

# Università degli Studi di Trieste

## Disturbi psichiatrici: inquadramento ed esame psichico

Umberto Albert

# Health Humanities

## Cultura umanistica per le scienze della salute e le pratiche della cura

(corso di aggiornamento professionale)

### 1. *What is Psychiatry?*



# THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

## *Editorial*

---

### **What Is Psychiatry?**

Psychiatry is the medical specialty that studies and treats a variety of disorders that affect the mind—mental illnesses. Because our minds create our humanity and our sense of self, our specialty cares for illnesses that affect the core of our existence.

# THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

## *Editorial*

---

### **What Is Psychiatry?**

The common theme that unites all mental illnesses is that they are expressed in signs and symptoms that reflect the activity of mind—memory, mood and emotion, fear and anxiety, sensory perception, attention, impulse control, pleasure, appetitive drives, willed actions, executive functions, ability to think in representations, language, creativity and imagination, consciousness, introspection, and a host of other mental activities.



# THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

## *Editorial*

---

### **What Is Psychiatry?**

Our science explores the mechanisms of these activities of the mind and the way their disruption leads to mental illnesses. When disruption occurs in syndromal patterns in these multiple systems of the mind, we observe disorders that we diagnose as dementias, schizophrenias, mood disorders, anxiety disorders, or other mental illnesses.

# Disturbi psichiatrici

## *criteri classificatori: psicopatologia*

### **DISTURBI SINDROMICI**

- Disturbi depressivi e bipolari (alterazioni del tono timico)
- Disturbi d'ansia (alterazioni del sistema di allarme)
- Disturbi delle funzioni cognitive
- Schizofrenia e altri disturbi psicotici (alterazioni della percezione e del pensiero)
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi da uso di sostanze
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

### **DISTURBI PERVASIVI**

- Disturbi di personalità
- Disabilità intellettiva/disturbi dello sviluppo intellettivo

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5

The complete listing of DSM-5 chapters is:

- Neurodevelopmental Disorders
- Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
- Bipolar and Related Disorders
- Depressive Disorders
- Anxiety Disorders
- Obsessive-Compulsive and Related Disorders
- Trauma- and Stressor-Related Disorders
- Dissociative Disorders
- Somatic Symptom Disorders
- Feeding and Eating Disorders
- Elimination Disorders
- Sleep-Wake Disorders
- Sexual Dysfunctions
- Gender Dysphoria
- Disruptive, Impulse Control and Conduct Disorders
- Substance Use and Addictive Disorders
- Neurocognitive Disorders
- Personality Disorders
- Paraphilic Disorders
- Other Disorders

# THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

## *Editorial*

---

Not

## **What Is Psychiatry?**

Our specialty is defined by our patients, our science, and our history, not by the form of treatment provided (e.g., psychotherapy, medications), nor by the presence or absence of known mechanisms of illness.

# THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

## *Editorial*

---

### **What Is Psychiatry?**

If psychiatry deals with diseases of the mind, does it also deal with diseases of the brain? Unequivocally, yes. What we call “mind” is the expression of the activity of the brain. “Mind” is our abstract term that refers to mental functions such as memory or mood, while “brain” is the neural assembly of molecules, cells, and circuits that produce those functions.

### 1. *What is Psychiatry?*

superamento dicotomia mente-cervello  
la psicoterapia modifica il cervello?

## Psicoterapia: una possibile definizione

“Processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto ad influenzare disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, per lo più verbali, ma anche non verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione della struttura della personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno.”

## FEATURE REVIEW

# How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging

DEJ Linden<sup>1,2</sup>

**Table 1** Psychotherapy effects in OCD

Authors	Trial size/interventions and pre–post interval	Functional imaging technique	Post-treatment decreases	Post-treatment increases
Baxter <i>et al.</i> <sup>24</sup>	N=9 CBT, N=9 fluoxetine, N=4 healthy controls <sup>a</sup> , all 10±2 weeks	FDG (fluoro-deoxyglucose)-PET, resting state, normalised data, no PVC <sup>b</sup>	Responders: right caudate; correlation between right OFC, caudate and thalamus	None
Schwartz <i>et al.</i> <sup>25</sup>	N=9 CBT, 10±2 weeks	FDG-PET, resting state, normalised data, no PVC	Responders: caudate bilaterally; correlation between right OFC, caudate and thalamus <sup>c</sup>	None
Nakatani <i>et al.</i> <sup>26</sup>	N=22 CBT (some also received clomipramine), duration based on clinical improvement	Xenon-enhanced CT (measures rCBF), resting state	Right head of caudate	None
Nakao <i>et al.</i> <sup>29</sup>	N=6 CBT, N=4 fluvoxamine, 12 weeks	fMRI during Stroop task and symptom provocation	Bilateral OFC, DLPFC, ACC (symptom provocation) <sup>d</sup>	Bilateral parietal cortex, cerebellum (Stroop task) <sup>d</sup>

<sup>a</sup>Control groups are only listed where a second measurement after an interval comparable to the treatment period was obtained, not if they only served for comparison of pretreatment effects (as, e.g., in Nakatani *et al.*<sup>26</sup>).

<sup>b</sup>PVC: partial volume correction.

<sup>c</sup>For some parts of the PET data analysis, data were pooled with those from Baxter *et al.*<sup>24</sup>.

<sup>d</sup>Because of the small N, data for the CBT and fluvoxamine groups were not analysed separately.



# The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review

## OCD

Studies on the effects of psychotherapy on brain activity

Study	Psychotherapy (number of subjects)	Pharmacotherapy (number of subjects)	Waiting list	Controls	Neuroimaging method
Baxter et al. (1992)	CBT (9)	Fluoxetine hydrochloride (9)		4	PET
Schwartz et al. (1996)	CBT (9)				PET
Saxena et al. (2009)	Brief CBT (10)			12	PET
Apostolova et al. (2010)	CBT (9)	Paroxetine (7)			PET
Nakatani et al. (2003)	CBT (31)			31	Xe-CT
Nakao et al. (2005)	CBT (6)	Fluvoxamine (4)			fMRI
Freyer et al. (2011)	CBT (10)			10	fMRI
Yamanishi et al. (2009)	CBT (45)				SPECT
O'Neill et al. (2013)	CBT (8)				MRSI

CBT, cognitive behaviour therapy; CT, computed tomography; fMRI, functional magnetic resonance imaging; MRSI, magnetic resonance spectroscopy imaging; OCD, obsessive-compulsive disorder; PET, positron emission tomography; SPECT, single photon emission tomography; Xe-CT, xenon-enhanced computed tomography.

## Major Depression

Studies on the effects of psychotherapy on brain activity

Study	Psychotherapy (number of subjects)	Pharmacotherapy (number of subjects)	Waiting list	Controls	Neuroimaging method
Martin et al. (2001)	IPT (13)	Venlafaxine (15)			SPECT
Brody et al. (2001)	IPT (14)	Paroxetine (10)		16	PET
Goldapple et al. (2004)	CBT (14)	Paroxetine (13)			PET
Siegle et al. (2006)	CBT (14)			21	fMRI
Kennedy et al. (2007)	CBT (12)	Venlafaxine (12)			PET
Fu et al. (2008)	CBT (16)			16	fMRI
Dichter et al. (2009)	BADT (12)			15	fMRI
Dichter et al. (2010)	BADT (12)			15	fMRI
Karlsson et al. (2010)	Short-term psychodynamic psychotherapy (8)	Fluoxetine (15)			PET
Dichter et al. (2010)	BADT (12)			15	fMRI
Hirvonen et al. (2010)	Short-term psychodynamic psychotherapy (8)	Fluoxetine (14)			PET
Buchheim et al. (2012)	15 months psychodynamic therapy (16)			17	fMRI
Yoshimura et al. (2013)	CBT (23)			15	fMRI

BADT, brief behavioural activation treatment for depression; CBT, cognitive behaviour therapy; fMRI, functional magnetic resonance imaging; IPT, interpersonal therapy; MD, major depression; PET, positron emission tomography; SPECT, single photon emission tomography.

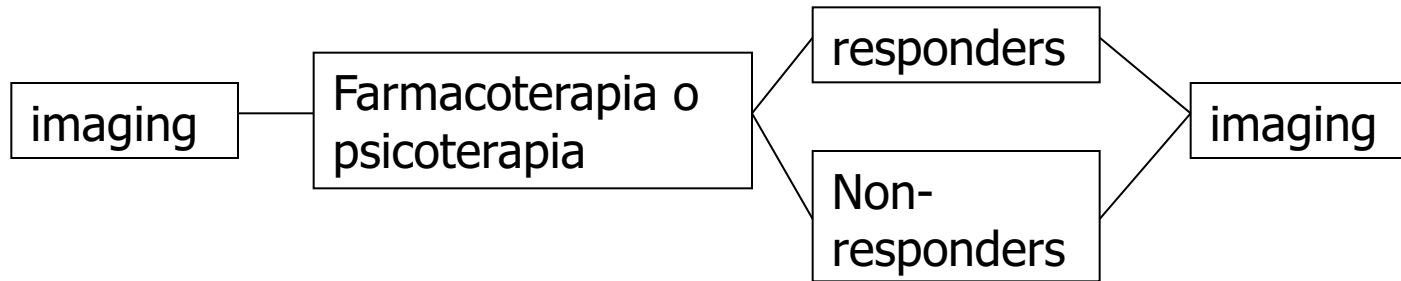
## Treatment-related changes in brain activation - OCD

<b>Psychotherapy effects</b>	<b>Decreased activity</b>	<b>Increased activity</b>
Resting-state	Right caudate	
Symptom-provocation	OFC, ACC, DLPFC	cerebellum

<b>Pharmacotherapy effects</b>	<b>Decreased activity</b>	<b>Increased activity</b>
Resting-state	right/left caudate, OFC (cingulate cortex, thalamus, putamen, cerebellum)	
Symptom-provocation	caudate, ACC, DLPFC	left temporal cortex

Baxter et al 1992 directly compared drug vs. BT:  
both decreased metabolism in the right caudate

# OCD

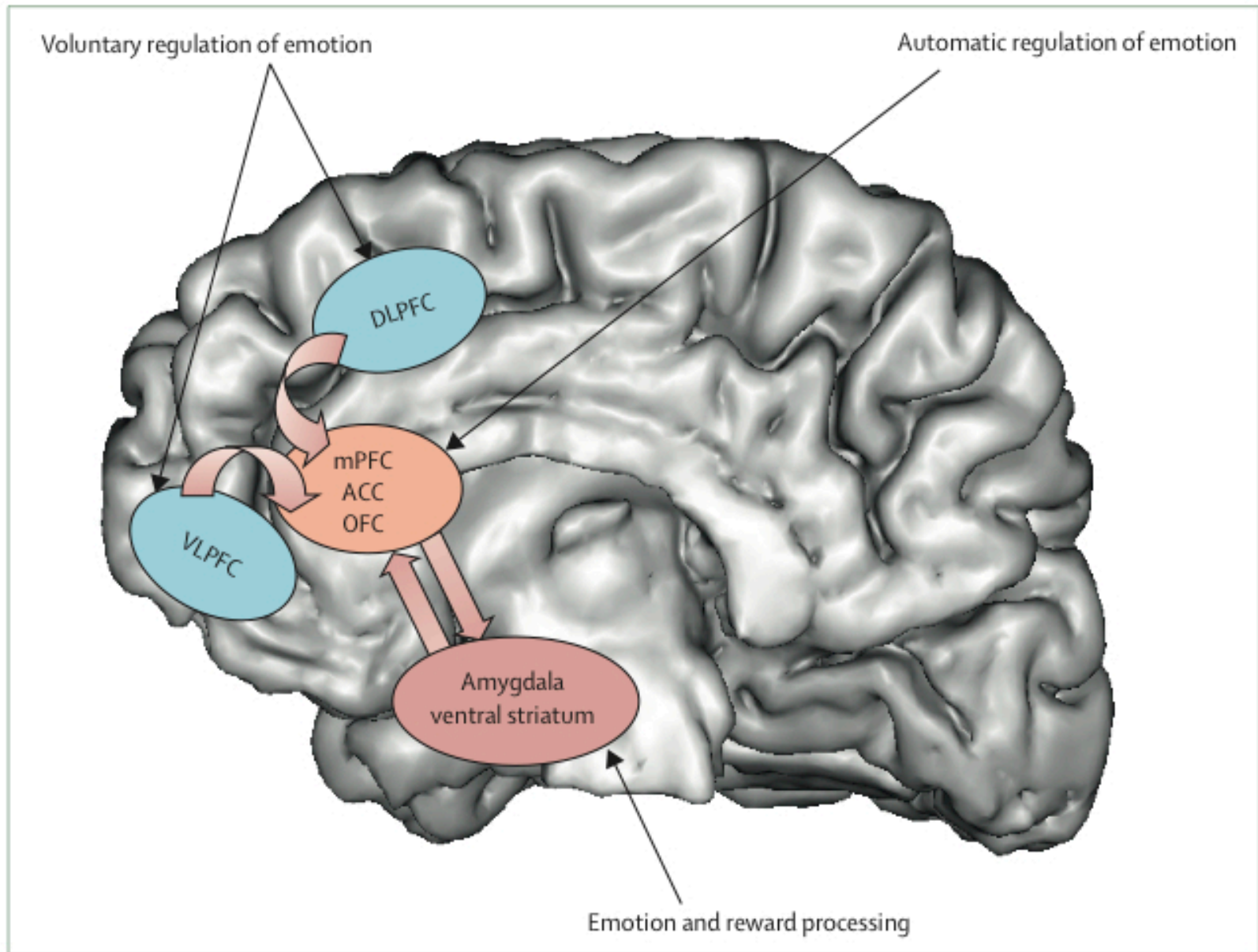


Ci sono alterazioni cerebrali legate al trattamento e tali alterazioni sono specifiche rispetto al tipo di trattamento?

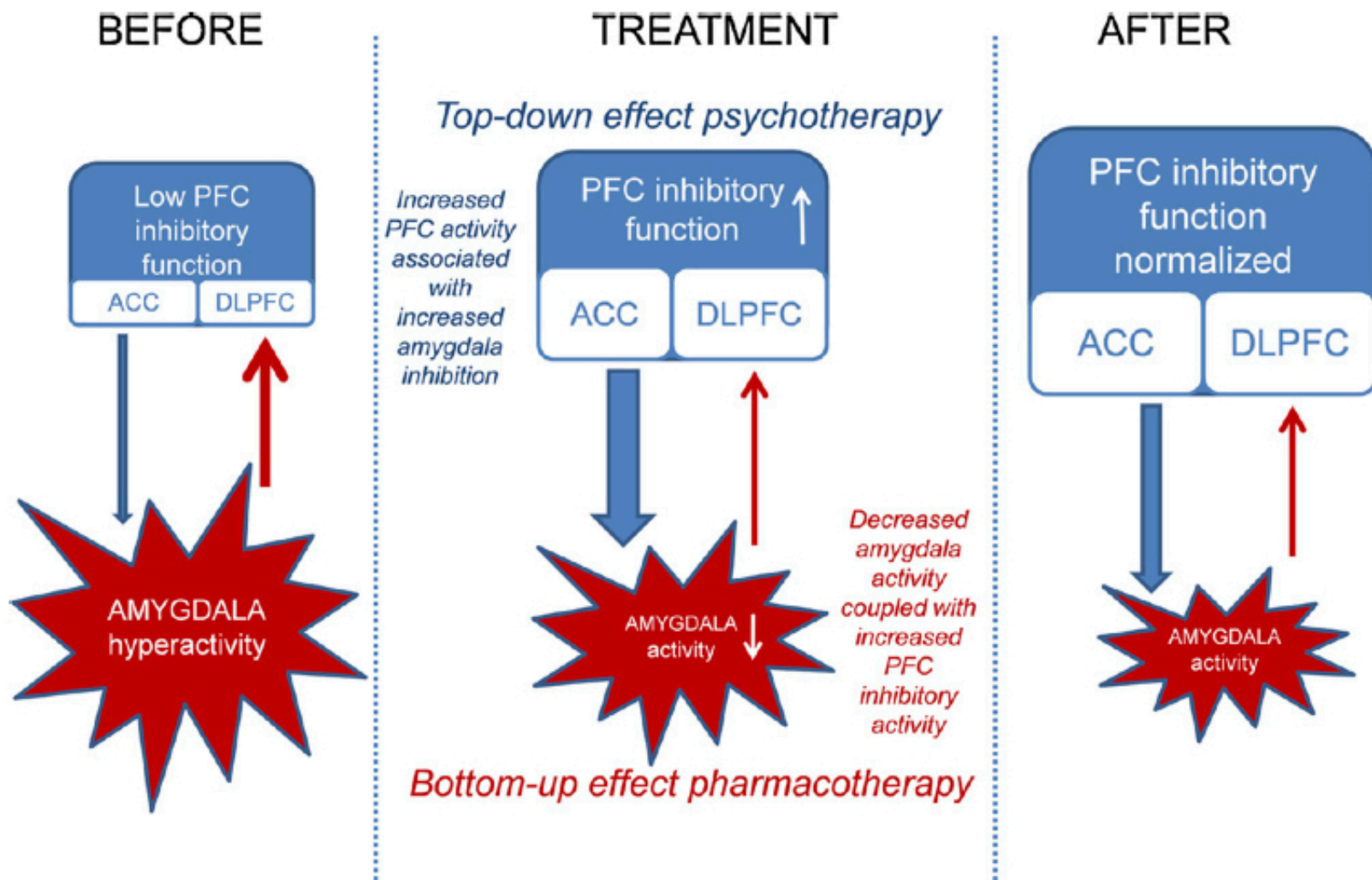


La convergenza dei risultati delle alterazioni di imaging funzionale con i due tipi di trattamento (farmaci e psicoterapia) indica una convergenza dei circuiti cerebrali che mediano l'efficacia dei trattamenti nel DOC

# Circuiti neuronali implicati nel disturbo depressivo maggiore



# Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: A systematic review



# Health Humanities

## Cultura umanistica per le scienze della salute e le pratiche della cura

(corso di aggiornamento professionale)

1. *What is Psychiatry?*
2. Disturbo psichiatrico: criteri diagnostici



# Disturbo psichiatrico

- a) **SINTOMI / SEGNI**
- b) **DURATA (di sintomi/segni)**
- c) **COMPROMISSIONE DEL FUNZIONAMENTO**  
(dovuta a sintomi/segni)

# Disturbi psichiatrici

*criteri classificatori: eziopatogenesi*

## 1) EZIOLOGICA

**PRIMARI**

**SECONDARI**

- condizioni mediche generali
- farmaci
- sostanze psicoattive



# Disturbi mentali secondari

- 1) SINTOMI ATIPICI
- 2) ESORDIO / DECORSO ATIPICO
- 3) ASSENZA di PRECEDENTI PSICHIATRICI
- 4) ASSENZA di FAMILIARITA' per DISTURBI PSICHIATRICI
- 5) ASSENZA di EVENTI PSICOSOCIALI STRESSANTI

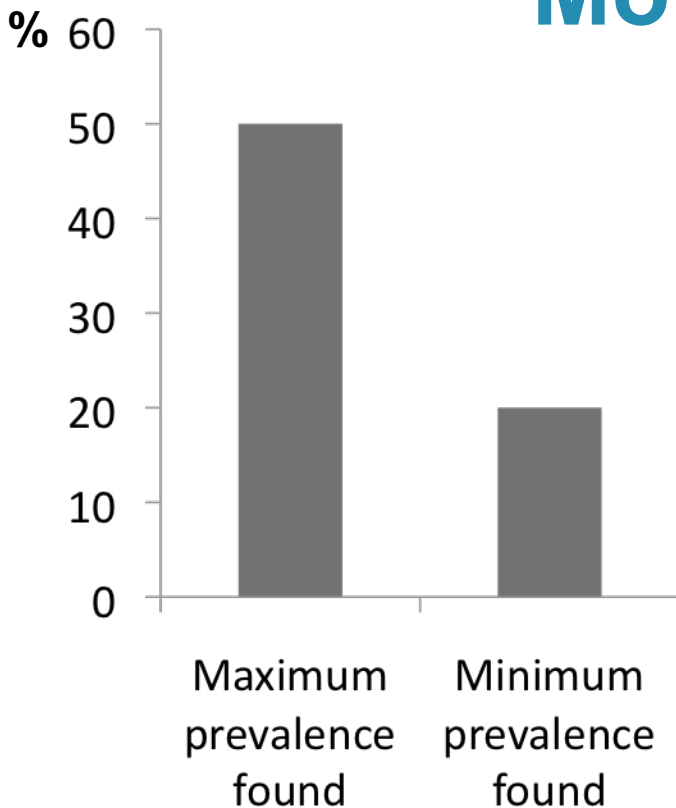
# Twin studies and heritability of schizophrenia

Heritability estimates	%
Schizophrenia	80
Osteoarthritis of the hip	60
Hypertension	30-50

In genetica si definisce **ereditabilità** per un particolare carattere la componente di quel carattere dovuta ai geni, espressa come valore numerico da 0 (nessuna influenza genetica su quel carattere) a 1 (carattere dovuto interamente ai geni)

# Disturbi mentali secondari *a condizioni mediche generali*

## Morbo di Parkinson



**PREVALENZA DELLA  
DEPRESSIONE NEL PARKINSON**

**LA DEPRESSIONE  
PRECEDE LA DIAGNOSI DI  
PARKINSON IN OLTRE IL  
30% DEI CASI**

# Disturbi mentali secondari *a condizioni mediche generali*

## Sindrome di Cushing

- Disturbi psichiatrici: 50-80%
- Disturbo Bipolare
  - esordio atipico (tardivo e/o improvviso)
  - frequenti lievi disturbi cognitivi
  - può persistere dopo normalizzazione dei livelli ormonali
- Ideazione suicidaria: 10%

⇒ compromissione SNC da ipercortisolismo cronico

# Disturbi mentali secondari *a assunzione di farmaci*

## FARMACI CHE INDUCONO DISTURBI DELL'UMORE SECONDARI

**Antiipertensivi:**  $\alpha$ -metildopa, clonidina,  $\beta$ -bloccanti

**Antiblastici:** vincristina, vinblastina

**Antiistaminici**

**Antiulcera** (cimetidina)

Alexopoulos, Lancet 2005

**Cortisone**

**Interferone**

Valentine AD, Meyers CA. Curr Psychiatry Rep, 2005

# La diagnosi in psichiatria

---

**1. Diagnosi attuale**



**2. Diagnosi longitudinale (diagnosi completa)**



**3. Percorso esistenziale ('life chart review')**

# Diagnosi dei disturbi mentali

## DIAGNOSI ATTUALE

### Elementi fondamentali

- sintomi soggettivi
- esame psichico diretto
- condizioni mediche generali /farmaci /sostanze

### Elementi accessori

- test
- colloquio con i familiari

# Disturbi psichiatrici: diagnosi attuale

---

## *Elementi fondamentali*

- Sintomi e/o vissuti soggettivi
- Esame psichico diretto
- Condizioni mediche generali



# Disturbi psichiatrici: diagnosi attuale

---

## *Elementi aggiuntivi*

- Elementi riferiti da altri
- Test e scale psicometriche
- Elementi controtransferali

## Tabella 1.1

*Principali scale di valutazione per i disturbi psichiatrici e relativa area di impiego clinico.*

<b>SCALE DI AUTOVALUTAZIONE</b>	<b>AREA ESPLORATA</b>
Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Ansia di stato e di tratto
Scala di autovalutazione della depressione di Zung	Depressione
Beck Depression Inventory (BDI)	Depressione

<b>SCALE DI ETEROVALUTAZIONE</b>	<b>AREA ESPLORATA</b>
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Psicopatologia globale
Scala di Hamilton per l'Ansia (HAM-A)	Ansia generalizzata, panico
Scala di Hamilton per la Depressione (HAM-D)	Depressione
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)	Disturbo ossessivo-compulsivo
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Disturbi cognitivi, demenza
Eating Disorder Inventory (EDI)	Disturbi alimentari psicogeni
Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)	Sintomi psicotici positivi
Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)	Sintomi psicotici negativi

# Esame Psichico Diretto (esame obiettivo psichico)

- Atteggiamento
- Aspetto generale, cura di sé
- Mimica e motoria
- Linguaggio
- Coscienza
- Attenzione, concentrazione
- Memoria
- Percezione
- Capacità intellettive
- Pensiero
- Affettività
- Istinti
- Coscienza di malattia, critica

# Esame Psicichico Diretto

---

## *Atteggiamento*

- **Generale, contestuale**
- **Verso l'interlocutore (collaborazione)**
- **Verso altri**

# Esame Psicichico Diretto

---

## *Aspetto generale*

- **Igiene personale**
- **Abbigliamento**
- **Pettinatura**
- **Trucco**

# Esame Psicologico Diretto

---

## *Mimica e motoria*

- **Mimica**
- **Gestualità**
- **Postura**
- **Movimenti involontari**
- **Movimenti spontanei** (stupor, catatonia, catalessia)

# Esame Psicico Diretto

---

*Tic:*

**Ripetitività, afinalismo, involontarietà**

*Compulsione:*

**ripetitività, finalismo, volontarietà**

*Stereotipia:*

**ripetitività, afinalismo, indifferenza  
all'ambiente**

Per **stereotipia** si intende la ripetizione di una sequenza invariata e costante di uno o più comportamenti. Esistono molti tipi di stereotipie: motorie, nella comunicazione scritta o parlata, nei giochi, nel disegno, e così via.

# Esame Psicico Diretto

---

## *Linguaggio*

- **Articolazione del linguaggio**
- **Eloquio**
- **Espressività e proprietà linguistica**



# Esame Psicichico Diretto

---

## *Coscienza*

- **Alterazioni ipnoidi:** torpore, sopore, precoma, coma
- **Alterazioni dell'orientamento** (lucidità)
- **Restringimenti** (stati crepuscolari)

# Esame Psicico Diretto

---

***Attenzione-concentrazione***

# Esame Psicologico Diretto

---

## *Memoria*

- **Memoria di fissazione** (primaria)
- **Memoria di rievocazione** (secondaria)
- **Amnesia** (antero e retrograda)

# Esame Psichico Diretto

---

## *Percezione*

- **Illusioni**
- **Allucinazioni**

# Esame Psicico Diretto

---

## *Percezione*

Illusione: «percezione inadeguata dell'oggetto»

Allucinazione: «percezione senza oggetto»

# Esame Psicico Diretto

---

- **Alterazioni funzioni simboliche**

Afasia: Incapacità di esprimersi mediante la parola o la scrittura ( *a. motoria* ) o di comprendere il significato delle parole dette o scritte da altri ( *a. sensoria* ), dovuta ad alterazione dei centri e delle vie nervose superiori.

Agnosia: l'incapacità di riconoscere gli oggetti più familiari mediante gli organi di senso.

Aprassia: In medicina, l'incapacità di compiere movimenti volontari finalizzati a uno scopo o di comprendere l'uso di oggetti abituali, pur essendo integre l'intelligenza e la motilità.

# Esame Psicico Diretto

---

- **Alterazioni funzioni simboliche**

afasia, agnosia, aprassia

- **Alterazioni funzioni esecutive**

insieme complesso di funzioni che consentono la pianificazione, messa in sequenza, flessibilità, inibizione di comportamenti, monitoraggio di comportamenti complessi finalizzati

# Esame Psicologico Diretto

---

## *Pensiero*

- **Strutturazione (forma ed esecuzione):**
  - Accelerazione/rallentamento
  - Disturbi formali (dissociativi): circostanzialità, incoerenza, illogicità, deragliamenti, tangenzialità, assonanza
- **Contenuto:**
  - Deliri primari (intuizione e percezione delirante)
  - Deliri secondari (deliroidi)



## Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Deragliamento (o perdita dei nessi associativi): si manifesta con un discorso spontaneo in cui le idee passano da un tema all'altro correlato marginalmente o completamente non correlato con il primo.
- Tangenzialità: si intende il dare una risposta di traverso ad una domanda o comunque dare una risposta priva di senso rispetto alla domanda.
- Incoerenza: consiste nell'esprimere un discorso essenzialmente incomprensibile (pensiero completamente disorganizzato).

## Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Deragliamento (o perdita dei nessi associativi): si manifesta con un discorso spontaneo in cui le idee passano da un tema all'altro correlato marginalmente o completamente non correlato con il primo.

Si ha l'impressione di assistere ad una interpolazione di pensieri senza alcuna connessione comprensibile rispetto alla concatenazione delle idee. Il discorso è grammaticalmente corretto, ciascuna di queste idee è un semplice pensiero che, se utilizzato al momento opportuno, risulterebbe adeguato. Può manifestarsi con diversi livelli di gravità, che rendono il discorso da appena disturbato a incomprensibile (insalata di parole)

## Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Tangenzialità: si intende il dare una risposta di traverso ad una domanda o comunque dare una risposta priva di senso rispetto alla domanda. (Risposta il cui contenuto è marginalmente, lontanamente o niente affatto correlato alla domanda. Si tratta di un fenomeno grossolanamente ascrivibile all'allentamento dei nessi associativi: es. *Qual è il suo titolo di studio? Oh, sì certo la cultura è importante, adesso tutti vanno a scuola, la scuola è obbligatoria fino a 16 anni....*)
- Precisa distinzione tra deragliamento e tangenzialità (precedentemente definita come una forma di lieve deragliamento in cui le idee sono correlate tra loro marginalmente): il primo si manifesta nel corso di un discorso spontaneo, mentre la seconda si manifesta come immediata risposta ad una domanda.

## Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

Incoerenza: consiste nell'esprimere un discorso essenzialmente incomprensibile (pensiero completamente disorganizzato).

Perdita delle connessioni grammaticali, logiche e affettive del linguaggio. Il discorso risulta del tutto disorganizzato e incomprensibile, per la labilità dei legami coesivi tra le parole, per l'uso di forme sintattiche anomale, neologismi e metafore ermetiche. Spesso si accompagna al deragliamento, ma si differenzia da questo perché si verifica all'interno della stessa frase e non nel passaggio da un periodo all'altro del discorso.

*Es. Cosa pensa di questa crisi energetica che si sta verificando nel mondo? Stanno distruggendo l'olio, ne fanno sapone, ci si può tuffare nell'acqua, la mia famiglia vorrebbe che mi facessi bruciare, ma io penso che è meglio avere i capelli rossi e mettere sempre la benzina dove capita.*

# Esame Psicichico Diretto

---

## *Pensiero*

- **Strutturazione (forma ed esecuzione):**
  - Accelerazione/rallentamento
  - Disturbi formali (dissociativi): circostanzialità, incoerenza, illogicità, deragliamenti, tangenzialità, assonanza
- **Contenuto:**
  - Deliri primari (intuizione e percezione delirante)
  - Deliri secondari (deliroidi)

Il delirio è un pensiero patologico (si tratta di un disturbo del contenuto del pensiero).

idea o una convinzione caratterizzata da due aspetti formali fondamentali (a) e (b), che devono essere entrambi presenti, ed eventualmente dalle caratteristiche del contenuto (c):

- a. irrealistico (che non trae origine da alcun dato reale né da un'esperienza concreta) che ha le caratteristiche di un'intuizione propria (intuizione delirante – cioè il delirio è costruito sulla base di un'intuizione) oppure di un'erronea interpretazione di una percezione (percezione delirante – cioè il delirio è costruito sulla base di una attribuzione di significato distorto ad una reale percezione);
- b. non criticabile da parte del paziente, la convinzione non recede di fronte ad alcun tipo di obiezione né di fronte ad un tentativo di ripensamento critico;
- c. contenuto anomalo, originale, incongruo o bizzarro.

# Esame Psicologico Diretto

---

## *Affettività*

- **Tono dell'umore**

umore deflesso, euforico, disforico-irritabile

- **Sistema di allarme** (ansia, fobie)

# Esame Psicologico Diretto

---

## *Istinti*

- **Pulsioni istintuali corporee**  
(alimentazione, sessualità, ritmo sonno-veglia)
- **Pulsione vitale**



# Esame Psichico Diretto

---

## *Coscienza di malattia - critica*

- **Consapevolezza di malattia**

# Episodio depressivo maggiore

## **definizione**

Periodo circoscritto durante il quale l'umore è persistentemente depresso con un netto cambiamento rispetto al tono dell'umore che il soggetto ha abitualmente e un marcato disagio/compromissione del funzionamento, della durata di almeno due settimane.

# Episodio depressivo maggiore

- A. Cinque o più dei seguenti sintomi per almeno due settimane, cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento (almeno uno dei sintomi è costituito da 1. umore depresso; 2. perdita di interesse o piacere):
1. Umore depresso
  2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività
  3. Significativa perdita o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito
  4. Insonnia o ipersonnia
  5. Agitazione o rallentamento psicomotorio
  6. Faticabilità o mancanza di energia
  7. Sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessivi o inappropriati
  8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
  9. Pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria
- B. I sintomi causano compromissione del funzionamento
- C. I sintomi non sono dovuti agli effetti di una sostanza o di una condizione medica generale

# Come differenzio tra condizione psicopatologica e variante fisiologica dell'umore?

Tanti sintomi (oltre all'umore depresso)  
+  
Durata almeno di 2 settimane  
+  
Compromissione del funzionamento dovuta ai sintomi

Criteri aggiuntivi:  
Inadeguatezza  
Qualità dell'umore

## La narrazione dei pazienti e dei familiari

### EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

- Piattezza delle cose
- svogliatezza; appiagnio;
- mancanza di volontà
- aumento bisogno di dormire
- assenza di energia
- affaticabilità
- perdita di interessi (↓ parlare...)
- Tristezza
- neapativita'
- sofferente
- rabbia verso se stessi



### CARATTERI



## La narrazione dei pazienti e dei familiari

### CONDIZIONE / EFFETTI

## EPILOGO DEPRESSIVO MAGGIORE

- RALENTATA
- IRITABILITÀ
- INCAPACITÀ di CONCENTRAZIONE
- MAURICE GIU' DI TONO
- INAPPETENZA e PERDITA di PESO
- VOGUA DI DORMIRE TANTO
- VOGUA DI FUMARE TANTISSIMO
- NON AVER VOGUA di FARE NULLA
- SENTO L' "INTERUTTORE" CHE SI SPENGE
- ~~È~~ LO BRUSCO CAMBIAMENTO DEL MIO MODO DI ESSERE
- È IMPOSSIBILE SORRIDERE ANCHE SE EVENTO POSITIVO
- NON VUOLU VEDERE NESSUNO
- PAURA di STAR DA SOLA
- RIPUGNANZA SU COSE BRUTTE
- **ANSIA**
- SONNO NON CONTINUATIVO e non RIPOSANTE
- SONNO STANCO MA NON PESO A DORMIRE → INSONNIA
- DISTANZA AFFETTIVA → SENTIMENTO di MANCANZA di SENTIMENTI
- IDEE di COLPA
- ZERO AUTOSTIMA
- NON PESO A FARE ANCHE LE COSE + SEMPLICI CHE MI SEMBRANO "IMPREVVISIBILI"



## La narrazione dei pazienti e dei familiari

# IPOMANIA / MANIA

- RIDOTTO BISOGNO  
di SONNO

-

≠



• Irruente

- perdo senso misura
- aumento autostima
- ho limiti
- cambio look
- spese superflue / poco ponderate

- euforia
- troppo ottimista
- tutto sembra possibile
- loquace, troppo
- sento un cambiamento

- dormite poco
- aumento libido
- irritabilità
- scarso senso del pericolo
- disorientata, confusione
- idee bizzarre

- aumento energia
- scarso fabbisogno alimentare
- lavoro meno faticoso
- se ne accorgono gli altri
- sparò cazzate



## La narrazione dei pazienti e dei familiari

### EPISODIO (IPO)MANIACALE

- CONFUSIONE MENTALE
- EUFORIA / GIOIA / ALLEGRIA ECCESSIVE
- ~~SONO~~ PIENA DI ENERGIA - Sono ACCELERATO
- FACCIO TANTE COSE - TANTI PENSIERI E
- PERDO IL CONTROLLO VELOCI
- ~~COMPRO~~ TANTE COSE CHE NON USO o - TRAVOLTO TUTTO NOIOSO  
NON MI PIACCONO
- SENSO DI ONNIPOTENZA / ESAGERATA SICUREZZA
- IRRITABILITA'
- SONO INTOLLERANTE - CAPACITA'
- PERDO LA CAPACITA' DI CONTINUARMI di PROVARE PIACERE
- DIVENTO AGGRESSIVO
- SI QUASTA IL RAPPORTO CON GLI ALTRI
- NON MI TENGO CONTO APPENNA
- HO MENO BISOGNO DI DORMIRE E NON SONO MAI STANCO
- SENTO "VOCI" (ALLUCINAZIONI) o VEDO COSE CHE GLI ALTRI NON SENTONO
- CONDOTTE PERICOLOSE
- ABUSO DI SOSTANZE → ALCOL, FURF, CANNABIS
- HO VOGLIA DI FARE TANTO SESSO
- PARLO A MITRAGLIA, SONO LOGORRICO
- CAMBIAMENTO RISPETTO A COME SONO DI SOLITO P





## La narrazione dei pazienti e dei familiari

# EPISODIO IPO/MANIACALE

- NO SENSO del PERICOLO
  - NON DORME o DORME di MENO
  - CONVINTI DI SAPERSI GESTIRE
  - FARE TANTE COSE, IPERATTIVO
  - AGGRESSIVITA'
  - IRRITABILITA', IMPULSIVITA'
  - INGESTIBILE
  - SCONTROSITA'
  - NON PRENDE I FARMACI
  - INSOFFERENTE
  - PENSO di ESSERE QUALCUN ALTRO
  - REAZIONI INADEGUATE
  - FURIO AUMENTATO • VIE BUGIE
  - ESCE TANTO • IPERSESSUALITA'
  - NO CAPACITA di CONCENTRAZIONE
  - EUFORICO ↑ ENERGIA
  - NON SI SENTONO STANCHI
  - SO FARE TUTTO IO → AUTOSTIMA
  - VELOCITA' AUMENTATA AUMENTATA
  - RICERCA di ECCESSI, TRASGRESSIONI
  - SPESE INCONTROLLATE
  - ACQUISTI INGIUSTIFICATI
  - PARLA MOLTISSIMO (LOGORRICO)
  - SCURRILE
- ALLUCINAZIONI  
DELIRIO

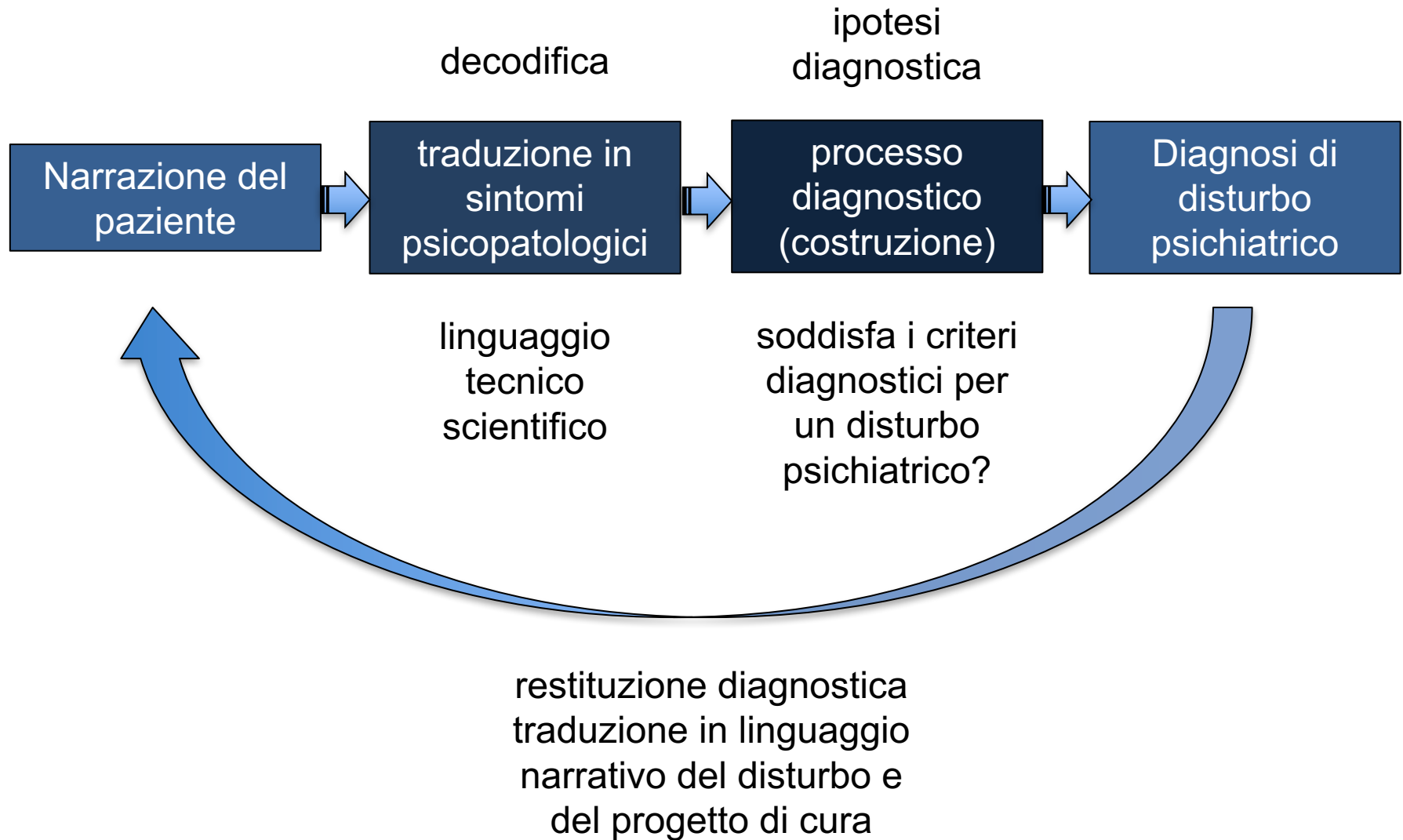
# Health Humanities

## Cultura umanistica per le scienze della salute e le pratiche della cura

(corso di aggiornamento professionale)

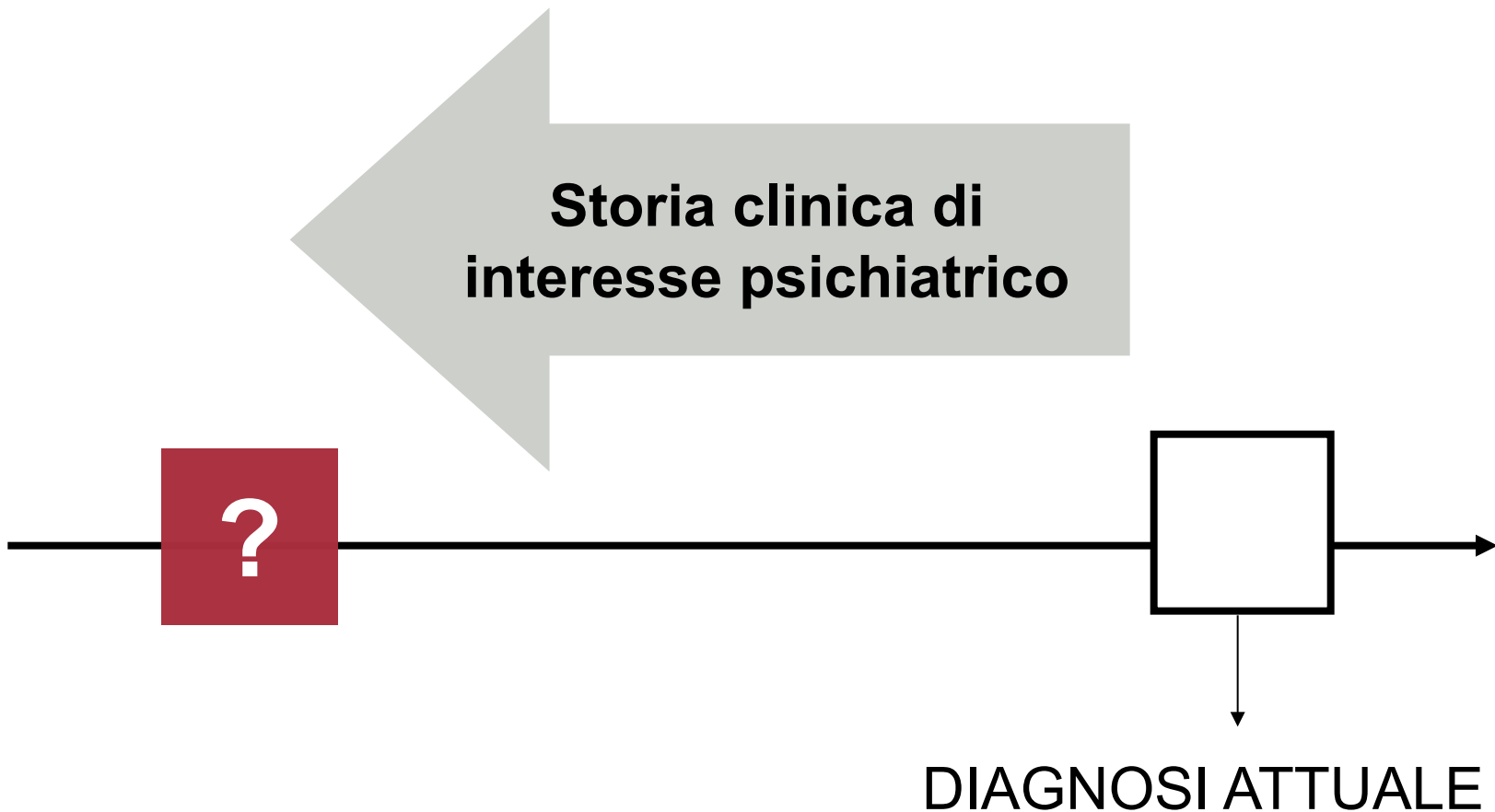
1. *What is Psychiatry?*
2. Disturbo psichiatrico: criteri diagnostici
3. Il processo diagnostico: come arrivare alla diagnosi?





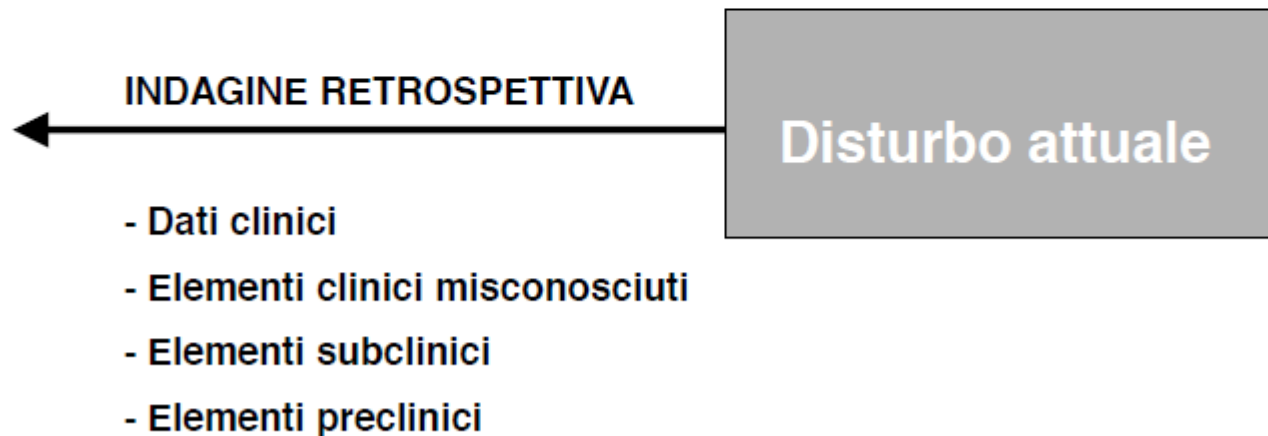
# Diagnosi dei disturbi mentali

## DIAGNOSI LONGITUDINALE



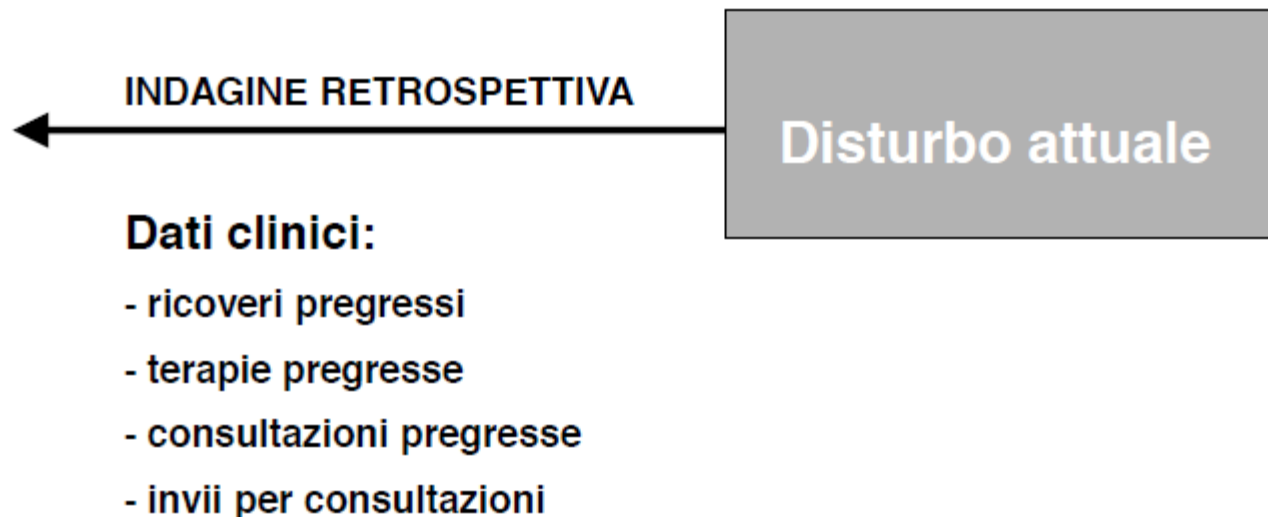
# Diagnosi psichiatrica

---



# Diagnosi psichiatrica

---



# Diagnosi psichiatrica

---

INDAGINE RETROSPETTIVA



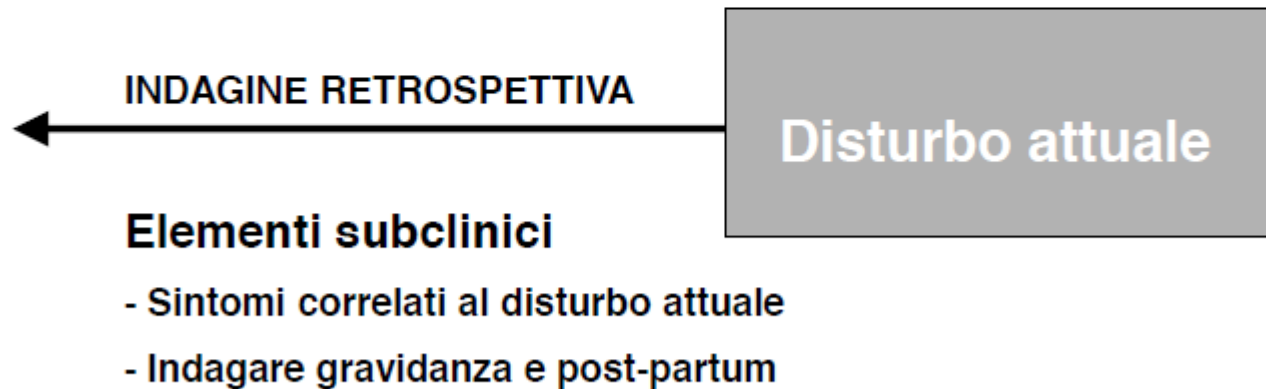
Disturbo attuale

## Elementi clinici misconosciuti:

- Episodi depressivi
- Episodi euforici
- Abuso/dipendenza da sostanze
- Disturbi fobico-ossessivi
- Disturbi alimentari
- Indagare gravidanza e post-partum

# Diagnosi psichiatrica

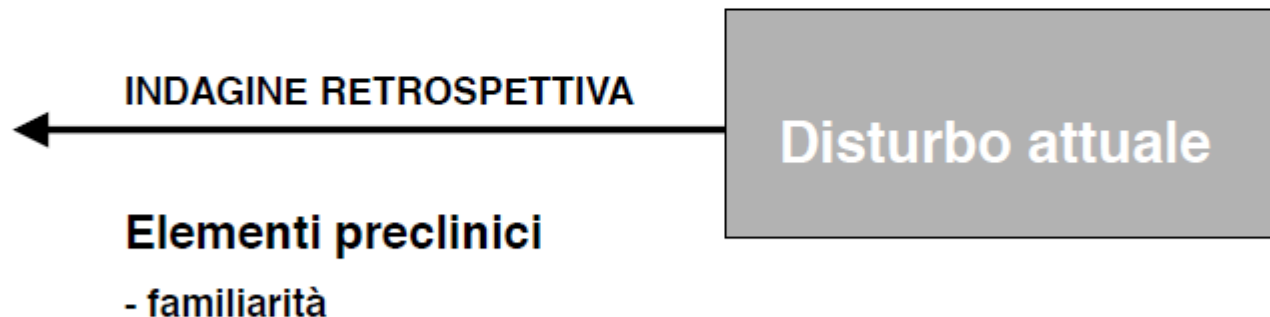
---





# Diagnosi psichiatrica

---



# *... diagnosi longitudinale ...*



**Episodio  
Depressivo  
Maggiore**

D

per impostare la terapia adeguata ed avere/fornire  
informazioni prognostiche attendibili

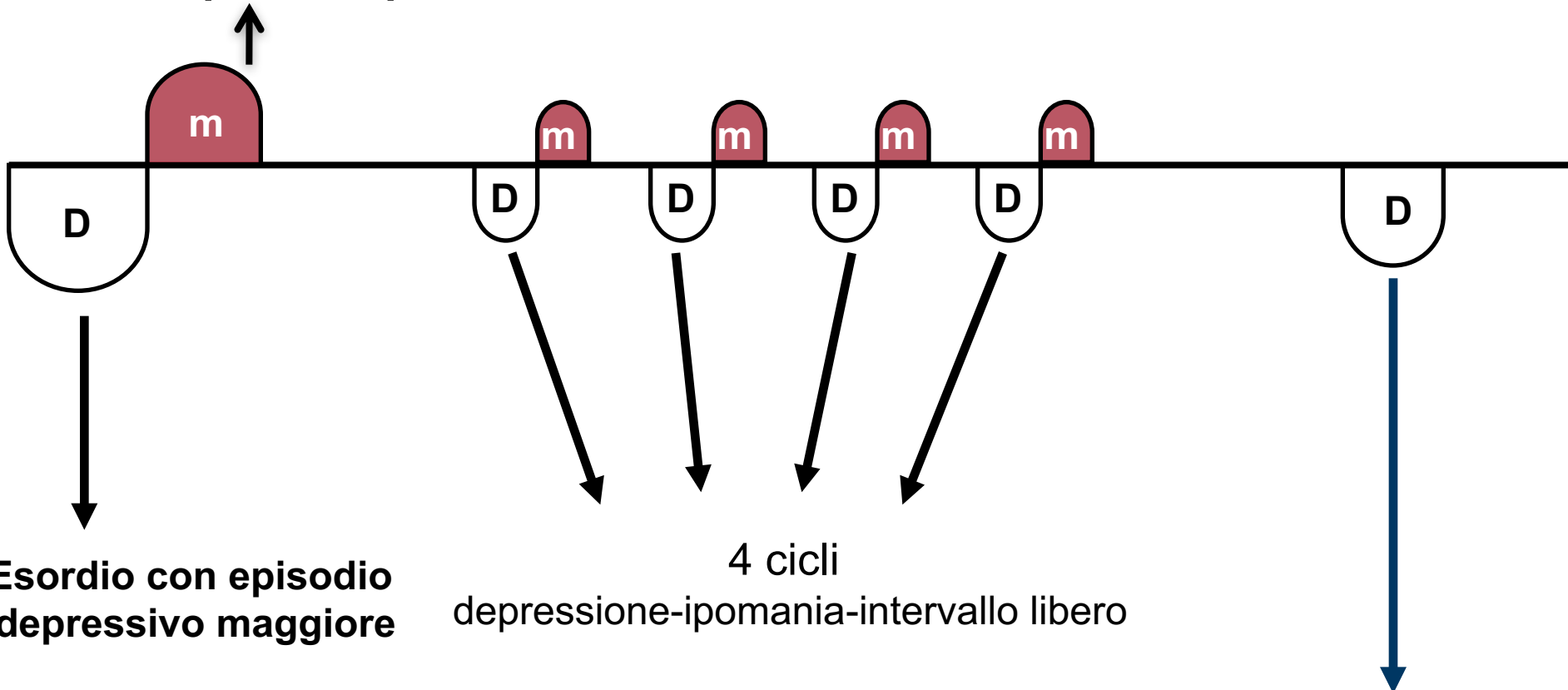
**Episodio  
attuale**



# ... diagnosi longitudinale ...



Episodio ipomaniacale



Esordio con episodio depressivo maggiore

4 cicli depressione-ipomania-intervallo libero

Episodio attuale

## Tabella 2.V

*Il significato clinico della prospettiva longitudinale.*

<b>DISTURBO DELL'UMORE</b>	<b>SCELTA DEL TRATTAMENTO</b>	<b>PROGNOSI (DURATA DEL TRATTAMENTO)</b>
Disturbo unipolare	Antidepressivo	Limitata (in media un anno)
Disturbo bipolare	Stabilizzatore dell'umore	In genere a vita

Bogetto, Maina, Albert.  
Elementi di Psichiatria.  
Masson, 2014

# Diagnosi dei disturbi mentali

## STORIA PERSONALE

