e hanno caratteristiche di gesti impulsivi e avventati. Il rischio di tali agiti cresce all'aumentare del grado di disforia o alla concomitante presenza di deliri, orientati in senso megalomano, allucinazioni o alla comorbidità con l'abuso di sostanze. Il rischio aumenta anche in seguito

ad un rapido viraggio dalla fase depressiva a quella maniacale; inoltre l'irritabilità, l'agitazione psicomotoria e la disforia sono condizioni che predispongono ad un rischio immediato. Le condotte aggressive, nella mania pura sono più spesso etero-dirette, mentre negli stati misti, veri o attenuati, e nei momenti di switch sono più frequenti condotte auto-dirette. Nella fase depressiva del disturbo bipolare, i comportamenti impulsivo-aggressivi si associano a vissuti di colpa, vergogna o indegnità e hanno caratteristiche di gesti autolesivi impulsivi e talvolta pianificati, come il suicidio portato a termine o i tentativi ad alta letalità. Il rischio di tali comportamenti cresce con l'aumentare del grado di disforia o di irritabilità, la comorbilità con l'abuso di sostanze o la presenza di deliri o allucinazioni. Le condotte aggressive etero-dirette in corso di depressione bipolare, nascondono spesso la volontà di salvare la vittima dalle atroci sofferenze che il soggetto stesso sta vivendo o dalla catastrofe imminente.

Trattamento clinico dell'aggressività

La prevenzione delle condotte aggressive si basa essenzialmente su tre aspetti, che comprendono, per primo, il trattamento della patologia psichiatrica mediante la prevenzione delle ricadute, l'aumento della compliance (tollerabilità e safety) e il trattamento psicoeducativo e psicoterapeutico; la Dialectical Behavioral Therapy si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di suicidio (38). Secondo, l'identificazione del paziente a rischio, la riduzione dell'accessibilità ai mezzi suicidari e la gestione, grazie anche al ricovero ospedaliero, seguito dalla programmazione di strategie atte a ridurre il rischio, come l'attivazione di una rete sociale, il coinvolgimento dei familiari e il centro crisi. Terzo, il trattamento specifico della dimensione "impulsivo-aggressiva" e degli altri fattori di rischio come l'ideazione suicidaria. La gestione e il contenimento dell'aggressività mediante terapia farmacologica nel disturbo bipolare, ma anche in associazione con altri disturbi psichiatrici, può avvenire

sia in fase acuta, in una situazione di emergenza (short-term management), o a lungo termine (long-term management), considerando la specifica patologia di base cui è associato.

La fenomenica dei comportamenti aggressivi si presenta in forma acuta sostanzialmente come conseguenza diretta e secondaria alle caratteristiche del disturbo psichiatrico di base, come si può verificare nell'eccitamento comportamentale maniacale, o di condizioni scatenanti come abuso di sostanze, stati infettivi o dismetabolici. La scelta del farmaco si basa sulla considerazione di vari criteri, tra i quali: rapidità d'azione e d'efficacia, maggior effetto sedativo, facilità della somministrazione, safety (per le difficoltà del monitoraggio dei diversi parametri), possibilità di una rapida titolazione e compatibilità con la terapia in atto. Numerosi studi in letteratura indicano l'efficacia dell'utilizzo degli stabilizzatori dell'umore nel trattamento del disturbo bipolare per contenere i livelli di aggressività (1). I farmaci che rappresentano una novità e una alternativa e attualmente sembrerebbero di prima scelta in fase acuta sono gli antipsicotici atipici, a causa del profilo degli effetti collaterali favorevole e dell'azione rapida e efficace. L'olanzapina per la formulazione iniettabile e il risperidone per la disponibilità della soluzione orale, sembrano da preferire in soggetti poco cooperativi, hanno il vantaggio di non richiedere una titolazione e sono ben tollerati. La quetiapina inoltre, offre il vantaggio di una efficace sedazione (1,2).

Anche le benzodiazepine sono ritenuti farmaci efficaci, da soli o in associazione con gli antipsicotici atipici; tale somministrazione deve essere applicata con cautela per la possibilità di eventi indesiderati come un effetto paradosso di agitazione o discontrollo, non infrequente anche a dosaggi corretti, una depressione respiratoria in caso di età > 65 anni e la presenza di abuso di alcol o di farmaci psicoattivi (19,42).

Di seconda scelta sono i neurolettici convenzionali, per la possibile comparsa di effetti collaterali come l'acatisia, e anche i barbiturici, da evitare in presenza di abuso di alcol o di farmaci psicoattivi, o rischio di depressione respiratoria (44). In caso di terapia con neurolettici atipici, è preferibile iniziare con dosaggi piuttosto elevati per arrivare rapidamente alle dosi efficaci, in base all'entità della risposta e alla tollerabilità (15).

L'azione di blocco antagonistico degli antipsicotici atipici sui recettori serotoninergici post-sinaptici, che nei soggetti con livelli patologici di aggressività risultano diminuiti, permette di ottenere un riadattamento della funzione serotoninergica, che associato alla seppur debole attività antagonista sui recettori post-sinaptici dopaminergici e noradrenergici, correla con l'efficacia clinica. Inoltre, in studi di dissezione farmacologica è stato evidenziato che l'azione anti-aggressiva sembra del tutto indipendente dall'azione antipsicotica, antimaniacale e sedativa. E' importante sottolineare, come l'efficacia preventiva degli atipici sia anche riconducibile alla riduzione dei fattori di rischio; agendo sulla prevenzione di episodi depressivi o maniacali, disforia, agitazione, deliri e allucinazioni, andamento a cicli rapidi, stati misti, assetto cognitivo e compliance (11,29,5,15). La clozapina è ritenuta da molti autori (8), il farmaco con la più specifica attività antiaggressiva e antisuicidaria e viene utilizzato soprattutto nelle terapie a lungo termine. L'efficacia di questo trattamento, come quella degli altri composti appartenenti a questa categoria, è stata testata soprattutto nei pazienti con diagnosi di schizofrenia, ma l'attività di questo farmaco è da ritenersi trans-nosografica, e in particolare ne è stata confermata l'attività anche nel disturbo bipolare (53,10,35). Per la gestione dei tratti aggressivi che possono manifestarsi nei pazienti bipolari vari studi hanno confermato anche l'efficacia del risperidone (53,17) e dell'olanzapina (6,27,4). L'efficacia della quetiapina sembra particolarmente specifica sull'agitazione e sulla dimensione irritabilità-

aggressività, si associa ad un elevato profilo di tollerabilità, non provocando alterazioni della crasi ematica, aumento della prolattina e del peso corporeo, e sembra efficace nella prevenzione delle ricadute depressive (7b). La sua efficacia è stata dimostrata nel disturbo bipolare (54,21,41,28,40) e nella forma a rapidi cicli (50).

Il trattamento clinico a lungo termine dell'aggressività nel disturbo bipolare, ha come obiettivo la gestione della patologia che sottende il comportamento aggressivo; sembra avvalersi di una polifarmacoterapia, e potrebbe associare un antipsicotico atipico dotato di efficacia antiaggressiva a uno o più farmaci in grado di agire in modo mirato sul disturbo bipolare o sull'affezione di base (1).

Nel caso in cui l'aggressività sia prevalente durante gli episodi maniacali, l'approccio corretto sembrerebbe quello di ottenere il massimo effetto dai farmaci già in uso per ottenere la stabilizzazione dell'umore (litio, valproato, carbamazepina), e poi eventualmente associare un antipsicotico atipico per potenziarne l'azione. Se invece l'aggressività è prevalente durante gli episodi depressivi, oltre a sfruttare l'effetto degli stabilizzatori, sembrerebbe possibile associare un antipsicotico atipico partendo da bassi dosaggi e salendo fino ad un livello massimo (1).

Il Litio rappresenta il farmaco di elezione nei casi in cui l'aggressività è associata a episodi maniacali ricorrenti, e nei soggetti con storia di aggressività-impulsività ne attenua l'intensità, riducendo i casi di morte per suicidio (33,49b,49c,48). Altri anticonvulsivanti efficaci sull'aggressività nella terapia a lungo termine sono Carbamazepina (9,47) e Acido Valproico (7a).

L'uso degli antidepressivi e degli SSRI è controverso, nonostante il substrato neurobiologico sia caratterizzato da una disfunzione del sistema serotoninergico, con riduzione della funzione pre-sinaptica e aumento compensatorio dei recettori post-sinaptici, e la serotonina svolga un ruolo di controllo soprattutto sull'impulsività (24,36).

Secondo alcuni studi presenti in letteratura, l'inibizione del reuptake della serotonina si associa ad una riduzione dell'aggressività (12a); altri (12b) sostengono, che tanto sono più rilevanti i tratti aggressivo-impulsivi e quindi maggiore è la disfunzione del sistema serotonergico, tanto minore è la possibilità di potenziare l'efficacia di tale sistema a livello pre-sinaptico. Per questo motivo, è necessario utilizzare altre tipologie di farmaci che agiscono interessando altri livelli funzionali.

E' essenziale un uso cauto degli antidepressivi, poiché il rischio di indurre disforia è elevato, soprattutto per i triciclici e soprattutto negli stati misti, con il rischio di aumentare il discontrollo degli impulsi; inoltre gli antidepressivi possono indurre switch e/o indurre stati misti (15). Altri studi suggeriscono l'uso degli SSRI nei casi in cui l'aggressività è strettamente associata ai cambiamenti d'umore (18).

Conclusioni

In presenza di malattie mentali, l'aggressività rappresenta spesso uno dei motivi principali di ricovero o di trattamento sanitario obbligatorio. I comportamenti aggressivi nel disturbo bipolare possono essere auto o etero-diretti, ma i più frequenti sono quelli auto-diretti; infatti quasi il 50% dei bipolari compie un tentativo di suicidio. Inoltre, il suicidio è di maggiore interesse per lo psichiatra per le implicazioni e le opportunità terapeutiche; poiché i fattori di rischio per condotte suicidarie sono potenzialmente modificabili se riconosciuti e trattati tempestivamente mediante una efficace e attenta terapia. Agiti di aggressività auto-diretta nel disturbo bipolare, sono particolarmente frequenti nella fase depressiva ma anche depressiva-mista, o di mania disforica, nella quale si fondono contemporaneamente elementi specifici del polo depressivo e di quello maniacale, quali, tonalità depressa dell'umore, florida attività ideativa, aumento delle energie, allentamento dell'inibizione, irrequietezza e agitazione, in grado

di indurre eventuali comportamenti volti al suicidio. Inoltre la comorbilità con abuso di alcol o sostanze è associata, nel disturbo bipolare, ad un tasso più alto di tentativi di suicidio; infatti l'abuso di alcol determina, soprattutto in soggetti con tratti di impulsività e aggressività, disinibizione e spinta all'azione. La prevenzione delle condotte aggressive si basa essenzialmente su tre punti che comprendono la diagnosi e il trattamento dei disordini psichiatrici esistenti, la valutazione del rischio suicidario, la riduzione dell'accessibilità ai mezzi suicidari e il trattamento specifico atto a ridurre la vulnerabilità e il rischio di condotte suicidarie, compresi fattori di rischio come l'ideazione suicidaria e la dimensione impulsivo-aggressiva. La gestione e il contenimento dell'aggressività mediante terapia farmacologica, nel disturbo bipolare, può avvenire in fase acuta o a lungo termine. Da numerosi studi presenti in letteratura, sembra efficace l'utilizzo degli stabilizzatori dell'umore, e del litio in particolare, nel trattamento del disturbo bipolare e nel contenimento dei livelli di aggressività, utile per ridurre il rischio di suicidio; ma i farmaci che rappresentano una novità e una alternativa e attualmente potrebbero essere considerati di prima scelta in fase acuta sono gli antipsicotici atipici, a causa del profilo degli effetti collaterali favorevole e dell'azione rapida e efficace. Il trattamento clinico a lungo termine dell'aggressività nel disturbo bipolare, ha come obiettivo la gestione della patologia che sottende il comportamento aggressivo, e sembra avvalersi di una polifarmacoterapia, che potrebbe associare un antipsicotico atipico, dotato di efficacia antiaggressiva, a uno o più farmaci, come gli stabilizzatori dell'umore, in grado di agire in modo mirato sul disturbo bipolare. E' necessario un uso cauto degli antidepressivi, poiché il rischio di indurre disforia è elevato, soprattutto per i triciclici e soprattutto negli stati misti, con il rischio di aumentare il discontrollo degli impulsi. Parallelamente al trattamento farmacologico dovrebbe essere attivata per il

paziente a rischio una rete di supporto sociale e psicologico, che includa le strategie psicoeducative e il coinvolgimento dei familiari.

BIBLIOGRAFIA

- 1** **APA**, 2003. Practice guidelines for the assessment and the treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*; 160 (Suppl. 11): 1-60.
- 2** **Battaglia J, Wolff TK, Wagner-Johnson DS**, 1999. Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *Int Clin Psychopharmacol*; 14: 361-372.
- 3** **Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK**, 1996. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* Aug; 153(8): 1009-14
- 4** **Berk M, Dodd S**, 2005. Efficacy of atypical antipsychotics in bipolar disorder. *Drugs*; 65(2): 257-69. Review.
- 5** **Bernard L, Young AH, Pearson J, Geddes J, O'Brien G**, 2002. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacology*; 16: 93-101.
- 6** **Bhana N, Perry CM**, 2001. Olanzapine: a review of its use in the treatment of bipolar I disorder. *CSN Drugs*; 15:871-904.
- 7a** **Bowden CL, Janicak PG, Orsulak P**, 1996. Relation of serum valproate concentration to response in mania. *Am J Psychiatry*; 153: 765-770.
- 7b** **Bowden CL**, 2004. Making optimal use of combination pharmacotherapy in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*; 65 Suppl 15:21-4.
- 8** **Briken P, Nika E, Krausz M, Naber D**, 2002. Atypical neuroleptics in the treatment of aggression and hostility. *Fortschr Neurol Psychiatr*; 70: 139-44.
- 9** **Cawdry RW, Gardner DL**, 1988. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*; 45: 111-19.
- 10** **Ciapparelli A, Dell'Osso L, Pini S, et al.**, 2000. Clozapina for treatment-refractory schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic bipolar disorder: a 24-month naturalistic study. *J Clin Psychiatry*; 61:329-334.

- 11 **Citrome L, Volava J, Czobor P, et al.**, 2001. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*; 52: 1510-1514.
- 12a **Coccaro EF, Kavoussi RJ**, 1997. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 1081-1088
- 12b **Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL**, 1997. Serotonin function and aggressive responses to fluoxetine: a pilot study. *Biological Psychiatry*; 42: 546-552
- 13 **Cosyns P**, 1998. Aggression, impulsivity and compulsivity in male sexual abusers. In: Maes M, Coccaro EF (eds): *Neurobiology and clinical views on aggression and impulsivity*. Chichester, John Wiley.
- 14 **Dalton EJ**, 2003. Suicide risk in bipolar patients: the role of comorbid substance use disorders. *Bipolar Disord*. Feb; 5(1): 58-61.
- 15 **Delle Chiaie R**, 2003. Gli antipsicotici atipici nel trattamento dell'aggressività. In: Pancheri P: *Usi atipici degli antipsicotici atipici*, Scientific Press, Firenze.
- 16 **Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ**, 1994. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* Sep; 151(9): 1312-5
- 17 **Dunner DL**, 2005. Atypical antipsychotics: efficacy across bipolar disorder subpopulations. *J Clin Psychiatry*; 66 Suppl. 3: 20-7.
- 18 **Fava M, Rosenbaum JF, Pava JA**, 1993. Anger attacks in unipolar depression, part 1: clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*; 150: 1158-1163.
- 19 **Fawcett J**, 1992. Suicide risk factors in depressive disorders and in panic disorder. *J Clin Psychiatry*; 53 (Suppl. 3): 9-13
- 20 **Fawcett J**, 2001. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. Apr; 932: 94-102; discussion 102-5.
- 21 **Ghaemi SN**, 2000. New treatments for bipolar disorder: the role of atypical neuroleptics agents. *J Clin Psychiatry*; 61 Suppl. 14: 33-42 Review
- 22 **Giancola PR**, 2002. Alcohol-related aggression in man and women: the influence of dispositional aggressivity. *J Stud Alcohol*. Nov; 63(6): 696-708.
- 23 **Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK**, 1993. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* Jun; 150(6): 935-40
- 24 **Isacsson G, Holmgren P, Druid H**, 1997. The utilization of antidepressants: a key issue in the prevention of suicide: an analysis

- of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand*; 96: 94-100.
- 25 Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK**, 1994. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* Jul; 151(7): 1020-4
- 26 Jason J, Flock M, Tyler CW**, 1983. Epidemiologic characteristics of primary homicides in the United States. *Am J Epidemiology*; 117: 419-428
- 27 John V, Rapp M, Pies R**, 1998. Aggression, agitation and mania with olanzapine. *Canadian J Psychiatry*; 43: 1054.
- 28 Kasper S, Stamenkovic M, Letmaier M, Schreinzer D**, 2002. Atypical antipsychotics in mood disorders. *Int Clin Psychopharmacol*. Aug; 17 Suppl. 3; 51-60
- 29 Keck PE Jr, Strakowski SM, McElroy SL**, 2000. The efficacy of atypical antipsychotics in the treatment of depressive symptoms, hostility and suicidality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*; 61 (Suppl 3): 4-9.
- 30 Koller G**, 2002. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Aug; 252(4): 155-60.
- 31a Mann JJ**, 2002. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*; 136: 302-11.
- 31b Mann JJ**, 2003. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*; 4: 819-28.
- 32 Marinkovic K, Halgren E, Klopp J, Maltzman I**, 2000. Alcohol effects on movement-related potentials: a measure of impulsivity?. *J Stud Alcohol*. Jan; 61(1): 24-31.
- 33 Markovitz P**, 1995. Pharmacotherapy of impulsivity, aggression and related disorders. In: Hollander E, Stein DJ (eds): *Impulsivity and aggression*. Chichester, John Wiley.
- 34 McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI, Faedda GL, Swann AC**, 1992. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry*; 149: 1633-44.
- 35 McIntyre RS, Konarski JR**, 2005. Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*; 66 Suppl. 3: 28-36.
- 36 Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A**, 1999. Antidepressants and suicidal risk. *J Clin Psychiatry*; 60 (Suppl. 2): 94-99.
- 37a Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ**,

2000. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affective Disord.*; 59: 107-117

- 37b Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ**, 2004. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* Aug; 161(8): 1433-41
- 38 Perseus KI, Ojehagen A, Ekdahl S, Asberg M, Samuelsson M**, 2003. Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Arch Psychiatr Nurs*; 17: 218-27
- 39 Rihmer Z, Kiss K**, 2002. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.*; 4 Suppl 1: 21-5
- 40 Sachs G, Chengappa KN, Suppes T, Mullen JA, Brecher M, Devine NA, Sweitzer DE**, 2004. Quetiapine with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania: a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Bipolar Disord.* Jun; 6(3): 213-23.
- 41 Sajatovic M, Brescan DW, Perez DE**, 2001. Quetiapine alone and added to a mood stabilizer for serious mood disorders. *J Clin Psych*; 62: 728-32.
- 42 Schatzberg AF, DeBattista C**, 1999. Phenomenology and treatment of agitation. *J Clin Psychiatry*; 60 (Suppl. 15):17-20.
- 43 Sonne SC, Brady KT**, 1999. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am.* Sep; 22(3): 609-27, ix
- 44 Stahl SM**, 2002. Antipsychotic polypharmacy: Evidence based or eminence based?. *Acta Psychiatr Scand.* Nov; 106(5): 321-2.
- 45a Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, Lonczak HS, West SA**, 1995. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry*; 36: 106- 12.
- 45b Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE Jr, West SA**, 1996. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psychiatry*; 153: 674-76
- 46 Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Moeller MP, Moeller GM**, 2004. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorder*; 6: 204-212
- 47 Tariot PM, Erb R, Podgorski CA**, 1998. Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry*; 155: 54-61.

- 48 **Thies-Flehtner K, Muller-Oerlinghausen B, Seibert W**, 1996. Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders: data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry*; 29: 103-107.
- 49a **Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J**, 1999. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry*; 60(Suppl.2): 63-69
- 49b **Tondo L, Baldessarini RJ**, 2000. Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry*; 61 (Suppl 9): 97-104.
- 49c **Tondo L, Ghiani C, Albert M**, 2001. Pharmacologic interventions in suicide prevention. *J Clin Psychiatry* ; 62 (Suppl. 25) : 51-55.
- 50 **Vieta E, Calabrese JR, Hennen J, Colom F, Martinez-Aran A, Sanchez-Moreno J, Yatham LN, Tohen M, Baldessarini RJ**, 2004. Comparison of rapid-cycling and non rapid-cycling bipolar I manic patients during treatment with olanzapine: analysis of pooled data. *J Clin Psychiatry*. Oct; 65(10): 1420-8.
- 51 **Vitiello B, Stoff DM**, 1997. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 36: 307-315.
- 52 **Volavka J, Citrome L**, 1998. Aggression, alcohol and other substances of abuse. In: Maes M, Coccaro EF (eds): *Neurobiology and clinical views on aggression and impulsività*. Chichester, John Wiley.
- 53 **Weizman R, Weizman A**, 2001. Use of atypical antipsychotics in mood disorders. *Curr Opin Investig Drugs*; 2: 940-45.
- 54 **Zarate CA Jr, Tohen M**, 2000. Antipsychotics drug treatment in first-episode mania: a 6-month longitudinal study. *J Clin Psychiatry*; 61: 33-38.

CONVERSIONI DIAGNOSTICHE DA UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE AD UN ALTRO

Antonino Calogero², Vincenzo Mastronardi³

Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
F0	F0			SINDROMI E DISTURBUI PSICHICI DI NATURA ORGANICA, COMPRESI QUELLI SINTOMATICI
F0	F00			DEMENTIA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER
F0	F00.00	290.10	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA PRECOCE, NON COMPLICATO	
F0		290.11	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA PRECOCE, CON DELIRIUM	
F0	F00.01	290.12	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA PRECOCE, CON DELIRI	
F0	F00.03	290.13	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA PRECOCE, CON UM. DEPRESSO	
F0	F00.10	290.0	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA TARDIVA, NON COMPLICATO	
F0		290.3	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA TARDIVA, CON DELIRIUM	
F0	F00.11	290.20	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA TARDIVA, CON DELIRI	
F0	F00.13	290.21	DEMENTIA TIPO ALZHEIMER, CON INSORGENZA TARDIVA, CON UM. DEPRESSO	
F0	F00.2		DEMENTIA MISTA TIPO ALZHEIMER E VASCOLARE	DEMENTIA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER, VARIETA' ATIPICA O MISTA
F0	F01			DEMENTIA VASCOLARE
F0	F00.80	290.40	DEMENTIA VASCOLARE, NON COMPLICATA	DEMENTIA VASCOLARE DI ALTRO TIPO
F0		290.41	DEMENTIA VASCOLARE, CON DELIRIUM	DEMENTIA VASCOLARE DI ALTRO TIPO
F0	F00.81	290.42	DEMENTIA VASCOLARE, CON DELIRI	DEMENTIA VASCOLARE DI ALTRO TIPO
F0	F00.83	290.43	DEMENTIA VASCOLARE, CON UMORE DEPRESSO	DEMENTIA VASCOLARE DI ALTRO TIPO

² Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN)

³ Titolate dell'Insegnamento di Psicopatologia Forense – Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica – Univ. di Roma “La Sapienza” – 1^a Facoltà di Medicina

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F0	F01.0			DEMENZA VASCOLARE AD ESORDIO ACUTO
F0	F01.1			DEMENZA VASCOLARE MULTI-INFARTUALE
F0	F01.2			DEMENZA VASCOLARE SUBCORTICALE
F0	F01.3			DEMENZA VASCOLARE MISTA CORTICALE E SUBCORTICALE
F0	F01.9			DEMENZA VASCOLARE NON SPECIFICATA
F0	F02			DEMENZA IN ALTRE MALATTIE CLASSIFICATE ALTROVE
F0	F02.0	294.10	DEMENZA DOVUTA A MALATTIA DI PICK	DEMENZA NELLA MALATTIA DI PICK
F0	F02.1	294.10	DEMENZA DOVUTA A MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB	DEMENZA NELLA MALATTIA CREUTZFELDT-JAKOB
F0	F02.2	294.1	DEMENZA DOVUTA A MALATTIA DI HUNTINGTON	DEMENZA NELLA MALATTIA DI HUNTINGTON
F0	F02.3	294.1	DEMENZA DOVUTA A MALATTIA DI PARKINSON	DEMENZA NELLA MALATTIA DI PARKINSON
F0	F02.4	294.9	DEMENZA DOVUTA A MALATTIA XIV	DEMENZA NELLA MALATTIA DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (XIV)
F0	F02.8	294.1	DEMENZA DOVUTA A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE NON ELENcata SOPRA)	DEMENZA IN ALTRE MALATTIE SPECIFICHE CLASSIFICATE ALTROVE
F0	F02.8	294.1	DEMENZA DOVUTA AD EEZIOLOGIE MOLTEPLICI	
F0	F02.8	294.1	DEMENZA DOVUTA A TRAUMA CRANICO	
F0	F03	294.8	DEMENZA NAS	DEMENZA NON SPECIFICATA
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F0	F04	294.8	DISTURBO AMNESTICO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	SINDROME AMNESTICA ORGANICA NON INDOTTA DA ALCOOL O DA SOSTANZE PSICOATTIVE DI ALTRO TIPO
F0	F05			DELIRIUM, NON INDOTTO DA ALCOOL O DA SOSTANZE PSICOATTIVE DI ALTRO TIPO
F0	F05.0	293.0	DELIRIUM DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	DELIRIUM NON SOVRAPPOSTO A DEMENZA
F0	F05.1	293.0		DELIRIUM SOVRAPPOSTO A DEMENZA

F0	F05.8	293.0		DELIRIUM DI ALTRO TIPO
F0	F05.9	780.09	DELIRIUM NAS	DELIRIUM NON SPECIFICATO
F0	F06			ALTRE SINDROMI PSICHICHE DOVUTE A DANNI O DISFUNZIONI CEREBRALI O A MALATTIE SOMATICHE
F0	F06.0	293.82	DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON ALLUCINAZIONI	ALLUCINOSI ORGANICA
F0	F06.1	293.89	DISTURBO CATATONICO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	SINDROME CATATONICA ORGANICA
F0	F06.2	293.81	DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON DELIRI	SINDROME DELIRANTE (SCHIZOFRENO-SIMILE) ORGANICA
F0	F06.3	293.83	DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	SINDROME AFFETTIVA ORGANICA
F0	F06.30	293.83	DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON MANIFESTAZIONI MANIACALI	SINDROME MANIACALE ORGANICA
F0	F06.31	293.83		SINDROME BIPOLARE ORGANICA
F0	F06.32	293.83	DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON MANIFESTAZIONI DEPRESSIVE	SINDROME DEPRESSIVA ORGANICA
F0	F06.32	293.83	DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON EPISODIO SIMIL-DEPRESSIVO MAGGIORE	
F0	F06.33	293.83	DISTURBO DELL'UMORE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE) CON MANIFESTAZIONI MISTE	SINDROME AFFETTIVA MISTA ORGANICA
F0	F06.4	293.89	DISTURBO D'ANSIA DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	SINDROME ANSIOSA ORGANICA
F0	F06.5			SINDROME DISSOCIATIVA ORGANICA
F0	F06.6			SINDROME ORGANICA DI LABILITA' EMOZIONALE (ASTENICA)
F0	F06.7			SINDROME COGNITIVA LIEVE

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F0	F06.70			NON ASSOCIATA AD UNA MALATTIA SOMATICA SISTEMICA
F0	F06.71			ASSOCIATA AD UNA MALATTIA SOMATICA SISTEMICA
F0	F06.8			ALTRE SINDROMI PSICHICHE SPECIFICHE DOVUTE A DANNI O DISFUNZIONE CEREBRALE O A MALATTIE SOMATICHE
F0	F06.9	294.9	DISTURBO COGNITIVO NAS	SINDROME PSICHICA NON SPECIFICATA DOVUTA A DANNO O DISFUNZIONE CEREBRALE O A MALATTIE SOMATICHE
F0	F07			SINDROMI E DISTURBI A CARICO DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO DOVUTI A MALATTIA, DANNO O DISFUNZIONE CEREBRALE
F0	F07.0	310.1	MODIFICAZIONI DELLA PERSONALITA' DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	DISTURBO DI PERSONALITA' ORGANICO
F0	F07.1			SINDROME POST-ENCEFALITICA
F0	F07.2			SINDROME POST-COMMOTIVA
F0	F07.8			SINDROME O DISTURBO ORGANICO DI ALTRO TIPO A CARICO DELLA PERSONALITA' O DEL COMPORTAMENTO DOVUTO A MALATTIA, DANNO O DISFUNZIONE CEREBRALE
F0	F07.9			SINDROME O DISTURBO NON SPECIFICATO A CARICO DELLA PERSONALITA' O DEL COMPORTAMENTO DOVUTO A MALATTIA, DANNO O DISFUNZIONE CEREBRALE
Gruppo -10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F0	F09	293.9	DISURBO MENTALE NAS DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	SINDROMI O DISTURBI PSICHICI ORGANICI O SINTOMATICI NON SPECIFICATI
F1	F1			SINDROMI E DISTURBUI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE
F1	F10.03	291.0	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE ALCOOLICA	
F1	F10.1	305.00	ABUSO DA ALCOOL	
F1	F10.20	303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F10.20	303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE	

			PROTRATTA PARZIALE	
F1	F10.21	303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F10.22	303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, IN TERAPIA AGONISTA	
F1	F10.24	303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F10.3	291.8	ASTINENZA ALCOOLICA	
F1	F10.4	291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA ALCOOLICA	
F1	F10.51	291.5	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALCOOL, CON DELIRI	
F1	F10.52	291.3	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALCOOL, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F10.6	291.1	DISTURBO AMNESTICO PERSISTENTE INDOTTO DA ALCOOL	
F1	F10.73	291.2	DEMENTIA PERSISTENTE INDOTTA DA ALCOOL	
F1	F10.8	291.8	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA ALCOOL	
F1	F10.8	291.8	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA ALCOOL	
F1	F10.8	291.8	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA ALCOOL	
F1	F10.8	291.8	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA ALCOOL	
F1	F10.9	291.9	DISTURBO CORRELATO ALL'ALCOOL NAS	
F1	F11.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA OPIACEI	
F1	F11.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA OPIACEI	
F1	F11.04	292.89	INTOSSICAZIONE DA OPIACEI, CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F11.1	305.50	ABUSO DI OPIACEI	
F1	F11.20	304.00	DIPENDENZA DA OPIACEI, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F11.20	304.00	DIPENDENZA DA OPIACEI, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F1	F11.21	304.00	DIPENDENZA DA OPIACEI, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F11.22	304.00	DIPENDENZA DA OPIACEI, IN TERAPIA AGONISTA	
F1	F11.24	304.00	DIPENDENZA DA OPIACEI, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F11.3	292.0	ASTINENZA DA OPIACEI	
F1	F11.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA OPIACEI, CON DELIRI	
Gruppo	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F1	F11.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA OPIACEI, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F11.8	292.89	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA OPIACEI	
F1	F11.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA OPIACEI	
F1	F11.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA OPIACEI	
F1	F11.9	292.9	DISTURBO CORRELATO AGLI OPIACEI NAS	
F1	F12.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA CANNABIS	
F1	F12.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA CANNABIS	
F1	F12.04	292.89	INTOSSICAZIONE DA CANNABIS, CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F12.1	305.20	ABUSO DI CANNABIS	
F1	F12.20	304.30	DIPENDENZA DA CANNABIS, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F12.20	304.30	DIPENDENZA DA CANNABIS, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F12.21	304.30	DIPENDENZA DA CANNABIS, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F12.24	304.30	DIPENDENZA DA CANNABIS, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F12.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA CANNABIS, CON DELIRI	

F1	F12.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA CANNABIS, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F12.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA CANNABIS	
F1	F12.9	292.9	DISTURBO CORRELATO ALLA CANNABIS NAS	
F1	F13.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.03	291.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.1	305.40	ABUSO DI SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.20	304.10	DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F13.20	304.10	DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F13.21	304.10	DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F13.22	304.10	DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, IN TERAPIA AGONISTA	
F1	F13.24	304.10	DIPENDENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F13.3	292.0	ASTINENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.4	292.81	DELIRIUM DA ASTINENZA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, CON DELIRI	
F1	F13.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F13.6	292.83	DISTURBO AMNESTICO PERSISTENTE INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.73	292.82	DEMENTIA PERSISTENTE INDOTTA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
Gruppo ICD-10	Codice ICD- 10	Codice DSM- IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10

F1	F13.8	292.89	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI	
F1	F13.9	292.9	DISTURBO CORRELATO AI SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI NAS	
F1	F14.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA COCAINA	
F1	F14.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA COCAINA	
F1	F14.04	292.89	INTOSSICAZIONE DA COCAINA, CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F14.1	305.60	ABUSO DI COCAINA	
F1	F14.20	304.20	DIPENDENZA DA COCAINA, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F14.20	304.20	DIPENDENZA DA COCAINA, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F14.21	304.20	DIPENDENZA DA COCAINA, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F14.24	304.20	DIPENDENZA DA COCAINA, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F14.3	292.0	ASTINENZA DA COCAINA	
F1	F14.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA COCAINA, CON DELIRI	
F1	F14.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SEDATIVI, IPNOTICI O ANSIOLITICI, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F14.8	292.89	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA COCAINA	
F1	F14.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA COCAINA	
F1	F14.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA COCAINA	
F1	F14.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA COCAINA	

F1	F14.9	292.9	DISTURBO CORRELATO ALLA COCAINA NAS	
F1	F15.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA ANFETAMINE	
F1	F15.00	305.90	INTOSSICAZIONE DA CAFFEINA	
F1	F15.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA ANFETAMINE	
F1	F15.04	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA ANFETAMINE, CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F15.1	305.70	ABUSO DI ANFETAMINE	
F1	F15.20	304.40	DIPENDENZA DA ANFETAMINE, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F15.20	304.40	DIPENDENZA DA ANFETAMINE, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F15.21	304.40	DIPENDENZA DA ANFETAMINE, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F15.24	304.40	DIPENDENZA DA ANFETAMINE, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F15.3	292.0	ASTINENZA DA ANFETAMINE	

Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F1	F15.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ANFETAMINE, CON DELIRI	
F1	F15.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ANFETAMINE, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F15.8	292.89	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA ANFETAMINE	
F1	F15.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA ANFETAMINE	
F1	F15.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA CAFFEINA	
F1	F15.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA ANFETAMINE	
F1	F15.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA CAFFEINA	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F1	F15.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA ANFETAMINE	
F1	F15.9	292.9	DISTURBO CORRELATO ALLE ANFETAMINE NAS	
F1	F15.9	292.9	DISTURBO CORRELATO ALLA CAFFEINA NAS	
F1	F16.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA ALLUCINOGENI	
F1	F16.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA ALLUCINOGENI	
F1	F16.1	305.30	ABUSO DI ALLUCINOGENI	
F1	F16.20	304.50	DIPENDENZA DA ALLUCINOGENI, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F16.20	304.50	DIPENDENZA DA ALLUCINOGENI, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F16.21	304.50	DIPENDENZA DA ALLUCINOGENI, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F16.24	304.50	DIPENDENZA DA ALLUCINOGENI, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F16.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALLUCINOGENI, CON DELIRI	
F1	F16.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA ALLUCINOGENI, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F16.70	292.89	DISTURBO PERCETTIVO PERSISTENTE DA ALLUCINOGENI (<i>FLASHBACKS</i>)	
F1	F16.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA ALLUCINOGENI	
F1	F16.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA ALLUCINOGENI	
F1	F16.9	292.9	DISTURBO CORRELATO AGLI ALLUCINOGENI NAS	
F1	F17.20	305.10	DIPENDENZA DA NICOTINA, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F17.20	305.10	DIPENDENZA DA NICOTINA, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F17.21	305.10	DIPENDENZA DA NICOTINA, IN AMBIENTE CONTROLLATO	

F1	F17.22	305.10	DIPENDENZA DA NICOTINA, IN TERAPIA AGONISTA	
F1	F17.24	305.10	DIPENDENZA DA NICOTINA, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F17.3	292.0	ASTINENZA DA NICOTINA	
F1	F17.9	292.9	DISTURBO CORRELATO ALLA NICOTINA NAS	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F1	F18.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA INALANTI	
F1	F18.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA INALANTI	
F1	F18.1	305.90	ABUSO DI INALANTI	
F1	F18.20	304.60	DIPENDENZA DA INALANTI, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F18.20	304.60	DIPENDENZA DA INALANTI, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F18.21	304.60	DIPENDENZA DA INALANTI, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F18.24	304.60	DIPENDENZA DA INALANTI, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F18.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA INALANTI, CON DELIRI	
F1	F18.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA INALANTI, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F18.73	292.82	DEMENTIA PERSISTENTE INDOTTA DA INALANTI	
F1	F18.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA INALANTI	
F1	F18.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA INALANTI	
F1	F18.9	292.9	DISTURBO CORRELATO AGLI INALANTI NAS	
F1	F19.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA FENCICLIDINA	
F1	F19.00	292.89	INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.03	292.81	DELIRIUM DA INTOSSICAZIONE DA FENCICLIDINA	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F1	F19.03	292.81	DELIRIUM INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.04	292.89	INTOSSICAZIONE DA FENCICLIDINA, CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F19.04	292.89	INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), CON ALTERAZIONI PERCETTIVE	
F1	F19.1	305.90	ABUSO DI FENCICLIDINA	
F1	F19.1	305.90	ABUSO DI SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.20	304.90	DIPENDENZA DA FENCICLIDINA	
F1	F19.20	304.90	DIPENDENZA DA FENCICLIDINA, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F19.20	304.90	DIPENDENZA DA FENCICLIDINA, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F19.20	304.80	DIPENDENZA DA PIU' SOSTANZE, REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F19.20	304.80	DIPENDENZA DA PIU' SOSTANZE, REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F19.20	304.90	DIPENDENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), REMISSIONE INIZIALE COMPLETA/REMISSIONE INIZIALE PARZIALE	
F1	F19.20	304.90	DIPENDENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), REMISSIONE PROTRATTA COMPLETA/REMISSIONE PROTRATTA PARZIALE	
F1	F19.21	304.90	DIPENDENZA DA FENCICLIDINA, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F19.21	304.80	DIPENDENZA DA PIU' SOSTANZE, IN AMBIENTE CONTROLLATO	
F1	F19.21	304.90	DIPENDENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), IN AMBIENTE CONTROLLATO	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10

F1	F19.22	304.90	DIPENDENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), IN TERAPIA AGONISTA	
F1	F19.24	304.90	DIPENDENZA DA FENCICLIDINA, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F19.24	304.80	DIPENDENZA DA PIU' SOSTANZE, LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F19.24	304.90	DIPENDENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), LIEVE/MODERATA/GRAVE	
F1	F19.3	292.0	ASTINENZA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.03	292.81	DELIRIUM INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.4	292.81	DELIRIUM INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), CON INIZIO DURANTE L'ASTINENZA	
F1	F19.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA FENCICLIDINA, CON DELIRI	
F1	F19.51	292.11	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), CON DELIRI	
F1	F19.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA FENCICLIDINA, CON ALLUCINAZIONI	
F1	F19.52	292.12	DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE), CON ALLUCINAZIONI	
F1	F19.6	292.83	DISTURBO AMNESTICO PERSISTENTE INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.73	292.82	DEMENTIA PERSISTENTE INDOTTA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.8	292.89	DISFUNZIONE SESSUALE INDOTTA DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA FENCICLIDINA	
F1	F19.8	292.89	DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.8	292.89	DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	
F1	F19.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA FENCICLIDINA	
F1	F19.8	292.84	DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE)	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F1	F19.9	292.9	DISTURBO CORRELATO A FENCICLIDINA NAS	
F1	F19.9	292.9	DISTURBO CORRELATO A SOSTANZE DIVERSE (O SCONOSCIUTE) NAS	
F1	F10			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI ALCOOL
F1	F11			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI OPIOIDI
F1	F12			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI CANNABINOIDI
F1	F13			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI FARMACI SEDATIVI O IPNOTICI
F1	F14			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI COCAINA
F1	F15			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI ALTRI STIMOLANTI, COMPRESA LA CAFFEINA
F1	F16			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI ALLUCINOGENI
F1	F17			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI TABACCO
F1	F18			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI SOVENTI VOLATILI
F1	F19			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTI DOVUTI ALL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE MULTIPLE O DI ALTRE SOSTANZE PSICOATTIVE
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F2	F2		SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI	SCHIZOFRENIA, SINDROME SCHIZOTIPICA E SINDROMI DELIRANTI
F2	F20			SCHIZOFRENIA
F2	F20.0	295.30	SCHIZOFRENIA TIPO PARANOIDE	SCHIZOFRENIA PARANOIDE
F2	F20.00	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, CONTINUO	
F2	F20.02	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, EPISODICO CON SINTOMI RESIDUI INTERCRITICI	
F2	F20.03	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, EPISODICO CON NESSUN SINTOMO RESIDUO INTERCRITICO	

F2	F20.04	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE PARZIALE	
F2	F20.05	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE COMPLETA	
F2	F20.08	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, MODALITA' DIVERSA O NON SPECIFICATA	
F2	F20.09	295.30	SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, MENO DI UN ANNO DALL'ESORDIO DEI SINTOMI INIZIALI DELLA FASE ATTIVA	
F2	F20.1	295.10	SCHIZOFRENIA TIPO DISORGANIZZATO	SCHIZOFRENIA EBEFRENICA
F2	F20.10	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, CONTINUO	
F2	F20.12	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, EPISODICO CON SINTOMI RESIDUI INTERCRITICI	
F2	F20.13	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, EPISODICO CON NESSUN SINTOMO RESIDUO INTERCRITICO	
F2	F20.14	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE PARZIALE	
F2	F20.15	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE COMPLETA	
F2	F20.18	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, MODALITA' DIVERSA O NON SPECIFICATA	
F2	F20.19	295.10	SCHIZOFRENIA, TIPO DISORGANIZZATO, MENO DI UN ANNO DALL'ESORDIO DEI SINTOMI INIZIALI DELLA FASE ATTIVA	
F2	F20.2	295.20	SCHIZOFRENIA TIPO CATATONICO	SCHIZOFRENIA CATATONICA
F2	F20.20	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, CONTINUO	
F2	F20.22	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, EPISODICO CON SINTOMI RESIDUI INTERCRITICI	
F2	F20.23	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, EPISODICO CON NESSUN SINTOMO RESIDUO INTERCRITICO	
F2	F20.24	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

			PARZIALE	
F2	F20.25	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE COMPLETA	
F2	F20.28	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, MODALITA' DIVERSA O NON SPECIFICATA	
F2	F20.29	295.20	SCHIZOFRENIA, TIPO CATATONICO, MENO DI UN ANNO DALL'ESORDIO DEI SINTOMI INIZIALI DELLA FASE ATTIVA	
F2	F20.3	295.90	SCHIZOFRENIA TIPO INDIFFERENZIATO	SCHIZOFRENIA INDIFFERENZIATA
F2	F20.30	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, CONTINUO	
F2	F20.32	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, EPISODICO CON SINTOMI RESIDUI INTERCRITICI	
F2	F20.33	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, EPISODICO CON NESSUN SINTOMO RESIDUO INTERCRITICO	
F2	F20.34	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE PARZIALE	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F2	F20.35	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE COMPLETA	
F2	F20.38	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, MODALITA' DIVERSA O NON SPECIFICATA	
F2	F20.39	295.90	SCHIZOFRENIA, TIPO INDIFFERENZIATO, MENO DI UN ANNO DALL'ESORDIO DEI SINTOMI INIZIALI DELLA FASE ATTIVA	
F2	F.20.4			DEPRESSIONE POST-SCHIZOFRENICA
F2	F20.5	295.60	SCHIZOFRENIA TIPO RESIDUO	SCHIZOFRENIA RESIDUA
F2	F20.50	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, CONTINUO	
F2	F20.52	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, EPISODICO CON SINTOMI RESIDUI	

			INTERCRITICI	
F2	F20.53	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, EPISODICO CON NESSUN SINTOMO RESIDUO INTERCRITICO	
F2	F20.54	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE PARZIALE	
F2	F20.55	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, EPISODIO SINGOLO IN REMISSIONE COMPLETA	
F2	F20.58	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, MODALITA' DIVERSA O NON SPECIFICATA	
F2	F20.59	295.60	SCHIZOFRENIA, TIPO RESIDUO, MENO DI UN ANNO DALL'ESORDIO DEI SINTOMI INIZIALI DELLA FASE ATTIVA	
F2	F20.6			SCHIZOFRENIA SIMPLEX
F2	F20.8	295.40	DISTURBO SCHIZOFRENIFORME	SCHIZOFRENIA DI ALTRO TIPO
F2	F20.9			SCHIZOFRENIA NON SPECIFICATA
F2	F21	301.22	DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITA'	SINDROME SCHIZOTIPICA
F2	F22.0	297.1	DISTURBO DELIRANTE	SINDROME DELIRANTE
F2	F22.8			ALTRE SINDROMI DELIRANTI PERSISTENTI
F2	F22.9			SINDROME DELIRANTE PERSISTENTE NON SPECIFICATA
F2	F23			SINDROMI PSICOTICHE ACUTE E TRANSITORIE
F2	F23.0			SINDROME PSICOTICA ACUTA POLIMORFA SENZA SINTOMI SCHIZOFRENICI
F2	F23.1			SINDROME PSICOTICA ACUTA POLIMORFA CON SINTOMI SCHIZOFRENICI
F2	F23.2			SINDROME PSICOTICA ACUTA SCHIZOFRENO-SIMILE
F2	F23.3			ALTRE SINDROMI PSICOTICHE ACUTE PREVALENTEMENTE DELIRANTI
F2	F23.8			ALTRE SINDROMI PSICOTICHE ACUTE E TRANSITORIE
F2	F23.80	298.8	DISTURBO PSICOTICO BREVE SENZA RILEVANTE(I) FATTORE(I) DI STRESS, CON INIZIO NEL POSTPARTUM ,	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F2	F23.81	298.8	DISTURBO PSICOTICO BREVE CON RILEVANTE(I) FATTORE(I) DI STRESS, CON INIZIO NEL POSTPARTUM ,	
F2	F23.9			SINDROME PSICOTICA ACUTA E TRANSITORIA NON SPECIFICATA
F2	F24	297.3	DISTURBO PSICOTICO CONDIVISO (FOLIE à DEUX)	SINDROME DELIRANTE INDOTTA
F2	F25	295.70	DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO	SINDROME SCHIZOAFFETTIVE
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F2	F25.0	295.70	DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO TIPO BIPOLARE	SINDROME SCHIZOAFFETTIVA, TIPO MANIACALE
F2	F25.1	295.70	DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO TIPO DEPRESSIVO	SINDROME SCHIZOAFFETTIVA, TIPO DEPRESSIVO
F2	F25.2	295.70	DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO TIPO BIPOLARE	SINDROME SCHIZOAFFETTIVA, TIPO MISTO
F2	F25.8	295.70		SINDROMI SCHIZOAFFETTIVE, DI ALTRO TIPO
F2	F25.9	295.70		SINDROME SCHIZOAFFETTIVA NON SPECIFICATA
F2	F28			ALTRE SINDROMI PSICOTICHE NON ORGANICHE
F2	F29	298.9	DISTURBO PSICOTICO NAS	PSICOSI NON ORGANICA NON SPECIFICATA
F3	F3		DISTURBI DELL'UMORE	SINDROMI AFFETTIVE
F3	F30			EPISODIO MANIACALE
F3	F30.0			IPOMANIA
F3	F30.1	296.01	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, LIEVE	
F3	F30.1	296.01	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, MODERATO	
F3	F30.1	296.01	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	MANIA SENZA SINTOMI PSICOTICI
F3	F30.2	296.02	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	MANIA CON SINTOMI PSICOTICI

F3	F30.20			MANIA CON SINTOMI PSICOTICI CONGRUI ALL'UMORE
F3	F30.21			MANIA CON SINTOMI PSICOTICI INCONGRUI ALL'UMORE
F3	F30.8	296.08	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, IN REMISSIONE PARZIALE	EPISODIO MANIACALE DI ALTRO TIPO
F3	F30.8	296.08	DISTURBO BIPOLARE I, SINGOLO EPISODIO MANIACALE, IN REMISSIONE COMPLETA	
F3	F30.9			EPISODIO MANIACALE NON SPECIFICATO
F3	F31			SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE
F3	F31.0	296.40	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO IPOMANIACALE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO IPOMANIACALE
F3	F31.1	296.41	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, LIEVE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MANIACALE SENZA SINTOMI PSICOTICI
F3	F31.1	296.41	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, MODERATO	
F3	F31.1	296.41	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	
F3	F31.2	296.42	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MANIACALE CON SINTOMI PSICOTICI
F3	F31.20			SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MANIACALE CON SINTOMI PSICOTICI CONGRUI ALL'UMORE
F3	F31.21			SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MANIACALE CON SINTOMI PSICOTICI INCONGRUI ALL'UMORE
F3	F31.7	296.47	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, IN REMISSIONE PARZIALE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
F3	F31.7	296.47	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MANIACALE, IN REMISSIONE COMPLETA	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
F3	F31.3	296.53	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, LIEVE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO LIEVE O MEDIO
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F3	F31.3	296.53	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, MODERATO	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO LIEVE O MEDIO

F3	F31.30			"SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO LIEVE O MEDIO SENZA SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F31.31			"SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO LIEVE O MEDIO CON SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F31.4	296.54	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI
F3	F31.5	296.55	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI
F3	F31.50			SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI CONGRUI ALL'UMORE
F3	F31.51			SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI INCONGRUI ALL'UMORE
F3	F31.7	296.57	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, IN REMISSIONE PARZIALE	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
F3	F31.7	296.57	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO DEPRESSIVO, IN REMISSIONE COMPLETA	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
F3	F31.6	296.60	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MISTO
F3	F31.6	296.61	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, LIEVE	
F3	F31.6	296.61	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, MODERATO	
F3	F31.6	296.61	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	
F3	F31.6	296.62	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE CONGRUE ALL'UMORE	
F3	F31.6	296.62	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE CONGRUE ALL'UMORE	
F3	F31.6	296.67	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, IN REMISSIONE PARZIALE	

F3	F31.6	296.67	DISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO MISTO, IN REMISSIONE PARZIALE	
F3	F31.8	296.89	BISTURBO BIPOLARE II	ALTRE SINDROMI AFFETTIVE BIPOLARI
F3	F31.9	296.80	BISTURBO BIPOLARE NON SPECIFICATO	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE NON SPECIFICATA
F3	F31.9	296.80	BISTURBO BIPOLARE I, PIU' RECENTE EPISODIO NON SPECIFICATO	
F3	F32			EPISODIO DEPRESSIVO
F3	F32.0	296.20	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, LIEVE	EPISODIO DEPRESSIVO LIEVE
F3	F32.00			"EPISODIO DEPRESSIVO LIEVE SENZA SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F32.01			"EPISODIO DEPRESSIVO LIEVE CON SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F32.1	296.21	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, MODERATO	EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO MEDIO LIEVE
F3	F32.10			"EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO MEDIO LIEVE SENZA SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F32.11			"EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO MEDIO LIEVE CON SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F32.2	296.22	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI
F3	F32.3	296.23	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F3	F32.30			EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI CONGRUI ALL'UMORE
F3	F32.31			EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI INCONGRUI ALL'UMORE
F3	F32.4	296.24	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, IN REMISSIONE COMPLETA	
F3	F32.4	296.24	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, IN REMISSIONE PARZIALE	
F3	F32.8			ALTRI EPISODI DEPRESSIVI

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F3	F32.9	296.29	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, SINGOLO EPISODIO, NON SPECIFICATO	EPISODIO DEPRESSIVO NON SPECIFICATO
F3	F32.9	311	DISTURBO DEPRESSIVO NON SPECIFICATO	
F3	F33			SINDROMI DEPRESSIVA RICORRENTE
F3	F33.0	296.30	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, LIEVE	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE LIEVE
F3	F33.00			"SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE LIEVE SENZA SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F33.01			"SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE LIEVE CON SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F33.1	296.31	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, MODERATO	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, ATTUALE EPISODIO DI GRAVITA' MEDIA
F3	F33.10			"SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, ATTUALE EPISODIO DI GRAVITA' MEDIA SENZA SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F33.11			"SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, ATTUALE EPISODIO DI GRAVITA' MEDIA CON SINDROME ""BIOLOGICA""
F3	F33.2	296.32	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, GRAVE SENZA MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI
F3	F33.3	296.33	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, GRAVE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI
F3	F33.30			SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI CONGRUI ALL'UMORE
F3	F33.31			SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI INCONGRUI ALL'UMORE
F3	F33.4	296.34	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, IN REMISSIONE COMPLETA	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
F3	F33.4	296.34	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, IN REMISSIONE PARZIALE	
F3	F33.8			ALTRE SINDROMI DEPRESSIVE RICORRENTI
F3	F33.9	296.39	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE, NON SPECIFICATO	SINDROME DEPRESSIVA RICORRENTE NON SPECIFICATA
F3	F34			SINDROME DELIRANTE INDOTTA

F3	F34.0	301.13	DISTURBO CICLOTIMICO	CICLOTIMIA
F3	F34.1	300.4	DISTURBO DISTIMICO	DISTIMIA
F3	F34.8			ALTRE SINDROMI AFFETTIVE PERSISTENTI
F3	F34.9			SINDROME DEPRESSIVA PERSISTENTE NON SPECIFICATA
F3	F38			ALTRE SINDROMI AFFETTIVE
F3	F38.0			EPISODI AFFETTIVI SINGOLI DI ALTRO TIPO
F3	F38.00			EPISODIO AFFETTIVO MISTO
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F3	F38.1			ALTRE SINDROMI AFFETTIVE RICORRENTI
F3	F38.10			SINDROME DEPRESSIVA BREVE RICORRENTE
F3	F38.8			ALTRE SINDROMI AFFETTIVE SPECIFICATE
F3	F39	296.90	DISTURBO DELL'UMORE NAS	SINDROME AFFETTIVA NON SPECIFICATA
F4	F4			SINDROMI FOBICHE, LEGATE A STRESS E SOMATOFORMI
F4	F40			SINDROMI FOBICHE
F4	F40.0			AGORAFOBIA
F4	F40.00	300.22	AGORAFOBIA SENZA ANAMNESI DI DISTURBO DI PANICO	AGORAFOBIA SENZA SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO
F4	F40.01	300.21	DISTURBO DI PANICO CON AGORAFOBIA	AGORAFOBIA CON SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO
F4	F40.1	300.23	FOBIA SOCIALE	FOBIE SOCIALI
F4	F40.2	300.29	FOBIA SPECIFICA	FOBIE SPECIFICHE (ISOLATE)
F4	F40.8			ALTRE SINDROMI FOBICHE

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F4	F40.9			SINDROME FOBICA NON SPECIFICATA
F4	F41			ALTRE SINDROMI ANSIOSE
F4	F41.0	300.01	DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA	SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO (ANSIA EPISODICA PAROSSISTICA)
F4	F41.00			SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO (ANSIA EPISODICA PAROSSISTICA) DI GRAVITA' MEDIA
F4	F41.01			SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO (ANSIA EPISODICA PAROSSISTICA) GRAVE
F4	F41.1	300.02	DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO	SINDROME ANSIOSA GENERALIZZATA
F4	F41.2			SINDROME MISTA ANSIOSO-DEPRESSIVA
F4	F41.3			ALTRE SINDROMI ANSIOSE MISTE
F4	F41.8			ALTRE SINDROMI ANSIOSE SPECIFICATE
F4	F41.9	300.00	DISTURBO D'ANSIA NAS	SINDROME ANSIOSA NON SPECIFICATA
F4	F42			SINDROME OSSESSIVO-COMPULSIVA
F4	F42.0			PREVALENTI PENSIERI E RUMINAZIONI OSSESSIVE
F4	F42.1			PREVALENTI AZIONI COMPULSIVE (RITUALI OSSESSIVI)
F4	F42.2			ASSOCIAZIONE DI PENSIERI OSSESSIVI E AZIONI COMPULSIVE
F4	F42.8	300.3	DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	ALTRE SINDROMI OSSESSIVO-COMPULSIVE
F4	F42.9			SINDROME OSSESSIVO-COMPULSIVA NON SPECIFICATA
F4	F43			REAZIONI A GRAVI STRESS E SINDROMI DA DISADATTAMENTO
F4	F43.0	308.3	DISTURBO ACUTO DA STRESS	REAZIONE ACUTA DA STRESS
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F4	F43.00			REAZIONE ACUTA DA STRESS LIEVE
F4	F43.01			REAZIONE ACUTA DA STRESS DI GRAVITA' MEDIA

F4	F43.02			REAZIONE ACUTA DA STRESS GRAVE
F4	F43.1	309.81	DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS	SINDROME POST-TRAUMATICA DA STRESS
F4	F43.2			SINDROMI DI DISADATTAMENTO
F4	F43.20	309.0	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO, CON UMORE DEPRESSO	SINDROMI DI DISADATTAMENTO REAZIONE DEPRESSIVA BREVE
F4	F43.21			SINDROMI DI DISADATTAMENTO REAZIONE DEPRESSIVA PROLUNGATA
F4	F43.22	309.28	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO, CON ANSIA E UMORE DEPRESSO MISTI	SINDROMI DI DISADATTAMENTO REAZIONE MISTA ANSIOSO-DEPRESSIVA
F4	F43.23			SINDROMI DI DISADATTAMENTO CON DISTURBO PREVALENTE DI ALTRI ASPETTI EMOZIONALI
F4	F43.24	309.3	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO, CON ALTERAZIONE DELLA CONDOTTA	SINDROMI DI DISADATTAMENTO CON PREVALENTE DISTURBO DELLA CONDOTTA
F4	F43.25	309.4	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO, CON ALTERAZIONE MISTA DELL'EMOTIVITA' E DELLA CONDOTTA	SINDROMI DI DISADATTAMENTO MISTO DELLE EMOZIONI E DELLA CONDOTTA
F4	F43.28	309.24	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO, CON ANSIA	SINDROMI DI DISADATTAMENTO CON ALTRI SINTOMI PREDOMINANTI SPECIFICI
F4	F43.8			ALTRE REAZIONI AD UN GRAVE STRESS
F4	F43.9	309.9	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO NAS	REAZIONE NON SPECIFICATA AD UN GRAVE STRESS
F4	F44			SINDROMI DISSOCIATIVE (DA CONVERSIONE)
F4	F44.0	300.12	AMNESIA DISSOCIATIVA	AMNESIA DISSOCIATIVA
F4	F44.1	300.13	FUGA DISSOCIATIVA	FUGA DISSOCIATIVA
F4	F44.2			STUPORE DISSOCIATIVO
F4	F44.3			SINDROMI DI TRANCE E DI POSSESSIONE
F4	F44.4	300.11	DISTURBO DI CONVERSIONE, CON SINTOMI O DEFICIT MOTORI	SINDROMI DISSOCIATIVE MOTORIE
F4	F44.5	300.11	DISTURBO DI CONVERSIONE, CON ATTACCHI EPILETTIFORMI O	CONVULSIONI DISSOCIATIVE

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
			CONVULSIONI	
F4	F44.6	300.11	DISTURBO DI CONVERSIONE, CON SINTOMI O DEFICIT SENSITIVI	ANESTESIA E PERDITA SENSORIALE DISSOCIATIVE
F4	F44.7	300.11	DISTURBO DI CONVERSIONE, CON SINTOMATOLOGIA MISTA	SINDROMI DISSOCIATIVE (DA CONVERSIONE) MISTE
F4	F44.8			ALTRE SINDROMI DISSOCIATIVE (DA CONVERSIONE)
F4	F44.80			SINDROME DI GANSER
F4	F44.81	300.14	DISTURBO DISSOCIATIVO DELL'IDENTITA'	SINDROME DI PERSONALITA' MULTIPLA O
F4	F44.82			SINDROMI DISSOCIATIVE (DA CONVERSIONE) TRANSITORIE CHE SI MANIFESTANO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA
F4	F44.88			ALTRE SINDROMI DISSOCIATIVE (DA CONVERSIONE) SPECIFICATE
F4	F44.9	300.15	DISTURBO DISSOCIATIVO NAS	SINDROME DISSOCIATIVA (DA CONVERSIONE) NON SPECIFICATA
F4	F45			SINDROMI SOMATOFORMI
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
F4	F45.0	300.81	DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE	SINDROME DA SOMATIZZAZIONE
F4	F45.1	300.81	DISTURBO SOMATOFORME INDIFFERENZIATO	SINDROME SOMATOFORME INDIFFERENZIATA
F4	F45.2	300.7	DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO	SINDROME IPOCONDRIACA
F4	F45.2	300.7	IPOCONDRIA	
F4	F45.3			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME
F4	F45.30			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME CUORE E SISTEMA CARDIO-VASCOLARE
F4	F45.31			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME TRATTO GASTRO-INTESTINALE SUPERIORE
F4	F45.32			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME TRATTO GASTRO-INTESTINALE INFERIORE
F4	F45.33			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME SISTEMA RESPIRATORIO

F4	F45.34			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME GENITO-URINARIO
F4	F45.38			DISFUNZIONE VEGETATIVA SOMATOFORME ALTRO ORGANO O SISTEMA
F4	F45.4		DISTURBO ALGICO	SINDROME SOMATOFORME DA DOLORE PERSISTENTE
F4	F45.4	307.80	DISTURBO ALGICO ASSOCIATO CON FATTORI PSICOLOGICI	
F4	F45.4	307.89	DISTURBO ALGICO ASSOCIATO CON FATTORI PSICOLOGICI E CON UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE	
F4	F45.8			ALTRE SINDROMI SOMATOFORMI
F4	F45.9	300.81	DISTURBO SOMATOFORME NAS	SINDROME SOMATOFORME NON SPECIFICATA
F4	F48			ALTRE SINDROMI NEVROTICHE
F4	F48.0			NEVRASTENIA
F4	F48.1	300.6	DISTURBO DI DEPERSONALIZZAZIONE	SINDROME DA DEPERSONALIZZAZIONE- DEREALIZZAZIONE
F4	F48.8			ALTRE SINDROMI NEVROTICHE SPECIFICATE
F4	F48.9			SINDROME NEVROTICA NON SPECIFICATA
F5	F5			SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI ASSOCIATI AD ALTERAZIONI DELLE FUNZIONI FISIOLOGICHE E A FATTORI SOMATICI
F5	F50			SINDROMI E DISTURBI DA ALTERATO COMPORTAMENTO
F5	F50.0	307.1	ANORESSIA NERVOSA	ANORESSIA NERVOSA
F5	F50.1			ANORESSIA NERVOSA ATIPICA
F5	F50.2	307.51	BULIMIA NERVOSA	BULIMIA NERVOSA
F5	F50.3			BULIMIA NERVOSA ATIPICA
F5	F50.4			IPERALIMENTAZIONE ASSOCIATA CON ALTRI DISTURBI PSICOLOGICI
F5	F50.5			VOMITO ASSOCIATO CON ALTRI DISTURBI PSICOLOGICI

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
F5	F50.8			ALTRE SINDROMI O DISTURBI DA ALTERATO COMPORTAMENTO ALIMENTARE
F5	F50.9	307.50	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NAS	SINDROMI O DISTURBI NON SPECIFICATI DA ALTERATO COMPORTAMENTO ALIMENTARE
F5	F51			DISTURBI NON ORGANICI DEL SONNO
F5	F51.0	307.42	INSONNIA CORRELATA A (INDICARE IL DISTURBO DELL'ASSE I O DELL'ASSE II)	INSONNIA NON ORGANICA
F5	F51.0	307.42	INSONNIA PRIMARIA	
F5	F51.1	307.44	IPERSONNIA CORRELATA A (INDICARE IL DISTURBO DELL'ASSE I O DELL'ASSE II)	IPERSONNIA NON ORGANICA
F5	F51.1	307.44	IPERSONNIA PRIMARIA	
F5	F51.2	307.45	DISTURBO DEL RITMO CIRCADIANO DEL SONNO	DISTURBO NON ORGANICO DEL RITMO SONNO-VEGLIA
F5	F51.3	307.46	DISTURBO DA SONNAMBULISMO	SONNAMBULISMO
F5	F51.4	307.46	DISTURBO DA TERRORE NEL SONNO	TERRORI DA SONNO
F5	F51.5	307.47	DISTURBO DA INCUBI	INCUBI
F5	F51.8	307.47	PARASONNIA NAS	ALTRI DISTURBI NON ORGANICI DEL SONNO
F5	F51.9	307.47	DISSONNIA NAS	DISTURBO NON ORGANICO DEL SONNO NON SPECIFICATO
F5	F52			DISFUNZIONI SESSUALI NON CAUSATE DA SINDROMI O MALATTIE ORGANICHE
F5	F52.0	302.71	DISTURBO DA DESIDERIO SESSUALE IPOATTIVO	DIMINUZIONE O PERDITA DEL DESIDERIO SESSUALE
F5	F52.1			EVITAMENTO SESSUALE E MANCANZA DI GODIMENTO SESSUALE
F5	F52.10	302.79	DISTURBO DA AVVERSIONE SESSUALE	EVITAMENTO SESSUALE
F5	F52.11			MANCANZA DI GODIMENTO SESSUALE
F5	F52.2	302.72	DISTURBO DELL'ECCITAMENTO SESSUALE FEMMINILE	DIFETTO DELLA RISPOSTA GENITALE

F5	F52.2	302.72	DISTURBO MASCHILE DELL'EREZIONE	
F5	F52.3	302.73	DISTURBO DELL'ORGASMO FEMMINILE	DISFUNZIONE DELL'ORGASMO
F5	F52.3	302.74	DISTURBO DELL'ORGASMO MASCHILE	
F5	F52.4	302.75	EIACULAZIONE PRECOCE	EIACULAZIONE PRECOCE
F5	F52.5	306.51	VAGINISMO (NON DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	VAGINISMO NON ORGANICO
F5	F52.6	302.76	DISPAREUNIA (NON DOVUTO AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	DISPAREUNIA NON ORGANICA
F5	F52.7			IMPULSO SESSUALE ECCESSIVO
F5	F52.8			ALTRE DISFUNZIONI SESSUALI, NON CAUSATE DA SINDROMI O MALATTIE ORGANICHE
F5	F52.9	302.70	DISFUNZIONE SESSUALE NAS	DISFUNZIONI SESSUALI NON SPECIFICATE, NON CAUSATE DA SINDROMI O MALATTIE ORGANICHE
F5	F52.9	302.9	DISTURBO SESSUALE NAS	
F5	F53			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI ASSOCIATI CON IL PUERPERIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE
F5	F53.0			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI LIEVI ASSOCIATI CON IL PUERPERIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F5	F53.1			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI GRAVI ASSOCIATI CON IL PUERPERIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE
F5	F53.8			SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DI ALTRO TIPO ASSOCIATI CON IL PUERPERIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE
F5	F53.9			SINDROME O DISTURBO PSICHICO ASSOCIATO CON IL PUERPERIO, NON SPECIFICATO
F5	F54	316	FATTORE PSICOLOGICO CHE INFLUENZA UNA CONDIZIONE MEDICA	FATTORI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI ASSOCIATI A SINDROMI O MALATTIE CLASSIFICATE ALTROVE
F5	F55			ABUSO DI SOSTANZE CHE NON PRODUCONO DIPENDENZA
F5	F55.0			ANTIDEPRESSIVI

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F5	F55.1			LASSATIVI
F5	F55.2			ANALGESICI
F5	F55.3			ANTIACIDI
F5	F55.4			VITAMINE
F5	F55.5			STEROIDI O ALTRI ORMONI
F5	F55.6			ERBE E RIMEDI POPOLARI SPECIFICI
F5	F55.8			ALTRE SOSTANZE CHE NON PRODUCONO DIPENDENZA (AD ESEMPIO, I DIURETICI)
F5	F55.9			SOSTANZA NON SPECIFICATA
F5	F59			SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI NON SPECIFICATI ASSOCIATI AD ALTERAZIONI DELLE FUNZIONI FISIOLOGICHE E A FATTORI SOMATICI
F6	F6			DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO NELL'ADULTO
F6	F60		DISTURBI DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' SPECIFICI
F6	F60.0	301.0	DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' PARANOIDE
F6	F60.1	301.20	DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' SCHIZOIDE
F6	F21	301.22	DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITA'	SINDROME SCHIZOTIPICA
F6	F60.2	301.7	DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' ANTISOCIALE
F6	F60.3			DISTURBI DI PERSONALITA' EMOTIVAMENTE INSTABILE
F6	F60.30			DISTURBI DI PERSONALITA' EMOTIVAMENTE INSTABILE TIPO IMPULSIVO
F6	F60.31	301.83	DISTURBO BORDELINIE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' EMOTIVAMENTE INSTABILE TIPO BORDELINIE
F6	F60.4	301.50	DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' ISTRIONICO
F6	F60.5	301.4	DISTURBO OSSESSIVO- COMPULSIVO DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' ANANCASTICO

F6	F60.6	301.82	DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' ANSIOSO (DI EVITAMENTO)
F6	F60.7	301.6	DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA'	DISTURBI DI PERSONALITA' DIPENDENTE
F6	F60.8	301.81	DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'	ALTRI DISTURBI DI PERSONALITA' SPECIFICATI
F6	F60.9	301.9	DISTURBO DI PERSONALITA' NAS	DISTURBO DI PERSONALITA' NON SPECIFICATO
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F6	F61			ALTRI DISTURBI DI PERSONALITA' E FORME MISTE
F6	F61.0			DISTURBI DI PERSONALITA' MISTI
F6	F61.1			MODIFICAZIONI RILEVANTI DELLA PERSONALITA'
F6	F62			MODIFICAZIONI DURATURE DELLA PERSONALITA' NON ATTRIBIBILI A DANNO O MALATTIA CEREBRALE
F6	F62.0			MODIFICAZIONE DURATURA DELLA PERSONALITA' DOPO UN'ESPERIENZA CATASTROFICA
F6	F62.1			MODIFICAZIONE DURATURA DELLA PERSONALITA' SUCCESSIVA A MALATTIA MENTALE
F6	F62.8			ALTRE MODIFICAZIONI DURATURE DELLA PERSONALITA' SUCCESSIVA A MALATTIA MENTALE
F6	F62.9			MODIFICAZIONE DURATURA DELLA PERSONALITA' NON SPECIFICATA
F6	F63			DISTURBI DELLE ABITUDINI E DEGLI IMPULSI
F6	F63.0	312.31	GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	GIOGO D'AZZARDO PATOLOGICO
F6	F63.1	312.33	PIROMANIA	IMPULSO PATOLOGICO AD APPICCARE FUOCO (PIROMANIA)
F6	F63.2	312.32	CLEPTOMANIA	FURTO PATOLOGICO (CLEPTOMANIA)
F6	F63.3	312.39	TRICOTILLOMANIA	TRICOTILLOMANIA
F6	F63.8	312.34	DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE	ALTRI DISTURBI DELLE ABITUDINI E DEGLI IMPULSI
F6	F63.9	312.30	DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI NAS	DISTURBO NON SPECIFICATO DELLE ABITUDINI E DEGLI IMPULSI

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F6	F64			DISTURBI DELL'IDENTITA' SESSUALE
F6	F64.0	302.85	DISTURBO DELL'IDENTITA' DI GENERE, NEGLI ADOLESCENTI E NEGLI ADULTI	TRANSESSUALISMO
F6	F64.1			TRAVESTITISMO A RUOLO DOPPIO
F6	F64.2	302.6	DISTURBO DELL'IDENTITA' DI GENERE, NEI BAMBINI	DISTURBI DELL'IDENTITA' SESSUALE NELL'INFANZIA
F6	F64.8			ALTRI DISTURBI DELL'IDENTITA' SESSUALE
F6	F64.9	302.6	DISTURBO DELL'IDENTITA' DI GENERE NAS	DISTURBO NON SPECIFICATO DELL'IDENTITA' SESSUALE
F6	F65			ABUSO DI SOSTANZE CHE NON PRODUCONO DIPENDENZA
F6	F65.0	302.81	FETICISMO	FETICISMO
F6	F65.1	302.3	FETICISMO DI TRAVESTIMENTO	TRAVESTITISMO FETICISTICO
F6	F65.2	302.4	ESIBIZIONISMO	ESIBIZIONISMO
F6	F65.3	302.82	VOYEURISMO	VOYERISMO
F6	F65.4	302.2	PEDOFILIA	PEDOFILIA
F6	F65.5	302.83	MASOCHISMO SESSUALE	SADO-MASOCHISMO
F6	F65.5	302.84	SADISMO SESSUALE	
F6	F65.6			DISTURBI MULTIPLI DELLA PREFERENZA SESSUALE
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F6	F65.8	302.89	FROTTEURISMO	ALTRI DISTURBI DELLA PREFERENZA SESSUALE
F6	F65.9	302.9	PARAFILIA NAS	DISTURBO NON SPECIFICATO DELLA PREFERENZA SESSUALE
F6	F66			DISTURBI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI ASSOCIATI CON LO SVILUPPO E L'ORIENTAMENTO SESSUALE
F6	F66.0			CRISI DI MATURAZIONE SESSUALE
F6	F66.1			ORIENTAMENTO SESSUALE EGODISTONICO

F6	F66.2			PROBLEMI NELLE RELAZIONI SESSUALI
F6	F66.8			ALTRI DISTURBI DELLO SVILUPPO PSICOSESSUALE
F6	F66.9			DISTURBO NON SPECIFICATO DELLO SVILUPPO PSICOSESSUALE
F6	F68			ALTRI DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO NELL'ADULTO
F6	F68.0			ELABORAZIONI DI SINTOMI FISICI PER RAGIONI PSICOLOGICHE
F6	F68.1		DISTURBO FITTIZIO	PRODUZIONE O IMITAZIONE INTENZINALE DI SINTOMI O DISABILITA', FISICI O PSICOLOGICI (DISTURBO FITTIZIO)
F6	F68.1	300.16	DISTURBO FITTIZIO CON SEGNI E SINTOMI PSICHICI PREDOMINANTI	
F6	F68.1	300.19	DISTURBO FITTIZIO CON SEGNI E SINTOMI FISICI PREDOMINANTI	
F6	F68.1	300.19	DISTURBO FITTIZIO CON SEGNI E SINTOMI PSICHICI E FISICI COMBINATI	
F6	F68.1	300.19	DISTURBO FITTIZIO NAS	
F6	F68.8			ALTRI DISTURBI SPECIFICATI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO NELL'ADULTO
F6	F69			DISTURBO NON SPECIFICATO DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO NELL'ADULTO
F7	F7			RITARDO MENTALE
F7	F70			RITARDO MENTALE LIEVE
F7	F70.0			RITARDO MENTALE LIEVE, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F70.1			RITARDO MENTALE LIEVE, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F70.2			RITARDO MENTALE LIEVE, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F70.3			RITARDO MENTALE LIEVE, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F70.9	317	RITARDO MENTALE LIEVE	

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F7	F71			RITARDO MENTALE DI GRAVITA' MEDIA
F7	F71.0			RITARDO MENTALE DI GRAVITA' MEDIA, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F71.1			RITARDO MENTALE DI GRAVITA' MEDIA, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F71.2			RITARDO MENTALE DI GRAVITA' MEDIA, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F71.3			RITARDO MENTALE DI GRAVITA' MEDIA, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F71.9	318.0	RITARDO MENTALE MODERATO	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F7	F72			RITARDO MENTALE GRAVE
F7	F72.0			RITARDO MENTALE GRAVE, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F72.1			RITARDO MENTALE GRAVE, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F72.2			RITARDO MENTALE GRAVE, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F72.3			RITARDO MENTALE GRAVE, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F72.9	318.1	RITARDO MENTALE GRAVE	
F7	F73			RITARDO MENTALE PROFONDO
F7	F73.0			RITARDO MENTALE PROFONDO, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F73.1			RITARDO MENTALE PROFONDO, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F73.2			RITARDO MENTALE PROFONDO, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F73.3			RITARDO MENTALE PROFONDO, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F73.9	318.2	RITARDO MENTALE GRAVISSIMO	
F7	F78			RITARDO MENTALE DI ALTRO TIPO

F7	F78.0			RITARDO MENTALE DI ALTRO TIPO, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F78.1			RITARDO MENTALE DI ALTRO TIPO, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F78.2			RITARDO MENTALE DI ALTRO TIPO, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F78.3			RITARDO MENTALE DI ALTRO TIPO, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F79			RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO
F7	F79.0			RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO, NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F79.1			RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO, COMPROMISSIONE SIGNIFICATIVA DEL COMPORTAMENTO CHE RICHIEDE ATTENZIONE E TRATTAMENTO
F7	F79.2			RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO, ALTRA COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F79.3			RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO, SENZA MENZIONE DI COMPROMISSIONE DEL COMPORTAMENTO
F7	F79.9	319	RITARDO MENTALE, GRAVITA' NON SPECIFICATA	
F8	F8			SINDROMI E DISTURBI DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO
F8	F80			DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DELL'ELOQUIO E DEL LINGUAGGIO
F8	F80.0	315.39	DISTURBO DELLA FONAZIONE	DISTURBO SPECIFICO DELL'ARTICOLAZIONE DELL'ELOQUIO
F8	F80.1	315.31	DISTURBO DELLA ESPRESSIONE DEL LINGUAGGIO	DISTURBO DEL LINGUAGGIO ESPRESSIVO
F8	F80.2	315.31	DISTURBO MISTO DELLA ESPRESSIONE E DELLA RICEZIONE DEL LINGUAGGIO	DISTURBO DELLA COMPrensIONE DEL LINGUAGGIO
F8	F80.3			AFASIA ACQUISITA CON EPILESSIA (SINDRONE DI LANDAU-KLEFFNER)
F8	F80.8			ALTRI DISTURBI EVOLUTIVI DELL'ELOQUIO E DEL LINGUAGGIO
F8	F80.9	307.9	DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE NAS	DISTURBI EVOLUTIVI DELL'ELOQUIO E DEL LINGUAGGIO NON SPECIFICATI
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
F8	F81			DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DELLE ABILITA' SCOLASTICHE

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F8	F81.0	315.00	DISTURBO DELLA LETTURA	DISTURBO SPECIFICO DELLA LETTURA
F8	F81.1			DISTURBO SPECIFICO DELLA COMPITAZIONE
F8	F81.2	315.1	DISTURBO DEL CALCOLO	DISTURBO SPECIFICO DELLE ABILITA' ARITMETICHE
F8	F81.3			DISTURBI MISTI DELLE ABILITA' SCOLASTICHE
F8	F81.8	315.2	DISTURBO DELL'ESPRESSIONE SCRITTA	ALTRI DISTURBI EVOLUTIVI DELLE ABILITA' SCOLASTICHE
F8	F81.9	315.9	DISTURBO DELL'APPRENDIMENTO NAS	DISTURBI EVOLUTIVI DELLE ABILITA' SCOLASTICHE NON SPECIFICATI
F8	F82	315.4	DISTURBO DI SVILUPPO DELLA COORDINAZIONE	DISTURBO EVOLUTIVO SPECIFICO DELLA FUNZIONE MOTORIA
F8	F83			DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI MISTI
F8	F84			SINDROMI DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO
F8	F84.0	299.00	DISTURBO AUTISTICO	AUTISMO INFANTILE
F8	F84.1			AUTISMO ATIPICO
F8	F84.10			AUTISMO ATIPICO, ATIPICITA' DELL'ETA' DI ESORDIO
F8	F84.11			AUTISMO ATIPICO, ATIPICITA' DELLA SINTOMATOLOGIA
F8	F84.12			AUTISMO ATIPICO, ATIPICITA' SIA NELL'ETA' D'INSORGENZA CHE NELLA SINTOMATOLOGIA
F8	F84.2	299.80	DISTURBO DI RETT	SINDROME DI RETT
F8	F84.3	299.10	DISTURBO DISINTEGRATIVO DELLA FANCIULLEZZA	SINDROME DISINTEGRATIVA DELL'INFANZIA DI ALTRO TIPO
F8	F84.4			SINDROME IPERATTIVA ASSOCIATA A RITARDO MENTALE E MOVIMENTI STEREOTIPATI
F8	F84.5	299.80	DISTURBO DI ASPERGER	SINDROME DI ASPERGER
F8	F84.8			ALTRE SINDROMI DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO
F8	F84.9	299.80	DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO NAS	SINDROME NON SPECIFICATA DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO
F8	F88			ALTRE SINDROMI E DISTURBI DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO

F8	F89			SINDROMI E DISTURBI NON SPECIFICATI DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO
F9	F9			SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA
F9	F90			SINDROMI IPERCINETICHE
F9	F90.0	314.01	DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA', TIPO COMBINATO	DISTURBO DELL'ATTIVITA' E DELL'ATTENZIONE
F9	F90.0	314.01	DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA', TIPO CON IPERATTIVITA'-IMPULSIVITA' PREDOMINANTI	
F9	F90.1			DISTURBO IPERCINETICO DELLA CONDOTTA
F9	F90.8			SINDROMI IPERCINETICHE DI ALTRO TIPO
F9	F90.9	314.9	DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' NAS	SINDROME IPERCINETICA NON SPECIFICATA
F9	F91			DISTURBI DELLA CONDOTTA
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
F9	F91.0			DISTURBO DELLA CONDOTTA LIMITATO AL CONTESTO FAMILIARE
F9	F91.1			DISTURBO DELLA CONDOTTA CON RIDOTTA SOCIALIZZAZIONE
F9	F91.2			DISTURBO DELLA CONDOTTA CON SOCIALIZZAZIONE NORMALE
F9	F91.3	313.81	DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO	DISTURBI OPPOSITIVO PROVOCATORIO
F9	F91.8	312.8	DISTURBO DELLA CONDOTTA	ALTRI DISTURBI DELLA CONDOTTA
F9	F91.9			DISTURBO DELLA CONDOTTA NON SPECIFICATO
F9	F92			DISTURBI MISTI DELLA CONDOTTA E DELLA SFERA EMOZIONALE
F9	F92.0			DISTURBO DELLA CONDOTTA DEPRESSIVO
F9	F92.8			ALTRO DISTURBO MISTO DELLA CONDOTTA E DELLE SFERA EMOZIONALE
F9	F92.9			DISTURBO MISTO DELLA CONDOTTA E DELLA SFERA EMOZIONALE NON SPECIFICATO

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F9	F93			SINDROMI E DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE CON ESORDIO CARATTERISTICO NELL'INFANZIA
F9	F93.0	309.21	DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE	SINDROME ANSIOSA DA SEPARAZIONE DELL'INFANZIA
F9	F93.1			SINDROME FOBICA DELL'INFANZIA
F9	F93.2			SINDROME DI ANSIA SOCIALE DELL'INFANZIA
F9	F93.3	V61.8	PROBLEMA RELAZIONINALE TRA FRATELLI	DISTURBO DI RIVALITA' FRA FRATELLI
F9	F93.8	313.82	PROBLEMA DI IDENTITA'	SINDROME O DISTURBO EMOZIONALE DELL'INFANZIA DI ALTRO TIPO
F9	F93.9			SINDROME O DISTURBO EMOZIONALE DELL'INFANZIA NON SPECIFICATO
F9	F94			DISTURBI DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE CON ESORDIO SPECIFICO DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
F9	F94.0	313.23	MUTISMO SELETTIVO	MUTISMO ELETTIVO
F9	F94.1	313.89	DISTURBO REATTIVO DELL'ATTACAMENTO DELL'INFANZIA O DELLA PRIMA FANCIULLEZZA, TIPO INIBITO	DISTURBO REATTIVO DELL'ATTACAMENTO DELL'INFANZIA
F9	F94.2	313.89	DISTURBO REATTIVO DELL'ATTACAMENTO DELL'INFANZIA O DELLA PRIMA FANCIULLEZZA, TIPO DISINIBITO	DISTURBO DISINIBITO DELL'ATTACAMENTO DELL'INFANZIA
F9	F94.8			DISTURBO DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE NELL'INFANZIA DI ALTRO TIPO
F9	F94.9			DISTURBO DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE NELL'INFANZIA NON SPECIFICATO
F9	F95			DISTURBO A TIPO TIC
F9	F95.0	307.21	DISTURBO TRANSITORIO DA TIC	DISTURBO A TIPO TIC TRANSITORIO
F9	F95.1	307.22	DISTURBO CRONICO DA TIC MOTORI O VOCALI	DISTURBO A TIPO TIC CRONICO MOTORIO O VERBLE
F9	F95.2	307.23	DISTURBO DI TOURETTE	TIC COMBINATI MOTORI E VOCALI MULTIPLI (SINDROME DI TOURETTE)
F9	F95.8			DISTURBO A TIPO TIC DI ALTRO TIPO
F9	F95.9	307.20	DISTURBO DA TICS NAS	DISTURBO A TIPO TIC NON SPECIFICATO
F9	F98			ALTRI DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

F9	F98.0	307.6	ENURESIS (NON DOVUTA AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	ENURESIS NON ORGANICA
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	Descrizione DSM-IV	Descrizione ICD10
F9	F98.00			ENURESIS ESCLUSIVAMENTE NOTTURNA
F9	F98.01			ENURESIS ESCLUSIVAMENTE DIURNA
F9	F98.02			ENURESIS NOTTURNA E DIURNA
F9	F98.1	307.7	ENCOPRESI, SENZA COSTIPAZIONE E INCONTINENZA DA SOVRARIEMPIMENTO	ENCOPRESI NON ORGANICA
F9	R15	787.6	ENCOPRESI, CON COSTIPAZIONE E INCONTINENZA DA SOVRARIEMPIMENTO	
F9	F98.10			ENCOPRESI NON ORGANICA, MANCATA ACQUISIZIONE DEL CONTROLLO PSICOLOGICO DEGLI SFINTERI
F9	F98.11			ENCOPRESI NON ORGANICA, ADEGUATO CONTROLLO SFINTERICO, CON FECI NORMALI DEPOSITATI IN LUOGHI INAPPROPRIATI
F9	F98.12			ENCOPRESI NON ORGANICA, DEFECAZIONE ABBONDANTE ASSOCIATA A FECI ECCESSIVAMENTE FLUIDE (AD ESEMPIO RITENZIONE E SUCCESSIVA DEFECAZIONE ABBONDANTE)
F9	F98.2	307.59	DISTURBO DELLA NUTRIZIONE DELL'INFANZIA O DELLA PRIMA FANCIULLEZZA	DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA E DELLA SECONDA INFANZIA
F9	F98.2	307.53	DISTURBO DI RUMINAZIONE	
F9	F98.3	307.52	PICA	PICA DELLA PRIMA E SECONDA INFANZIA
F9	F98.4	307.3	DISTURBO DA MOVIMENTI STEREOTIPATI	DISTURBO DEI MOVIMENTI STEREOTIPATI
F9	F98.40			DISTURBO DEI MOVIMENTI STEREOTIPATI, NON AUTOLESIONISTICO
F9	F98.41			DISTURBO DEI MOVIMENTI STEREOTIPATI, AUTOLESIONISTICO
F9	F98.42			DISTURBO DEI MOVIMENTI STEREOTIPATI, MISTO
F9	F98.5	307.0	BALBUZIE	BALBUZIE
F9	F98.6			FARFUGLIAMENTO

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

F9	F98.8	314.00	DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA', TIPO CON DISATTENZIONE PREDOMINANTE	ALTRI DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI SPECIFICATI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA
F9	F98.9	313.9	DISTURBO DELL'INFANZIA, DELLA FANCIULLEZZA, O DELL'ADOLESCENZA NAS	DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI NON SPECIFICATI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA
F9	F99	300.9	DISTURBO MENTALE NON SPECIFICATO (NON PSICOTICO)	DISTURBI MENTALI NON SPECIFICATI
F9	F99.1			DISTURBI MENTALI, NON SPECIFICATI ALTROVE
	G21.0	333.92	SINDROME MALIGNA DA NEUROLETTICI	
	G21.1	333.99	ACATISIA ACUTA INDOTTA DA NEUROLETTICI	
	G21.1	332.1	PARKINSONISMO INDOTTO DA NEUROLETTICI	
	G24.0	333.82	DISCINESIA TARDIVA INDOTTA DA NEUROLETTICI	
	G24.0	333.7	DISTONIA ACUTA INDOTTA DA NEUROLETTICI	
	G25.1	333.1	TREMORE POSTURALE INDOTTO DA FARMACI	
	G25.9	333.90	DISTURBO DEL MOVIMENTO INDOTTO DA FARMACI NAS	
	G47.0	780.52	DISTURBO DEL SONNO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE), TIPO INSONNIA	
	G47.1	780.54	DISTURBO DEL SONNO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE), TIPO IPERSONNIA	
	G47.3	780.59	DISTURBO DEL SONNO CORRELATO ALLA RESPIRAZIONE	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
	G47.4	347	NARCOLESSIA	
	G47.8	780.59	DISTURBO DEL SONNO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE), TIPO MISTO	
	G47.8	780.59	DISTURBO DEL SONNO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE), TIPO PARASONNIA	
	G48.4	607.84	DISTURBO MASCHILE DELL'EREZIONE DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE	

			MEDICA GENERALE)	
	G50.8	608.89	ALTRA DISFUNZIONE SESSUALE MASCHILE DOVUTA A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	G50.8	608.89	DISPAREUNIA MASCHILE DOVUTA A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	G50.8	608.89	DISTURBO MASCHILE DA DESIDERIO SESSUALE IPOATTIVO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	N94.1	625.0	DISPAREUNIA FEMMINILE DOVUTA A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	N94.8	625.8	ALTRA DISFUNZIONE SESSUALE FEMMINILE DOVUTA A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	N94.8	625.8	DISTURBO FEMMINILE DA DESIDERIO SESSUALE IPOATTIVO DOVUTO A ... (INDICARE LA CONDIZIONE MEDICA GENERALE)	
	R15	787.6	ENCOPRESI, CON COSTIPAZIONE E INCONTINENZA DA SOVRARIEMPIMENTO	
	R41.3	294.8	DISTURBO AMNESTICO MAS	
	R41.8	780.9	DECLINO COGNITIVO LEGATO ALL'ETA'	
	R41.8	V62.89	FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE	
	R46.8	799.9	DIAGNOSI DIFFERITA SULL'ASSE II	
	R69	799.9	DIAGNOSI O CONDIZIONE DIFFERITA SULL'ASSE I	
	T74.0	V61.21	ABBANDONO DEL BAMBINO	
	T74.1	V61.1	MALTRATTAMENTO FISICO DELL'ADULTO	
	T74.1	V61.21	MALTRATTAMENTO FISICO DEL BAMBINO	
	T74.2	V61.1	ABUSO SESSUALE DELL'ADULTO	

	T74.2	V61.21	ABUSO SESSUALE DEL BAMBINO	
	T88.7	995.2	EFFETTI COLLATERALI FARMACOLOGICI NAS	
	Z03.2	V71.09	NESSUNA DIAGNOSI O CONDIZIONE SULL'ASSE I	
	Z03.2	V71.09	NESSUNA DIAGNOSI SULL'ASSE II	
	Z55.8	V62.3	PROBLEMA SCOLASTICO	
	Z56.7	V62.2	PROBLEMA LAVORATIVO	
	Z60.0	V62.89	PROBLEMA RELATIVO AD UNA FASE DELLA VITA	
	Z60.3	V62.4	PROBLEMA DI ACCULTURAZIONE	
	Z63.0	V61.1	PROBLEMA RELAZIONALE TRA PATNER	
	Z63.1	V61.20	PROBLEMA RELAZIONALE GENITORE-BAMBINO (SE L'OGGETTO DELL'ATTENZIONE CLINICA è IL BAMBINO)	
	Z63.4	V62.82	LUTTO	
Gruppo ICD-10	Codice ICD-10	Codice DSM-IV	DescrizioneDSM-IV	DescrizioneICD10
	Z63.7	V61.9	PROBLEMA RELAZIONALE CORRELATO AD UN DISTURBO MENTALE O AD UNA CONDIZIONE MEDICA GENERALE	
	Z63.8	V61.20	PROBLEMA RELAZIONALE GENITORE-BAMBINO	
	Z63.9	V62.81	PROBLEMA RELAZIONALE NAS	
	Z71.8	V62.89	PROBLEMA RELIGIOSO O SPIRITUALE	
	Z72.8	V71.01	COMPORAMENTO ANTISOCIALE DELL'ADULTO	
	Z72.8	V71.02	COMPORAMENTO ANTISOCIALE DEL BAMBINO O DELL'ADOLESCENTE	
	Z76.5	V65.2	SIMULAZIONE	
	Z91.1	V15.81	NON COLLABORAZIONE AL TRATTAMENTO	

A. Calogero; M. Mastronardi 2005

**SINDROMI CULTURE BOUND CON REFERENTE ANIMALE
(Licantropia, Vampirismo, Tarantismo, “La possessione della tigre” in
oriente e in africa)**

Claudia Petricelli⁴

Parole chiave

Possessione animale; DSM IV°, licantropia, vampirismo, tarantismo, etnografia

Key words

animal possession, Dsm-IV, werewolfery, vampiredom, tarantism, ethnography

Riassunto

Questo lavoro consiste in uno studio delle sindromi culture bound (CBS) in genere, con particolare attenzione per quelle che hanno come referente un animale (licantropia, vampirismo, tarantismo).

Tali sindromi sembrerebbero legate da un unico filo conduttore: la rappresentazione dell'animale nella malattia quale emblema culturale.

Le CBS si caratterizzano quale categoria ponte in cui convergono gli studi di antropologia e quelli di psichiatria: il dibattito tra queste due discipline è tuttora aperto in quanto entrambe giungono a conclusioni antitetiche.

Per esempio, il dibattito tra i sostenitori dell'approccio universalistico come il Lalli, viene contraddetto da studiosi di formazione antropologica come Ciminelli che invece sostengono il profondo rapporto tra malattia mentale e cultura di appartenenza e quindi relativismo delle CBS.

Abstract

This report examines the Culture Bound Syndromes (CBS) with particular attention to animal associated CBS (werewolfery, vampiredom, tarantism). These syndromes seem to possess a similar underlying theme: the animal representation as a cultural symbol.

Both anthropological and psychiatric studies joint in the CBS characterization also if debate between these two approaches is still open because their conclusions are diametrically opposed. For example, the opinions of universalistic approach supporters, as Lalli, are contrary to those of anthropologic education supporters, as Ciminelli, that say the tight relationship between mental disease and membership culture and so to CBS relativism.

⁴ Psicologo clinico e di comunità. Roma

1. Sindromi culture bound e possessione animale

a) La costruzione sociale della malattia

L'antropologia medica studia i fenomeni relativi alle pratiche terapeutiche e analizza le credenze relative alla malattia e al disagio.

Good B.J. afferma che i sintomi sono degli elementi che esprimono dei significati profondi che trascendono le semplici spiegazioni somatiche e che riconducono al valore e al significato che l'interpretazione umana gli assegna.

L'espressione di una malattia è il frutto sinergico di risorse psicoculturali e quindi di elementi culturali interiorizzati in cui rivestono un ruolo prioritario i condizionamenti e i dogmi di tipo educativo: questi ultimi agiscono sia come prescrizioni di controllo che di codifica all'interno dei gruppi.

L'antropologia medica vuole giungere a definizioni che evidenzino la complessità dei rapporti che intercorrono tra biologia e cultura, in modo da pervenire a conclusioni che esaltino il senso della sofferenza e dei meccanismi di tipo rituale con cui essa viene mediata e esorcizzata.

Nella malattia, il corpo diviene il mezzo privilegiato attraverso il quale si manifesta la sofferenza che origina nella dimensione sistemica di vita.

Il pensiero stesso non esiste separato dal corpo, basti pensare a come gli stati interiori e le emozioni mediano il rapporto tra mondo interiore ed esteriore: il corpo diviene in questo senso un veicolo strumentale, l'oggetto fisico che rappresenta il fondamento stesso dell'esperienza nel mondo.

Il corpo è oggetto, sia perché fornisce una matrice della società stessa che l'ha creata, sia perché, attraverso la mediazione delle emozioni, esso rappresenta tutto ciò che è fisicamente al di fuori del corpo.

Viceversa, il corpo viene ridotto a semplice oggetto biologico, quando l'interpretazione della malattia cade sotto il primato della biomedica che

attribuisce al *sintomo* lo specifico ruolo di elemento percettivo e soggettivo della malattia.

Le interpretazioni della malattia evidenziano, in questo modo, una netta separazione tra mente e corpo, poiché le spiegazioni delle cause del disagio vengono decontestualizzate e spogliate delle fondamenta su cui è costruita l'individualità.

Attraverso il sintomo (*illness*), l'individuo esprime la percezione soggettiva del proprio disagio secondo schemi interpretativi riferiti alle sensazioni corporee, psichiche ed emozionali che si basano sul substrato culturale.

La diagnosi medica occidentale al contrario, si configurerebbe come un momento di ricerca dei segni (*disease*) piuttosto che un momento di comprensione e di ricerca di senso dell'esperienza vissuta.

b) Le sindromi culture bound

Il rinnovato interesse per le sindromi culture bound sembrerebbe stimolato dalla necessità di rispondere a nuovi fattori di ordine sociale che hanno interagito con esigenze di carattere sanitario, espresse da utenti di varie nazionalità che si sono rivolti ai centri di igiene mentale negli ultimi anni.

La definizione di sindrome culture bound, introdotta da Pow Meng Yap nella seconda metà del novecento, ha sostituito di fatto la denominazione di sindrome esotica kraepeliana, esprimendo una nuova necessità dello studioso: quella di attribuire valori universali a modi culturali. (Ciminelli M.L., 1997:248)

Perfino Lévi-Strauss aveva ravvisato nella locuzione culture bound sindrome l'espressione della propensione degli studiosi ad interpretare in maniera

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

separata i fenomeni umani che consideravano come esterni a ciò che era il loro universo morale.

Una prova evidente dell'interpretazione universalistica dei fenomeni etnici è data dalla quarta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali del 1994 (DSM-IV), in cui è comparso per la prima volta un glossario sulle "sindromi culturalmente caratterizzate" altrimenti dette "culture bound syndrome" (CBS).

Questo glossario ha sancito oggettivamente un'interpretazione psicopatologica delle CBS, portando ad una serie di critiche da parte di studiosi di formazione antropologica.

Il concetto di CBS nel DSM-IV si riferisce a "*modalità ricorrenti e caratteristiche di certe regioni*" ascrivibili a comportamenti aberranti e disturbanti che sono in qualche modo rappresentativi di una qualche categoria diagnostica, che la medicina definisce patologica.

Anche il sistema sociale, in cui è inserito il soggetto, attribuisce un valore di malattia o di sofferenza a tali comportamenti abnormi.

Per Yap, le caratteristiche peculiari delle CBS sono riconducibili a: polimorfismo, psicogenicità, psicosi, quindi a "*sintomatologia inusuale, qualità reattiva del disadattamento, eversione del rapporto tra individuo sofferente e realtà*". (Yap in Inglese S., 1999:114)

Già prima dell'introduzione innovativa del glossario omonimo nel DSM-IV nel 1994, alcuni autori come Hughes e Simons avevano tentato nel 1985 una ripartizione universale delle CBS che prevedeva almeno 185 diverse tipologie.

Secondo Inglese S. la classificazione delle CBS fatta da Hughes e da Simons, presenterebbe una incompiutezza di fondo, e per certi tratti equivoca.

Anche il glossario delle CBS nel DSM-IV sembrerebbe evidenziare dei limiti interpretativi, riferibili a spiegazioni e giudizi di tipo etnocentrico.

Questo glossario infatti, può essere inteso come un documento che riflette inevitabilmente prospettive e valori impliciti e correnti della cultura della società occidentale.

Secondo Hughes che si dimostra critico nei confronti dell'introduzione del glossario omonimo all'interno del DSM-IV, l'aver concettualizzato le CBS come "sindromi culturalmente caratterizzate", anche se ricadono in un preciso dominio empirico della medicina occidentale che è quello della psicopatologia, dovrebbe allora indurre la medesima applicazione anche ad altri modelli culturali, come ad esempio la religione.

Doverrebbe quindi lecito parlare di "*religioni culturalmente caratterizzate*" e così via.

Inoltre, se esistono sindromi culturalmente caratterizzate è logico ipotizzare l'esistenza anche del loro esatto contrario, cioè di sindromi culture-free che invece non risultano esistere. (Ciminelli M.L., 1997:249)

Secondo Ciminelli M.L. se si riconosce l'esistenza di una determinante culturale in ogni manifestazione sociale, allora è logico concludere che nel concetto di CBS potrebbe venire inclusa qualunque sindrome.(ibidem)

Probabilmente, allora anche i disturbi tipici della società occidentale come obesità, anoressia, sindrome della fatica cronica, personalità di tipo A ed altri, dovrebbero essere considerati parte del repertorio delle CBS. (ibidem)

Le sindromi culture bound, proprio perché esprimono l'importanza delle dimensioni culturali (così scarsamente considerate nei contesti diagnostici occidentali), si qualificano come fenomeni sociali in cui si manifesta l'inconscio etnico, inteso come quella "*parte inconscia che l'individuo ha in comune con la maggioranza dei membri della sua cultura, che si trasmette in via transgenerazionale attraverso una sorta di insegnamento non biologico che viene sottoposto a ... processi di rimozione.*" (Devereux in Inglese S., 1999:125)

c) Fatti e prospettive delle CBS con referente animale

Il sostantivo tedesco *das Tier*, con cui si indica l'animale, ha origine dalla radice *dheus* che significa 'respirare', "proprio come l'italiano *animale* connesso al soffio vitale", (Bosco Colettos S., 1999:110) in quanto a differenza delle forme vegetali e minerali comprese nella natura, l'uomo e l'animale sono le uniche specie capaci di movimento e di attività respiratoria. (ibidem)

Perfino nelle espressioni linguistiche contemporanee appaiono i sedimenti dell'affinità uomo-animale, riferibili al sistema totemico.

In particolare, nella lingua tedesca esistono delle espressioni che sostituiscono ad uomo la parola animale, sancendo un'equivalenza simbolica.

Si usa dire in tedesco, per esempio: *ein gutes Tier* che significa "è un povero diavolo", oppure *ein hohes Tier* vuol dire "è un pezzo grosso".

Das Tier in jdm wecken significa "risvegliare la bestia in qualcuno".

In Svezia invece, 'vecchio uomo' e 'nonno' sono nomi tabù con cui si indica l'orso, di chiara origine totemica. (Riegler R., 1981:73)

Schelm che in tedesco vuol dire "furfante" e compare spesso associato a lupo mannaro, etimologicamente significa "qualcuno che si aggirava con un totem". (Rheinheimer M., 1995)

Il rapporto uomo-animale è caratterizzato sin dai tempi antichi, da leggende e miti che riguardano la trasformazione dell'uomo in animale, interpretabili nel senso etnologico, secondo il termine di totemismo.

Con il concetto di totemismo si indica in particolare, il "*complesso di istituzioni e credenze*" (Fabietti U. e Remotti F., 1997:760) che legano un gruppo sociale ad una particolare specie animale che l'uomo impiega come referente o elemento del proprio sistema di classificazione.

La teoria sul totemismo mette in evidenza come l'animale è sia un punto di riferimento per l'individuo, cioè, "*il nodo centrale della conoscenza*"

(Marchesini e Andersen, 2002:82), sia l'elemento stesso che rende possibile l'identificazione soggettiva, consentendo un'alleanza identitaria con l'uomo, in ragione delle multiformità rappresentative delle diverse specie. (ibidem:85)

In principio il termine *totem* era utilizzato esclusivamente dagli indiani d'America di lingua ojibwa per indicare l'appartenenza di un individuo al proprio clan, ma in seguito fu introdotto nella terminologia occidentale dallo studioso J.K. Long (1791).

Da un punto di vista teorico, il totemismo è stato definito in modi diversi, questo in relazione all'approccio teorico-interpretativo dell'autore che lo ha descritto.

Per esempio, Malinowski che è stata la figura di maggiore spicco del "funzionalismo" britannico, intravedeva nel totemismo la matrice di dipendenza affettiva dell'uomo nei confronti dell'animale.

Questo legame uomo-animale si sarebbe strutturato sulla base dell'aspirazione con cui l'uomo ambiva a possedere e far proprie le caratteristiche potenziali dell'animale.

In questa accezione, il totemismo esplica un'azione che ha un senso in riferimento al mantenimento di un equilibrio all'interno del gruppo sociale.

Van Gennep A., dell'etnologia classica francese, considerava il totemismo come l'elemento che rende possibile la classificazione dei fenomeni sociali, in quanto l'animale totemico rappresenterebbe il clan, cioè la società stessa di cui gli individui fanno parte. (Fabiotti U. e Remotti F., 1997:760)

La venerazione dell'animale-totem era dovuta inoltre, alla diffusa credenza che uomo e animale originassero entrambi da un unico avo.

L'animale-totem poteva venire ucciso nel corso di cerimonie complesse, con lo scopo di incorporare qualità ed attributi del sacrificato, attraverso la consumazione della sua carne in un banchetto a cui partecipava il gruppo sociale. (Burkert W., 1981)

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

In questo senso, l'identificazione dell'uomo in animale si basava sul riconoscimento di caratteristiche che l'uomo non possedeva effettivamente, ma a cui ambiva narcisisticamente. (Sperber in Picone, 1981:51)

Molto probabilmente, questa identificazione con l'animale origina inoltre da un mancato compiacimento dell'uomo verso se stesso che si manifesta anche attraverso la necessità di mutamenti radicali della propria exteriorità umana, testimoniati da vistose manifestazioni, come nel caso dei rituali esotici in cui i danzatori ballano travestiti da animali. (Leiris M. in Rouget G., 1986:IX)

In tempi più recenti, le attribuzioni dell'uomo relative al rapporto con l'animale appaiono più complesse, in quanto quest'ultimo sembrerebbe essere "più adatto di altri a rappresentare la fecondità, la sessualità, la velocità, la potenza." (Alinei M., 1987:268)

In questo modo, l'identificazione con l'animale diventa oggettivamente evidente, in quanto l'uomo ne indossa le pelli, ne imita i comportamenti e così via.

L'espressione di comportamenti animali da parte dell'uomo o l'incorporazione del simbolo totemico attraverso tatuaggi, sanciscono di fatto la possessione da parte dell'animale e il dominio di questi sull'uomo.

In particolare, la trasformazione dell'uomo in animale appare un'elaborazione concettuale di epoche antiche, in cui "l'uomo primitivo considerava l'animale un essere equivalente, se non superiore a lui stesso". (Riegler R., 1981:305)

La mitologia di tutto il mondo e in particolare il patrimonio dei Naturvölker sono la dimostrazione di come i popoli abbiano valutato in maniera del tutto naturale, questo fenomeno. (Bosco Coletsos S., 1999:121)

La trasformazione tieromorfa dell'uomo è stata così ampiamente diffusa in tutti i popoli, tanto che: *"sin dal 1931 l'antropologo britannico J. H. Hutton suggerì di relativizzare il termine inglese lycantropy usandolo per designare qualsiasi credenza nella trasformazione soprannaturale di un essere umano nell'animale"*

carnivoro più temuto in una particolare regione geografica, ad esempio l'orso in Scandinavia, il giaguaro nell'America centrale e meridionale, la tigre e il leopardo in Asia". (Brighenti F., 2004:12)

Questa concezione risale a residui di epoche passate, quando il pensiero dell'uomo non era ancora dominato dai principi di causa-effetto su cui è basato invece il pensiero razionale dell'uomo moderno.

In epoche moderne invece, il rapporto uomo-animale non sembrerebbe più orientato sul piano dell'equivalenza.

Esso esprimerebbe, piuttosto, la mancanza di rispetto per l'animale: infatti, la trasformazione in bestia è spesso dovuta ad una punizione, a cui il malcapitato reagisce con sentimenti negativi, bramando di tornare alla condizione umana. (Riegler R., 1981:305)

Come osserva Fiorino Vinzia, tale trasformazione ha una duplice chiave di lettura, in quanto rappresenta sia la possibilità di salvezza "*infatti, gli eroi proprio perché temporaneamente trasformati in animali possono volare e pertanto sfuggire al maleficio che li incalza*", sia "*la perdita della propria personalità*". (Fiorino Vinzia, 2004:2)

Queste considerazioni riguardanti il totemismo e la mitologia relativa alla trasformazione dell'uomo in animale, sono state riproposte ed approfondite dagli studi antropologici contemporanei, in quanto espressione di una rinnovata attenzione alle concezioni della persona, del genere e della corporeità, (Pizza G., 1996:271) avvalorata dal fatto che i "*fenomeni che approssimativamente raggruppiamo sotto l'etichetta della possessione sono parte dell'esperienza quotidiana, non unicamente drammatici eventi rituali*". (Boddy J. In Pizza G., 1996:268)

In particolare, la possessione animale si riferisce ad un generico stato di malessere dovuto all'invasione, da parte di un essere animale, nel corpo di un individuo.

L'occupazione del corpo avviene prediligendo particolari forme rituali, con ampi ventagli rappresentativi che risentono del contesto culturale di appartenenza e che rendono particolarmente difficile una classificazione del fenomeno.

Nel 1991, Cristiano Grottanelli ha adottato un nuovo termine, quello di "possessione europea", per circoscrivere e delimitare i fenomeni di possessione tipici del territorio europeo, sottolineando la necessità di distinguerli dai fenomeni sciamanici (Grottanelli C. in Pizza G., 1996:261), in quanto "*lo sciamano domina gli spiriti, il posseduto ne è invece dominato*". (ibidem:265)

La possessione europea definisce quelle modalità terapeutiche che comprendono "vari fenomeni di possessione o simili, e con essi gli studi di de Martino, di Clara Gallini e di altri sul tarantismo, sull'argia e sui connessi sistemi di cura coreutico musicale". (Grottanelli C. in Pizza G., 1996:266)

L'animale, da cui l'uomo si sentirebbe posseduto, si configura come espressione di un simbolismo culturale, qualificandosi quale elemento che "crea una comunanza di interessi" (Sperber D., 1981:133) tra i membri del gruppo sociale, ma i cui "campi d'evocazione...differiscono in larga misura da una società all'altra". (ibidem:134)

Per Sperber D. le espressioni del simbolismo culturale "violano sistematicamente gli stessi principi del sapere enciclopedico" consentendo "una focalizzazione universale ... e un'evocazione individuale" (Sperber D., 1981:137) che rende il simbolo privo di un'interpretazione stabile. (ibidem:140)

La possessione in genere, è un fenomeno che "può presentarsi in persone normali in condizioni eccezionali come fenomeno di massa o individuale" (Sims A., 2000:233)

Lewis I.M. ha ripartito i fenomeni di possessione in base ai tratti prevalenti che la connotano, concludendo che le categorie principali che la contraddistinguono

sono le seguenti: a) la possessione può essere espressione di fenomeni religiosi *periferici* che vengono praticati solo da specifiche classi sociali, b) la possessione può essere la principale modalità religiosa di una società. (Lewis I.M., 1971)

Queste considerazioni ci fanno supporre come la mitologia e le leggende che riguardano la possessione animale in genere hanno, probabilmente, lo scopo di definire e modificare efficacemente, i rapporti sociali in crisi. (Barozzi G., 1983:68)

Più precisamente, il rapporto dell'uomo con l'alterità animale fa sì che *“la malattia, il maleficio e la possessione -possano rappresentare- delle classi concettuali e semantiche attraverso le quali i momenti critici dell'esistenza individuale vengono percepiti, interpretati e classificati”*. (De Micco V., 1999:126)

2. La licantropia

a) Il lupo mannaro nello Schleswig-Holstein.

Breve sintesi della traduzione dal tedesco dello **studio di Rheinheimer M.** (Kiel), **1995**, Die Angst vor dem Wolf, in „Fabula“, Band 36, Heft 1-2, Walter de Gruyter, Berlino, pp.25-78, su come è nata la credenza nel lupo mannaro. (Traduzione della dottoressa Marano Laura)

“Il concetto del licantropo è la risultante di realtà biologica, ambito sociale e proiezione psicologica che origina dal legame ambivalente dell'uomo verso l'animale-lupo.

Infatti, se si pensa al fatto che gli zoologi considerano il lupo come un animale timido che può divenire pericoloso per l'uomo solo se è affetto da idrofobia,

appare evidente allora come la crudeltà con cui in passato l'uomo ha sterminato questo animale abbia avuto come obiettivo quello di canalizzare le proprie paure profonde nei confronti della morte.

In particolare, nei secoli passati le principali paure dell'uomo erano rappresentate dalle forze della natura e dal timore del disfaccimento di quella società che gli consentiva di sopravvivere alle avversità dell'ambiente.

A quei tempi l'ululato dei lupi, che concretizzava questi timori, veniva associato al presagio della morte: il lupo era la bestia che divora il mondo ordinato della coscienza, colui che conduce le anime nell'oltretomba.

L'abitudine di associare i lupi alla morte trova una giustificazione non secondaria, nel fatto che essi divorassero i cadaveri dei caduti sui campi di battaglia.

I Frisoni del nord, che sulle terre emerse dalla marea sulle coste del mare del Nord trovavano spesso sarcofagi in pietra, credevano che i ricchi si fossero fatti seppellire lì dentro, quando il paese era ancora invaso dai lupi. La bara veniva posta nel terreno e su di essa veniva accatastato un cumulo di pietre. Questo concetto racchiude in sé elementi molto antichi poiché la pietra tombale aveva, in età arcaica, una funzione apotropaica. I sarcofagi in pietra e i tumuli avevano lo scopo di relegare i morti nella tomba ed impedirne il ritorno. Finché i morti riposavano lì dentro, ci si poteva considerare al riparo dalla loro minaccia. Se però i lupi disseppellivano i cadaveri disturbavano non solo la quiete dei morti, ma soprattutto quella dei vivi che potevano ricevere la visita degli spiriti dei defunti strappati al regno dell'oltretomba.

Il legame del lupo con la morte rappresenta il lato oscuro e distruttivo della sua appartenenza ctonica alla terra.

Sin dai tempi più antichi, questo animale era messo in relazione con determinate divinità: così il dio greco Apollo portava l'appellativo di Lykeos, da lycos=lupo.

Si riteneva che il lupo fosse anche l'accompagnatore del dio romano della guerra Marte e non è un caso che, secondo la leggenda, fosse stata una lupa ad allevare Romolo e Remo; la nascita della città di Roma riconduceva dunque a Marte, il padre dei piccoli.

Anche il dio germanico della guerra, Wodan, era accompagnato dai lupi. Nella mitologia nordica due lupi inseguono il sole e la luna per poterli divorare quando arriverà la fine del mondo (Ragnarök).

Così il Fenriswolf è il lupo che si libera delle proprie catene e divora lo stesso Odino.

Il lupo viene tuttavia visto anche come creatura del regno vegetale e c'è persino un aspetto sessuale nella sua simbologia. Il "Roggenwolf" è il demone che dimora tra gli alti cereali e viene catturato con l'ultimo covone.

Non solo fu una lupa ad allattare Romolo e Remo, ma il lupo stesso era considerato il capostipite di numerose famiglie nobili (e anche qui, nuovamente, si palesava il legame dell'aristocrazia con la guerra e con la morte).

Poiché nello Schleswig-Holstein molti appartenenti alle grandi dinastie nobiliari come i Rantzau, i Brockdorf, i Reventlou, gli Ahlefeldt portavano il nome Wulf, che a sua volta compariva in numerosi toponimi (Ulsnis, Ulstrup, Wolfberg, Wolfsbrück, Wulfsdorf, Wulfsfelde derivanti tutti dal nome di persona Wulf/Wolf -danese Ulf- del proprietario dei rispettivi possedimenti), la leggenda associava di fatto l'origine di alcune famiglie ai cuccioli dei lupi.

Claire e William M.S. Russell vedono nel totem del lupo, le radici della credenza nella licantropia.

A partire dal X secolo anche il termine germanico 'vargr' che stava ad indicare il criminale messo al bando, venne applicato al lupo, cosicché ancora oggi in svedese lupo si dice varg.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Per determinati delitti che evidenziavano la bestialità e il carattere da lupo di chi li aveva commessi, si usava un tempo impiccare il colpevole insieme ad un lupo, proprio allo scopo di simboleggiare l'aspetto demoniaco del condannato.

Fino a che punto i confini tra personalità dell'uomo e natura del lupo fossero originariamente confusi, appare chiaro già nel 1685, anno in cui ad Ansbach, in Franconia, un lupo assalì ed uccise parecchie persone.

Non solo il lupo fu impiccato a una forca dopo essere stato vestito con abiti da uomo, parrucca e maschera compresi, ma venne addirittura identificato con una persona deceduta poco tempo prima, il borgomastro di Ansbach, Michael Leicht.

Sui bandi che divulgavano l'accaduto si annunciava:

“Ora pendo dalla forca, da tutti dileggiato

Spirito e lupo insieme, gli uomini ho tormentato

E ciò che la gente dice, è giusto mi sia capitato:

Ecco! Tu spirito dannato, nel lupo sei entrato...”

Solo gradualmente il lupo si trasformò in un simbolo con l'inequivocabile funzione di richiamo della forza che tutto divora, della morte, del male.

Originariamente l'impiccagione del lupo costituiva un atto di magia, un incantesimo di difesa che aveva lo scopo di allontanare il demone e renderlo inoffensivo per l'uomo.

Durante l'impiccagione stessa era necessario osservare determinati rituali: il demone non poteva venire a contatto con la terra per non attingere da essa nuove energie, il cadavere dell'impiccato non poteva essere seppellito e doveva essere lasciato in preda ai corvi (gli uccelli del dio della morte Odino) affinché essi riportassero il demone nel regno a cui apparteneva, quello dei morti appunto.

Anche nella scelta della quercia per impiccare i lupi nel distretto di Hütten si coglie l'eco di un antico incantesimo: l'albero doveva essere secco e privo di foglie.

Alcune piazze sono ancora oggi chiamate "Wolfsgalgen" cioè forca dei lupi.

Quando si cercarono spiegazioni reali al concetto di timore inconscio verso il lupo, accadde che il concetto di possessione e di trasformazione in animale si inserì nel contesto della credenza nelle streghe, alle quali veniva riconosciuta la capacità di trasformarsi in lupo...

Nelle leggende del XIX secolo sui lupi mannari, l'uomo cattivo assume ancora le sembianze del lupo.

Chiamando l'uomo cattivo come lupo mannaro e sostenendo che egli si fosse trasformato in questo animale, si dava un nome al male, trasformandolo in qualcosa da combattere.

Infatti, nelle leggende del XIX secolo, il lupo mannaro viene reso inoffensivo quando lo si chiama per nome.

Nel XVII secolo si tentava invece di esorcizzare i danni che il lupo mannaro causava, portandolo dinanzi ad un tribunale e rendendo in questo modo palese il male.

Per tornare ad appartenere al mondo dei vivi chi veniva accusato di essere un lupo mannaro doveva difendersi intentando un processo per calunnia, anzi, se la nomea di lupo mannaro gli restava addosso, rischiava anche un processo per stregoneria.

Nell'area dell'Assia nel XVI e XVII secolo furono giustiziati come lupi mannari diversi uomini.

Anche in Francia nel corso del XVI secolo si verificò una sorta di epidemia di lupi mannari, con frequenti casi di uomini accusati di essere licantropi, quindi torturati ed arsi sul rogo.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

A volte, credendo di essere davvero dei lupi, questi uomini avevano commesso orribili delitti, come Giles Garnier nell'anno 1573 anche Peter Stump che il 31 ottobre 1589 fu giustiziato a Bedburg presso Colonia per aver ucciso tredici bambini, due donne ed un uomo.

Gli inquisitori Jakob Sprenger e Heinrich Institoris ammonivano nell'*Hexenhammer* che le streghe vengono trasformate in lupi e bestie feroci dalla potenza dei demoni.

Nel 1587 Samuel Meigerius, pastore a Nortorf/Holstein, nella sua opera *De panurgia lamiarum, sagarum, strigum ac venerificarum, totiusque cohortis magicae cacodaemonia* si occupava della licanthropia.

Egli asseriva che le persone dotte, la consideravano una malattia innata conosciuta come *Melancholia lupina*, e citava a tal proposito casi di persone che credevano di essere lupi, ma anche orsi o galline.

Ammesso che la letteratura erudita originariamente avesse voluto dare alla licanthropia una base teorica, integrandola nella credenza nelle streghe, fu proprio il processo di razionalizzazione che si determinò a lungo andare attraverso la prassi giuridica e la vita pubblica, a far sì che la credenza popolare sulla licanthropia sopravvivesse solo nelle leggende". (Rheinheimer M., 1995:27-68)

b) Mitologia dei lupi mannari

In tedesco, il lupo mannaro si indica con il vocabolo *der Werwolf*. "Il termine deriva dall'unione di *Wolf* con un'antica espressione indoeuropea che indica l'uomo (lat. *uir* 'uomo maschio', da cui l'italiano *virile*, *virago* ecc.) e di cui rimangono in tedesco moderno solo poche tracce: *Werwolf*, *Welt*, *Wergeld*." (Bosco Coletos S., 1999:108)

Nella lingua tedesca i nomi Wolfgang, Wolfdregil, Wolfhart, Wolfbrant, Wolfhelm, Heriwolf, Sigiwolf, Hiltiwolf contengono tutti la parola Wolf cioè lupo, (Hackenbrock E., 1968:3) come nell'antica Roma i nomi Lupus, Lucius, Lupianus, Lupicinus. (ibidem)

La stessa origine etimologica si riscontra nella definizione di un antico rito, conosciuto in Italia con il nome di *lupercalia*, “celebrato dai sacerdoti *luperci* ‘lupeschi’ in onore di Fauno, dio dei boschi”. (Alinei in Bosco Coletsos, 1999:108)

Durante questa cerimonia, il sacerdote si vestiva da lupo, sancendo di fatto un'equivalenza simbolica con l'animale. (ibidem)

Numerosi racconti della mitologia classica riportano della trasformazione dell'uomo in lupo, come punizione per comportamenti riprovevoli: come accadde ad esempio a Licaone, re di Arcadia che fu tramutato in lupo per avere servito a Zeus della carne umana. (Fahy T.A., 1989:37) (Burkert W., 1981:75) (Garlipp P., Gödecke-Koch T., Haltenhof H., Dietrich D.E., 2001)

Nel racconto dell'autore ellenistico Evante, lo stesso castigo era stato inflitto ad un membro della famiglia discendente da Anthos.

Il giovane veniva condotto nei pressi di uno stagno dove si spogliava, appendeva i propri abiti ad una quercia e si gettava nelle acque, dopodiché diventava lupo.

Se avesse avuto l'accortezza di non mangiare carne umana nei successivi otto anni, un giorno sarebbe tornato ad essere uomo, tra gli uomini. (Burkert W., 1981:76)

In queste epoche lontane, come è evidente da quanto detto, il rapporto uomo-animale era accentrato in particolare su interpretazioni di tipo religioso e soprannaturale.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Quindi, le dimensioni della vita umana che venivano ricondotte ad influenze soprannaturali, portavano a valutare in modo indefinito gli elementi naturali, tanto che i confini tra le specie, umana e non, potevano essere labili.

Prova ne sia che l'uomo, a volte, poteva considerare che l'animale fosse posseduto dallo spirito di un defunto.

I processi di conoscenza e di indottrinamento, hanno portato l'uomo a differenziarsi dall'animale, in virtù di una sentita necessità di dominare le forze della natura.

Prova ne sia che alcuni studiosi, a cominciare dal medico Marcello di Side (II secolo d.C.), azzardarono interpretazioni di carattere clinico, affermando che la licantropia fosse dovuta ad una variante della "melancholia" (Hackenbrock E., 1968:28) (Burkert W., 1981:76) i cui attacchi si intensificavano a febbraio, nel mese dei Lupercali. (Burkert W., 1981:76)

Se interpretazioni di questo tipo attestano il tentativo di raggiungere la separazione cultura-natura, tra i primitivi e le popolazioni subalterne tale processo appare ancora lontano, tanto che le credenze riguardo alla capacità degli uomini di trasformarsi in lupi mannari, si dimostrano molto sentite, tanto da essere tramandate di generazione in generazione.

Ciò è confermato tra l'altro dal fatto, che nei paesi slavi, in passato, era diffusa la credenza che colui che nasce nella notte di Natale sarebbe in grado di diventare un lupo mannaro. (Ginzburg C., 1986:241)

Di questa leggenda, sono venuta a conoscenza dopo aver letto alcuni scritti storici di Carlo Ginzburg, particolarmente interessanti anche in considerazione dell'argomento di questa tesi.

Mi esprimerò più precisamente: leggendo in particolare un capitolo del libro "Miti emblematici" ho appreso della rivisitazione in chiave storica del "Caso dell'Uomo dei lupi di Freud" fatta da Carlo Ginzburg nel 1986.

Il capitolo in questione, si intitola “Freud, l’uomo dei lupi e i lupi mannari”.(Ginzburg C., 1986:239)

Come il lettore ricorderà, questo caso clinico di Freud redatto nel 1914 e pubblicato intorno al 1918, è costituito da un elemento chiave: un sogno.

L’ipotesi di Ginzburg C. sottolinea i tramiti storici e non filogenetici che possono far luce sulla nevrosi di questo paziente.

Innanzitutto, come scrive Ginzburg C. “dal resoconto pubblicato da Freud apprendiamo che il paziente era russo; che era nato con la camicia; che era nato il giorno di Natale. Tra questi elementi e il sogno infantile imperniato sull’apparizione dei lupi esiste un’omogeneità culturale evidente. Una serie di coincidenze casuali appare quanto mai improbabile. Il tramite tra la sfera di credenze folkloriche legate ai lupi mannari e il futuro paziente di Freud, appartenente ...a una famiglia alto borghese, sarà stato verosimilmente la bambinaia, la *njanja*, descritta come donna ‘devotissima e superstiziosa’. Alla vecchia *njanja* il bambino era profondamente legato...Da lei avrà appreso quali poteri straordinari (non necessariamente negativi) gli conferisse il fatto di essere nato con la camicia.

Da lei avrà sentito le prime fiabe...Ma il sogno intriso di echi fiabeschi dei sette lupi sull’albero richiama anche i sogni iniziatici con cui si manifestava, nell’infanzia o durante la giovinezza, la vocazione dei futuri benandanti o dei futuri *tàltos*⁵...

Nel sogno dell’uomo dei lupi possiamo decifrare così un sogno di carattere iniziatici, indotto dall’ambiente culturale circostante. Più precisamente, da una parte di esso. Sottoposto a pressioni culturali contraddittorie (la *njanja*, la governante inglese, i genitori, i maestri) l’uomo dei lupi non seguì la via che gli

⁵ Con il termine *tàltos* “forse di origine turca, venivano designati uomini e donne processati per stregoneria fin dalla fine del ‘500”. (Ginzburg C. in “Storia notturna”, 1989:139)

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

si sarebbe aperta davanti due o tre secoli prima. Anziché diventare un lupo mannaro, divenne un nevrotico, sull'orlo della psicosi". (Ginzburg C., 1986:242)

Ginzburg C continua "Che Freud si lasciasse sfuggire questi elementi non è, in fin dei conti, stupefacente: il paziente proveniva da un mondo culturale troppo diverso dal suo. Allorché si trattava di interpretare i sogni dei suoi pazienti viennesi...Freud padroneggiava perfettamente il contesto diurno, decifrando riferimenti letterari o di altro genere, magari reconditi. In questo caso invece non si accorse che in una fiaba della raccolta di Afanasjev (*Il lupo imbecille*) avrebbe trovato la risposta alla domanda sul numero dei lupi (perché sei o sette?) posta al paziente. Ma la mancata identificazione del nesso tra nascere con la camicia e lupi (mannari) aveva conseguenze più gravi, dal punto di vista ermeneutico..." (Ginzburg C., 1986:242)

Ma Carlo Ginzburg parla anche di altre leggende che si riferiscono alla figura del lupo mannaro.

Infatti, nel suo libro "Storia notturna. Una decifrazione del sabba" del 1989, nel capitolo "Combattere in estasi", l'Autore afferma che i lupi mannari svolgono un ruolo chiave nella lotta contro il diavolo e la fertilità dei campi.

Come lo stesso Ginzburg C. scrive nel lavoro sopra citato "A Jurgensburg, in Livonia, nel 1692, un vecchio d'ottant'anni di nome Thiess, che i compaesani consideravano un idolatra, confessò ai giudici che l'interrogavano di essere un lupo mannaro. Tre volte all'anno, disse, nelle notti di Santa Lucia prima di Natale, di San Giovanni e della Pentecoste, i lupi mannari della Livonia vanno all'inferno, "alla fine del mare" (più tardi si corresse: "sottoterra") per battersi contro il diavolo e gli stregoni...La posta delle battaglie era la fertilità dei campi: gli stregoni rubano i germogli del grano, e se non si riesce a strapparglieli viene la carestia." (Ginzburg C., 1989:130)

3. Il vampirismo

a) Il mito del vampiro in Scandinavia e in Europa

Schierup Carl-Ulrik ha pubblicato nel 1986 un interessante ricerca sulla credenza del vampiro in Scandinavia.

Secondo questo Autore, le leggende in genere (come per esempio il vampirismo) sono espressione della persistenza di certe forme pre-cristiane di superstizione che vengono alimentate dal perdurare di tumulti politici associati a minacce di crolli dell'organizzazione sociale. (ibidem)

Questo articolo scritto da Schierup C.U. e comparso sulla rivista "Ethnos" pubblicata dal Museo Etnografico di Stoccolma, incomincia con la testimonianza di uno stato di malessere che attanaglia Milorad, un emigrato slavo tormentato da incubi ricorrenti nei quali gli appare la propria madre defunta, sotto sembianze di vampiro.

Milorad appartiene ai vallachiani, un piccolo gruppo etnico proveniente da una regione slava ai confini con la Romania, detta Negotinska Krajina. (Schierup C.U., 1986)

In Scandinavia, i vallachiani mantengono una vita culturalmente chiusa ma intensa, in cui svolgono un importante ruolo gli elementi magici e mitici provenienti dai sedimenti mitologici delle razze balcaniche, rumene e slave. (ibidem)

Nella società vallachiana, i culti ancestrali e le credenze nei vampiri sono centrate intorno alle relazioni di autorità nella famiglia multigenerazionale, chiamata "Timok family type" (ibidem) che è connotata dalle seguenti caratteristiche: bassa natalità, matrimonio precoce, sessualità libera, frequenti divorzi, coabitazione di più generazioni nella stessa casa.

Con il vocabolo *moroi*, i vallachiani indicano il vampiro che può essere sia un defunto che non è stato onorato con una cerimonia funebre, sia qualcuno che ha dei conti in sospeso nel mondo dei vivi.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

I moroi non si accaniscono a caso contro i vivi, ma bensì solo con coloro che gli sono debitori di tali ingiustizie.

Tra i vallahiani quindi, il vampiro costituisce la rappresentazione mitologica della morte e dei rituali che sono connessi ad essa. (ibidem)

Per ottenere l'indulgenza del morto-vampiro, la comunità dei vallahiani celebra una cerimonia denominata *ponama*, attraverso la quale il defunto viene commemorato ed onorato, offrendogli cibo, musica e balli.

Per comprendere la portata sociale del *ponama*, quale rito di passaggio (secondo l'accezione di Van Gennep), bisogna considerare come spesso tale cerimonia sia officiata da anziani che preparano in questo modo, la propria anima alla nuova vita.

Proprio per l'azione fortemente coesiva che riveste la cerimonia del *ponama*, si può affermare che di fatto la leggenda del vampiro sancisce il tentativo di riorganizzare il proprio smarrimento e sradicamento culturale, in quanto elemento del passato che ritorna a presenziare la vita con ricordi e appartenenze.

Nei paesi slavi il vampiro viene indicato anche con il termine *Nosferatu*, derivante dal greco arcaico *nosophorus*, che significa letteralmente 'portatore di pestilenza'. (Heick A., 1992:636)

Tale designazione trova una ragione, in riferimento alle attività distruttive che il vampiro pratica, dissanguando, mordendo, divorando e dilaniando le proprie vittime.

Egli è un non-morto (moroi) che gode di una corporeità inalterabile ed eterna, la cui anima è maledetta e condannata ad un'esistenza senza pace. (Gottlieb R.M., 1994:470)

Il vampiro ricorre spesso a trasformazioni tieromorfe, come per esempio a quella in pipistrello (Heick A., 1992), l'animale tipico degli ambienti crepuscolari e simbolo del caos che dormendo a testa all'ingiù contrasta

l'ordine cosmico, (Zerling C. e Bauer W., 2003:101) dichiarandosi nemico di ogni ordine (uno degli aspetti riconosciuti all'anticristo).

I racconti e le leggende intorno a questo tema sono molto antichi, tanto che si indica in Lilith, che fu la prima moglie di Adamo, il primo vampiro della storia (Pellegrino C. in Wilson N., 2000:178).

Anche al di fuori del territorio europeo, esistono numerose leggende che ruotano intorno alla figura inquietante di questo personaggio.

In Cina, per esempio, la leggenda narra di un demone di nome Chiang-Shih, citato nei racconti della dinastia T'ang (De la Sierra R.L., 1998) che si cibava di sangue dopo essersi trasformato in lupo. (McNally e Folrescu in Wilson N., 2000:178)

Nell'antico Perù invece, un vampiro chiamato Canchus succhiava il sangue agli infanti dormienti per partecipare della loro vita.

In Africa occidentale, la leggenda narrava di una strega di nome Obayifo che di notte lasciava il proprio corpo, per raggiungere gli infanti, aggredirli e succhiargli il sangue.

Anche Tlahuelpuchi, un vampiro-donna era in realtà una strega in grado di trasformarsi in molteplici animali e attaccare i bambini. (ibidem) (Nutini H.G., e Roberts J.M., 1993)

Se le leggende più antiche considerano che il vampiro sia sempre una donna che attacca i bambini, gli sviluppi successivi di questo mito presentano dei cambiamenti piuttosto importanti: infatti, le vittime non sono più soltanto bambini e infanti ma soprattutto persone adulte che non soccombono all'attacco del vampiro ma diventano esse stesse vampiro, dimostrandosi sottomesse e piacevolmente partecipi.

Alla diffusione di questo mito sembrerebbe abbiano contribuito sia degli avvenimenti di ordine storico che indicano nel principe Dracula l'autore di

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

efferate uccisioni (Heick A., 1992:173) sia l'espansione di alcune malattie come la pellagra. (HAMPL J.S. e HAMPL W.S., 1997)

La pellagra ha flagellato per due secoli l'Europa e gli Stati Uniti, a partire dal 1735, colpendo in particolare le classi sociali più povere. (ibidem:636)

In Italia è stata particolarmente presente nelle zone prealpine e appenniniche dove ci si cibava esclusivamente di polenta. (Enc. Med., 1990:659)

Chi si ammalava di pellagra era costretto ad evitare l'esposizione ai raggi del sole per impedire che il suo corpo si coprisse di lesioni deturpanti. (ibidem:659-660)

Se la pellagra non spiega la repulsione per il crocifisso, molto probabilmente questa trova una ragione, in azioni degli ecclesiastici che indicavano nei malati e nei morti, persone eretiche che erano state punite con la malattia. (ibidem:638)

Prins H. (1985:666) individua nell'Erythropoietic Protoporphyrinemia un'altra causa che ha contribuito alla diffusione di questo mito.

Alcuni studiosi hanno ipotizzato che in passato, l'unica cura per questa malattia fosse basata su due prescrizioni: vivere in luoghi appartati durante il giorno e bere del sangue per integrare la carenza di emoglobina. (ibidem) (Cox A., 1995:644)

Cox A. (1995:644) asserisce che esiste una corrispondenza tra porfiria e vampirismo (Hackenbrock E., 1968:47) data dalle seguenti evidenze: la porfiria porta a sviluppare un'estrema sensibilità alla luce solare che difficilmente viene tollerata, in quanto l'eventuale esposizione causa un'evidente deturpazione della persona che ne è afflitta. (Drake M.E., 1992:12)

b) Il vampirismo psichico

Gli studi di Melton⁶ (Melton in Wilson N., 2000:177) riconoscono l'eventualità che nei trattamenti psicoanalitici si possano verificare dei casi nei quali, la persona sperimenta un'esperienza di prosciugamento delle proprie energie che gli vengono sottratte da un altro.

In tale senso, il sangue che il vampiro prosciuga nel mito diventa la metafora che ben rappresenta il fenomeno sado-masochistico.

Per illustrare questa nuova osservazione psicoanalitica, Wilson presenta un caso psicoterapeutico particolare che lui stesso ha trattato. (ibidem)

Il signor A., dichiarò al proprio analista, di aver avuto una fantasia insolita, in cui immaginava che l'analista gli mordesse il collo e gli succhiasse il sangue.

Il paziente manifestava solitamente il desiderio inconscio di impedire che l'analisi progredisse, questo al fine di assicurarsi che nulla sarebbe accaduto e che lui sarebbe rimasto sempre il suo paziente in analisi.

Egli assisteva spesso ai monologhi della madre alcoolista davanti al bicchiere, e col tempo aveva finito col diventare confidente.

Proprio come nel mito classico, la madre-vampiro lo possedeva e lui si sottometteva al carnefice senza opporre resistenza, quasi apaticamente.

La madre vampiro dormiva tutto il giorno, mentre trascorrevano la notte attaccata alla bottiglia (un'altra analogia) e svegliandosi solo per attingere energie dalla sua vittima sottomessa (in questo caso il figlio).

L'alcoolismo rendeva la madre egoista e dominatrice: i suoi bisogni prevalevano su tutto.

Il legame con la propria madre aveva portato il paziente ad identificarsi inconsciamente con alcune caratteristiche di lei.

⁶ Il riferimento è al testo di Gordon J. Melton "The vampire book", Detroit, Visibile Ink.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Tale identificazione si evidenziò progressivamente nel trattamento: anche lui prese a parlare in modo logorroico, come a dire che facendo proprie le caratteristiche della madre, era diventato egli stesso un vampiro.

Il signor A. riproponendo nella relazione analitica lo stesso comportamento subito a suo tempo, induceva l'analista medesimo a rivivere nel controtransfert gli stessi sentimenti che egli aveva provato da ragazzo durante l'interazione con la propria madre, quando quest'ultima lo assaliva con i suoi discorsi senza fine, facendolo sentire intrappolato nella sua rete.

Attraverso l'esperienza dell'analisi, egli poteva finalmente interrompere quegli insegnamenti materni che avevano alimentato in lui un'esistenza di morte (come che egli si sarebbe dissolto senza di lei o che comunque avrebbe dovuto necessariamente perpetuare la solitudine della madre e non costruirsi una propria vita).

La raggiunta consapevolezza del signor A., di come gli stereotipi del relazionarsi con gli altri derivassero dal ruolo sottomesso e frustrante vissuto con la propria madre, lo portò a raggiungere con successo nuovi traguardi.

In pratica, la terapia raggiunse un lusinghiero successo perché gli fu offerto un nuovo modello di relazione, attraverso il quale non sarebbe più stato sottoposto ad un'invasione da parte degli altri, vampiristicamente parlando.

(Wilson N., 2000)

4. Il tarantismo, il ballo di San Vito e altri tipi di possessione animale

In tedesco 'ragno' è un sostantivo femminile, in quanto si dice "*die Spinne*".

L'identificazione tra ragno, donna e demone è presente nei trattati del medico Paracelso che scrive a riguardo: "Tutti i ragni provengono dal mestruo mulierum che è un veleno aereo e infuocato, e nascono e sono generati dai

demoni nell'aria, e gli spiriti vogliono che questi ragni obbediscano solo alle loro arti magiche". (Paracelso in Rieken B., 1995:192)

Dietro a tale affermazione sembrerebbe esserci l'antica credenza sull'impurità della donna, il cui sangue dovrebbe essere periodicamente purificato.

Il simbolo positivo del ragno si trova invece, nelle leggende che riguardano la fuga in Egitto della Sacra Famiglia, infatti appena questa fa ingresso nella grotta per trovarvi rifugio, dalla grotta stessa sbuca un ragno crociato che tesse una ragnatela davanti all'entrata, ingannando gli inseguitori e portandoli a credere che non vi sia nessuno all'interno.

Lo stesso tema si ritrova in forma simile nell'episodio in cui David fugge da Saul o quando si nasconde ai giovani giudei. (Rieken B., 1995:190)

Sostanzialmente, il rapporto dell'uomo con il ragno è da sempre ambivalente. Se da un lato, a questo animale viene riconosciuta un'utilità nell'equilibrio biologico in qualità di disinfestatore, è pur vero che esiste una vasta letteratura che pone in evidenza gli aspetti di terrore e disgusto che questo animale suscita nell'uomo, aspetti molto spesso irrazionali. (ibidem)

Questa repulsione è evidente anche nei modi di dire tedeschi: "Pfui Spinne" significa che schifo, "(mit) jdm spinnefeind sein" è essere il nemico giurato di qualcuno.

In natura il ragno maschio è notevolmente più piccolo e talvolta viene divorato dalla femmina: ciò che nel mondo animale ha la funzione di conservazione della specie, diventa per l'uomo simbolo di minaccia esterna nella lotta tra i sessi. (Rieken B., 1995:193)

Il ragno è anche l'animale-simbolo di un "fenomeno culturale di alterazione psicosomatica" conosciuto come tarantismo (Fabietti U. e Remotti F., 1997:736) tipico della Puglia, del Salento e della Sardegna che ha conosciuto una diffusione più o meno ampia nei secoli passati intorno al Medioevo.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Il tarantismo pugliese è stato ampiamente studiato e documentato nell'unica etnografia sull'argomento, fatta da Ernesto De Martino nel 1959, pubblicata in seguito nel libro dal titolo "La terra del rimorso".

Come si evince dalla lettura di questo testo, secondo quanto appreso dalle interviste e dall'osservazione sul campo fatta dall'équipe guidata da De Martino, il tarantismo è caratterizzato dalla convinzione, che in seguito al presunto morso di un aracnide, si sia posseduti da un ragno.

Il veleno inoculato da questo insetto costringerebbe la vittima a ballare fino allo sfinimento, a ritmi musicali imprecisati, in quanto il tarantato sostiene che sola la musica giusta può far "schiattare la taranta".

"L'avvelenata si libera della presa della taranta impersonando la taranta stessa. Ella diventa la taranta. Durante la danza, in alcune configurazioni è l'animale e in altre l'avvelenata; la danza è tesa a stancare, stremare l'animale, fino alla sua morte". (Busoni M., 1997:16)

Allo stesso tempo per impedire che possa ripetersi l'infausta influenza, i tarantati si recano in processione alla cappella di Galatina, nel giorno della festa di San Paolo (cioè il 29 giugno), per chiedere la grazia al Santo.

Per quanto riguardava la verifica del rapporto tra tarantismo e malattia, la ricerca etnografica ha evidenziato da subito l'immunità circoscritta al territorio di Galatina e l'incompatibilità tra ipotesi tossicologica e ripresentarsi delle crisi per decenni a venire.

De Martino, inoltre, aveva rilevato un'incidenza molto alta nella distribuzione familiare che interpretava in rapporto alle influenze della vita in famiglia.

Queste considerazioni portarono inderogabilmente al decadimento definitivo dell'ipotesi medica, con tanto di dimostrazione e all'apertura verso un'interpretazione che evidenziava il condizionamento culturale del simbolo mitico - rituale.

Nella prefazione a “La terra del rimorso”, De Martino definisce il tarantismo come “una formazione religiosa minore prevalentemente contadina, ma coinvolgente un tempo anche i ceti elevati, caratterizzata dal simbolismo della taranta che morde e avvelena, e della musica, della danza e dei colori che liberano da questo morso avvelenato”. (De Martino E., 1996:13)

“La taranta è un ragno...il cui morso...è diventato il pretesto, il dato culturale, per l’elaborazione di un modello culturale terapeutico applicabile in una vasta gamma di crisi dovute alla precarietà delle condizioni generali di vita delle classi sociali portatrici di una cultura subalterna. Il rito terapeutico si svolge in casa del tarantato, dove un gruppo di suonatori esegue, dopo averne accennato alcuni, il brano al quale il tarantato ha reagito iniziando a ballare, consentendo una sorta di ‘somatizzazione del suono’. Il ‘paziente’ si identifica nella ‘bestia’ di cui è vittima seguendo il sostenuto ritmo musicale e se ne libera alternando movimenti che evocano la taranta...La musica e la danza consentono la rappresentazione visiva e acustica del ragno, funzionando da catalizzatori degli stati alterati della coscienza ed accompagnando la crisi verso un esito positivo di riscatto dalla propria condizione umana e della propria identità culturale”. (Fabietti U. e Remotti F., 1997:736)

Infatti, il tarantismo è rappresentato in particolare dalle classi subalterne, le quali sembrerebbero riferirsi al soprannaturale (e alla magia) come ad una specifica modalità di risposta alle avversità ed alla crisi. (De Martino E. in Lanternari V., 1994).

A tutto ciò, va aggiunta la considerazione di De Martino secondo cui, il simbolo della taranta è espressione di “un orizzonte mitico-rituale di evocazione, di configurazione, di deflusso e di risoluzione dei conflitti psichici irrisolti che -rimordono-nell’oscurità dell’inconscio”. (De Martino E., 1996:63) e che si esprimerebbero in relazione a quanto sopravvive come *relitto* delle civiltà magiche. (De Martino, 1996)

Secondo De Martino “il morso reale di un aracnide velenoso patito durante il raccolto di frutti estivi doveva aver rappresentato un importante condizionamento esistenziale del simbolo, in un passato più o meno remoto della storia”. (De Martino E., 1996)

Le qualità terapeutiche del tarantismo avrebbero consentito al fenomeno di “resistere all’azione repressiva della Chiesa” (De Martino in Pizza G., 1996:269) consentendo di spiegare “come il modello terapeutico si sia retto anche sulla connivenza fra la surinterpretazione terapeutica degli antropologi della possessione, e il pretesto terapeutico costruito dagli attori come unica possibilità di legittimazione delle loro pratiche”. (Pizza G., 1996:269-270)

Nel 1986, successivamente agli studi e alle interpretazioni demartiane, Rouget Gilbert nel suo libro “Musica e trance” visionando il film girato da De Martino all’epoca dell’etnografia e rivalutando criticamente il libro “La terra del rimorso”, classifica il tarantismo come un “culto di possessione”⁷, sia perché nell’azione rituale vengono riprodotti i movimenti dell’animale in questione (il ragno), sia perché la possessione stessa è preceduta da uno stato di trance che si struttura sulla crisi. (Rouget G., 1986:59)

Per Rouget, la possessione indotta dal ragno, può essere considerata come una terapia che si basa sull’ “isteria istituzionalizzata”, derivante dalla totalità delle rappresentazioni culturali che costituiscono il sistema culturale del soggetto. (ibidem:226)

Ma oltre all’influsso di tali rappresentazioni culturali, bisogna considerare che la combinazione simbolo-immaginazione viene riprodotta nella trance stessa, consentendo ai simboli di “riprodurre effetti fisiologici, e di esercitare un potere

⁷ Il tarantismo può essere indicato inoltre, come un fenomeno di possessione periferica. Il significato di quest’ultima si riferisce alla classificazione di Ioan Lewis che indica in questo modo due epifenomeni: a) l’entità che causa la

tale da provocare la trance” (Bourgau in Lanternari V., 1995) mediante la mediazione dell’immaginazione.

Nei suoi scritti recenti, Pizza G. ha presentato alcuni suoi resoconti personali sul fenomeno del tarantismo, basati su recenti etnografie in Campania. (Pizza G., 1998:86)

Questo Autore scrive che: “la possessione da tarantola, che Pandolfi aveva osservato in Sannio negli anni Settanta, è scomparsa, mentre al suo posto rimane quella che Pandolfi definisce la *possessione verbalizzata*: le donne del Sannio campano sono oggi come spossessate dalla possessione, ma si ritrovano in una nuova retorica della sofferenza attraverso un rapporto (del) corpo che evoca nei ritmi e nelle scansioni, nelle metafore utilizzate un memoriale dei rituali di possessione scomparsi. Al rituale di possessione si sostituisce un rituale somatico che si esprime nella narrazione, emergente grazie all’instaurazione di un setting dialogico fra l’antropologa (donna e psicoanalista) e le donne che incontra.” (Pizza G., 1998:86)

Nel 1968, Chiara Gallini, allieva di De Martino scrisse un libro sulla variante sarda del tarantismo, frutto della sua ricerca sul campo in questa regione, dal titolo “I rituali dell’argia”.

La rilettura del testo della Gallini fatta nel 1997 da Lanternari V., ha evidenziato come in Sardegna, il rituale tra soggetto punto dall’argia e gruppo esorcistico fa sì che quest’ultimo “suggerisce secondo moduli tradizionali la canonica rappresentazione mentale del ... male come possessione da parte di un’argia⁸”. (Lanternari V., 1997:165)

Nel rito dell’argia sarda quindi, la forza curativa si mescola a quella della festa con un “tono decisamente carnevalesco”. (ibidem:166)

possessione proviene dall’esterno, b) le vittime sono soprattutto membri di gruppi sociali di status basso. (Lewis in Gellner, 1994:27)

⁸ L’argia sarda è un ragno.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Per esempio, il soggetto che è posseduto viene vestito con abiti femminili, in un rito che prevede anche che il posseduto finga i dolori del parto, lasciandosi andare eventualmente al lamento funebre oppure alle pantomime erotiche. (Lanternari V., 1997:165)

Sia il tarantismo pugliese (studiato da De Martino nel 1959), sia i rituali sardi dell'argia (studiati da Clara Gallini nel 1968) che sono stati caratterizzati da balli danzanti spinti fino alla mania, sono espressione di fenomeni tipici della cultura italiana.

In culture altre, come ad esempio quella Germanica, si ritrovano comunque le medesime manifestazioni isteriche di danza, ma esse vengono indicate con il nome "Ballo di San Vito".

Da quello che ho compreso leggendo gli ultimi scritti di Giovanni Pizza sui fenomeni di possessione europea (Pizza G., 1998:88) e che ora mi appresterò ad illustrare al lettore, nelle epidemie isteriche che hanno caratterizzato il ballo di San Vito, il referente animale non è più il ragno, ma bensì il rospo.

Innanzitutto, bisogna premettere che la cultura popolare (e certa letteratura) dell'Europa centrale è ricca di credenze relative a fenomeni di possessione in cui l'agente è un rospo (Pizza G., 1998:88), in tedesco '*die Kröte*' (sostantivo femminile), in grado di penetrare nell'interno del corpo femminile.

Prova ne sia che il legame che esiste tra questo animale, la magia e i fenomeni soprannaturali, trova espressione perfino nel lessico dialettale europeo dove rospo e strega si dicono nello stesso modo. (Pizza G., 1998:88)

Il vocabolo 'rospo' deriverebbe dal latino *Haruspex* 'aruspice', il mago di origine etrusca (Alinei M., 1987:265).

Questo animale verrebbe indicato come "*fata* nei dialetti italiani, *Hexe* 'strega' nei dialetti tedeschi, *bosorka* 'strega' in quelli ucraini, *czarownica* 'strega' nei dialetti polacci." (ibidem)

“La straordinaria presenza del rospo come animale simbolico nella zoologia stregonica, può dunque essere osservata a partire dalle rappresentazioni dell’esperienza corporea e della sofferenza femminili, enunciate nei termini metaforici della mobilità/animalità dell’organo femminile”. (Pizza G., 1998:88)

Nella coscienza popolare e nell’inconscio collettivo, il rospo votivo sembrerebbe esser il simbolo dell’utero.(Gimbutas M., 1987:273)

L’equazione utero–rospo secondo il Kriss è invece realistica e non simbolica, attestata dalla presenza in molti santuari tedeschi, di ex-voto che riproducono la forma dell’organo femminile. (Kriss in Vidossi G., 1987:219).

L’idea che l’utero abbia una propria mobilità era presente già negli scritti di Ippocrate, Platone e Aristotele, i quali lo consideravano una specie di animale che necessita di soddisfazioni.

Qualora tale appagamento non possa avvenire, l’animale potrebbe risalire nel corpo femminile e giungere ad occupare sedi improprie con inevitabili disturbi di salute. (Gimbutas M., 1987:226)

Ma esistono comunque altre interpretazioni che legano il rospo alla fisiologia femminile. Per esempio: “Martin del Rio racconta una storia *straordinaria*: l’apparizione di un rospo che salta nel ventre di una donna al momento del parto rivelando così la causa del parto difficile.

Del Rio inoltre registra la diffusa credenza nel regno di Napoli secondo la quale era necessario catturare il rospo prima che toccasse terra, altrimenti il bambino sarebbe morto.” (Martin del Rio in Pizza G., 1998:88)

Secondo Pizza G. l’ampia diffusione dei fenomeni di possessione che hanno come referente il rospo, potrebbero trovare una spiegazione nel fatto che questo animale è *buono per pensare la propria femminilità*. (Pizza G., 1998).

5. La possessione extra-europea

a) La possessione della tigre in oriente

Durante una mia ricerca su internet, mirata alla consultazione di riviste telematiche di antropologia, ho letto l'etnografia "Metamorfosi feline dei vivi e dei morti fra i Kondh dell'Orissa⁹", pubblicata nella sezione 'Magia, sciamani e guaritori', della rivista on-line 'Psychomedia'.

L'autore di questo interessante lavoro, Francesco Brighenti, ha indagato la credenza relativa agli uomini-tigre, così ampiamente diffusa in quei territori.

Secondo l'Autore "*i dati etnografici di cui finora disponiamo suggeriscono che le credenze di tutti i gruppi tribali nel fenomeno della licantropia rappresentino dei residui culturali arcaici sostanzialmente estranei alle tradizioni dell'induismo, nel cui ambito sono presenti, invece, fenomeni di possessione attribuiti a spiriti-tigre o spiriti-leopardo assimilati nel culto a manifestazioni inferiori di Shiva o della grande Dea. Un caso paradigmatico in questo senso è costituito dalle danze rituali –puli vesham, pulitali, ecc- eseguite nell'India del sud da uomini mascherati da tigri, leopardi o pantere nere.*" (Brighenti F., 2004:2)

L'interpretazione Kondh degli uomini-tigre è di tipo soprannaturale, caratterizzata cioè da credenze di tipo magico-rituale secondo la quale alcune divinità, anime di defunti uccisi dalla tigre stessa oppure individui malevoli, sarebbero in grado di trasferire il proprio pensiero omicida alla tigre, portandola a compiere la tragica aggressione.

La capacità di trasformazione in una tigre oppure in un leopardo (kradi o krani) verrebbe attuata durante situazioni conflittuali e di tensioni sociali, come

⁹ Stato federato dell'Unione Indiana, situato tra il Bengala occidentale, il Bihar, il Madhya Pradesh, l'Andhra Pradesh e il golfo del Bengala.

vendetta e controllo nei confronti del nemico o talvolta anche nei confronti degli animali che sono proprietà di quest'ultimo.

Per i Dongria Kondh la trasformazione zooantropica può compiersi soltanto osservando particolari accorgimenti, in quanto è necessario attendere la mezzanotte e aver desiderato di diventare tigre già prima di prendere sonno (o aver immaginato di compiere tale viaggio dello spirito).

Presso l'etnia Kondh, coloro che intendevano dichiarare pubblicamente la propria estraneità alle arti magiche, che consentivano la trasformazione felina, erano tenuti a partecipare al rituale, riportato qui di seguito.

“Nel XIX secolo, fra i Malia Kondh del distretto di Kandhamal, coloro che intendevano scagionarsi dall'accusa di essere un uomo-tigre, ad esempio nel corso di dispute terriere fra clan contrapposti, erano tenuti a pronunciare un giuramento solenne attenendosi ad un minuzioso rituale. Il giuramento doveva essere compiuto di fronte ad un termitaio attorno al quale fosse stato sparso del sale. Colui cui toccava giurare di non conoscere il segreto della metamorfosi felina doveva toccare delle foglie di olua (una pianta), il termitaio ed il sale e, stringendo fra i denti un tangi (ascia sacrificale), doveva dichiarare che, nel caso stesse commettendo uno spergiuro, il suo corpo si sarebbe dissolto come sale nell'acqua, sarebbe stato divorato dalle termiti, si sarebbe seccato come foglie di olua, o sarebbe caduto a pezzi come se fosse stato dilaniato a colpi d'ascia.” (ibidem:3)

Il Brighenti osserva come l'antropologa Barbara M.Boal, attraverso lo studio delle etnografie di fine secolo, avesse evidenziato l'associazione tra le pratiche rituali rivolte alla divinità Darni Penu da parte dei Kondh e la sensazione di pericolo imminente derivante dalla presenza di un felino nelle vicinanze della comunità.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Per placare l'ira della divinità Darni Penu (la dea della terra), in occasione dell'uccisione di uomini da parte di animali feroci, i Kondh compivano un sacrificio umano.(Boal B.M. in Brighenti F., 2004:3)

In questo modo, ufficializzavano la convinzione che l' aggressione sferrata dalla tigre fosse stata agita da Darni Penu, insoddisfatta “delle oblazioni sacrificali in precedenza ricevute dalla comunità del villaggio attaccato”. (Brighenti F., 2004:4)

Presso i Desia Kondh occidentali, le ragazze in età pre-pubere vengono sottoposte ad un tatuaggio (a scopo apotropaico) che riproduce le vibrisse della tigre, con lo scopo di impedire che un giorno possano trasformarsi in tigri. (ibidem)

“Un tempo, anche a causa di questa superstizione, le ragazze non tatuate faticavano parecchio a trovare qualcuno disposto a sposarle. Per una moglie Kondh l'accusa di essere divenuta una tigre, anche se riferita soltanto al suo comportamento esteriore!, costituiva un tempo causa sufficiente per essere ripudiata dal marito. Le ragazze sterili erano talvolta accusate dai loro mariti di avere una relazione segreta con una tigre di sesso maschile, nel qual caso esse potevano essere costrette ad abbandonare la casa del marito e far ritorno al villaggio natio. Fra i Desia in particolare si sostiene ancora ai nostri giorni che è la stessa dea della terra ad esigere il tatuaggio facciale delle ragazze pre-puberi, e che quelle fra loro che rifiutano di sottoporsi al rito del tatuaggio svilupperanno facilmente la facoltà della mlipa¹⁰, la trasmigrazione dell'anima umana all'interno del corpo di un animale feroce, venendo con il tempo a costituire una seria minaccia per l'intera comunità del villaggio.” (ibidem:6)

Il tabù relativo all'uccisione della tigre, ancora vivo tra i Kondh, sembrerebbe dovuto sia alla “necessità di salvaguardare la vita dell'essere umano che avesse

¹⁰ La mlipa consiste nella metamorfosi prodigiosa. (Brighenti F., 2004:5)

eventualmente preso possesso del corpo di una tigre.” (ibidem:7) sia al fatto che la comunità stessa percepirebbe la morte causata dalla tigre, come “la morte potenziale dell’intera comunità” che esige “una lunga quarantena rituale, durante la quale l’intera comunità rimane isolata dal mondo esterno...Tali riti comunitari sembrano corrispondere ai riti di rigenerazione individuale imposti dagli sciamani-guaritori Kondh alle persone affette da sindrome zooantropica”. (ibidem:12)

Secondo Brighenti, la superstizione riferita alla capacità umana di trasformazione in tigre, è stata particolarmente presente anche nella Cina imperiale. (ibidem:1)

Questa considerazione viene confermata dagli studi recenti di Nelly Naumann, apparsi nel 1997 sulla rivista tedesca “Fabula”.

Secondo quest’Autrice (con un lungo repertorio di articoli che hanno come tema l’oriente) la superstizione cinese relativa alle tigri-mannaro corrisponderebbe alla credenza europea concernente il lupo mannaro. (1997:116)

Per esempio, l’equivalente cinese della fiaba di Capucchetto rosso ha come protagonista una tigre e non un lupo.

Questa fiaba che tutti i bambini cinesi conoscono narra la storia di una madre che un giorno volle far visita alla nonna, ma fu divorata dalla tigre che si sostituì a lei, indossandone gli abiti. (Naumann Nelly, 1997:112)

Per i cinesi fiabe come queste sono l’espressione di una prova tangibile della presenza di una spiritualità cattiva che agisce e si manifesta nella tigre e attraverso di essa. (ibidem)

Per i cinesi, la metamorfosi in tigre può compiersi attraverso un rito magico di trasformazione volontaria che prevede di indossare la pelle dell’animale in questione, ma possono verificarsi casi nei quali, la trasformazione sia causata

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

da un sortilegio o da una punizione divina, allora tutto il corpo diventerà quello di una tigre, ad eccezione della testa. (ibidem:116)

La fonte scritta cinese più antica, in cui viene riportata una trasformazione umana in tigre, risale intorno al 122 avanti Cristo e si deve a Liu An.

Nell'opera *Huai-nan-tzu*, egli scriveva di un uomo chiamato Kung-niu Ai, che dopo essersi ammalato, di lì a sette giorni si trasformò in tigre. (ibidem:115)

Kao Yu, un commentatore che visse nel secondo secolo dopo Cristo, sosteneva che “quando una persona si trasforma in tigre finisce probabilmente col mangiare anche gli uomini.

Qualora si compia tale destino, diventerà davvero una tigre, mentre se si asterrà dal farlo tornerà ad essere un uomo”. (Naumann N., 1997:115)

Perfino lo scettico Wang Ch'ung (27-97 d.C.) sosteneva che la trasformazione uomo-tigre fosse realistica: infatti, nel suo saggio *Lun-heng* asseriva che lo spirito o l'essenza degli animali sono in grado di diventare umani.

b) La possessione animale in Africa

I Dorze sono un popolo dell'Etiopia meridionale studiato da Dan Sperber attraverso una brillante ricerca etnografica, pubblicata in lingua italiana nel 1981, nel libro “Per una teoria del simbolismo. Una ricerca antropologica”.

Come egli scrive, i Dorze abitano un “massiccio montagnoso che, ad est, sovrasta a strapiombo l'ampia vallata del Rift e, a ovest, scende più dolcemente verso il bacino dell'Omo”. (Sperber D., 1981:125)

Vivendo in montagna, i Dorze possono imbattersi solo in due specie di animali feroci: il leopardo e la iena.

Nel quinto capitolo, di questo testo, intitolato “Il dispositivo simbolico”, Dan Sperber dedica un paragrafo proprio a questi due animali, dal titolo “Leopardo cristiano e iena-mannaro”.

Sperber D. precisa che “i leopardi ammazzano più bestie di quante non ne mangino, e tra l’uccisione e la consumazione in genere trascorre un certo intervallo di tempo. Le iene, invece, mangiano più bestie di quante non ne uccidano; il più delle volte si nutrono di cadaveri e quando sono esse stesse a uccidere, di solito, la loro vittima è una bestia già ammalata o debole che addentano ancora viva.” (Sperber D., 1981:125)

L’Autore precisa come secondo l’elaborazione simbolica dei Dorze, il leopardo è considerato un animale cristiano che osserva i digiuni della chiesa copta.

“...I Dorze, che mangiano volentieri la carne cruda, danno molta importanza al modo in cui le bestie vengono macellate; esse devono essere uccise da un sacrificatore che taglia loro la gola soltanto dopo averle fatte cadere sul fianco destro; inoltre, considerano non commestibili le bestie morte di malattia o accidentalmente, e quelle uccise da persone non qualificate o non rispettose delle regole. La macellazione e la consumazione rappresentano due tappe nettamente distinte nel tempo.

Come i Dorze, anche i leopardi prima uccidono e poi mangiano. Inoltre, si ritiene che il leopardo sgozzi le proprie vittime e divori soltanto quelle che cadono sul fianco destro; questa credenza non è priva di interesse perché dimostra che, per quanto la cristianizzazione del leopardo sia presumibilmente recente, la sua umanizzazione è di sicuro antica. La iena, invece, ha la caratteristica di mangiare i cadaveri resi impuri dalla loro stessa morte e, anche quando attacca animali ancora vivi, li addenta senza alcun rito preliminare.” (ibidem:128-129)

Tra i Dorze è diffusa la credenza, basata sul sapere enciclopedico, della ‘*ienizzazione di certi esseri umani*’ (ibidem:126) che “...divorano altri uomini, sia dissotterrando cadaveri, sia mangiando vive persone in genere ammalate; in questo secondo caso, le vittime **vedono** la iena-mannaro arrivare ogni giorno e divorare sempre più le loro viscere, finchè muoiono tra orribili sofferenze”.

La classificazione Dorze delle iene-mannaro viola il dogma del gruppo etnico secondo il quale, ogni entità animata appartiene ad una sola specie: infatti, le iene-mannaro sono uomini ma anche animali.

La calunnia di essere una iena-mannaro, che viene rivolta ad alcuni individui, non tocca mai amici o parenti, ma solo “membri di gruppi etnici periferici”. (ibidem)

Quando i Dorze indicano un membro esterno al loro gruppo come iena-mannaro, lo accusano pubblicamente di “alterità etnica” (ibidem:130) “lasciando supporre che una differenza di cultura sia una differenza di natura”.

La credenza nelle iene-mannaro “permette appunto di evocare in forma implicita o inconscia un desiderio o un timore che sarebbe scandaloso formulare esplicitamente: *cioè, il desiderio di essere per natura migliore del proprio vicino e il timore di essere circondato da creature malvagie e pericolose*”.(ibidem:130)

Il leopardo in cui i Dorze si identificano richiama rappresentazioni umane positive, mentre all’opposto la iena con cui identificano i loro nemici evoca la negatività della condotta umana, configurando “*la moralità su un piano alimentare*” (Sperber D., 1981:128) in quanto rappresentata dalle specifiche modalità alimentari di questi due animali-simbolo.

Nel 1995, la prestigiosa rivista inglese di antropologia “The Journal of the Royal Anthropological Institute” ha pubblicato un articolo dal titolo “Witchcraft and the avoidance of physical violence in Cameroon”, scritto da Charles-Henry Pradelles de Latour, in cui l’autore si propone di analizzare la credenza nella magia presso l’etnia dei Bangoua (un popolo che vive nel Camerun, nel territorio di Bamileke).

Egli afferma che per questo gruppo etnico “la magia è qualcosa di totalmente malvagio, che implica una concezione della personalità come divisa e

irresponsabile piuttosto che unificata ed autonoma”.(Pradelles de Latour C.H., 1995:599)

Questa interpretazione della magia (che presenta quattro varianti locali ndip, süe, mvap pepüe e cip) presuppone che l’origine del male, si trovi al di fuori di se stessi, cioè negli altri o eventualmente nell’alter ego (che corrisponderebbe ad un animale).

Infatti, la magia consentirebbe a persone malvagie e con cattive intenzioni, di assumere sembianze teriomorfe (per esempio quelle di un gufo) allo scopo di poter succhiare il sangue dei bambini, proprio come il vampiro delle leggende europee.

I Bangoua sanciscono la nascita e l’ereditarietà della magia che provoca la trasformazione in vampiro, con una leggenda che l’Autore riporta a pagina 602.

Quella che segue è una mia traduzione della narrazione sopra menzionata.

“C’erano una volta, due donne che coltivavano lo stesso campo: ma ogni anno, una di esse otteneva un raccolto migliore.

Un giorno, mentre la meno fortunata attraversava un fiume poco profondo, un filo d’erba le disse: ‘So che sei infelice, ma se vuoi un raccolto migliore della tua amica, raccoglimi e mettimi nella tua borsa’.

La donna acconsentì e così l’anno seguente il suo raccolto fu maggiore di quello della sua amica.

L’erba uscì dalla borsa e disse alla sua proprietaria.”Ho fame, devi darmi perciò il tuo primo figlio”. La donna acconsentì malvolentieri e il filo d’erba bevve del sangue del bambino fino a che egli morì.

L’erba disse alla madre: “Devi darmi il tuo secondo figlio, perché quando ne bevo, non riesco più a fermarmi”.

Ma la donna rifiutò. L’erba continuava ad insistere nel chiederle il secondo figlio, ma la madre puntualmente rifiutava.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

L'erba allora le disse: "Visto che non vuoi nutrirmi, inghiottimi così che non debba patire i dolori della fame".

La donna la ingoiò e così l'erba rimase nel suo stomaco e negli stomaci di tutte le figlie a venire.

(Presso i Bangoua si crede che questo "organo" consenta alle donne di diventare vampiri)" (Pradelles de Latour C.H., 1995:602)

Appare evidente come il sentimento di invidia della donna nei confronti del raccolto più cospicuo dell'amica, abbia innescato una sua dipendenza nei confronti della pianta vampiro con apatica sottomissione dovuta a un sentimento di gratitudine per la promessa mantenuta (quella di un raccolto notevole).

Ma in questo modo, la magia si rivela solo apparentemente vantaggiosa, in quanto nega di fatto una negoziazione reciproca dell'aiuto, poiché "il prezzo di una vita umana non vale un raccolto".

Assumendo l'erba in modo crudo, senza macerarla o bollirla, la donna inverte la logica che caratterizza la vita di tutti i giorni: del resto anche la pianta dimostra di andare contro ogni logica nutrendosi del sangue. (ibidem)

L'erba rappresenta in questo modo, il "principio attivatore del *ndip*, una delle quattro forme di magia" che si insedia nello stomaco di donne, trasformandole in streghe-vampiro.

Ma secondo l'Autore anche altri sentimenti, come per esempio la gelosia, possono innescare una aggressione da parte del vampiro.

La dualità del *ndip* che è complessa: "esso è sia interno che esterno, ego e alter ego, una donna del villaggio ma anche un animale della foresta, un'esistenza notturna e una diurna, un persecutore ed il perseguitato." (ibidem)

Anche altre narrative locali enfatizzano l'uso di altri tipi di magia, come ad esempio il *süe*, ma si tratta comunque di manifestazioni meno frequenti.

Per esempio, della strega *mvap pepüe* si dice che abbia acquisito i poteri attraverso una medicina somministratagli alla nascita dai propri genitori; ella sarebbe capace di tramutarsi in scimmia e di mangiare il raccolto, oppure in gatto e uccidere gli uccelli domestici.

Presso i Bangoua nessuno rivela alla collettività la sua reale natura di strega, ma sono sempre gli altri membri del gruppo a formulare accuse di questo tipo, a cui fanno seguire un consulto presso le indipendenti autorità locali, come esposto qui di seguito.

L'imputato dopo essere stato rasato viene sottoposto al giudizio della tartaruga (il dio della giustizia di Bamileke).

Dopo aver posizionato una tartaruga nella mano dell'imputato, le si sputa sopra negando pubblicamente la propria colpevolezza, infine si depone l'animale a terra.

Se la tartaruga si dirigerà alla destra del giudice, l'accusato non è responsabile per il male fatto, se invece procede verso sinistra, l'accusato è responsabile.(ibidem)

Questo momento è particolarmente importante da un punto di vista sociale, in quanto pubblicamente “grazie al giudizio della tartaruga, l'accusato può ricomporre la divisione tra se stesso e il suo alter ego, quindi anche la separazione tra se stesso e l'accusatore.” (ibidem:608)

Da quanto esposto attraverso il mio personale resoconto, di questo studio di Pradelles de Latour, è possibile sostenere che *ndip* e *süe* sono atti contro il matrimonio e la riproduzione, mentre *mvap pepüe* e *cip* sono atti contro la produzione e la consumazione. (Pradelles de Latour C.H., 1995:606)

Bibliografia

- Abt-Bacchi Regina**, 1991, *Il santo e il maiale*, Moretti & Vitali editori, Bergamo
- Alinei Mario**, 1987, *Rospo aruspice, rospo antenato*, in “Quaderni di semantica”, N. 2, Il Mulino, Bologna, pp. 265-296
- Allovio Stefano**, 2000, *Contagi emici e contagi etici. Riti di iniziazione in Africa centrale*, in “Antropologia del rito. Interpretazioni e spiegazioni”, a cura di Pietro Scarduelli, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 90- 114
- Augé Marc, Herzlich Claudine**, 1986, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano
- Barozzi Giancorrado**, 1983 (ottobre), *Streghe e folletti. Strategie divergenti nell'individuazione di poteri maligni*, In “La ricerca folklorica” n. 8, Grafo edizioni, Brescia, pp. 67-70
- Baum Marlene**, 1991, *Das Pferd als Symbol. Zur Kulturellen Bedeutung einer Symbiose*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Benezech M., Bourgeois M., Boukhabza D., Yesavage J.**, 1981, *Cannibalism and Vampirism in Paranoid Schizophrenia*, in “Journal Clinical Psychiatry”, Vol. 42, N. 7, Physicians Postgraduate Press, Memphis, , pp. 290
- Bosco Coletos Sandra**, 1999, *L'espressione del demonico in tedesco. Formule magiche, incantesimi, streghe, weise Frauen, gnomi, giganti e animali nelle fiabe e nelle leggende dei fratelli Grimm*, Edizioni dell'Orso, Alessandria
- Brighenti Francesco**, *Metamorfosi feline dei vivi e dei morti fra i Kondh dell'Orissa*, in Psychomedia, www.psychomedia.it/pm/grpind/magscia/brighenti.htm, del 23.03.04
- Brunner Ungricht**, 1998, *Die Mensch-Tier-Verwandlung. Eine Motivgeschichte unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Märchens in der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert*, Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Bern
- Burkert Walter**, 1981, *Homo Necans. Antropologia del sacrificio cruento nella Grecia antica*, Boringhieri, Torino
- Busoni Mila**, 1997, *Tarantismo: “fenomeno religioso minore” o orizzonte culturale di riscatto della presenza? Note a margine su La Terra del rimorso di E. De Martino*, in “Ossimori”, N. 9-10, pp. 15-22
- Cesa Bianchi, Paolicchi Piero**, 1990, *Mente-corpo*, in “Scheda 2001. Ecologia Antropica”, N. 4, Schena editore, Fasano (Brindisi), pp. 17-41
- Ciminelli Maria Luisa**, 1997, *Culture-bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità*, in “AM Rivista della Società italiana di antropologia medica”, N. 3-4, pp. 247-280
- Coll P.G., O'Sullivan G., Browne P.J.**, 1985, *Lycanthropy Lives On*, in “British Journal of Psychiatry”, Vol. 147, pp. 201-202

- Cox Ann M.**, 1995, *Porphyria and vampirism: another myth in the making*, in "Postgrad. Medical Journal", Vol. 71, pp. 643-644
- Crapanzano Vincent**, 1996, *Riflessioni frammentarie sul corpo, il dolore, la memoria*, in "Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio." a cura di Mariella Pandolfi, Meltemi, Roma, pp. 156-180
- De La Sierra Rodríguez L.**, 1998, *Origin of the myth of Vampirism*, in "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 91
- De Martino Ernesto**, 1996, *La terra del rimorso*, Est Il Saggiatore, Milano
- De Micco Virginia**, 1999, *Malattia, maleficio, possessione. Metafore per un'interiorità sofferente*, in "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", N. 7-8, pp. 93-128
- De Vidas Anath Ariel**, 2002, *A dog's life among the Teenek Indians (Mexico): animals' participation in the classification of Self and Other*, in "The Journal of the Royal Anthropological Institute", Vol. 8, N. 3, pp. 531-550
- Dini Alessandro**, 1994, *Antropologia medica e storia della medicina*, in L'Arco di Giano", N. 6, pp. 51-60
- Di Raimondo Francesco**, *Antropologia Medica per la clinica*, A.M.P. Seminari 1998-'99, www.psychomedia.it/neuro-amp/98-99-sem/diraimondo.htm del 28.01.04
- Dizionario Italiano-Tedesco, Tedesco-Italiano**, 2001, Zanichelli Editore, Bologna
- Drake M.E.**, 1992, *Medical and Neuropsychiatric Aspects of Lycanthropy*, in "The Journal of Medical Humanities", Vol. 13, pp. 5-15
- Drewermann Eugen**, 1990, *Über die Unsterblichkeit der Tiere. Hoffnung für die leidende Kreatur*, Walter Verlag, Düsseldorf und Zürich
- Enciclopedia della Medicina Compact**, 1990, Istituto Geografico De Agostini, Novara
- Enciclopedia di Filosofia**, 1999, Garzanti, Milano
- Fabietti U. e Remotti, F.**, 1997, *Dizionario di antropologia*, Zanichelli, Bologna
- Fahy T.A.**, 1989, *Lycanthropy: a review*, in "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 82, pp. 37-39
- Fantini Bernardino**, 2001, *Il tarantismo e il ballo di San Vito fra tradizione popolare e medicina colta nell'età moderna*, in "Atti del Convegno del 28-29 Maggio 1999 a S. Vito dei Normanni", Besa editrice, Nardò (LE), pp. 63-95
- Fiorino Vinzia**, *La fiaba e la follia. Medicina, folklore e religione nelle rappresentazioni culturali della malattia mentale*, in Pol.it the italian on line psychiatric Journal, <http://www.pol-it.org/ital/fiorino.htm> del giorno 10.03.04
- Garlipp P., Gödecke-Koch T., Haltenhof H., Dietrich D.E.**, 2001, *Lycanthropie/Zoanthropismus- Erörterung eines psychopathologischen Phänomens*

in Fortschr.Neurol.Psychiat., N. 69, pp. 215-220

Gellner David N., 1994, *Priest, healers, mediums and withches: the contest of possession in the Kathmandu Valley, Nepal*, in "MAN The Journal of the Royal Anthropological Institute", Vol. 29, N.1, pp.27-47

Gimbutas Marija, 1987, *Rappresentazioni della dea-rospo nell'Europa preistorica*, in "Quaderni di Semantica", N. 2, Il Mulino, Bologna, pp. 223-228

Ginzburg Carlo, 1986, *Miti emblemi spie*, Einaudi Editore, Torino

Ginzburg Carlo, 1986, *Freud, der Wolfsmann und die Werwölfe*, in „Zeitschrift für Volkskunde“, Vol. 82, Verlag Otto Schwartz &Co., pp. 189-199

Ginzburg Carlo, 1989, *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Giulio Einaudi Editore, Torino

Good Byron J., 1999, *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino

Gottlieb Richard M., 1994, *The Legend of the European Vampire, Object loss and corporeal preservation*, in "Psychoanalytic Study of the Child" 49, pp. 465-480

Hackenbrock Eva, 1968, *Die Lykanthropie. Mythos, Aberglaube, Krankheit. Ein Beitrag zur Geschichte psychopathologischer Begriffe*,

Inaugural – Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Hampl J.S., Hampl W.S., 1997, *Pellagra and the origin of a myth: evidence from European literature and folklore*, in "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 90, pp. 636-639

Halevy A., Levi Y., Shnaker A., Orda R., 1989, *Auto-vampirism-an unusual cause of anaemia* ,in "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol.82, Editor Journal of the Royal Society of Medicine, London, pp. 630-1

Harrison Gualtiero, 1986, *L'antropologia psicologica*, in "Il sapere antropologico. Quaderni della fondazione S. Carlo. Modena", N. 1, Mucchi Editore, Modena

Heick A., 1992, *Prince Dracula, rabies, and the vampire legend*, in "Ann. Intern. Med.", N.117, pp. 172-3

Hemphill R.E., Zabow T., 1983, *Clinical vampirism. A presentation of 3 cases and a re-evaluation of Haigh, the 'acid-bath murder'* in "South African Medical Journal", Vol. 63, N.8, pp. 278-281

Hernaez M.A., 1998 (5-6 ottobre), *L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, in "AM Rivista della Società di antropologia medica", pp. 7-37

Hughes Charles C., 1998, *The Glossary of 'Culture-Bound Syndromes' in DSM-IV: A Critique*, in "Transcultural Psychiatry", Vol. 35, N.3, Sage, London , pp. 412-421

- Inglese Salvatore**, 1999, *Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costruito nosologico di Culture-bound Sindrome*, in "Djong Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali, di Inglese Salvatore, Cardamone Giuseppe, Sergio Zorzetto, Ed. Colibri, Paterno Dugnano (Mi), pp. 108-133
- Keck P.E., Pope H.G., Hudson J.I., McElroy S.L., Kulick A.R.**, 1988, *Lycanthropy: alive and well in the twentieth century*, in "Psychological Medicine", Vol. 18, pp. 113-120
- Kulick Aaron R., Pope Harrison G., Keck Paul E.**, 1990, *Lycanthropy and Self-Identification*, in "The Journal of Nervous and Mental Disease", Vol. 178, N. 2, pp. 134-137
- Lalli Nicola**, 1999, *Manuale di psichiatria e psicoterapia*, Liguori editore
- Lanternari V.**, 1994, *Medicina, magia, religione, valori*, Vol. primo, Ed. Liguori, Napoli
- Lanternari Vittorio**, 1995, *Il tarantismo rivisitato dopo de Martino e ripensato in chiave etnopsichiatrica*, in "Storia, Antropologia, Scienze del linguaggio", V. X, N. 3, pp. 67-91
- Lanternari Vittorio**, 1997, *Antropologia religiosa. Etnologia, storia, folklore*, Ed. Dedalo, Bari
- Lanternari Vittorio**, 1997, *La mia alleanza con Ernesto De Martino, e altri saggi post-demartiani*, Liguori Editore, Napoli
- Lewis I.M.**, 1971, *Ecstatic Religion. An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*, Harmondsworth, Penguin Books
- Mancini Elena**, 1999, *Spiegare e comprendere la malattia*, in "L'Arco di Giano", N. 20, pp.109-128
- Marchesini Roberto, Andersen Karin**, 2003, *Animal Appeal. Uno studio sul teriomorfismo*, Hybris, Bologna
- Menéndez Eduardo L.**, 1996, *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, in "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, pp. 111-140
- Naumann Nelly**, 1997, *Der Tiger in chinesischen Märchen, Sagen und frühen religiösen Vorstellung*, in „Fabula“, 38. Band, Walter de Gruyter, Berlino
- Nutini H.G., Roberts J.M.**, 1993, *Bloodsucking Witchcraft, an epistemological study of anthropomorphic supernaturalism in rural Tlaxala*, The university of Arizona Press
- Padiglione Vincenzo**, 1976, *Salute e malattia: aspetti socioculturali*, in "Il Centro Sociale", Anno 23, N. 130/2, pp. 3-48
- Padiglione Vincenzo**, 1984, *Malattie psicosomatiche e recupero della medicina tradizionale*, in "La Critica Sociologica" 71-72, pp. 117-127
- Padiglione Vincenzo**, 1986, *Antropologia medica: teoria e metodologia*, in "Educazione alla salute", n. 13, pp. 3-7

- Padiglione Vincenzo**, 1986, *Salute e malattie tra magie e fenomeni socio-culturali*, in "Educazione alla salute", N. 14, pp. 2-7
- Padiglione Vincenzo**, 1989, *Il cinghiale cacciatore, antropologia simbolica della caccia in Sardegna*, Armando Armando, Roma
- Padiglione Vincenzo**, 1997, *Interpretazione e differenze. La pertinenza del contesto*, Edizioni Kappa, Roma
- Padiglione V., in collaborazione con Pedone G., Raffaele A., Telfener U.**, 1999, *Intercultura e servizi alla persona*, in "L'Arco di Giano", N. 19, pp. 143-153
- Picone Mary J.**, 1981, *Metamorfosi e mostri necessari*, in "La ricerca folklorica", N. 4, Grafo edizioni, Brescia, pp. 51-56
- Pizza Giovanni**, 1996 (1-2 ottobre), *Sulla possessione europea*, in "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", pp. 261-286
- Pizza Giovanni**, 1998, *Così siamo composte noi. Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania*, in "Etnosistemi", N. 5, pp. 73-93
- Pizza Giovanni**, 1999, *Tarantismi oggi: un panorama critico sulle letterature contemporanee del tarantismo (1994-1999)*, in "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", N. 7-8, pp. 253-273
- Pradelles de Latour Charles-Henry**, 1995, *Witchcraft and the avoidance of physical violence in Camerun*, in "The Journal of the Royal Anthropological Institute", London, pp. 599-609
- Prins Herschel**, 1985, *Vampirism-A ClinicalCondition*, in "British Journal of Psychiatry", N.146, pp. 666-668
- Ranisio Gianfranca**, 1984, *Il lupo mannaro. L'uomo, il lupo, il racconto*, G. Gangemi Editore, Roma
- Rao Kiran, Gangadhar B.N., Janakiramiah N.**, 1999, *Lycanthropy in Depression: Two Case Reports*, in "Psychopatologia", Vol. 32, Karger, Basel, pp. 169-172
- Rheinheimer M.**, 1995, *Die Angst vor dem Wolf*, in „Fabula“, Band 36, Heft 1-2, Walter de Gruyter, Berlino, pp.25-78
- Riegler Richard**, 1981, *Lo zoomorfismo nelle tradizioni popolari*, in "Quaderni di Semantica", N. 2, Il Mulino, Bologna, pp. 305-323
- Riegler Richard**, 1981, *Zoonimia popolare*, in "Quaderni di Semantica", N. 2, Il Mulino, Bologna, pp. 325-361
- Rieken Bernd**, 1995, *Die Spinne als Symbol in Volksdichtung und Literature*, in „Fabula“, Vol. 36, N. 3-4, Walter de Gruyter, Berlin, pp.187-204
- Rouget Gilbert**, 1986, *Musica e trance*, Einaudi
- Schierup Carl-Ulrik**, 1986, *Why are Wampire Still Alive?*, in "Ethnos", Vol. 51, N. III-IV, The Ethnographical Museum of Sweden, Stockholm

- Schuster Theo**, 2001, *Bösselkatrien heet mien Swien. Das Tier in der ostfriesischen Kulturgeschichte und Sprache*, Schuster, Leer
- Silva A.J, Derecho D. V., Leong G.B.**, 2000, *A case of Partial Lycantropy*, in "Canadian Journal Psychiatry", Vol. 45, N. 2, pp.201-202
- Sims Andrew**, 2000, *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Sperber Dan**, 1981, *Per una teoria del simbolo*, Giulio Einaudi Editore, Torino
- Théodoridés J.**, 1998, *Origin of the myth of vampirism*, in "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 91
- Verdoux H., Bourgeois M.**, 1993, *A Partial Form of Lycanthropy with Hair Delusion in a Manic-Depressive Patient*, in "British Journal of Psychiatry", Vol. 163, pp. 684-686
- Vidossi Giuseppe**, 1987, *Il rospo-utero nel folklore*, in "Quaderni di semantica", N. 2, Il Mulino, Bologna, pp. 219-221
- Walker Bynum Caroline**, 2001, *Metamorphosis and Identity*, Zone Books, New York
- Wilson Neil**, 2000, *A psychoanalytic contribution to psychic vampirism: a case vignette*, in "The American Journal of Psychoanalysis", Vol. 60, No. 2, pp. 177-186
- Zerling Clemens, Bauer Wolfgang**, 2003, *Lexikon der Tiersymbolik*, Kösel-Verlag GmbH & Co., München

Norme di Pubblicazione per gli Autori

Chi vuole pubblicare lavori originali sulla “Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense”, deve inviarli in triplice copia al direttore responsabile: Prof. Vincenzo Mastronardi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica Università “La Sapienza” P.zza A. Moro, 5 - 00185 Roma – e-mail: jssrcm@uniroma1.it che li sottopone all’esame di un Comitato di Lettura che può accettarli, rifiutarli o accettarli con riserva. Il testo degli articoli dovrà comprendere:

1. - il titolo completo del lavoro
2. - suo riassunto in italiano e “abstract” in inglese, contenenti le ragioni dello studio compiuto, le principali osservazioni, e le conclusioni dell’Autore;
3. - parole chiave in italiano e “key words” in inglese
4. - nome e cognome dell’Autore (o Autori) in prima pagina in alto con asterisco* richiamato a piè di pagina con i suoi titoli e le qualifiche più rilevanti: qualora si tratti di un lavoro di ricerca effettuato presso un istituto universitario o un reparto ospedaliero o altro ente, indicarne la denominazione esatta, con la firma di autorizzazione alla stampa del direttore, completo di numero di telefono e CAP;
5. - la bibliografia: le opere elencate vanno numerate progressivamente secondo l’ordine alfabetico. Di ognuna va indicato il cognome dell’autore e le iniziali del nome, il titolo del libro dell’edizione originale con in parentesi: città e casa editrice. Nel testo la bibliografia va richiamata con il numero corrispondente posto fra parentesi; il nome dell’autore citato va scritto in neretto, seguito dall’anno di pubblicazione (es.: Granone, 1989); se le pubblicazioni citate per uno stesso autore sono più di una, aggiungere la lettera alfabetica che la contraddistingue.

Sono particolarmente graditi **i testi dattiloscritti accompagnati da relativo dischetto con l’indicazione del tipo di programma adottato.**

Si accettano anche volentieri, notiziari, notizie utili, interviste originali, recensioni, condensazioni o traduzioni di articoli o riviste straniere di ipnosi, informazioni su convegni e congressi.

Per la pubblicazione dei lavori originali si chiede un parziale contributo spese simbolico di €. 25,82 a pagina pubblicata a stampa con diritto a n. 100 estratti che seguiranno la pubblicazione stessa. Per informazioni in proposito rivolgersi al Prof. V. Mastronardi o al Direttore Organizzativo Prof. Matteo Villanova (Vedi sopra).

Finito di stampare il
29 aprile 2005
presso il
Centro Copie Legatoria *CERVIALTO*
Via Monte Cervialto, 17 – 00139 Roma

SOMMARIO

- **LAVORI ORIGINALI**

- **La gestione dell'aggressività nelle diverse fasi del disturbo
bipolare**
Filippo Turchi, Micaela Piva, Giovanni Placidi,
Gian Franco Placidipag.7

- **Conversioni diagnostiche da un Sistema di classificazione
ad un altro**
Antonino Calogero, Vincenzo Mastronardipag.25

- **Sindromi culture Bound con referente animale
(Licantropia, Vampirismo, Tarantismo, “La possessione
della tigre” in oriente e in africa)**
Claudia Petricelli.....pag.67

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.117**

