
**DISTURBI DELLO SPETTRO
DELLA SCHIZOFRENIA
E ALTRI DISTURBI PSICOTICI**

ESTRATTO DAL
DSM-5[®]

 *Raffaello Cortina Editore*

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

I disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici comprendono schizofrenia, altri disturbi psicotici, e disturbo schizotipico (di personalità). Sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa) e sintomi negativi.

Caratteristiche chiave che definiscono i disturbi psicotici

Deliri

I *deliri* sono convinzioni fortemente sostenute che non sono passibili di modifica alla luce di evidenze contrastanti. Il loro contenuto può comprendere una varietà di temi (per es., di persecuzione, di riferimento, somatico, religioso, di grandezza). I *deliri di persecuzione* (cioè la convinzione di poter essere oggetto di aggressioni, danneggiamenti, molestie e così via da parte di un individuo, un'organizzazione o altro gruppo) sono i più comuni. Anche i *deliri di riferimento* (cioè la convinzione che certi gesti, commenti, stimoli ambientali e così via sono diretti a se stessi) sono comuni. Si osservano anche i *deliri di grandezza* (cioè quando un individuo crede di avere eccezionali capacità, ricchezza o fama) e i *deliri erotomanici* (cioè quando un individuo crede erroneamente che un'altra persona sia innamorata/o di lui/lei). I *deliri nichilistici* comportano la convinzione che si verificherà un evento catastrofico, e i *deliri somatici* concentrano l'attenzione su preoccupazioni che riguardano la salute e il funzionamento degli organi.

I deliri sono considerati *bizzarri* se sono chiaramente non plausibili e non sono comprensibili a pari appartenenti alla stessa cultura e non derivano da esperienze di vita ordinarie. Un esempio di delirio bizzarro è la convinzione che una forza esterna abbia rimosso i propri organi interni e li abbia sostituiti con gli organi di qualcun altro senza lasciare ferite e cicatrici. Un esempio di delirio non bizzarro è la convinzione di essere sotto sorveglianza della polizia, nonostante la mancanza di prove convincenti. I deliri che esprimono una perdita di controllo sulla mente e sul corpo sono generalmente considerati bizzarri; questi comprendono la convinzione che i propri pensieri siano stati "rimossi" da alcune forze esterne (*furto del pensiero*), che pensieri estranei siano stati

introdotti nella propria mente (*inserzione del pensiero*), oppure che il proprio corpo o le proprie azioni siano sotto il controllo o l'influenzamento di qualche forza esterna (*deliri di controllo*). La distinzione tra delirio e un'idea fortemente sostenuta a volte è difficile da fare e dipende in parte dal grado di convinzione con cui l'idea stessa viene sostenuta nonostante una chiara o ragionevole evidenza contraddittoria della sua veridicità.

Allucinazioni

Le *allucinazioni* sono esperienze simil-percettive che si verificano senza uno stimolo esterno. Sono vivide e chiare, con il pieno impatto e tutta la forza delle percezioni normali, e non sono sotto il controllo volontario. Esse possono presentarsi in qualsiasi modalità sensoriale, ma le allucinazioni uditive sono le più comuni nella schizofrenia e nei disturbi correlati. Le allucinazioni uditive si presentano solitamente come voci, familiari o non familiari, che vengono percepite come distinte dai propri pensieri. Le allucinazioni devono verificarsi nel contesto di un sensorio integro; quelle che si verificano durante l'addormentamento (*ipnagogiche*) o durante il risveglio (*ipnopompiche*) sono considerate all'interno della gamma delle esperienze normali. Le allucinazioni possono essere una parte normale dell'esperienza religiosa in determinati contesti culturali.

Pensiero disorganizzato (eloquio)

Il *pensiero disorganizzato* (*disturbo formale del pensiero*) è tipicamente dedotto dall'eloquio dell'individuo. L'individuo può passare da un argomento all'altro (*deragliament* o *allentamento dei nessi associativi*). Le risposte alle domande possono essere correlate in modo marginale o completamente non correlate (*tangenzialità*). Raramente, l'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da essere quasi incomprensibile e assomigliare all'afasia ricettiva nella sua disorganizzazione linguistica (*incoerenza* o "insalata di parole"). Poiché una disorganizzazione lieve dell'eloquio è comune e non specifica, i sintomi devono essere sufficientemente gravi da compromettere in modo consistente la comunicazione efficace. La gravità della compromissione può essere difficile da valutare se la persona che pone la diagnosi proviene da un background linguistico differente rispetto a quello della persona esaminata. Una disorganizzazione meno grave del pensiero o dell'eloquio può verificarsi durante i periodi prodromico e residuale della schizofrenia.

Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa)

Il *comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale* può manifestarsi in una varietà di modi, spaziando da una "stolidità" di tipo infantile all'agitazione imprevedibile. Si possono osservare anomalie in qualunque forma di comportamento finalizzato con conseguenti difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane.

Il *comportamento catatonico* è una marcata diminuzione della reattività all'ambiente. Ciò può variare dalla resistenza a istruzioni impartite (*negativismo*) al mantenere una postura rigida, inappropriata o bizzarra, fino alla completa mancanza di risposte verbali e motorie (*mutismo* e *stupor*). Il comportamento catatonico può comprendere anche un'attività motoria non finalizzata ed eccessiva senza motivazione evidente (*eccitamento catatonico*). Altre manifestazioni sono i movimenti stereotipati ripetuti, lo sguardo fisso, le *grimace*, il mutismo e l'ecolalia. Benché la catatonìa sia stata storicamente associata

alla schizofrenia, i sintomi catatonici non sono specifici e possono verificarsi in altri disturbi mentali (per es., disturbi bipolari e disturbi depressivi con catatonìa) e in condizioni mediche (disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica).

Sintomi negativi

I *sintomi negativi* spiegano una parte sostanziale della morbilità associata alla schizofrenia ma sono meno preminenti in altri disturbi psicotici. Nella schizofrenia due sintomi negativi sono particolarmente significativi: diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia. La *diminuzione dell'espressione delle emozioni* comprende riduzioni nell'espressione delle emozioni facciali, del contatto visivo, dell'intonazione dell'eloquio (prosodia), e dei movimenti di mani, testa e volto che di norma danno un' enfasi emozionale all'eloquio. L'*abulia* è una diminuzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee. L'individuo può rimanere seduto per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività lavorative o sociali. Altri sintomi negativi comprendono alogia, anedonia e asocialità. L'*alogia* si manifesta con una diminuzione della produzione verbale. L'*anedonia* è la diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi o una degradazione del ricordo del piacere precedentemente provato. L'*asocialità* si riferisce all'apparente mancanza di interesse nelle interazioni sociali e può essere associata all'abulia, ma può anche essere una manifestazione di limitate opportunità di interazioni sociali.

Disturbi in questo capitolo

Questo capitolo è organizzato lungo un "gradiente" di psicopatologia. I clinici dovrebbero prima considerare le condizioni che non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo psicotico oppure che sono limitate a un ambito di psicopatologia. Successivamente dovrebbero considerare le condizioni con limitazione temporale. Infine, la diagnosi di un disturbo dello spettro della schizofrenia richiede l'esclusione di un'altra condizione che può dare origine alla psicosi.

Il disturbo schizotipico di personalità viene citato all'interno di questo capitolo in quanto è considerato nell'ambito dello spettro della schizofrenia, nonostante la sua descrizione completa si trovi all'interno del capitolo "Disturbi di personalità". La diagnosi di disturbo schizotipico di personalità descrive un pattern pervasivo di deficit sociali e interpersonali, compresa la ridotta capacità di intrattenere relazioni strette; distorsioni cognitive o percettive; ed eccentricità del comportamento, che di solito inizia nella prima età adulta ma in alcuni si manifesta nell'infanzia e nell'adolescenza. Le anomalie della forma e del contenuto, del pensiero e della percezione sono al di sotto della soglia per la diagnosi di un disturbo psicotico.

Due condizioni sono definite da anomalie limitate a un ambito psicopatologico delle psicosi: quello del delirio o quello della catatonìa. Il disturbo delirante è caratterizzato da almeno 1 mese di deliri senza altri sintomi psicotici. La catatonìa viene descritta successivamente in questo capitolo e ulteriormente in questa esposizione.

Il disturbo psicotico breve dura più di 1 giorno e si risolve in 1 mese. Il disturbo schizofreniforme è caratterizzato da una manifestazione sintomatica equivalente a quella della schizofrenia a eccezione della durata (meno di 6 mesi) e dell'assenza del requisito di un declino nel funzionamento.

La schizofrenia dura almeno 6 mesi e comprende almeno 1 mese di fase attiva dei sintomi. Nel disturbo schizoaffettivo, un episodio dell'umore e la fase attiva dei sinto-

mi della schizofrenia si verificano insieme e sono preceduti o seguiti da almeno 2 settimane di deliri o allucinazioni senza preminenti sintomi dell'umore.

I disturbi psicotici possono essere indotti da un'altra condizione. Nel disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, i sintomi psicotici vengono giudicati una conseguenza fisiologica di una sostanza di abuso, di un farmaco, o della esposizione a una tossina e cessano dopo la rimozione dell'agente. Nel disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica, i sintomi psicotici vengono considerati una conseguenza fisiologica diretta di un'altra condizione medica.

La catatonia può verificarsi in diversi disturbi, compresi disturbi del neurosviluppo, disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi depressivi e altri disturbi mentali. Questo capitolo comprende anche la diagnosi di catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia), disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica e catatonia senza specificazione, e i criteri diagnostici per tutte le tre condizioni sono descritti insieme.

I disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione sono inclusi per classificare le manifestazioni psicotiche che non soddisfano i criteri per nessun disturbo psicotico specifico, oppure una sintomatologia psicotica sulla quale vi sono informazioni inadeguate, oppure contraddittorie.

Valutazione da parte del clinico dei sintomi e dei fenomeni clinici correlati nelle psicosi

I disturbi psicotici sono eterogenei, e la gravità dei sintomi può essere predittiva di aspetti importanti della malattia, come il livello dei deficit cognitivi o neurobiologici. Per ampliare le conoscenze in questo campo, nella Sezione III "Scale di valutazione" è compreso uno schema di inquadramento dettagliato per la valutazione della gravità, che può essere utile nella pianificazione del trattamento, nel processo decisionale prognostico e nella ricerca sui meccanismi patofisiologici. La Sezione III "Scale di valutazione" contiene anche valutazioni dimensionali dei sintomi primari delle psicosi, compresi le allucinazioni, i deliri, l'eloquio disorganizzato (eccetto che per il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci e il disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica), il comportamento psicomotorio anormale e i sintomi negativi, così come le valutazioni dimensionali di depressione e mania. La gravità dei sintomi dell'umore nelle psicosi ha un valore prognostico e guida il trattamento. Vi è la crescente evidenza che il disturbo schizoaffettivo non è una categoria nosologica distinta. Pertanto, le valutazioni dimensionali di depressione e mania per tutti i disturbi psicotici promuovono la focalizzazione dell'attenzione dei clinici circa la presenza di patologia dell'umore e la necessità di trattamento quando appropriato. La scala della Sezione III comprende anche una valutazione dimensionale della compromissione cognitiva. Molti individui con disturbi psicotici presentano compromissioni in una serie di domini cognitivi predittivi dello status funzionale. La valutazione neuropsicologica clinica può aiutare a guidare la diagnosi e il trattamento, ma valutazioni brevi senza una valutazione neuropsicologica formale possono fornire utili informazioni che possono essere sufficienti per finalità diagnostiche. La valutazione neuropsicologica formale, quando effettuata, dovrebbe essere somministrata, e gli esiti valutati, da personale addestrato per l'uso degli strumenti di valutazione. Se non viene effettuata una valutazione neuropsicologica formale, il clinico dovrebbe usare la migliore informazione disponibile per dare un giudizio. Sono peraltro necessarie ulteriori ricerche al fine di determinare l'utilità clinica di queste valutazioni; pertanto, le valutazioni disponibili nella Sezione III dovrebbero servire come prototipo per stimolare tale ricerca.

Schizofrenia

295.90 (F20.9)

Criteria diagnostici

- A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):
1. Deliri.
 2. Allucinazioni.
 3. Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
 4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
 5. Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).
- B. Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).
- C. Segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve comprendere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati efficacemente) che soddisfano il Criterio A (cioè fase attiva dei sintomi), e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).
- D. Il disturbo schizoaffettivo e il disturbo depressivo o il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi, oppure 2) se si sono verificati episodi di alterazione dell'umore durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.
- F. Se c'è una storia di disturbo dello spettro dell'autismo o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno 1 mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti della schizofrenia.

Specificare se:

I seguenti specificatori del decorso devono essere utilizzati solo dopo 1 anno di durata del disturbo e se non sono in contraddizione con i criteri diagnostici di decorso.

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: Prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata. Un *episodio acuto* è un periodo di tempo in cui i criteri sintomatologici sono soddisfatti.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: La *remissione parziale* è un periodo di tempo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e in cui i criteri che definiscono il disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: La *remissione completa* è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto: Gli episodi multipli possono essere determinati da un minimo di due episodi (cioè dopo un primo episodio, una remissione e almeno una ricaduta).

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale

Episodi multipli, attualmente in remissione completa

Continuo: I sintomi che soddisfano i criteri diagnostici dei sintomi del disturbo sono rimasti per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia che sono stati molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Specificare se:

Con catatonia (per la definizione, fare riferimento ai criteri per la catatonia associata a un altro disturbo mentale, pp. 137-138).

Nota di codifica: Utilizzare il codice aggiuntivo 293.89 (F06.1) catatonia associata a schizofrenia per indicare la presenza di catatonia in comorbidità.

Specificare la gravità attuale:

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). (Si veda Dimensioni della gravità dei sintomi della psicosi valutate dal clinico, nel capitolo "Scale di valutazione".)

Nota: La diagnosi di schizofrenia può essere posta senza utilizzare questo specificatore di gravità.

Caratteristiche diagnostiche

I sintomi caratteristici della schizofrenia comportano una gamma di disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, ma nessun sintomo considerato singolarmente è patognomonico del disturbo. La diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati alla compromissione del funzionamento lavorativo o sociale. Gli individui con il disturbo mostreranno manifestazioni molto variabili nella maggior parte delle caratteristiche, dato che la schizofrenia è una sindrome clinica eterogenea.

Durante un periodo di 1 mese o più devono essere presenti almeno due sintomi del Criterio A per una parte di tempo significativa. Almeno uno di questi sintomi deve essere la presenza evidente di deliri (Criterio A1), allucinazioni (Criterio A2) o eloquio disorganizzato (Criterio A3).

Possono essere anche presenti comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico (Criterio A4) e sintomi negativi (Criterio A5). Nelle situazioni in cui la fase attiva dei sintomi si risolve entro un mese in risposta al trattamento, il Criterio A continua a essere soddisfatto se il clinico ritiene che avrebbero continuato a persistere in assenza di trattamento.

La schizofrenia comporta una compromissione in una o più delle aree principali del funzionamento (Criterio B). Se il disturbo comincia nell'infanzia o nell'adolescenza, non viene raggiunto il livello di funzionamento atteso. Può essere utile confrontare l'individuo con fratelli e sorelle non affetti. La disfunzione persiste per un periodo consistente durante il decorso del disturbo e non sembra essere il risultato diretto di alcuna delle singole caratteristiche. L'abulia (cioè una diminuita spinta a perseguire il comportamento, Criterio A5) è collegata alla disfunzione sociale descritta dal Criterio B. Vi è anche

la forte evidenza di una relazione tra la compromissione cognitiva (si veda la sezione “Caratteristiche associate a supporto della diagnosi” per questo disturbo) e la compromissione funzionale negli individui affetti da schizofrenia.

Certi segni del disturbo devono persistere per un periodo ininterrotto di almeno 6 mesi (Criterio C). Sintomi prodromici spesso precedono la fase attiva, e sintomi residui la possono seguire e sono caratterizzati da forme di allucinazioni o deliri lievi o sottosoglia. Gli individui possono esprimere una varietà di convinzioni insolite o stravaganti che non sono di qualità delirante (per es., idee di riferimento o pensiero magico); possono avere esperienze percettive insolite (per es., percepire la presenza di una persona invisibile); il loro eloquio può essere generalmente comprensibile ma vago; e il loro comportamento può essere inusuale ma non grossolanamente disorganizzato (per es., borbottare in pubblico). I sintomi negativi sono comuni nelle fasi prodromiche e residue e possono essere gravi. Individui che sono stati socialmente attivi possono diventare ritirati rispetto alle precedenti abitudini. Tali comportamenti sono spesso il primo segno di un disturbo.

I sintomi e gli episodi di alterazione dell’umore pieni sono comuni nella schizofrenia e possono essere concomitanti con la fase attiva della sintomatologia. Tuttavia, in quanto distinta da un disturbo psicotico dell’umore, una diagnosi di schizofrenia richiede la presenza di deliri o allucinazioni in assenza di episodi di alterazione dell’umore. Inoltre, tali episodi, presi nella totalità, dovrebbero essere presenti solo per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

In aggiunta alle cinque aree di domini sintomatologici identificate nei criteri diagnostici, la valutazione dei domini sintomatologici di cognitivtà, depressione e mania è fondamentale al fine di porre distinzioni d’importanza critica tra i vari disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Gli individui affetti da schizofrenia possono mostrare un’affettività inadeguata (per es., ridere in assenza di uno stimolo adeguato); un umore disforico che può prendere la forma della depressione, dell’ansia o della rabbia; un ritmo sonno/veglia disturbato (per es., dormire durante il giorno ed essere in attività di notte); e mancanza di interesse per l’alimentazione o rifiuto del cibo. Possono verificarsi depersonalizzazione, derealizzazione, preoccupazioni somatiche che possono a volte raggiungere intensità delirante. Ansia e fobie sono comuni. I deficit cognitivi nella schizofrenia sono comuni e sono fortemente collegati a compromissioni funzionali e professionali. Questi deficit possono comprendere diminuzioni nella memoria dichiarativa, nella memoria di lavoro, nelle funzioni linguistiche e in altre funzioni esecutive, così come una velocità di elaborazione più lenta.

Sono state riscontrate anche anomalie nell’elaborazione sensoriale e nella capacità inibitoria, così come riduzioni dell’attenzione. Alcuni individui affetti da schizofrenia mostrano deficit nella cognizione sociale, compresi i deficit nella capacità di inferire le intenzioni di altre persone (teoria della mente), e possono interpretare eventi o stimoli irrilevanti come significativi, fatto che può condurre alla strutturazione di idee deliranti esplicative dell’esperienza vissuta. Questi deficit persistono frequentemente durante la remissione sintomatologica.

Alcuni individui con psicosi possono mancare di “insight” o di consapevolezza del proprio disturbo (cioè anosognosia). Questa mancanza di “insight” comprende la non consapevolezza dei sintomi della schizofrenia e può essere presente per l’intero decorso della malattia. La non consapevolezza della malattia è tipicamente un sintomo della

schizofrenia stessa piuttosto che una strategia di “coping”. È paragonabile alla mancanza di consapevolezza dei deficit neurologici che seguono un danno cerebrale, definita *anosognosia*. Questo sintomo è il fattore predittivo più comune di una non aderenza al trattamento, ma anche di maggiori tassi di ricaduta, di un maggior numero di trattamenti obbligatori, di un peggior funzionamento psicosociale, di aggressività e di un peggior decorso della malattia.

L'ostilità e l'aggressività possono essere associate alla schizofrenia, anche se le aggressioni spontanee o casuali non sono comuni. L'aggressività è più frequente nei maschi giovani e negli individui con una storia pregressa di violenza, di non aderenza al trattamento, di abuso di sostanze e di impulsività. Va osservato che la grande maggioranza di persone affette da schizofrenia non sono aggressive e sono, al contrario, più frequentemente oggetto di maltrattamenti rispetto agli individui nella popolazione generale.

Al momento, non vi sono esami di laboratorio, test radiologici o psicometrici per il disturbo. Tra persone affette da schizofrenia e individui sani sono apprezzabili differenze in molte regioni cerebrali, comprese nelle evidenze provenienti da studi di neuroimaging, di neuropatologia e di neurofisiologia. Le differenze sono evidenti anche nell'architettura cellulare, nella connettività della sostanza bianca, e nel volume della sostanza grigia in una varietà di regioni come le corteccie prefrontali e temporali. È stata osservata una riduzione complessiva del volume cerebrale, così come un aumento della riduzione del volume cerebrale osservabile con l'età. Le riduzioni di volume cerebrale osservabili con l'età sono più pronunciate negli individui affetti da schizofrenia rispetto agli individui sani. Infine, gli individui affetti da schizofrenia sembrano differire dagli individui senza il disturbo per quanto riguarda i movimenti oculari di “inseguimento” e negli indici elettrofisiologici.

Segni neurologici sfumati (i cosiddetti *neurological soft signs*) comuni in individui affetti da schizofrenia comprendono compromissioni nella coordinazione motoria, nell'integrazione sensoriale e della sequenza motoria di movimenti complessi; confusione tra sinistra e destra; e disinibizione di movimenti associati. In aggiunta, possono verificarsi anomalie fisiche minori del viso e degli arti.

Prevalenza

La prevalenza lifetime della schizofrenia sembra essere circa lo 0,3-0,7%, sebbene sia riportata una variabilità del tasso tra razze/etnie, tra i paesi, e per origine geografica negli immigrati e nei figli di immigrati. Il rapporto di genere differisce tra i campioni e le popolazioni: per esempio, ove si ritrovi un'enfasi particolare sulla presenza di sintomi negativi e una più lunga durata di malattia (associati a un esito peggiore) si osservano tassi di incidenza più alti nei maschi, mentre le definizioni che permettono l'inclusione di più sintomi dell'umore e manifestazioni brevi (associati a un esito migliore) mostrano rischi equivalenti per entrambi i sessi.

Sviluppo e decorso

Le manifestazioni psicotiche della schizofrenia emergono tipicamente tra la tarda adolescenza e la metà della quarta decade di vita; l'esordio prima dell'adolescenza è raro. Il picco dell'età di esordio del primo episodio psicotico è nella prima metà della terza decade per i maschi e verso la fine della terza decade nelle femmine. L'esordio può essere improvviso o insidioso, ma la maggioranza degli individui manifesta un lento e graduale sviluppo di una varietà di segni e sintomi clinicamente significativi. La metà di questi individui lamenta sintomi depressivi. Un'età di esordio precoce è stata tradizionalmente considerata come un fattore predittivo di prognosi peggiore. Tuttavia, l'ef-

fetto dell'età di esordio è probabilmente correlato al genere, con i maschi che hanno un peggior adattamento premorbo, un rendimento scolastico inferiore, sintomi negativi e compromissione cognitiva più rilevanti, e in generale un esito peggiore. La compromissione cognitiva è comune, e alterazioni cognitive sono presenti durante lo sviluppo e precedono la comparsa della psicosi, prendendo la forma di compromissioni cognitive stabili durante l'età adulta. Le compromissioni cognitive possono persistere quando altri sintomi sono in remissione e contribuiscono alla disabilità associata alla malattia.

I fattori predittivi di decorso e di esito sono in gran parte sconosciuti, e il decorso e l'esito non possono essere predetti in modo attendibile. Il decorso sembra essere favorevole in circa il 20% di individui affetti da schizofrenia, e in un piccolo numero di individui è stata riportata una completa guarigione. Tuttavia, la maggior parte degli individui affetti da schizofrenia richiede ancora supporto quotidiano, strutturato o meno, e molti mantengono uno stato di malattia cronica, con esacerbazioni e remissioni dei sintomi attivi, mentre altri hanno un decorso di deterioramento progressivo.

I sintomi psicotici tendono a diminuire nel corso della vita, forse in associazione con il normale declino correlato all'età dell'attività dopaminergica. I sintomi negativi sono più strettamente correlati alla prognosi rispetto ai sintomi positivi e tendono a essere i più persistenti. Inoltre, i deficit cognitivi associati alla malattia possono non migliorare durante il decorso della malattia.

Le caratteristiche essenziali della schizofrenia sono le stesse in età infantile, ma è più difficile porre la diagnosi. Nei bambini, i deliri e le allucinazioni possono essere meno elaborati rispetto agli adulti, e le allucinazioni visive sono più comuni e dovrebbero essere distinte dal normale gioco di fantasia. L'eloquio disorganizzato si osserva in molti disturbi a esordio infantile (per es., disturbo dello spettro dell'autismo), così come il comportamento disorganizzato (per es., disturbo da deficit di attenzione/iperattività). Questi sintomi non dovrebbero essere attribuiti alla schizofrenia senza la dovuta considerazione dei disturbi più comuni nell'infanzia. I casi di esordio infantile tendono ad assomigliare ai casi degli adulti con esito peggiore, con esordio graduale e sintomi negativi preminenti. I bambini che ricevono successivamente la diagnosi di schizofrenia hanno una maggiore probabilità di avere manifestato in precedenza disturbi emotivo-comportamentali e psicopatologici non specifici, alterazioni intellettive e del linguaggio, e ritardi motori sfumati.

I casi di esordio tardivo (cioè esordio dopo i 40 anni) sono sovrarappresentati tra le femmine, che possono essersi sposate. Spesso, il decorso è caratterizzato da una predominanza di sintomi psicotici con la conservazione del funzionamento affettivo e sociale. Tali casi di esordio tardivo possono ancora soddisfare i criteri diagnostici per la schizofrenia, ma non è ancora chiaro se questa sia la stessa condizione della schizofrenia diagnosticata prima della mezza età (per es., prima dei 55 anni).

Fattori di rischio e prognosi

Fattori ambientali. L'incidenza della schizofrenia è stata collegata alla stagione di nascita: tardo inverno/inizio primavera in alcune località ed estate nella forma deficitaria della malattia. L'incidenza della schizofrenia e dei disturbi correlati è più alta nei bambini che crescono in un ambiente urbano e in alcune minoranze etniche.

Fattori genetici e fisiologici. Vi è un forte contributo da parte di fattori genetici nel determinare il rischio di schizofrenia, anche se la maggior parte degli individui che hanno avuto una diagnosi di schizofrenia non hanno una storia familiare di psicosi. La responsabilità viene attribuita a uno spettro di alleli di rischio, comuni e rari, con ciascun allele che contribuisce solo per una piccola frazione della varianza totale di popolazione. Gli

alleli di rischio identificati finora sono associati anche ad altri disturbi mentali, compresi disturbo bipolare, depressione e disturbo dello spettro dell'autismo.

Complicazioni in gravidanza e alla nascita con ipossia, ed età paterna avanzata, sono associate a un più alto rischio di schizofrenia per il feto che si sta sviluppando. Inoltre, altre condizioni avverse prenatali e perinatali, compresi stress, infezione, malnutrizione, diabete materno, e altre problematiche mediche, sono state collegate alla schizofrenia. Tuttavia, la stragrande maggioranza di individui nati con questi fattori di rischio non sviluppa schizofrenia.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

Fattori culturali e socioeconomici devono essere considerati, in particolare quando l'individuo e il clinico non condividono lo stesso background culturale e socioeconomico. Idee che sembrano deliranti in una cultura (per es., arti magiche) possono essere comunemente diffuse in un'altra. In certe culture, allucinazioni visive o uditive con un contenuto religioso (per es., sentire la voce di Dio) rappresentano una parte normale dell'esperienza religiosa. Inoltre, la valutazione dell'eloquio disorganizzato può essere resa difficile dalle varianti linguistiche degli stili narrativi nelle diverse culture. La valutazione dell'affettività richiede sensibilità alle differenze negli stili di espressione delle emozioni, di contatto visivo e linguaggio del corpo, che variano tra culture diverse. Se la valutazione viene condotta in una lingua differente dalla lingua madre dell'individuo, bisogna avere molta cura nell'assicurarsi che l'alogia non sia correlata a barriere linguistiche. In certe culture, il disagio può prendere la forma di allucinazioni o pseudoallucinazioni e idee sopravvalutate che possono manifestarsi in modo clinicamente simile alla psicosi vera ma sono corrispondenti alla norma nel sottogruppo di appartenenza del paziente.

Aspetti diagnostici correlati al genere

Un certo numero di caratteristiche distingue la manifestazione clinica della schizofrenia nelle femmine e nei maschi. L'incidenza generale della schizofrenia tende a essere leggermente inferiore nelle femmine, in particolare tra i casi trattati. Nelle femmine l'età di esordio è più tardiva, con un secondo picco nella mezza età come descritto in precedenza (si veda la sezione "Sviluppo e decorso" per questo disturbo). I sintomi tendono ad avere una maggiore carica affettiva nelle femmine, e sono presenti più sintomi psicotici, così come una maggiore propensione al peggioramento dei sintomi psicotici nell'età avanzata. Altre differenze di sintomi comprendono una minore frequenza di sintomi negativi e di disorganizzazione.

Infine, il funzionamento sociale tende a rimanere meglio conservato nelle femmine. Vi sono, tuttavia, frequenti eccezioni a queste precisazioni di ordine generale.

Rischio di suicidio

Circa il 5-6% degli individui affetti da schizofrenia muore per suicidio, circa il 20% tenta il suicidio in una o più occasioni, e molti in più hanno un'importante ideazione suicidaria. Il comportamento suicidario a volte è una risposta ad allucinazioni che comandano di far del male a se stessi o ad altri.

Il rischio di suicidio rimane alto durante l'intero arco di vita sia per i maschi sia per le femmine, anche se può essere particolarmente alto per maschi più giovani con uso di sostanze in comorbilità. Altri fattori di rischio comprendono sintomi depressivi o sentimenti di disperazione e l'essere disoccupati, e il rischio è maggiore, inoltre, nel periodo successivo a un episodio psicotico o a una dimissione ospedaliera.

Conseguenze funzionali della schizofrenia

La schizofrenia è associata a un significativo malfunzionamento sociale e lavorativo. L'avanzamento negli studi e il mantenimento dell'occupazione sono spesso compromessi dall'abulia o da altre manifestazioni del disturbo, anche se le capacità cognitive sono sufficienti per i compiti richiesti. La maggior parte degli individui ha un'occupazione a un livello inferiore rispetto ai loro genitori, e la maggior parte, in particolare gli uomini, non si sposano e hanno contatti sociali limitati al di fuori della loro famiglia.

Diagnosi differenziale

Disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche o catatoniche. La distinzione tra schizofrenia e disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche o con catatonia dipende dalla relazione temporale tra il disturbo dell'umore e la psicosi, e dalla gravità dei sintomi depressivi o maniacali. Se i deliri o le allucinazioni si verificano esclusivamente durante un episodio depressivo maggiore o maniacale, la diagnosi è di disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche.

Disturbo schizoaffettivo. Una diagnosi di disturbo schizoaffettivo richiede che un episodio depressivo maggiore o maniacale si verifichi in concomitanza con la fase attiva dei sintomi e che i sintomi dell'umore siano presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi.

Disturbo schizofreniforme e disturbo psicotico breve. Questi disturbi sono di durata inferiore rispetto alla schizofrenia come specificato nel Criterio C, che richiede 6 mesi di sintomi. Nel disturbo schizofreniforme, il disturbo è presente per meno di 6 mesi, e nel disturbo psicotico breve, i sintomi sono presenti per almeno 1 giorno ma meno di 1 mese.

Disturbo delirante. Il disturbo delirante può essere distinto dalla schizofrenia per l'assenza di altri sintomi caratteristici della schizofrenia (per es., allucinazioni visive o uditive preminenti, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi).

Disturbo schizotipico di personalità. Il disturbo schizotipico di personalità può essere distinto dalla schizofrenia per i sintomi sottosoglia che sono associati a caratteristiche di personalità persistenti.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo. Individui con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di dismorfismo corporeo possono manifestare un insight scarso o assente, e le preoccupazioni possono raggiungere intensità deliranti. Ma questi disturbi sono distinti dalla schizofrenia dalle preminenti ossessioni, compulsioni, preoccupazioni circa l'aspetto o l'odore del corpo, dall'accumulo, o comportamenti ripetitivi incentrati sul corpo.

Disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo da stress post-traumatico può comprendere fenomeni di "flashback" che si presentano con qualità allucinatoria e l'iper-vigilanza può raggiungere intensità di livello paranoicale. Ma per porre la diagnosi sono richiesti un evento traumatico e manifestazioni caratteristiche di sintomi relativi al rivivere o al reagire all'evento.

Disturbo dello spettro dell'autismo o disturbi della comunicazione. Questi disturbi possono anche avere sintomi che assomigliano a un episodio psicotico, ma sono distinti dai loro rispettivi deficit nell'interazione sociale con comportamenti ripetitivi e limita-

ti e altri deficit cognitivi e di comunicazione. Un individuo con disturbo dello spettro dell'autismo o con disturbo della comunicazione, al fine di avere una diagnosi di schizofrenia come condizione in comorbidità, deve avere sintomi che soddisfano pienamente i criteri per la schizofrenia, con allucinazioni rilevanti o deliri per almeno 1 mese.

Altri disturbi mentali associati a un episodio psicotico. La diagnosi di schizofrenia viene posta solo quando l'episodio psicotico è persistente e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. Gli individui con un delirium o con un disturbo neurocognitivo maggiore o minore possono manifestare sintomi psicotici, ma questi avrebbero una relazione temporale con l'esordio dei cambiamenti cognitivi coerenti con questi disturbi. Individui con disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci possono manifestare sintomi caratteristici del Criterio A per la schizofrenia, ma il disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci di solito può essere distinto per la relazione cronologica dell'uso di sostanze con l'insorgenza della psicosi e dell'assenza dell'uso di sostanze con la sua remissione.

Comorbidità

I tassi di comorbidità con i disturbi correlati a sostanze sono alti nella schizofrenia. Oltre la metà degli individui affetti da schizofrenia hanno un disturbo da uso di tabacco e fumano regolarmente sigarette. Nella schizofrenia si riconosce in modo sempre più crescente la comorbidità con i disturbi d'ansia. I tassi di disturbo ossessivo-compulsivo e di disturbo di panico sono alti negli individui affetti da schizofrenia in confronto alla popolazione generale. Il disturbo schizotipico di personalità o paranoide può a volte precedere l'insorgenza della schizofrenia.

L'aspettativa di vita è ridotta negli individui affetti da schizofrenia a causa delle condizioni mediche associate. Aumento di peso, diabete, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari e polmonari sono più comuni nella schizofrenia rispetto alla popolazione generale. Uno scarso coinvolgimento in comportamenti di mantenimento della salute (per es., screening per il cancro, esercizio fisico) aumenta il rischio di malattia cronica, ma anche altri fattori legati alla presenza del disturbo, compresi farmaci, stile di vita, fumo di sigaretta e dieta possono giocare un ruolo. Una vulnerabilità condivisa tra psicosi e disturbi medici può spiegare alcune delle comorbidità mediche della schizofrenia.

Disturbo schizoaffettivo

Criteri diagnostici

- A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) in concomitanza con il Criterio A della schizofrenia.
Nota: L'episodio depressivo maggiore deve comprendere il Criterio A1: umore depresso.
- B. Deliri o allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) durante la durata lifetime della malattia.
- C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

ESTRATTO DAL MINI

DSM-5®

Copia a uso personale. È vietata la riproduzione del file d'origine.



Raffaello Cortina Editore

Disturbo bipolare e disturbi correlati

Disturbo bipolare I

Per la diagnosi di disturbo bipolare I, è necessario soddisfare i seguenti criteri per un episodio maniacale. L'episodio maniacale può essere preceduto e può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.

Episodio maniacale

- A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno 1 settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione).
- B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono presenti a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale:
1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
 2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
 3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
 4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
 5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata.
 6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata).

7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).
- C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.
- D. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o a un'altra condizione medica.

Nota: Un episodio maniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (cioè farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo che va oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per un episodio maniacale e, quindi, per una diagnosi di disturbo bipolare I.

Nota: I Criteri A-D costituiscono un episodio maniacale. Per una diagnosi di disturbo bipolare I è richiesto almeno un episodio maniacale nell'arco di vita.

Episodio ipomaniacale

- A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno 4 giorni consecutivi e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.
- B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono stati presenti, rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale e si manifestano a un livello significativo:
 1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
 2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
 3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.

4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
 5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), come riferita o osservata.
 6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria.
 7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).
- C. L'episodio è associato a un evidente cambiamento nel funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico.
- D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili dagli altri.
- E. L'episodio non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.
- F. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento).

Nota: Un episodio ipomaniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per una diagnosi di episodio ipomaniacale. Tuttavia, è indicata cautela in modo che uno o due sintomi (in particolare un aumento di irritabilità, nervosismo o agitazione a seguito di uso di antidepressivi) non vengano considerati come sufficienti per una diagnosi di episodio ipomaniacale, né necessariamente indicativi di una diatesi bipolare.

Nota: I Criteri A-F costituiscono un episodio ipomaniacale. Episodi ipomaniacali sono comuni nel disturbo bipolare I ma non sono richiesti per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Episodio depressivo maggiore

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (**Nota:** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore. Gli episodi depressivi maggiori sono comuni nel disturbo bipolare I ma non sono richiesti per la diagnosi di disturbo bipolare I.

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.¹

¹ Nel distinguere il lutto da un episodio depressivo maggiore (EDM) è utile considerare che nel lutto il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e di perdita, mentre nell'EDM consiste in un umore depresso persistente e un'incapacità di provare felicità o piacere. La disforia nel lutto di solito diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate. Queste tendono a essere associate a pensieri o ricordi del defunto. L'umore depresso nell'EDM è più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni. Il dolore del lutto può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi che non sono caratteristici dell'infelicità e sofferenza pervasive tipiche di un EDM. Il contenuto del pensiero associato al lutto presenta generalmente una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto, piuttosto che le ruminazioni autocritiche o pessimistiche osservate nell'EDM. Nel lutto, l'autostima è generalmente preservata, mentre nell'EDM sono comuni sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi. Se nel lutto è presente ideazione autodenigratoria, si tratta in genere di carenze percepite nei confronti del defunto (per es., non averlo visitato abbastanza frequentemente, non aver detto al defunto quanto fosse amato). Se un individuo che ha subito un lutto ha pensieri relativi alla morte e al morire, tali pensieri sono generalmente focalizzati sul defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto, mentre nell'EDM tali pensieri sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, oppure incapaci di far fronte al dolore della depressione.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DISTURBI DEPRESSIVI

ESTRATTO DAL MINI

DSM-5®

Copia a uso personale. È vietata la riproduzione del file d'origine.

 *Raffaello Cortina Editore*

Nota: L'elevazione dell'umore appropriata allo stadio di sviluppo, come quella che si verifica nel contesto di un evento altamente positivo o della sua anticipazione, non dovrebbe essere considerata come un sintomo di mania o ipomania.

- J. I comportamenti non si verificano esclusivamente durante un episodio di disturbo depressivo maggiore e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia di separazione, disturbo depressivo persistente [distimia]).

Nota: Questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo bipolare, anche se può coesistere con altri disturbi, tra cui disturbo depressivo maggiore, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta e disturbi da uso di sostanze. Gli individui i cui sintomi soddisfano i criteri sia per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia per il disturbo oppositivo provocatorio dovrebbero ricevere solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Se un individuo ha avuto in precedenza un episodio maniaco o ipomaniaco, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbe essere assegnata.

- K. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica o neurologica.

Disturbo depressivo maggiore

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste,

vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (**Nota:** Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)

2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
 3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (**Nota:** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
 4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
 5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
 6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
 7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
 8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
 9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di

intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.¹

D. Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

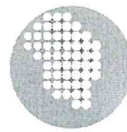
E. Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.

Nota: Tale esclusione non si applica se tutti gli episodi simil-maniacali o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o sono attribuibili agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Procedure di codifica e di registrazione

Il codice diagnostico per il disturbo depressivo maggiore è basato sulla presenza di un episodio singolo o ricorrente, sulla gravità attuale, sulla presenza di caratteristiche psicotiche e sullo stato di

¹ Nel distinguere il lutto da un episodio depressivo maggiore (EDM) è utile considerare che nel lutto il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e di perdita, mentre nell'EDM consiste in un umore depresso persistente e un'incapacità di provare felicità o piacere. La disforia nel lutto di solito diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate. Queste tendono a essere associate a pensieri o ricordi del defunto. L'umore depresso nell'EDM è più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni. Il dolore del lutto può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi che non sono caratteristici dell'infelicità e sofferenza pervasive tipiche di un EDM. Il contenuto del pensiero associato al lutto presenta generalmente una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto, piuttosto che le ruminazioni autocritiche o pessimistiche osservate nell'EDM. Nel lutto, l'autostima è generalmente preservata, mentre nell'EDM sono comuni sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi. Se nel lutto è presente ideazione autodenigratoria, si tratta in genere di carenze percepite nei confronti del defunto (per es., non averlo visitato abbastanza frequentemente, non aver detto al defunto quanto fosse amato). Se un individuo che ha subito un lutto ha pensieri relativi alla morte e al morire, tali pensieri sono generalmente focalizzati sul defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto, mentre nell'EDM tali pensieri sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, oppure incapaci di far fronte al dolore della depressione.



ASLLECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Serafino De Giorgi, MD

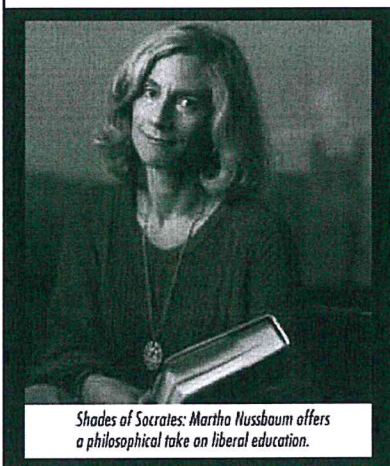
**IL DIPARTIMENTO di
SALUTE MENTALE**

**La rete dei servizi ospedalieri,
territoriali e residenziali**

Anno Accademico 2016 - 2017

“A cosa serve studiare. **Il fascino di vedere il mondo con gli occhi degli altri**” di Martha Nussbaum

La Repubblica del 15 aprile 2011



Shades of Socrates: Martha Nussbaum offers a philosophical take on liberal education.

... i cittadini devono coltivare la capacità per la quale Socrate diede la vita: quella di criticare la tradizione e l'autorità, di continuare ad analizzare se stessi e gli altri, di **non accettare discorsi o proposte senza averli sottoposti al vaglio del proprio ragionamento.**

Oggi la ricerca psicologica conferma la diagnosi di Socrate...

... [i cittadini devono coltivare] l'attitudine a pensare in modo curioso e critico. Fin dal tempo in cui Socrate esortava gli ateniesi a **non «vivere una vita senza indagine»**, sono soprattutto gli studi umanistici, e in particolare la filosofia, a permettere di coltivare tali capacità.



Phillip von Hohenheim
Paracelsus (1493-1541)

«Medicine is not only a Science, it is also an Art.

It does not consist of compounding pills and plasters; it deals with the very processes of life, which must be understood before they may be guided»

MENTAL
HEALTH
ACTION PLAN
2013 - 2020



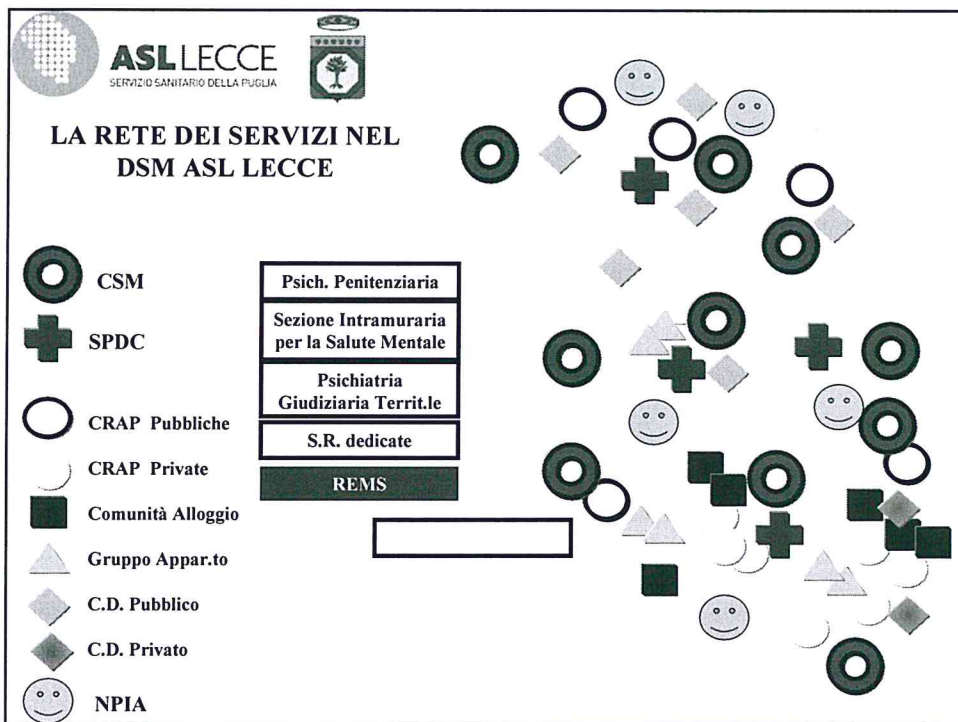
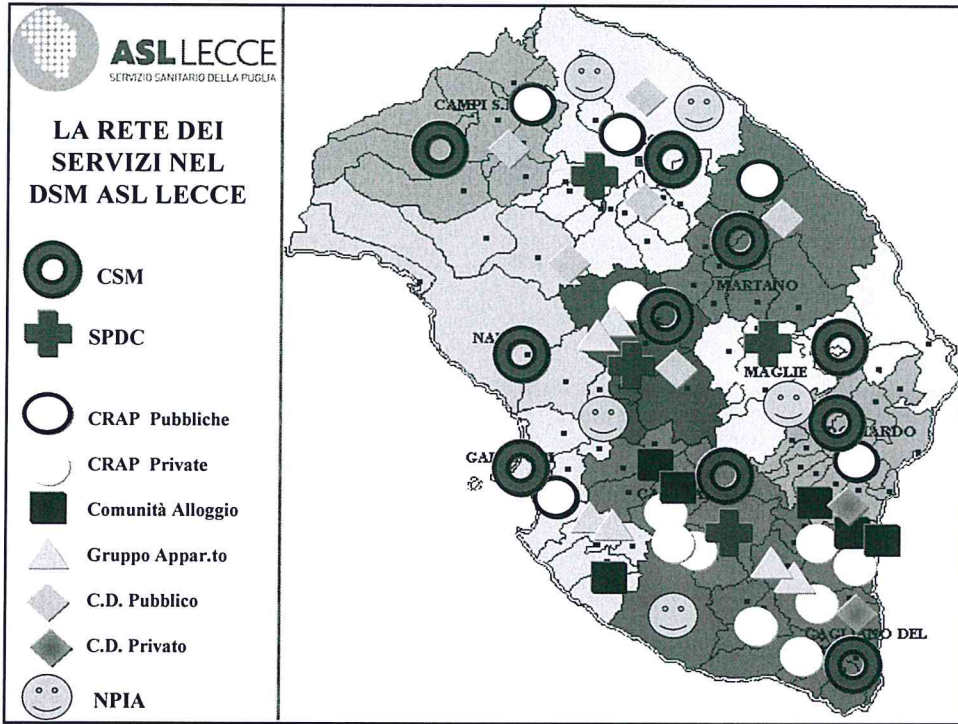
WHO Collaborating
Centre for Research
and Training

Obiettivi principali

- ❖ ottenere una *leadership* e una *governance* più efficaci nell'ambito della salute mentale;
- ❖ riuscire ad offrire servizi di salute mentale e servizi sociali completi, integrati e capaci di rispondere ai bisogni della comunità;
- ❖ mettere in campo delle strategie di promozione e prevenzione;
- ❖ rafforzare i sistemi informativi, raccogliere sempre più evidenze scientifiche ed implementare la ricerca.



M. Chan
Dott.ssa Margaret Chan
Direttore generale
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità





ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

LA *MISSION* del DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE

- promozione della salute mentale
- prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi connessi alla salute mentale
- riduzione del carico che la malattia mentale esercita sulle singole persone e sulla comunità
- salvaguardia dei diritti e della cittadinanza sociale
- lotta allo stigma, alla discriminazione, alla deriva sociale, all'esclusione

WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 2005



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

LE STRUTTURE del DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE

- **CSM:** è la sede organizzativa dello staff multiprofessionale, coordina e applica sul piano operativo gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza [un'area determinata di popolazione]
- **SPDC:** è la sede ospedaliera ove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero
- **DH:** è la sede semiresidenziale per prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di breve o media durata a prevalente indirizzo sanitario (accertamenti diagnostici complessi, trattamenti farmacologici, pre- e post-ricovero)
- **CD:** è la sede semiresidenziale per prestazioni terapeutiche e riabilitative a prevalente indirizzo psicosociale (cura di sé, attività quotidiane, inserimenti lavorativi)
- **SR:** è la sede extra-ospedaliera per prestazioni terapeutiche e riabilitative di media o lunga durata a prevalente indirizzo psicosociale

Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**IL CENTRO DI SALUTE MENTALE
REQUISITI DELLA FUNZIONE AMBULATORIALE
DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

- **accessibilità logistica**
- **orario di apertura**
- **tempi di attesa**
- **staff multiprofessionale**
- **disponibilità di strumenti diagnostici e di trattamenti di efficacia validata**
- **accettazione urgenze e gestione delle emergenze**
- **vigilanza sui problemi di salute fisica**
- **supporto e sostegno alle famiglie**
- **tutela socio-assistenziale, patrimoniale e legale**
- **partecipazione e consenso degli utenti**



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**IL CENTRO DI SALUTE MENTALE
REQUISITI DELLA FUNZIONE DOMICILIARE
DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

- **staff multiprofessionale**
- **tempestività**
- **possibilità di spostamento dello staff**
- **supporto e sostegno alle famiglie**
- **interventi a supporto della partecipazione alle cure**
- **vigilanza sui problemi di salute fisica**
- **gestione delle emergenze**
- **informazione e consenso degli utenti**
- **tutela socio-assistenziale, finalizzata al mantenimento della risorsa abitativa**



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**SERVIZIO PSICHIATRICO di DIAGNOSI e CURA
REQUISITI DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA
DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

- **staff multiprofessionale**
- **sede adeguata e stabile in ambiente ospedaliero (SPDC)**
- **collegamento con l'Area di Emergenza dell'Ospedale**
- **disponibilità tempestiva di posti letto**
- **disponibilità di strumenti diagnostici e di trattamenti di efficacia validata**
- **alto livello di accoglienza e protezione dell'utente**
- **vigilanza sui problemi di salute fisica**
- **partecipazione e consenso degli utenti**
- **informazione e sostegno alle famiglie**



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**IL CENTRO DI SALUTE MENTALE
REQUISITI DELLA FUNZIONE RESIDENZIALE
DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

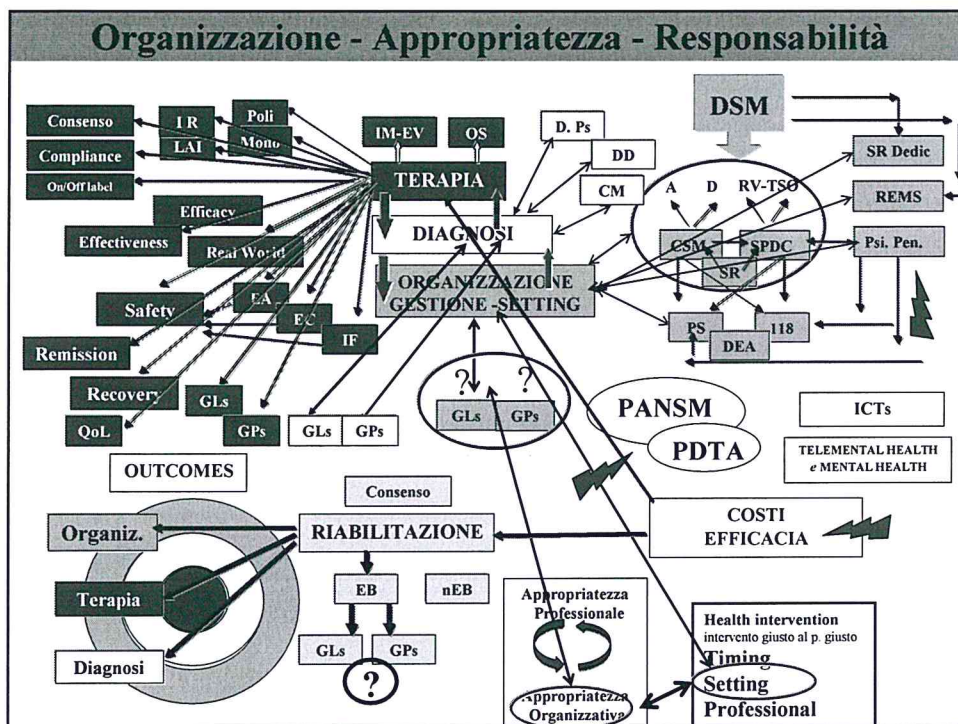
- **staff multiprofessionale**
- **sede adeguata e stabile in ambiente extra-ospedaliero(SR)**
- **accessibilità logistica**
- **tempi di attesa**
- **definizione delle caratteristiche e dei bisogni degli utenti**
- **definizione delle caratteristiche e della durata dei programmi**
- **definizione del livello di autonomia/protezione**
- **vigilanza sui problemi di salute fisica**
- **partecipazione e consenso degli utenti**
- **informazione e condivisione dei programmi con le famiglie**



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

IL CENTRO DI SALUTE MENTALE REQUISITI DELLA FUNZIONE SEMIRESIDENZIALE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

- staff multiprofessionale
- sede adeguata e stabile in ambiente extra-ospedaliero (DH e CD), idonea all'ospitalità sanitaria diurna, può coincidere o meno con la sede del CSM
- sede dotata di locali con funzioni polivalenti, flessibili, in grado di favorire le relazioni interpersonali e promuovere lo scambio sociale
- attività aspecifiche: quartiere e comunità circostante
- accessibilità logistica
- orari di apertura
- tempi di attesa
- definizione delle caratteristiche e della durata dei programmi
- vigilanza sui problemi di salute fisica
- partecipazione e consenso degli utenti
- informazione e condivisione dei programmi con le famiglie





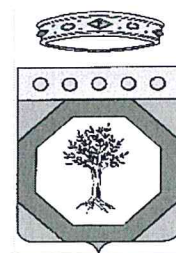
CONFERENZA DELLE REGIONI E
DELLE PROVINCE AUTONOME



Raccomandazioni in merito all'applicazione di
Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per
malattia mentale (art. 33- 34 -35 Legge n. 833/1978).
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 29/04/2009

D.G.R. 12 luglio 2011, n. 1620 – BURP n. 121/2011

Raccomandazioni per la gestione
integrata delle emergenze urgenze
psichiatriche.



Trattamento arbitrario e responsabilità penale del medico

CONSENSO INFORMATO

L'art. 32 co. 2 Cost., dispone che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

L'art. 33 della legge istitutiva del Servizio sanitario Nazionale (l. 833/78) prevede che “gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari”;

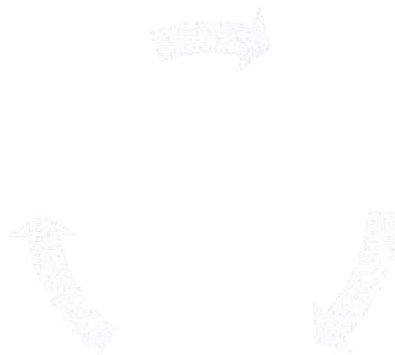
L'art. 5 co. 1 della Convenzione di Oviedo sulla biomedicina del 1997 recita: «Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato».

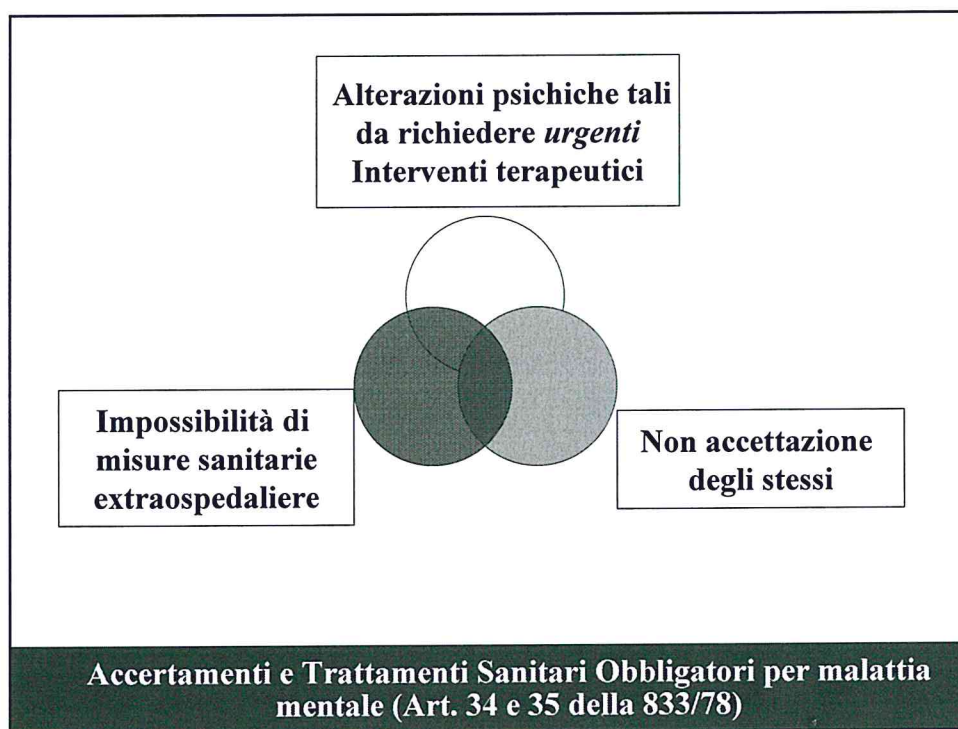
Trattamento arbitrario e responsabilità penale del medico

CONSENSO INFORMATO

L'art. 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, sancendo il diritto all'integrità fisica e psichica della persona, stabilisce che, nell'ambito della medicina e della biologia, deve essere rispettato (tra gli altri) «il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità stabilite dalla legge».

Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatorii





Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per malattia mentale (Art. 34 e 35 della 833/78)

- ❖ E' necessario che il servizio territoriale compia tentativi mirati a coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento
- ❖ La legge prescrive "*iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato*" (art. 33, comma 5)
- ❖ Deve essere rigorosamente circoscritto all'urgenza e limitato allo stretto necessario
- ❖ Programmi di prevenzione della c.d. "porta girevole"

Trattamenti Sanitari Obbligatori - Esecuzione - Procedure

- ❖ La coazione fisica non è la regola che accompagna un A.S.O. o un T.S.O., bensì l'eccezione.
- ❖ Sono interventi fondamentalmente *sanitari*: la prima cintura intorno al malato di mente, le cui condizioni psichiche devono essere accertate e curate, è costituita dalla cintura sanitaria (infermieri e medici), non da quella di pubblica sicurezza
- ❖ L'esecuzione spetta al corpo della Polizia Municipale
- ❖ Il personale sanitario deve assicurare/limitare il suo intervento alla supervisione/assistenza delle procedure esecutive
- ❖ L'omissione di tale assistenza si può configurare quale reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.)



Trattamenti Sanitari Obbligatori

Esecuzione - Procedure

Polizia Municipale

- ❖ Fase di ricerca del Pz. e del suo trasporto al luogo dove effettuerà il trattamento.
- ❖ Svolge le funzioni di accompagnamento anche al di fuori del territorio comunale
- ❖ Attiva, se non sono stati già attivati, i servizi della ASL
- ❖ Interviene nell'esercizio di potere di Polizia Amministrativa sanitaria e non in quella di Pubblica Sicurezza

(Circolare del Ministero dell'Interno 3/2001 del 10.07.2001)



Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi

Procedure

- ❖ **Proposta** motivata di un medico (motivata = «alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici», ove siano presenti servizi territoriali per la SM, è lo psichiatra ad intervenire direttamente*)
- ❖ **Convalida**, da parte di un medico della struttura pubblica (Medico del P. S; il Personale medico del servizio di continuità assistenziale ha i requisiti previsti dall'art. 34; etc...)

Motivazione: non può limitarsi alla **diagnosi** ed alla valutazione della **gravità** del caso, ma deve riportare gli elementi raccolti a prova della sussistenza delle condizioni di legge per il TSO.

E' importante documentare gli interventi fatti per assicurare il consenso

- ❖ La presenza dei DSM permette di garantire l'intervento dello psichiatra di servizio pubblico, almeno nella fase di convalida

* *Il Commissario europeo ai diritti civili ha censurato la legislazione italiana che, in materia, non prescrive l'intervento di uno psichiatra*



Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi - Esecuzione - Procedure

- ❖ **Ordinanza** del Sindaco emessa entro 48 ore; attiva il TSO (*convalida amministrativa*)
- ❖ Se l'ordinanza è emessa dal Sindaco di un altro comune, la comunicazione deve essere inoltrata al Sindaco del comune di residenza del malato
- ❖ Il Sindaco fa notificare, a mezzo di messo comunale, il provvedimento al Giudice Tutelare
- ❖ Il Giudice Tutelare, entro le successive 48 h, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede, con decreto motivato, a convalidare o no il provvedimento (*convalida giurisdizionale*)
- ❖ Le 48 h decorrono dal momento del ricovero, attestato dal medico mediante firma su copia dell'ordinanza del Sindaco o con *certificato a parte* (del P.S.)



Trattamenti Sanitari Obbligatori Durata - Cessazione - Proroga

- ❖ **Durata:** sette giorni
 - ❖ **Proroga:** sette giorni, rinnovabili dal sindaco, su proposta motivata dei sanitari
 - ❖ **Cessazione:** deve essere comunicata al Sindaco; deve essere informato a sua volta il Giudice Tutelare
 - ❖ Diritti del Pz. Opposizione al T.SO.
- E' prevista la possibilità di ricorso contro il provvedimento del Sindaco e la convalida del giudice tutelare



Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale (Art. 34 e 35 della 833/78)

- ❖ E' necessario che il servizio territoriale compia tentativi mirati a coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento
- ❖ La legge prescrive "*iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato*" (art. 33, comma 5)
- ❖ Deve essere rigorosamente circoscritto all'urgenza e limitato allo stretto necessari
- ❖ Programmi di prevenzione per i p. della c.d. "porta girevole"



Trattamenti Sanitari Obbligatori - Esecuzione - Procedure

- ❖ La coazione fisica non è la regola che accompagna un A.S.O. o un T.S.O., bensì l'eccezione.
- ❖ Sono interventi fondamentalmente *sanitari*: la prima cintura intorno al malato di mente, le cui condizioni psichiche devono essere accertate e curate, è costituita dalla cintura sanitaria (infermieri e medici), non da quella di pubblica sicurezza
- ❖ L'esecuzione spetta al corpo della Polizia Municipale
- ❖ Il personale sanitario deve assicurare/limitare il suo intervento alla supervisione/assistenza delle procedure esecutive
- ❖ L'omissione di tale assistenza si può configurare quale reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.)



Trattamenti Sanitari Obbligatori - Esecuzione - Procedure

- ❖ Fase di ricerca del Pz. e del suo trasporto al luogo dove effettuerà il trattamento.
- ❖ Svolge le funzioni di accompagnamento anche al di fuori del territorio comunale
- ❖ Attiva, se non sono stati già attivati, i servizi della ASL
- ❖ Interviene nell'esercizio di potere di Polizia Amministrativa sanitaria e non in quella di Pubblica Sicurezza

(Circolare del Ministero dell'Interno 3/2001 del 10.07.2001)



Modalità di esecuzione di un T.S.O.



- La sede in cui è possibile effettuare il trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- Il malato in corso di TSO ha diritto di comunicare con chiunque ritenga opportuno (art. 1, legge 180/78); diritto alla libera scelta del medico e luogo di cura; diritto di agire in giudizio (di opporsi, davanti al tribunale, all'ordinanza amministrativa che ha imposto l'obbligo di curarsi)
- Se non interdetto o inabilitato, può:
 - Disporre del suo patrimonio mobiliare ed immobiliare
 - Sposarsi
 - Fare testamento
 - Conserva la capacità elettorale (anche per interdetti e inabilitati)
- Il G.T., se lo ritiene opportuno, può adottare provvedimenti urgenti per il patrimonio

Luoghi del TSO - Procedure

- SPDC più vicino, o in mancanza di posti letto, presso SPDC stessa ASL con posto letto disponibile, in relazione a tempi di trasporto ragionevolmente brevi per evitare la scopertura prolungata del settore di competenza dell'ambulanza 118 impegnata
- **TSO extraospedaliero:** sola garanzia amministrativa costituita dall'ordinanza del Sindaco. Si esegue in luoghi senza particolari vincoli di accesso, in contatto con i luoghi di vita. Durata giorni 7, rinnovabili o revocabili.
- Non è ammissibile effettuare TSO presso strutture intermedie di tipo residenziale e semiresidenziale

TSO extraospedaliero

- Disomogeneità di applicazione della legge nelle diverse realtà locali
- Obbliga una persona a curarsi, ma il luogo non è vincolato a caratteristiche precise: casa del p. con visite domiciliari), CSM (con obbligo di visite ambulatoriali)
- Ordinanza del Sindaco viene comunicata al GT, nonostante non sia espressamente richiesto per legge

A.S.O. - Accertamento Sanitario Obbligatorio per malattie mentali

- E' uno strumento cui si può ricorrere quando si ha il fondato sospetto dell'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- Mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, in assenza di consapevolezza di malattia
- La valutazione deve essere assicurata da un medico psichiatra del DSM (meglio il medico territorialmente competente, o un altro medico della stessa équipe)
- NON sono sufficienti a motivare un ASO: le informazioni di professionisti, pubblici o privati, che abbiano avuto in cura il p., le richieste di interventi di familiari, vicini, forze dell'ordine

A.S.O. - Accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali

A.S.O. - PROPOSTA

- a) Il medico del DSM, nei casi in cui:
- 1) In base alle informazioni ricevute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o *n* – sima) valutazione psichiatrica, ma la persona si sottragga
 - 2) Nel caso in cui, avendo visitato il paziente come proponente di un TSO, non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida del TSO, a causa del rifiuto del p.
- b) Il medico non psichiatra (MMG, della Continuità Terapeutica, del 118), oltre che nelle due condizioni precedenti, allorquando, pur avendo visitato il cittadino, *avendo dubbi* sulla attualità di tutti gli elementi richiesti per proporre un TSO, ritenga necessaria valutazione specialistica psichiatrica.



A.S.O. - Accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali

A.S.O. - PROPOSTA

Proposta motivata inoltrata al Sindaco del Comune dove si trova la persona oggetto della stessa. Non è necessaria convalida da parte di un secondo medico (Art. 33 comma 4)

- Luogo: CSM, Centro di salute, ambulatorio di medicina generale e, alla chiusura di questi, P.S. del presidio ospedaliero. Non può essere svolto negli spazi di degenza del SPDC
- Ordinanza eseguita dalla Polizia Municipale che accompagna il p.
- DSM: funzione di assistenza se dispone di un Servizio di intervento per l'urgenza psichiatrica; altrimenti delegata al personale del 118
- Non necessaria ordinanza del GT
- Ordinanza del Sindaco non valida se non eseguita entro 48 h



A.S.O. - Accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali

A.S.O. - DOVE?

Art. 33 Comma 2: gli ASO e i TSO non devono violare il principio del *“rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici”*

- *“Per quanto è possibile”* libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti della disponibilità di p.l. e di quelli imposti dalla precauzione di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva
- Verificare la disponibilità del servizio scelto dal p. ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l’impegno a favorire il ritorno al DSM inviante



A.S.O. - Accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali

A.S.O. - DOVE?

Il sindaco deve conoscere la disponibilità di un posto letto in SPDC e quindi decidere per l’SPDC più vicino sulla base delle informazioni del 118

- SPDC: organizzazione elastica per accogliere provvisoriamente in TSO un paziente che sia giunto in reparto, nonostante tutte le precauzioni adottate per evitare un ricovero su posto soprannumerario > protocolli locali
- Trasferimento del p.: nuova ordinanza del sindaco, trasporto con ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l’ordinanza
- SPDC fuori Regione: necessità di ottemperare all’obbligo della cura



Circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO

- Interventi che non necessitano di TSO: disturbi di coscienza, o gravi forme di deterioramento mentale su base organica, in cui il paziente non è in grado di esprimere né consenso né dissenso
- L'assenza delle condizioni per il TSO, insieme con la mancata accettazione volontaria di interventi terapeutici, non esime il medico dal mantenere un'attenzione alla situazione del paziente, attuando i provvedimenti opportuni e non differibili ed **attivando le altre agenzie dell'emergenza, sia sanitaria che delle forze dell'ordine**
- *“Tra le motivazioni del TSO non sono previste né l'incapacità di intendere e di volere, né lo stato di pericolosità”*
- *“... il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente, salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita. Il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell'intervento medico ma il bisogno di intervento per disturbo psichico”*



A.S.O. & T.S.O. in Età Evolutiva

- Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati i minori *Vs* specifica complessità del problema del consenso nei minori
- Consenso alle cure è giuridicamente rilevante “solo se è valido”, cioè prestato da un soggetto maggiorenne
- Competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori - o agli esercenti la potestà genitoriale. Il consenso di questi è sufficiente a fare ritenere “volontario” il ricovero del minore
- **Evoluzioni del diritto:** Consenso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (*capacità naturale*), *accordabile anche all'infradiciottenne > se* “idoneo all'assunzione di responsabilità”, tentare di “tenere conto” della sua volontà



A.S.O. & T.S.O. in Et  Evolutiva

Giudice Tutelare: funzione di garantire la tutela dei soggetti che non sono per motivi transitori o permanenti, in grado di tutelarsi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorit . Nelle procedure del TSO il GT assume lo stesso ruolo, **senza una specializzazione in ambito minorile.**

Tribunale per i Minorenni: organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario.

Un operatore sanitario, specie se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo pregiudizio a un minore, per mancata tutela di un diritto alla salute, deve segnalare alla Procura della Repubblica presso il TM

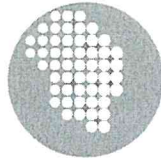
Se necessario provvedimento nello spazio di poche ore: segnalazione diretta al TM



A.S.O. & T.S.O. in Et  Evolutiva Procedure e Linee di Indirizzo

	<i>Minore "maturo"</i>	<i>Genitori</i>	<i>Procedura</i>
a	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Si procede, cmq segnalazione alla Procura del TM
c	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del TM <i>oppure in prima battuta</i> ASO/TSO ospedaliero/TSO extraospedaliero (che comporta cmq segnalazione al Sindaco)
d	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO ospedaliero/TSO extraospedaliero
e	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del TM



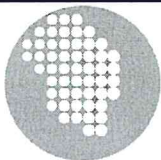


ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Serafino De Giorgi, MD

CORSO DI PSICHIATRIA

- **Semeiotica psichiatrica – Esame psichico**
- **Psicosi dello Spettro Schizofrenico**
- **Disturbi dell'Umore**
- **Legislazione psichiatrica**



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Serafino De Giorgi, MD

LE FUNZIONI PSICHICHE

Semeiotica ed Elementi di Psicopatologia

L'INCONTRO CON LA PERSONA

- osservazione (clinica)
- aspetto
- interazione
- comunicazione
- metacomunicazione

LE SENSO PERCEZIONI

PERCEZIONE

Risultato finale di una complessa attività organizzativa ed integrativa degli eccitamenti provenienti dalla stimolazione degli organi periferici di senso.

Nota: nel processo di percezione le sensazioni vengono elaborate attraverso funzioni di diversa natura (memoria, affettività, intelligenza) integrate in modo da consentire la conoscenza della realtà interna ed esterna.

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

LE CAUSE

SOFFERENZA ORGANICA

- ❖ Vie sensoriali
- ❖ Strutture nervose superiori

INFLUENZE FUNZIONALI

- ❖ Affettivo-funzionali
- ❖ Intellettive
- ❖ Mnesiche

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

CLASSIFICAZIONE

DISTURBI DELLA PERCEZIONE



QUANTITATIVI

- Iperestesia
- Ipoestesia



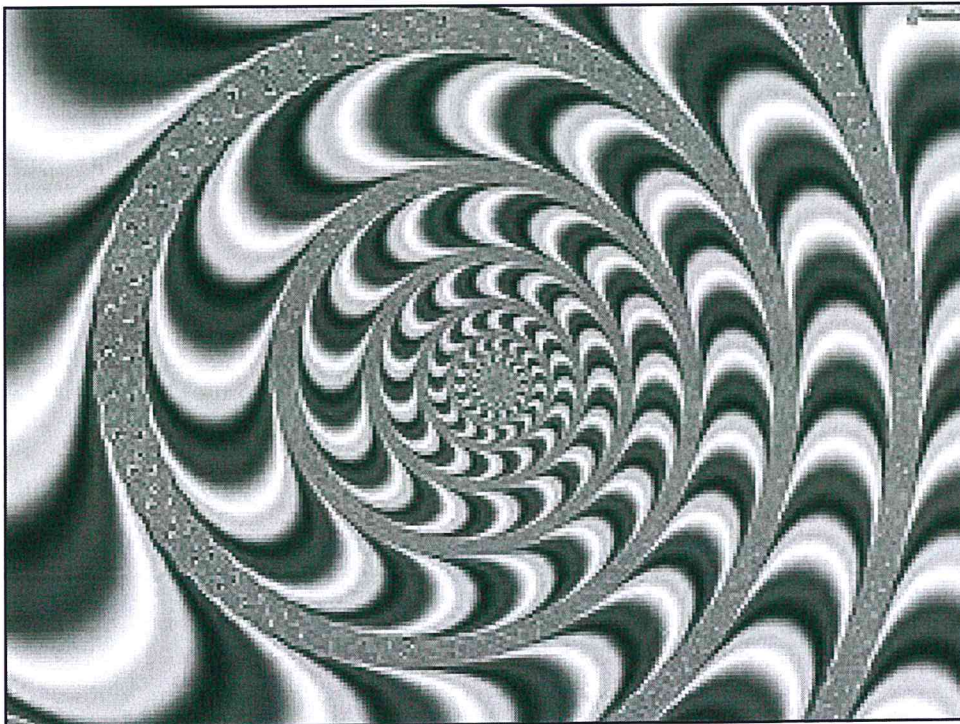
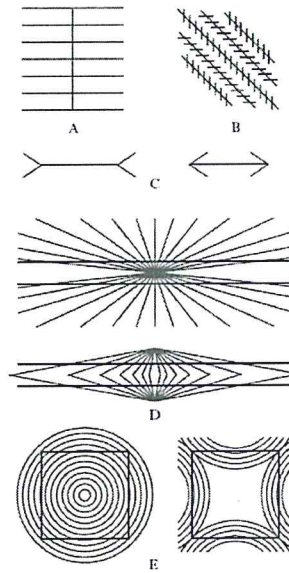
QUALITATIVI

- Eritropsia
- Xantopsia
- Micropsia
- Macropsia
- Illusione
- Pareidolia

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

ILLUSIONE

Distorsione di una percezione sensoriale, causata dal modo in cui il cervello normalmente organizza ed interpreta le informazioni che riceve.

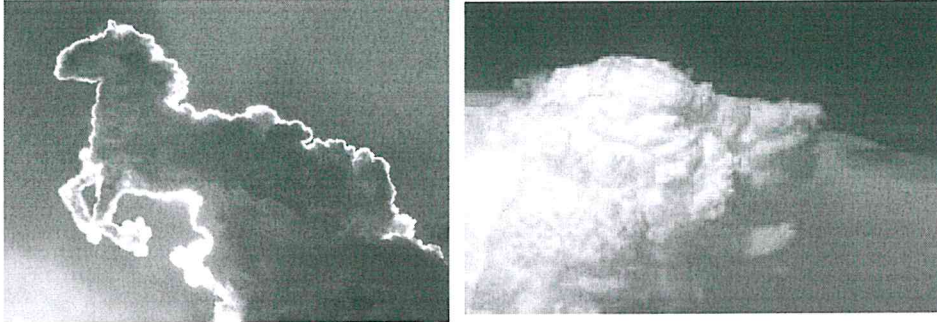


I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

PAREIDOLIE

Quante volte vi siete fermati a guardare una nuvola, una macchia di umidità o una strana corteccia d'albero...

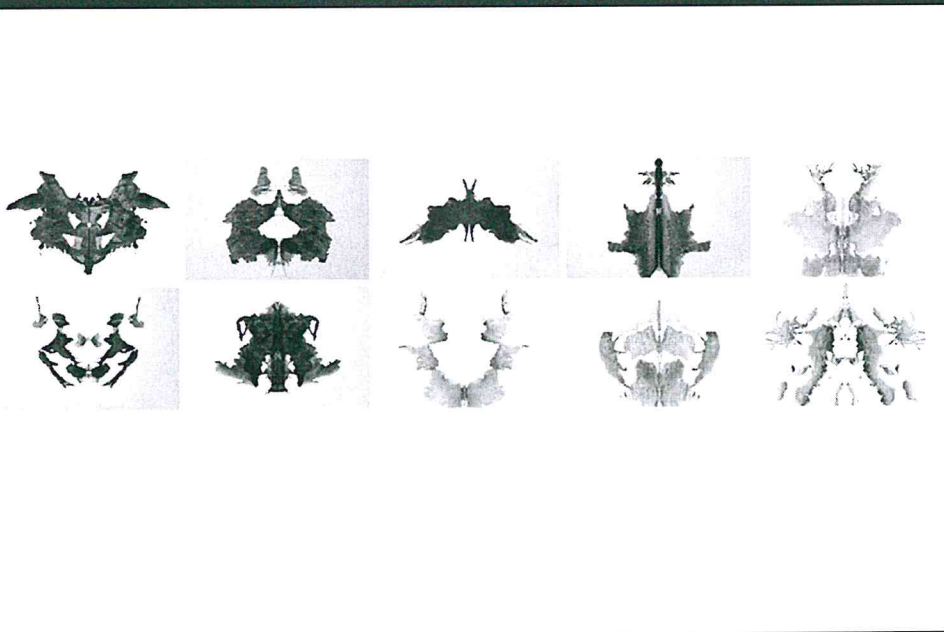
cercando di scoprire la forma di un animale o i contorni di un volto?



Si tratta di un fenomeno istintivo, conosciuto come pareidolia, cioè la tendenza a vedere forme ed oggetti riconoscibili nelle strutture amorphe che ci circondano.

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

Dalle Pareidolie al Test di Rorschach



I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

ALLUCINAZIONI

DEFINIZIONE

Percezione con carattere di corporeità di un oggetto esterno che non è presente (Percezione senza oggetto)

Il paziente si comporta come se visse veramente una percezione mentre i corrispondenti stimoli sensoriali sono assenti

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

CLASSIFICAZIONE

- A. uditive
- A. visive
- A. cenestesiche
- A. tattili
- A. olfattive
- A. gustative

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

CLASSIFICAZIONE

❖ A. ELEMENTARI

Percezione di stimoli sensoriali inesistenti molto semplici (un rumore, un bagliore)

❖ A. COMPLESSE

Percezione di stimoli sensoriali inesistenti molto più strutturati (colloqui a più voci, canti, persone, scene più o meno complesse)

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

IPOTESI ETIOPATOGENETICHE

TEORIE FISIOGENE (o organicistiche):

Fenomeni di eccitamento o irritativi "antidromici" delle aree e vie centrali e periferiche della sensorialità

IPOTESI PSICODINAMICHE:

Proiezione in senso "centrifugo" di contenuti affettivi e pulsionali inconsci intollerabili e repressi o desiderati ed irrealizzabili

I DISTURBI DELLE SENSO PERCEZIONI E DISTURBI PSICOPATOLOGICI

➤ **SCHIZOFRENIE**

➤ **PARAFRENIE:**

- a) Reazioni psicogene
- b) Stati confusionali
- c) Attacchi psicotici acuti
(*bouffées deliranti*)

I DISTURBI DELLE SENSO PERCEZIONI E LA SCHIZOFRENIA: CARATTERISTICHE

- ✓ Commento sonoro degli atti
- ✓ Colloquio di voci
- ✓ Eco del pensiero
- ✓ Allucinazioni imperative
- ✓ (Sintomi di primo ordine - SCHNEIDER)

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

ALLUCINAZIONI UDITIVE: TIPOLOGIE

- A. Imperative
- Colloquio di voci
- Commento sonoro degli atti
- Eco del pensiero
- A. zooptiche
- A. autoscopiche
- A. dismegalopsiche

I DISTURBI DELLE SENSOPERCEZIONI

ALLUCINAZIONI : TIPOLOGIE VARIE

- ✓ A. olfattive e gustative
- ✓ A. cenestesiche o pseudopercezioni somatiche
- ✓ A. sessuali
- ✓ A. extracampali
- ✓ A. negative
- ✓ A. psichiche o pseudo-allucinazioni
- ✓ Allucinosi
- ✓ A. ipnagogiche ed ipnopompiche

ALLUCINAZIONI – CLASSIFICAZIONE

➤ MODALITA' DI INSORGENZA

A. FUNZIONALE

Percezione allucinatoria che insorge solo quando la struttura sensoriale interessata è in quel momento in attività, cioè atta a recepire stimoli sensoriali

A. RIFLESSA

Percezione allucinatoria nell'ambito di un determinato organo di senso che si verifica quando esiste una stimolazione di una struttura sensoriale sensitiva differente

I DISTURBI DEL PENSIERO

PENSIERO

Attività complessa che consente, con l'ausilio di processi mentali connessi ad altre funzioni psichiche (memoria, intelligenza, attenzione, coscienza affettività) la formazione di un proprio concetto della realtà con possibilità, tramite il ragionamento, la critica, il giudizio di compiere operazioni astratte corrette di

- sintesi
- valutazione
- previsione

I DISTURBI DEL PENSIERO

<u>FORMA</u>	<u>CONTENUTO:</u>
<p style="text-align: center;">(Disturbi formali del pensiero)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accelerazione ideativa • Inibizione e rallentamento ideativa • Dissociazione del pensiero • Incoerenza o ideazione incoerente • Pensiero autistico • Pensiero concreto • Perseverazione • Particolarismo • Ossessioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideazione prevalente • Delirio

I DISTURBI DEL PENSIERO - PSICOPATOLOGIA

ACCELERAZIONE IDEATIVA	Stati maniacali ed ipomaniacali Stati di eccitamento psicorganico, tossico e dissociativo
INIBIZIONE E RALLENTAMENTO IDEATIVO	Depressione inibite Stati confusionali tossici Deterioramento psico-organico
DISSOCIAZIONE DEL PENSIERO	Sindrome schizofreniche Stati confusionali
INCOERENZA ED IDEAZIONE INCOERENTE	Alterazioni dello stato di coscienza (confusione mentale)
PENSIERO AUTISTICO	Schizofrenia Sindromi schizofreniche Disturbo di personalità Borderline

PENSIERO CONCRETO	Lesioni cerebrali a focolaio o diffuse Schizofrenia
PERSEVERAZIONE	Sindromi di deterioramento organico
PARTICOLARISMO	Deterioramento psicorganico (oligofrenia, epilessia, iniziali sindromi demenziali)
OSSESSIONI	Disturbo ossessivo-compulsivo Ipocondria
IDEAZIONE PREVALENTE	Sindromi depressive Stati d'ansia Personalità abnormi
IDEE DELIRANTI	Sindromi dissociative Sindromi borderline Sindromi psicorganiche Stati tossici (alcol, cocaina) Psicosi distimiche

I DISTURBI DEL PENSIERO – IL DELIRIO

DEFINIZIONE

Insieme di idee deliranti, laddove per *idea delirante* intendiamo un'idea patologica (in quanto non corrispondente alla realtà) non modificabile mediante prove ed argomenti razionali rifiutati da parte della persona che ne è affetta (difetto della coscienza di realtà).

L'IDEA DELIRANTE: TIPOLOGIE

IDEA DELIRANTE PRIMARIA:

Non deducibile dagli altri contenuti ed elementi psichici della personalità

IDEA DELIRANTE SECONDARIA:

Derivante da particolari stati emozionali del paziente

IL DELIRIO - CLASSIFICAZIONE

I deliri e le idee deliranti si classificano in rapporto a:

- **Forma o struttura: elementare
sistematizzato**
- **Direzione: retrograda (rivolta al passato),
centrifuga**
- **Decorso: episodico, cronico, ricorrente, residuo**
- **Contenuto**

IL DELIRIO – ESPRESSIONI FORMALI

✓ **Stato d'animo delirante:** *vissuto di trasformazione della realtà senza tuttavia che ciò sia configurato in un preciso contenuto delirante*

✓ **Percezione delirante:** *attribuzione di un significato del tutto anormale ed incomprensibile ad una percezione corretta sul piano formale*

✓ **Interpretazione delirante:** *attribuzione di un significato erroneo però probabile e comprensibile ad una percezione corretta sul piano formale*

✓ **Intuizione delirante:** *idea sorta improvvisamente alla mente del soggetto senza alcun rapporto con la realtà, viene accettata come verità incontestabile*

LO STATO D'ANIMO DELIRANTE

L'atmosfera e/o umore delirante costituisce il fondamento o la premessa dell'idea delirante, fa riferimento al mondo esteriore e al mondo interiore

“L'umore delirante si manifesta come un sentimento complesso e vago di una tonalità del tutto particolare e indescrivibile: è fatto di presentimenti strani, arcani, singolari, è uno stato di smarrimento, d'incertezza, è un esperire come se il mondo stesse acquistando un significato nuovo, indefinibile, caotico, di disastro imminente, di minaccia incombente quasi talora di fine del mondo” (Bumke, Callieri)

“Il soggetto si sente come uno strumento nelle mani magiche delle circostanze “

LA PERCEZIONE DELIRANTE

Il soggetto percepisce esattamente i dati della realtà, ma ad essi attribuisce un significato abnorme, erroneo, che comunque tende a riferire a se' stesso.

Due sono le caratteristiche della percezione delirante:

1) *“Lo stabilire una relazione senza motivo”* (Grühle) cioè l'attribuzione ad una percezione di un significato che non è quello ordinario assegnato dagli altri, ma è del tutto particolare ed arbitrario.

2) *“Il riferire a sé, cioè il considerare come rivolto a sé tale significato e come se fosse imposto da altri”* (Lopez). Mentre nella percezione normale ciascuno sente che si tratta di un'attività che emana dal proprio Io.

L'INTUIZIONE DELIRANTE

Esperienza particolare del soggetto che prova una sorta d'ispirazione subitanea, una specie di rivelazione (come per esempio di essere chiamato ad un compito speciale, ad una missione religiosa o politica, o di essere investito di doti o di qualità particolari magiche, o di essere perseguitato od amato

Idee deliranti vere o primitive: che non si possono derivare da altre esperienze né emozionali, né razionali.

Idee deliranti secondarie o deliroidi o pseudodeliranti (Jaspers) o simildeliranti (Schneider), che si giustificano o si comprendono alla luce di un fatto vissuto o di uno stato d'animo preesistente

DELIRIO - CONTENUTI

**Deliri persecutori: di riferimento,
di rivendicazione o querulomane
di veneficio
di influenzamento o di controllo
di persecuzione**

**Deliri espansivi: di grandezza
genealogici
di riforma
erotomanici
di invenzione**

Delirio di trasformazione corporea

DELIRIO - CONTENUTI

Delirio palignostico

Delirio mistico

Delirio metempsychotico

**Deliri depressivi: - di colpa o di autoaccusa
- di rovina
- ipocondriaco o di inguaribilità
- di negazione o nichilistico**

Delirio di furto, di inserzione e di lettura del pensiero

I DISTURBI DELLA SFERA INTELLETTIVA

INTELLIGENZA

“Capacità o disposizione a comportarsi, in situazioni problematiche nuove, sviluppando o formulando risposte adattative nuove”

(Freedman e Kaplan)

INTELLIGENZA: TIPOLOGIE

- ❖ **I. ASTRATTA:** Capacità critica di comprendere formulare ed elaborare concetti
- ❖ **I. MECCANICA:** Capacità di capire, maneggiare, inventare meccanismi
- ❖ **I. SOCIALE:** Capacità di comportarsi razionalmente e saggiamente nelle relazioni umane

INTELLIGENZA: IL Q. I.

Rapporto tra età mentale (valore della somma punteggi ottenuti alle prove di efficienza intellettuale superate dal soggetto) ed età anagrafica, moltiplicato per cento.

$$\text{Q.I.} = \text{E.M./E.C.} \times 100$$

QUOZIENTE INTELLETTIVO NORMALE = 80-120
DEFICIENZA MENTALE: Q.I. < 70

IL DETERIORAMENTO MENTALE

Indebolimento e compromissione acquisiti delle funzioni intellettuali.

FISIOLOGICO (legato all'età) = se inferiore al 10%-20% dei valori stabiliti secondo il reattivo di Wechsler-Bellevue

PATOLOGICO= clinicamente evidente attraverso i segni clinici della **DEMENZA**; >20% dei valori stabiliti secondo il reattivo di Wechsler-Bellevue

IL RITARDO MENTALE

DEFINIZIONE: alterazioni per cause organiche di un'intelligenza in via di sviluppo (la lesione organica si realizza quando le strutture cerebrali non hanno ancora completato il loro normale sviluppo anatomico-funzionale)

- Oligofrenia
- Frenastenia
- Debolezza mentale

LA DEMENZA

DEFINIZIONE: Deterioramento di un'intelligenza già completamente formata per alterazioni irreversibili delle strutture cerebrali competenti.

ETIOLOGIA:

- Tossica
- Infiammatoria
- Traumatica
- Vascolare

DEMENZA SENILE: ETA' >60
ANNI

DEMENZA PRE-SENILE: ETA' <60
ANNI

LA SFERA AFFETTIVA

AFFETTIVITA'

Capacità o disponibilità individuale di rispondere con modificazioni soggettive affettivo-emotive a pensieri o eventi della realtà esterna o interna

LA SFERA AFFETTIVA

EMOZIONI

Stati affettivi intensi a brusca insorgenza e a rapido declino reattivi ad eventi esterni o interni

SENTIMENTI

Stati affettivi più stabili e duraturi che "coloriscono" la risonanza emotiva personale

LA SFERA AFFETTIVA - ALTERAZIONI

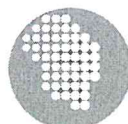
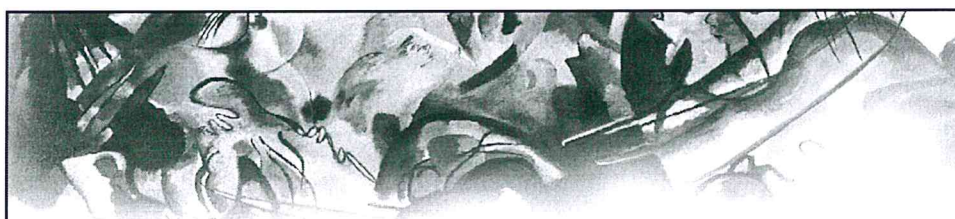
- DEPRESSIONE
- TRISTEZZA VITALE
- ANSIA
- APATIA
- CENESTOPATIE
- IPOCONDRIA
- DISFORIA
- LABILITA' AFFETTIVA
- FOBIA
- MANIA
- AMBIVALENZA AFFETTIVA
- INADEGUATEZZA AFFETTIVA

LA SFERA AFFETTIVA - ALTERAZIONI

• DEPRESSIONE	Diminuzione del tono affettivo di base che può comportare una possibile momentanea ipofunzione delle altre facoltà psichiche
• TRISTEZZA VITALE	Compromissione del vissuto somatico connesso alla sensazione interna di sentirsi vivo, vivace, fresco
• ANSIA	Stato emotivo definibile come sentimento di aspettativa dolorosa di una condizione minacciosa o pericolosa

LA SFERA AFFETTIVA - ALTERAZIONI

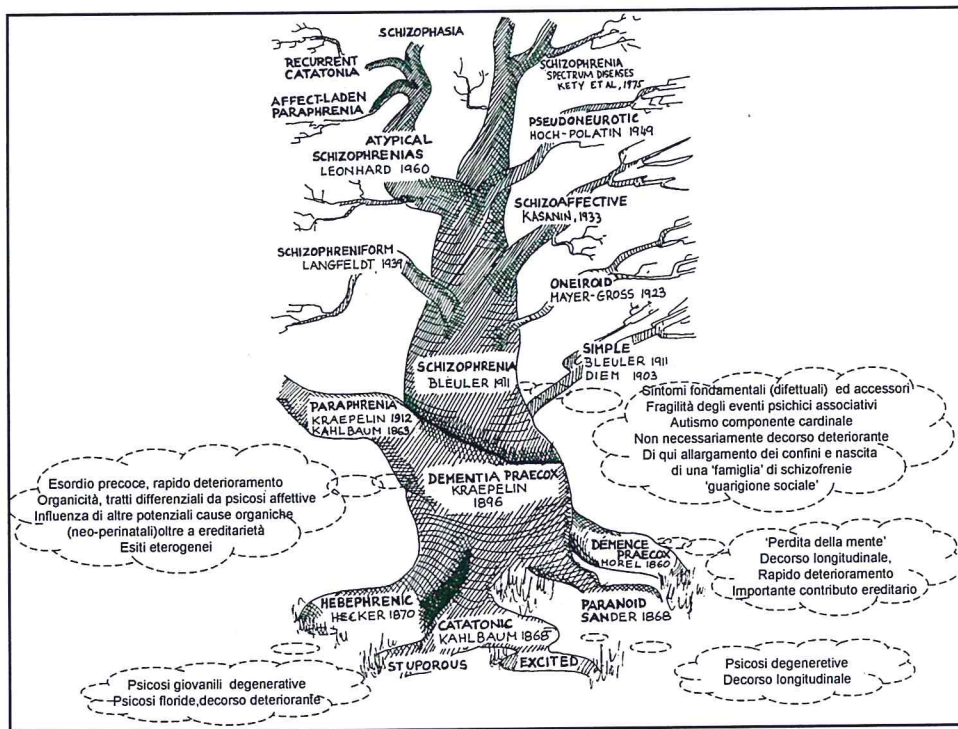
• APATIA	Apparente o reale diminuzione o scomparsa di sentimenti ed emozioni con assenza o riduzione della reattività agli stimoli ambientali
• CENESTOPATIE	Sensazioni soggettive (senza causa organica) di sofferenza corporea
• DISFORIA	Aumentata tendenza al malumore, irritabilità e pessimismo
• LABILITA' AFFETTIVA	Facilità estrema alle variazioni dell'umore di base per stimoli di scarsa intensità



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Serafino De Giorgi, MD

La Schizofrenia



1845

La Scuola psichiatrica tedesca

“La psichiatria scientifica non esisteva fino alla metà del XIX secolo... Il riconoscimento che le persone con disturbi mentali sono malate... si fece strada molto lentamente dopo la fine del XVIII secolo. Questo cambiamento d’opinione e la conseguente inclusione della psichiatria nella medicina furono determinati da un libro, pubblicato nel 1845, dallo psichiatra Griesinger. Egli fece la significativa affermazione:

«Le malattie mentali sono malattie del cervello».

Come conseguenza di questo postulato, la psichiatria si avvicinò alle scienze naturali. La patologia del cervello divenne un fondamento essenziale della psichiatria” (K.Kolle, 1957).

Rivendica alla psichiatria il ruolo di specializzazione medica.



Wilhelm Griesinger
(Stoccarda, 29-6-1817–Berlino, 26-10-1868)

1869

Descrive un certo modello di comportamento dei pazienti degli ospedali psichiatrici. Lo definisce «catatonia» e lo attribuisce ad eccessiva masturbazione. Catatonia ed Ebefrenia diventano, con Kraepelin, due forme di *dementia praecox* e, con bleuler, due forme di schizofrenia.



Karl Ludwig Kahlbaum
(1828-1899)

1880



Jean-Martin Charcot ottiene il riconoscimento, da parte dell'Ordine dei Medici, dell'ipnosi come forma legittima di trattamento medico in psichiatria. Apre così la strada all'ammissione delle psiconevrosi come legittime malattie mediche e della psicoterapia e psicoanalisi come trattamenti medici.

1898

Ri-inventa e introduce il termine *dementia praecox* come una «malattia endogena, cioè non provocata da cause esterne». Supponeva, infatti, che fosse determinata da mutazioni cerebrali organiche. In seguito si orientò verso l'idea che la schizofrenia fosse di origine metabolica.



E. Kraepelin

1911

Considerò la malattia maniaco-depressiva (affettiva) e la *dementia praecox* (schizofrenia) come un *continuum*, senza una linea di demarcazione netta.

Classificazione di spettro

La posizione di un Pz. lungo lo spettro dipendeva dal numero di tratti schizofrenici che denotava.

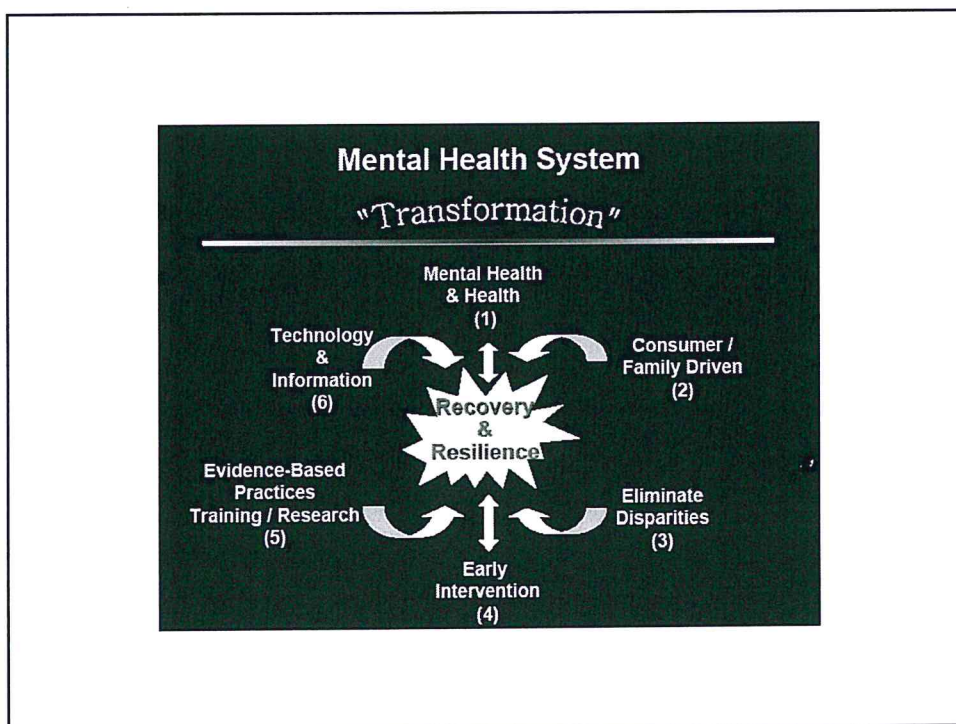
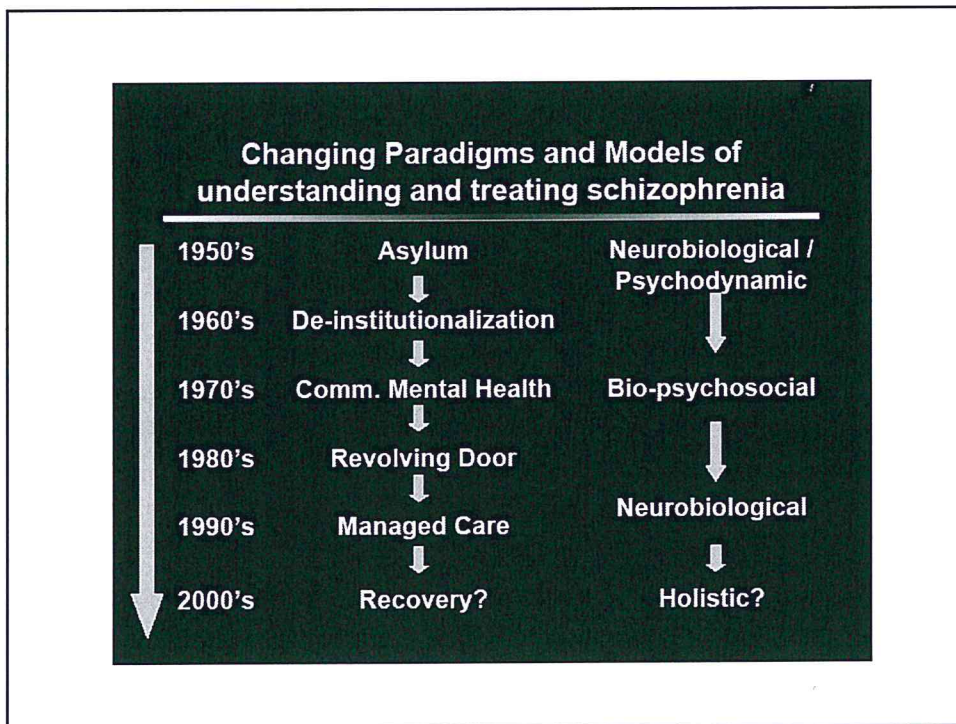
Bleuler considerava i sintomi affettivi come aspecifici.

Introdusse il termine “malattia affettiva” (ICD 8 e 9 - DSM I e II).

Ribattezza e ridefinisce la «*dementia praecox*» inventando la «schizofrenia»



Eugen Bleuler (1857-1939)



Key Recovery Concepts

- Hope
- Personal Responsibility
- Self Advocacy
- Education
- Support

Quale psichiatria “moderna”?

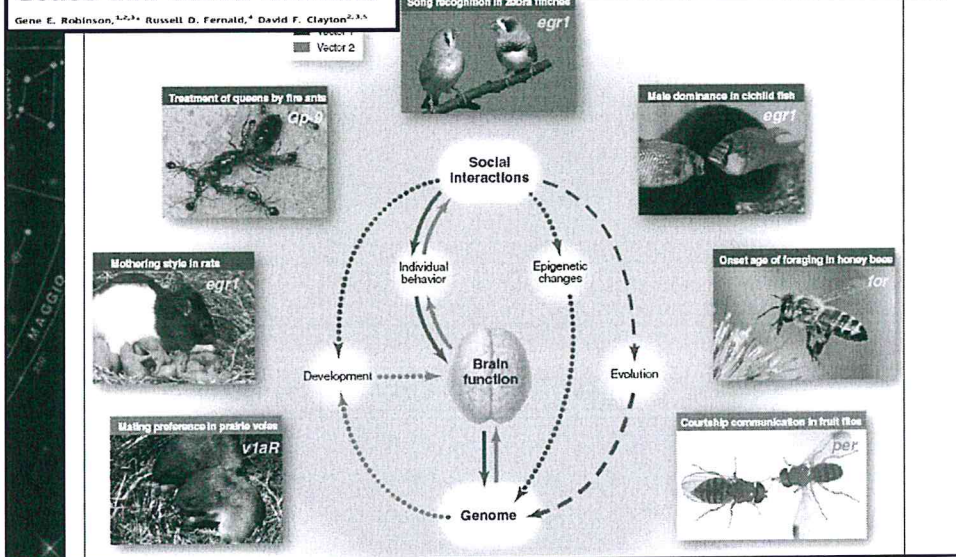
Genetics of Behavior

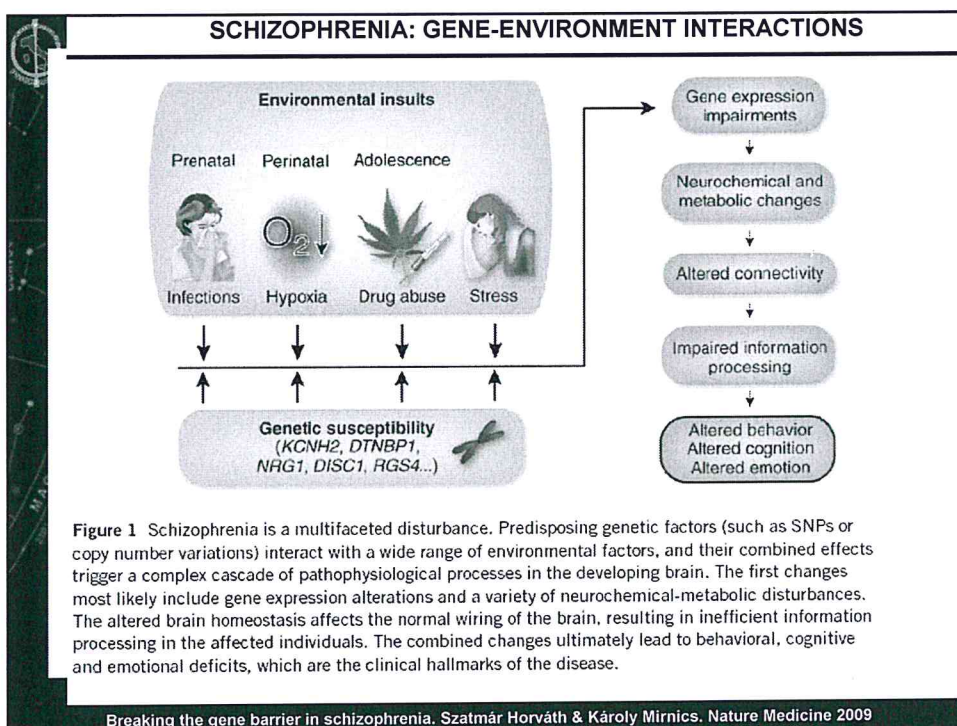
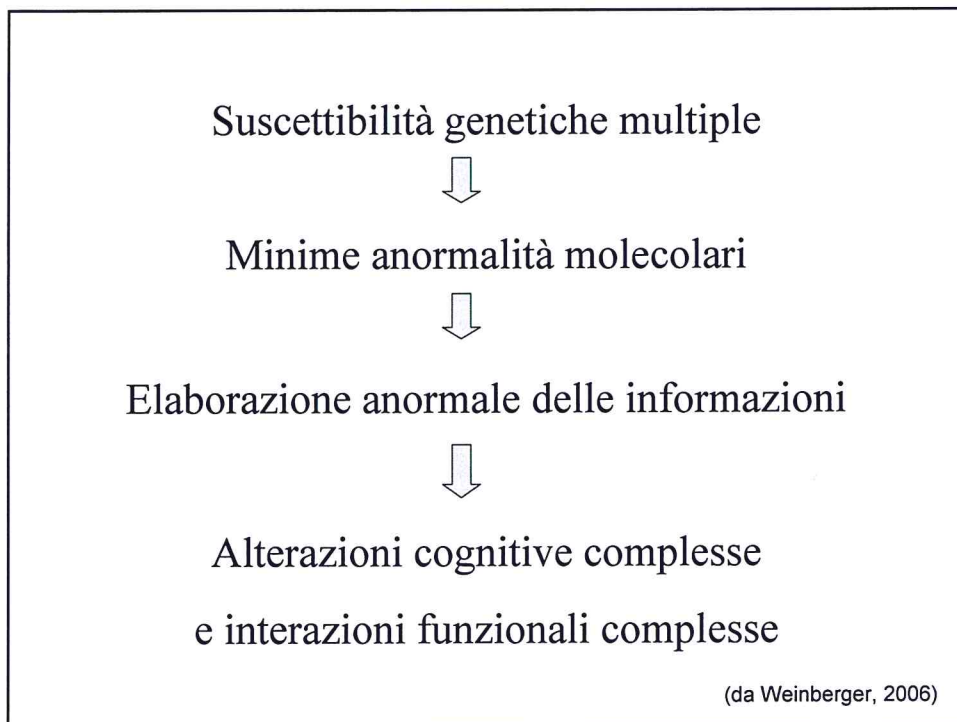
REVIEW

Genes and Social Behavior

Gene E. Robinson,^{1,2,3*} Russell D. Fernald,⁴ David F. Clayton^{2,3,5}

7 NOVEMBER 2008 VOL 322 SCIENCE





ELSEVIER Metabolism Clinical and Experimental 57 (Suppl 2) (2008) S11–S15 www.metabolismjournal.com

Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function

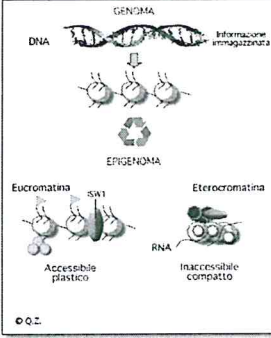
Bruce S. McEwen*

Laboratory of Neuroendocrinology, The Rockefeller University, New York, NY 10065, USA

- Le **esperienze avverse precoci** hanno un potente effetto sul **cervello** e sul **corpo**, effetto che dura per tutta la vita e che **modifica** le funzioni cerebrali, il comportamento e il rischio per un certo numero di malattie sistemiche e mentali.
- I modelli animali delle esperienze avverse precoci stanno mettendo il risalto il ruolo dei **meccanismi genetici** e soprattutto **epigenetici** di tali modificazioni.
- I modelli animali forniscono una base meccanicistica per capire come lo sviluppo del cervello e il funzionamento fisiologico venga intaccato nei bambini esposti ad abusi e abbandoni in età precoce.
- Vi è pure una vasta letteratura sulle conseguenze sulla salute fisica ed emotiva e sullo sviluppo cognitivo.

Varianti di un certo numero di geni contribuiscono alla vulnerabilità o all'adattamento di fronte agli elementi stressanti.

La scienza dell' **epigenetica** sta rivelando le modalità in cui il genoma viene regolato e modificato nell'espressione di alcuni geni.



Il cervello è di per sé malleabile e lo stress durante l'età precoce altera la modalità con cui il cervello risponderà agli elementi stressanti successivi. Lo stress nell'età adolescenziale sembra avere effetti duraturi su alcune regioni cerebrali quali l'ippocampo e altera i comportamenti correlati all'umore e all'ansia nei modelli animali, come pure le funzioni cognitive. Gli elementi stressanti nell'età adulta alterano la morfologia neuronale in regioni cerebrali come l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia prefrontale e influisce sull'apprendimento, sull'ansia, sulle funzioni esecutive, e sulle funzioni somato-viscerali.

"Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function" B.S. McEwen Metabolism Clinical and Experimental, 2008

Editorial: The Significance of Psychotherapy in the Age of Neuroscience

Hans Dieter Brenner^{1,2}, Volker Roder³, and
Wolfgang Tschacher³

Schizophrenia Bulletin vol. 32 no. S1 pp. S10- S11, 2006

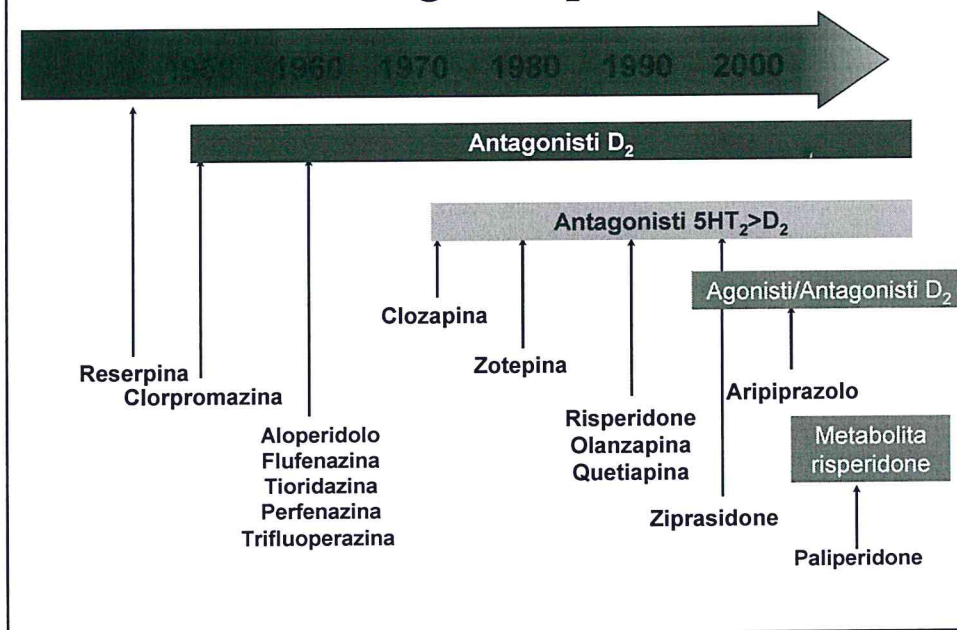
✓ Una visione integrativa che includa psicoterapia e neuroscienze diventa sempre più necessaria. Infatti, mentre le sequenze genomiche permangono costanti, la loro trascrizione, ovvero la capacità di controllare la formazione di specifiche proteine, non lo è.

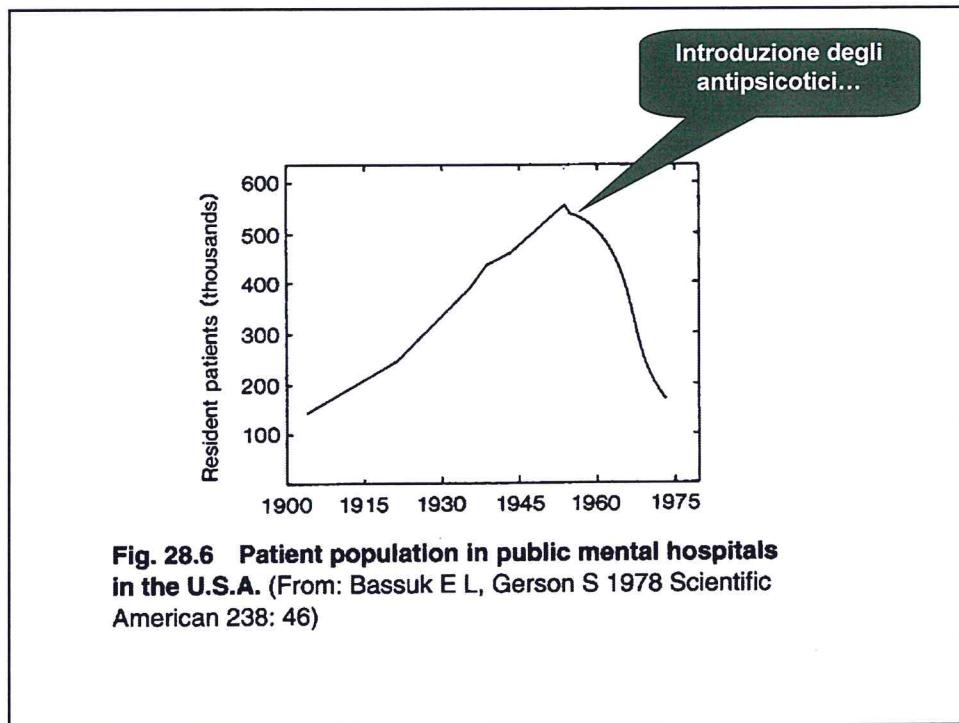
✓ Infatti, dopo che i geni sono stati attivati da processi cellulari nelle prime fasi di sviluppo della vita, il tipo e l'estensione dell'espressione genica è regolata lungo il corso della vita da influenze ambientali. Tale interazione con l'ambiente scolpisce la microstruttura del cervello, e in particolare, lo sviluppo e il rafforzamento della connettività tra le varie aree.

✓ L'effetto dell'ambiente sull'espressione genica può così motivare le differenze fenotipiche

tra i vari individui e la discordanza all'interno di grandi categorie diagnostiche come depressione e schizofrenia.

Storia degli antipsicotici






NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

What is psychosis?

La psicosi è una generica descrizione di varie condizioni che attengono allo stato mentale di una persona. Include una serie di categorie diagnostiche utilizzate dallo psichiatra per identificare e descrivere esperienze o sintomi comuni che molte persone pare manifestino.

La psicosi può essere breve, correlata a droghe da strada o comprendere tempi lunghi.



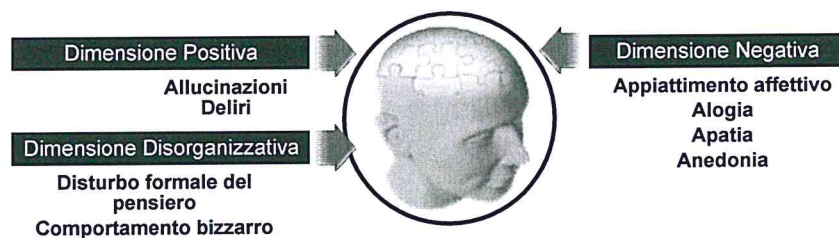
What is psychosis?

La psicosi si riconosce spesso per la distorsione del pensiero e della percezione e può essere accompagnata da disturbi dell'umore. Questi disturbi sono orientati dall'ambiente che circonda la persona (la sua risposta psicologica e biologica allo stress) e spesso coinvolge problemi dell'attenzione e della elaborazione delle informazioni. Più la persona ne è coinvolta più aumentano i vissuti strani: può vedere o sentire cose che non esistono, può iniziare ad usare un linguaggio inusuale o nuovo, può ridursi la sua abilità a provocare o trarre piacere. Potrebbe sembrare che ci siano ripercussioni su attenzione e memoria.



Prospettiva dimensionale

Tre...



...o più dimensioni

Dimensione Cognitiva

Dimensione Affettiva

Dimensione Aggressiva

Dimensioni Psicopatologiche -Disfunzionali

DISTORSIONE DELLA REALTÀ	deliri allucinazioni	sintomi somatici
IMPOVERIMENTO IDEOAFFETTIVO	appiattimento affettivo evitamento sociale	ritiro emotivo riduzione interessi e attività
DISORGANIZZAZIONE	difficoltà di pensiero astratto incompetenza sociale trascuratezza di sé	disorganizzazione concettuale disturbo dell'attenzione instabilità lavorativa

Pancheri P. e Caredda M. Trattato Italiano di Psichiatria, 1999

Global Expert Working Group

Criteri di base: sintomi della malattia

Distorsione della realtà	Deliri	SAPS SANS PANSS BPRS(+)
	Allucinazioni	
Disorganizzazione	Linguaggio disorganizzato	
	Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	
Povertà psicomotoria	Sintomi negativi	

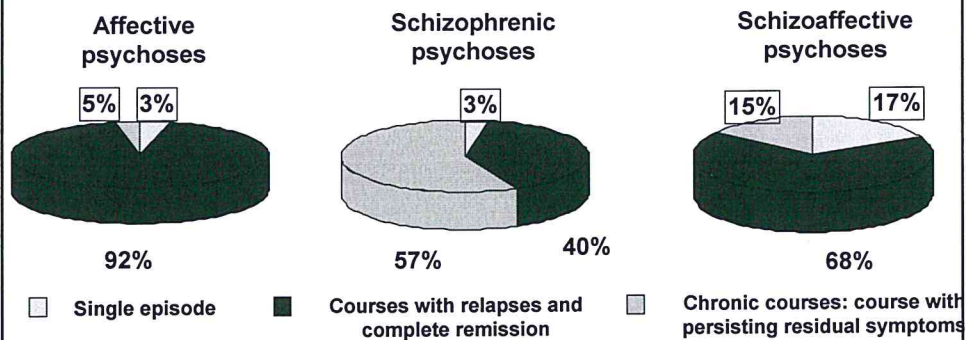
Kane, 2006

Global Expert Working Group

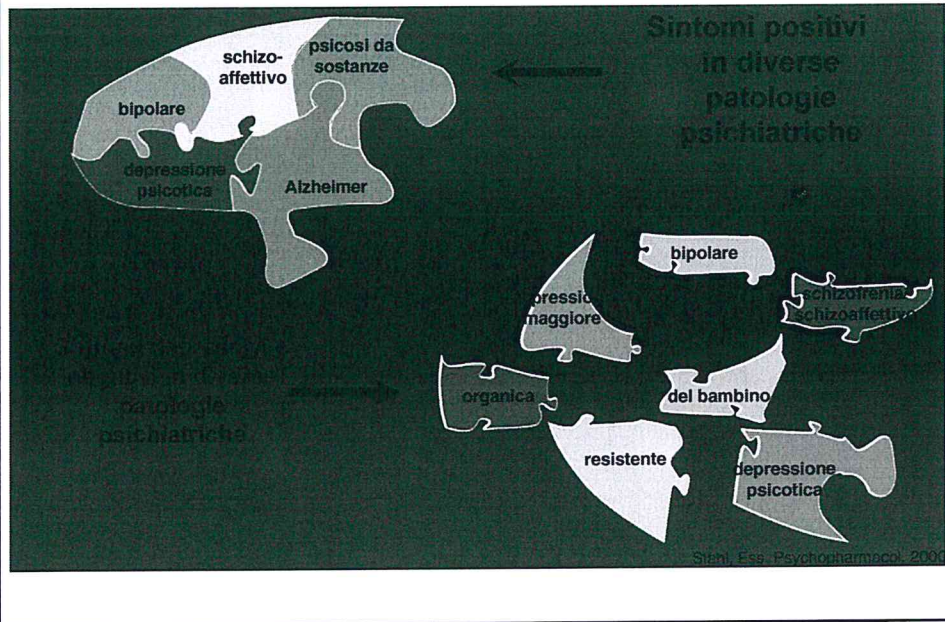
Le basi dei criteri: i sintomi del disturbo

DSM-IV	PANSS	BPRS	SAPS
Deliri	Deliri	Grandiosità Sospettosità	Deliri
	Contenuti insoliti del pensiero	Contenuto insolito del pensiero	
Allucinazioni	Comportamento da allucinato	Comportamento da allucinato	Allucinazioni
Linguaggio disorganizzato	Disorganizzazione e concettuale	Disorganizzazione concettuale	Disturbo formale positivo del pensiero
Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	Manierismi posturali	Manierismi/ Anomalie della postura	Comportamento bizzarro
Sintomi negativi	Appiattimento affettivo	Appiattimento affettivo	SANS
	Ritiro sociale passivo	Nessun sintomo correlato	Appiattimento affettivo
	Mancanza di spontaneità	Nessun sintomo correlato	Mancanza di volontà Apatia Anedonia -Asocialità
			Alogia

Decorso dei disturbi psicotici (ICD-10): follow up a 15 anni



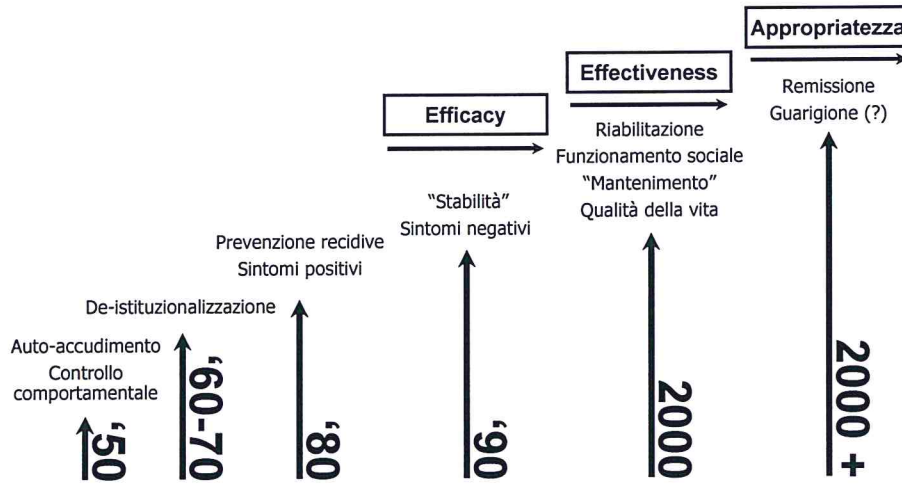
Schizofrenia oggi: “sintomi sporchi”



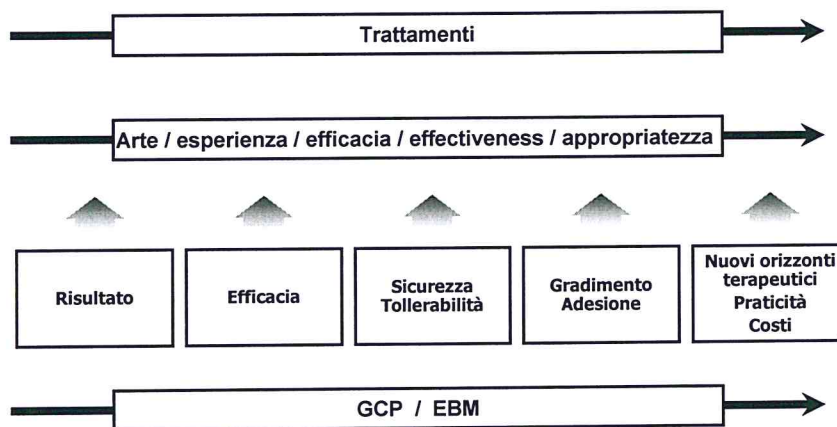
Complessità di gestione



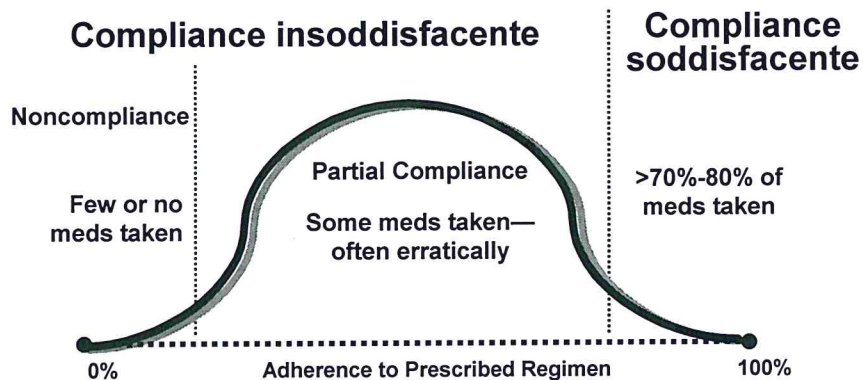
Outcomes della schizofrenia



Progressi nel trattamento della schizofrenia

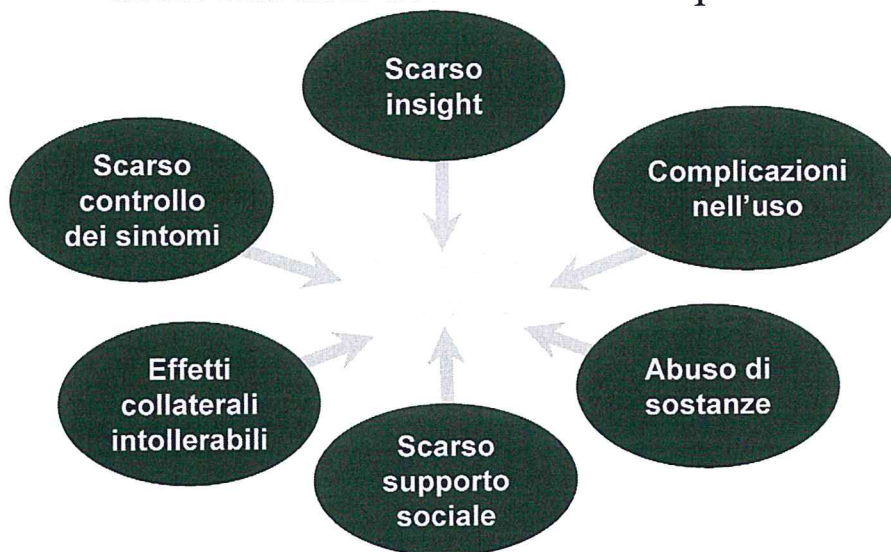


La maggior parte dei pazienti schizofrenici è parzialmente compliant



*Docherty JP et al. Poster presented at: 35th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; December 8-12, 2002; San Juan, Puerto Rico.
Valenstein M et al. Medical Care. 2002;40:630-639.
Kane JM. J Clin Psychiatry. 1983;44(6 pt 2):3-6.*

Perchè i pazienti schizofrenici hanno difficoltà nell'assumere la terapia?



Oehl M et al. Acta Psychiatr Scand. 2000;102(suppl 407):83-86.



 **ASL LECCE**
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Serafino De Giorgi, MD

Il Disturbo Bipolare.

**La melancolia è una condizione
“accompagnata da repulsione
per il cibo, tristezza, insonnia,
irritabilità e irrequietezza”.**

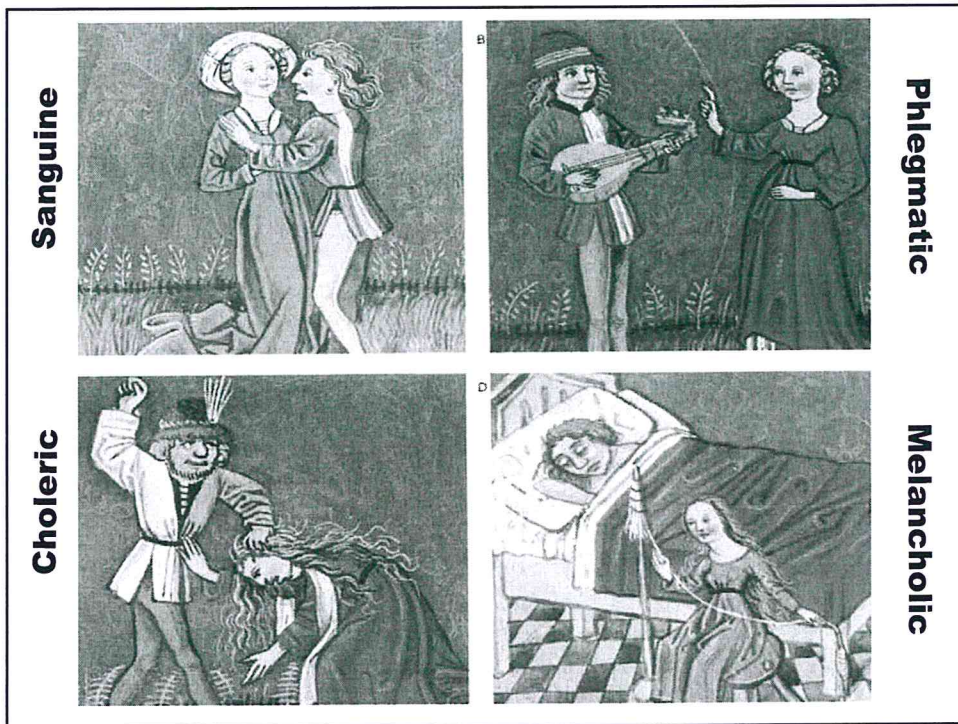
**Le malattie mentali non sono
dovute a forze soprannaturali...
Ma erano espressione di un
sottostante disturbo umorale...**

**I quattro umori: sangue, bile
gialla, bile nera, flegma...**

I quattro temperamenti:



**Hippocrates of Kos
(470-377 A.C.)**



Aristotele, 383 – 322 a. C.

Perché tutti gli uomini eccezionali, nell'attività filosofica o politica, artistica o letteraria, hanno un temperamento malinconico, alcuni a tal punto da essere perfino affetti da stati patologici?

La scoperta della malattia maniaco depressiva

- **μανία**, stato di ira
- **μαίνομαι**, imperverso furibondo, mi dimeno irato
- **μήνις**, ira funesta
- **μελανχολία**, da μέλαινα, nera e χολή, bile (interessante notare l'assonanza con άγχος, angoscia)



Ad Areteo da Cappadocia, un filosofo medico greco di epoca romana, pneumatico e/o eclettico vissuto ad Alessandria d'Egitto tra il 30 e il 150 D.C. ca., è attribuita la prima osservazione che mania e melancolia coesistessero nello stesso paziente

**Areteo da Cappadocia
De causis et signis
chronicorum morborum,
Liber I**

Τεκμηρια μὲν οὐκ ἄσημα· ἡ γὰρ ἡσυχία, ἡ στύγνοι, κατηρεῖ, κωφοὶ ἕασι· ἔτι δὲ καὶ ὄρηλοι προσγίγνονται ἀλόγως, οὐ τι νί ἐπ' αὐτῆ δυσθυμοὶ, ἀγρυπνοὶ, ἐκ τῶν ὑπνῶν ἐκθροβοῦμενοι.

Areteo, il “clinico della mania” (Roccatagliata, 1986), considerò la ciclotimia una forma di malattia mentale, con fasi di depressione alternate a fasi di mania.

“Mi sembra che la melancolia sia l'inizio e una parte della mania”.

Egli identificò una ciclotimia bipolare, un'altra unipolare, costituita solo da fasi maniacali ed una psicosi paranoide, che considerava simile alla mania schizofrenica.



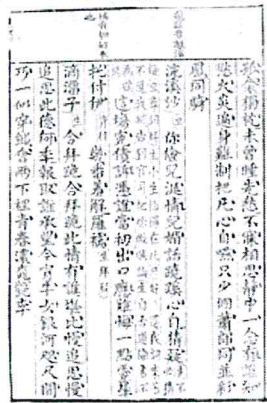
*Tu brevis, obscurus, nec vocula ponderis priua,
Gloria Cappadocum proxtimus Hippocrati.
Goupyluta rineus fenuat, te Crallus honorus
Induit Aulonia velle: leg're diu.*

**Aretaeus the Kappadocian
(ca. 150 d.c.)**

Evoluzione nel tempo del concetto di malattia maniaco-depressiva: il periodo lacunoso di mezzo

Dopo Areteo, vi sono tracce nella cultura cinese di una considerazione unitaria della malattia maniaco depressiva

Mentre in Europa e nell'Impero bizantino le idee sulla follia risentivano delle posizioni galeniche, per cui mania e melancolia venivano viste come due entità, l'enciclopedista Gao Lian (Hangzhou, Secolo XVI) descrisse un'affezione con i connotati del disturbo bipolare intorno al 1583 nei suoi *Otto Trattati sull'Educazione alla Vita* (Ts'un-sheng pa-chien)



Falret e Baillarger, allievi di Esquirol, applicando il metodo dell'osservazione longitudinale del paziente, formularono, indipendentemente e quasi contemporaneamente, l'idea che la mania e la depressione potessero rappresentare manifestazioni differenti di un'unica malattia: la follia circolare.



**François Baillarger
(1809-1890)**

La folie circulaire

**Jean-Pierre Falret
(1794-1870)**

La folie a double forme



La Scuola psichiatrica tedesca

“La psichiatria scientifica non esisteva fino al alla metà del XIX secolo... Il riconoscimento che le persone con disturbi mentali sono malate... si fece strada molto lentamente dopo la fine del XVIII secolo. Questo cambiamento d’opinione e la conseguente inclusione della psichiatria nella medicina furono determinati da un libro, pubblicato nel 1845, dallo psichiatra Griesinger. Egli fece la significativa affermazione:

«Le malattie mentali sono malattie del cervello».

Come conseguenza di questo postulato, la psichiatria si avvicinò alle scienze naturali. La patologia del cervello divenne un fondamento essenziale della psichiatria” (K. Kollé, 1957).



Wilhelm Griesinger
(Stoccarda, 29-6-1817–Berlino, 26-10-1868)

La Scuola psichiatrica tedesca: la definizione della malattia maniaco-depressiva

Nel 1861, Wilhelm Griesinger rese chiaro che per “stati psichici depressivi” non si intendeva solo inattività, inibizione e astenia dei processi psichici e cerebrali sottostanti, ma che anche stati estremi di irritazione cerebrale ed eccitazione psichica potessero produrre stati simili con dolore psichico.



Wilhelm Griesinger
(Stoccarda, 29-6-1817–Berlino, 26-10-1868)

La Scuola psichiatrica tedesca: la definizione della malattia maniaco-depressiva



Emil Kraepelin
(Neustrelitz,
Mecklenburg-
Strelitz, 15-2-1856–
Monaco di Baviera,
7-10-1926)

Nel 1899, nella 6^a edizione del suo Trattato, Emil Kraepelin coniò il termine “manisch-depressive Irresein” che scartava il termine di melancolia. Da allora, il termine depressione si è imposto per caratterizzare lo stato di umore triste

“Associati a fasi di depressione ... , spesso si possono presentare, nella fase di recupero, sintomi (ipo)maniacali, come una temporanea esaltazione dell’umore, con risa, danze e canti, e vissuti di felicità”



E. Kraepelin

Considerò la malattia maniaco-depressiva (affettiva) e la *dementia praecox* (schizofrenia) come un *continuum*, senza una linea di demarcazione netta.

Classificazione di spettro

La posizione di un Pz. lungo lo spettro dipendeva dal numero di tratti schizofrenici che denotava.

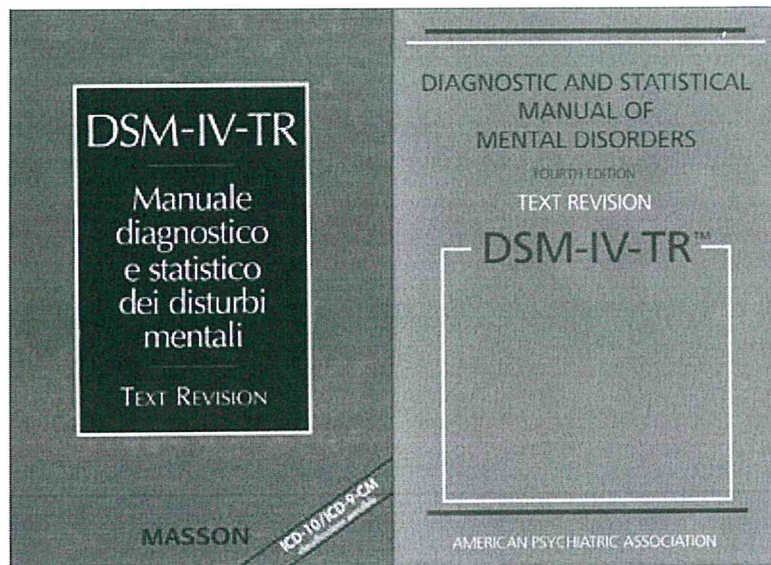
Bleuler considerava i sintomi affettivi come aspecifici.

Introdusse il termine "malattia affettiva" (ICD 8 e 9 - DSM I e II).

Ribattezza e ridefinisce la «*dementia praecox*» inventando la «schizofrenia»



Eugen Bleuler (1857-1939)





Frederick K. Goodwin (1936)

Fra le sue manifestazioni ci sono esagerazioni della normale fatica o tristezza, esuberanza o gioia, sensualità e sessualità, rabbia e irritabilità, energia e creatività.

Goodwin F.K., Jamison K.R. 1990 Oxford Univ. Press

La malattia maniaco-depressiva ingigantisce le esperienze umane a dimensioni molto più ampie di quanto di solito sia osservabile nel corso della vita.



Kay Redfield Jamison
(it's not polite to ask ladies about their age)



A. Koukopoulos

Il Disturbo Bipolare con la sua grande prevalenza nella popolazione e le sue infinite manifestazioni, psichiche e somatiche, costituisce il centro della psichiatria.

Per la sua quasi *cumstantialità* con la energia vitale, l'attività, l'emotività ha un ruolo importante nel lavoro, creatività, amore, matrimonio, arte, religione, politica, guerra.

In nessuna patologia umana esiste tanta variabilità come fra le varie forme bipolari, fra i vari loro decorsi, fra le infinite combinazioni di sintomi e fra le varie espressioni individuali.

Affective temperaments

Hyperthymic

Depressive

Cyclothymic

Irritable ?



Agop S. Akiskal

**Bipolar spectrum
(Genetic-Clinic)**

Vulnerability

**Pathoplastic
Effect**

**Compliance &
treatment
response**

La predisposizione genetica allo sviluppo di disturbi dell'umore non si evidenzia esclusivamente con la presenza di una sintomatologia eclatante in senso depressivo o maniacale

Caratteristiche subcliniche sfumate appartenenti ad aspetti temperamentali, parte integrante della personalità premorbosa del soggetto e presenti nei periodi intercritici della malattia, si rivelano spesso estremamente utili nel prevedere un aumentato rischio di sviluppo nel tempo di disturbi dell'umore conclamati

(Kraepelin 1921; Akiskal 2000; Haykal e Akiskal 1999)

Il profilo temperamentale rispecchia l'abituale livello di energia e del tono dell'umore, si manifesta generalmente fin dall'infanzia e condiziona le esperienze relazionali precoci e le modalità di rapporto con l'ambiente esterno. Le caratteristiche temperamentali si collocano in una posizione intermedia tra lo stato di benessere e quello di "malattia", assumendo spesso i connotati di forme subcliniche di disturbi dell'umore, presenti in soggetti che hanno già sviluppato o rischiano di sviluppare un episodio depressivo o maniacale. Sulla base delle tipologie descritte in origine da Kraepelin e Kretschmer ed in seguito da Akiskal e Koukopoulos sono stati descritti quattro differenti tipologie di temperamento

Kraepelin 1921; Akiskal 2000

Temperamento Depressivo

- | |
|--|
| 1. Triste, privo di humor, pessimista o incapace di gioire |
| 2. Tranquillo, passivo, indeciso, chiuso o introverso |
| 3. Scettico, ipercritico o lamentoso |
| 4. Tendente a preoccuparsi e a rimuginare |
| 5. Coscienzioso, autodisciplinato |
| 6. Autocritico con tendenza all'autorimprovero e svalutazione |
| 7. Preoccupato per la propria inadeguatezza, fallimento ed eventi negativi |

Temperamento Ipertimico

- | |
|--|
| 1. Esuberante, ottimista, allegro, irritabile |
| 2. Superficiale, presuntuoso, vanaglorioso, ampolloso, sicuro di sé, sicuro della propria immunità verso le malattie mentali |
| 3. Pieno di progetti, imprudente, impulsivo |
| 4. Loquace |
| 5. Sintónico, cordiale, in cerca di compagnia o estroverso |
| 6. Entrante, indiscreto, prepotente |
| 7. Disinibito, in cerca di emozioni, con tendenza alla promiscuità |

Temperamento Ciclotimico

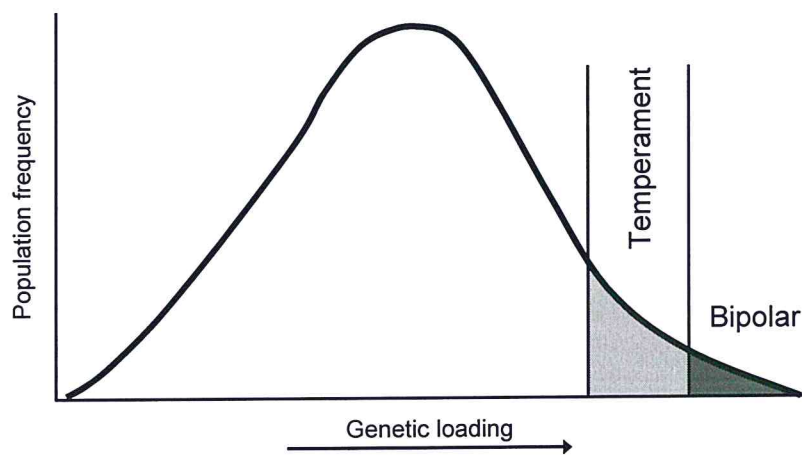
- | |
|---|
| A. Manifestazioni soggettive |
| 1. Apatia alternata ad euforia |
| 2. Pessimismo e tendenza a rimuginare alternati ad ottimismo e spensieratezza |
| 3. Sensazioni di testa confusa alternata con ideazione creativa e perspicace |
| 4. Autostima variabile tra scarsa e spropositata fiducia in se stessi |
| B. Manifestazioni comportamentali (di maggior peso diagnostico) |
| 1. Ipersonnia alternata a periodi di ridotta necessità di sonno |
| 2. Periodi di introversione alternati a disinibita ricerca di compagnia |
| 3. Periodi di aumentata loquacità alternati a periodi di ridotta attività verbale |
| 4. Tendenza al pianto immotivato alternata con eccessiva scherzosità e tendenza ai giochi di parole |
| 5. Marcata incostanza quantitativa e qualitativa della produttività, con inusuali orari di lavoro |

Temperamento Irritabile

1. Umore abitualmente irritabile e collerico con rari periodi di eutimia
2. Tendenza a rimuginare
3. Ipercritico e lamentoso
4. Tendenza a scherzare in modo inappropriato
5. Invadente
6. Irrequietezza disforica
7. Impulsivo

“Endogenous psychoses are nothing but exaggerated expressions of normal temperaments”

(Kretschmer E. 1936)



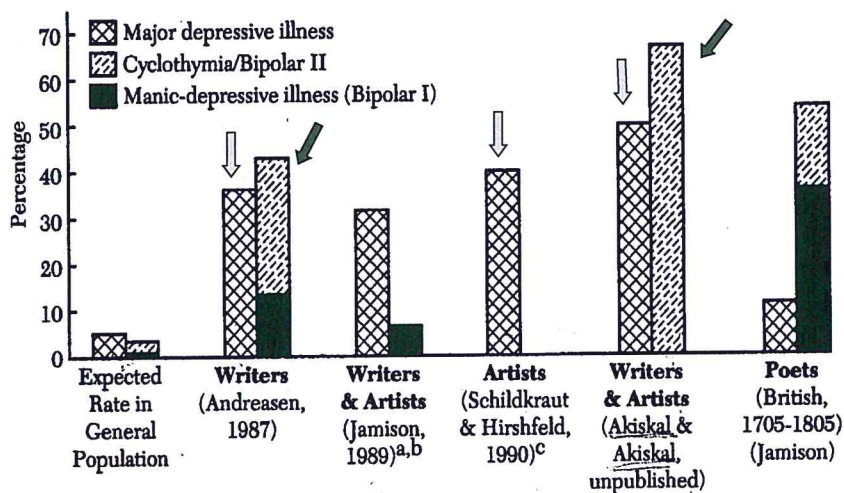
From Akiskal and Akiskal, JAD, 2007

Temperament in Professions (Milan study)

- * Lawyers → compulsive
- * Internists → dysthymic and compulsive
- * Managers → hyperthymic and compulsive
- * Industrialists → hyperthymic
- * Artists → cyclothymic
- * Architects → cyclothymic and compulsive
- * Journalists → cyclothymic or hyperthymic

Karen Akiskal, Mario Savino, Hagop Akiskal: JAD, 2005

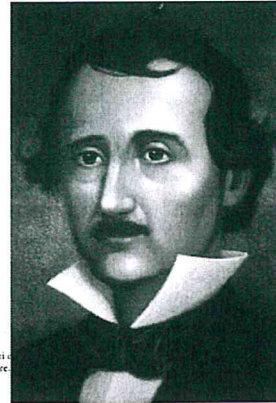
*Figure 3-3.
Mood Disorders in Writers and Artists*



^aTreatment rate (estimated to be one-third of the rate of illness).

^bBipolar II and cyclothymia rates not ascertained.

^cBipolar I, bipolar II, and cyclothymia rates not ascertained.



ro di Paul Gauguin. Gauguin non è che uno dei molti artisti che
apparentemente sembra soffrissero di un disturbo dell'umore.
(SUPERSTOCK)



**Noi del mestiere siamo tutti
pazzi...**

**Alcuni sono affetti da
gaiezza, altri da
melanconia, ma tutti siamo
più o meno toccati**

Lord Byron



**Non so davvero il perchè della mia
tristezza
essa mi stanca e, a quel che dite, stanca
pure voi;
ma io ho ancora da sapere come l'ho
presa o trovata,
o come me la sono procurata,
di che sostanza sia e dove sia nata.
E' una tristezza che mi rende stupido
che stento a riconoscermi.**

Il Mercante di Venezia, William Shakespeare



**Virginia Woolf aveva un disturbo
affettivo, con una lunga storia familiare
positiva sia dal lato materno sia
paterno.**

**La relazione tra i suoi attacchi ed i
periodi creativi è stata sospettata, ma
non è chiara; diventava completamente
improduttiva in termini di scrittura
quando era ammalata, sebbene fosse
convinta che le idee per la maggior
parte dei libri, talora scritti anni dopo,
le venissero durante prolungati episodi
maniacali.**

**E' probabile che gli anni di maggior
produttività facessero seguito ai più seri
e pericolosi "breakdowns", dal 1912 al
1915.**

Virginia Woolf, 1882 - 1941

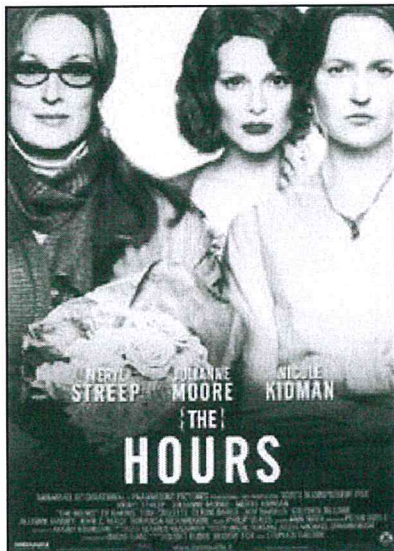


Virginia Woolf, 1882 - 1941

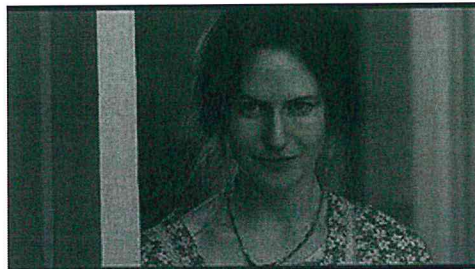
Verso mezzogiorno del 28 marzo 1941, ha camminato fino al fiume Ouse, vicino la sua casa nel Sussex.

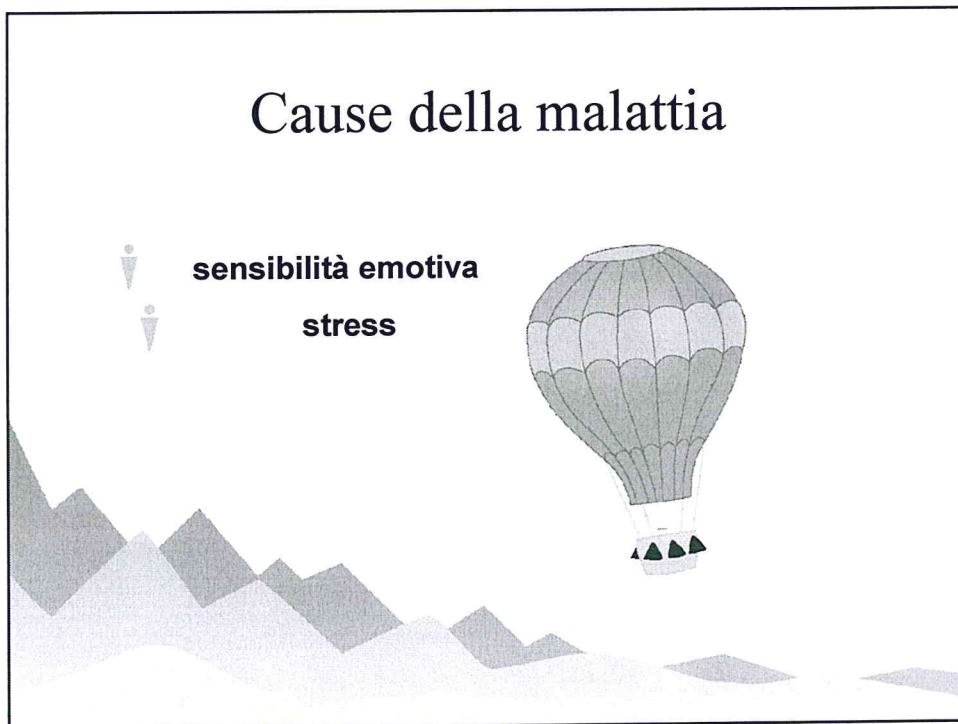
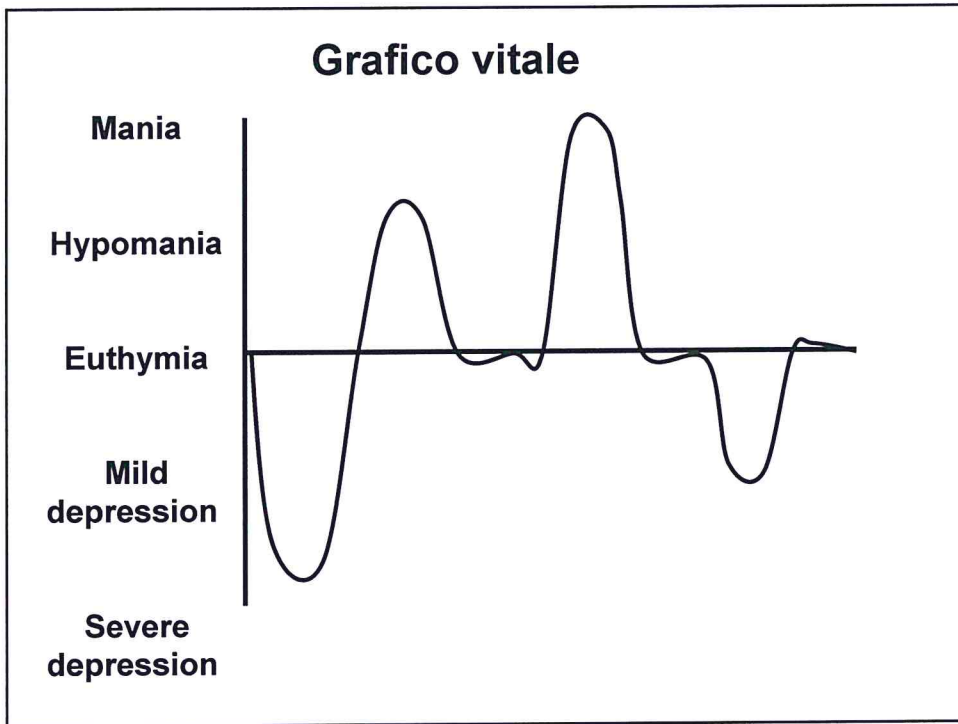
Lasciando il suo cappello e la canna sulla riva, ha posto alcuni pesanti pietre in tasca al suo cappotto e si è lasciata annegare.

Il suo corpo è stato trovato il 18 aprile e il coroner ha dichiarato la morte per suicidio.

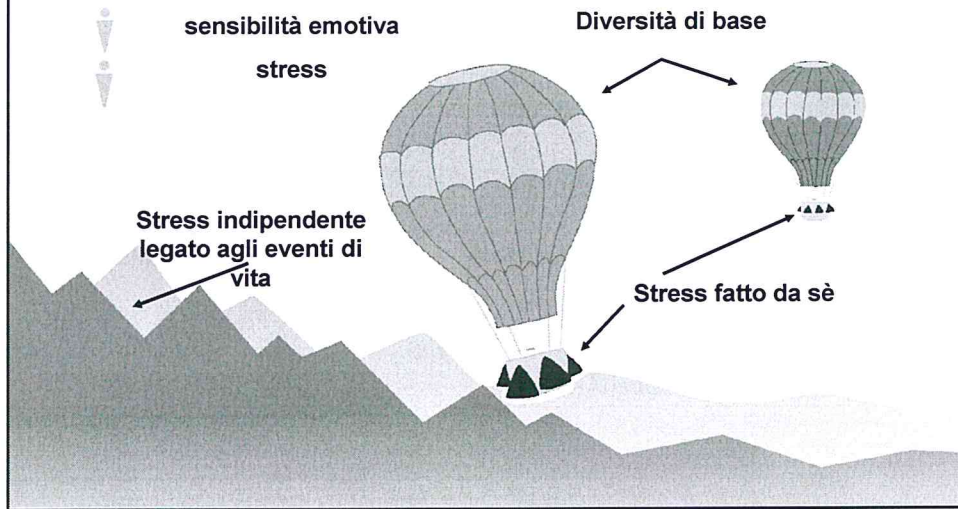


Qualcuno deve morire perché gli altri apprezzino di più la vita. Per contrasto.





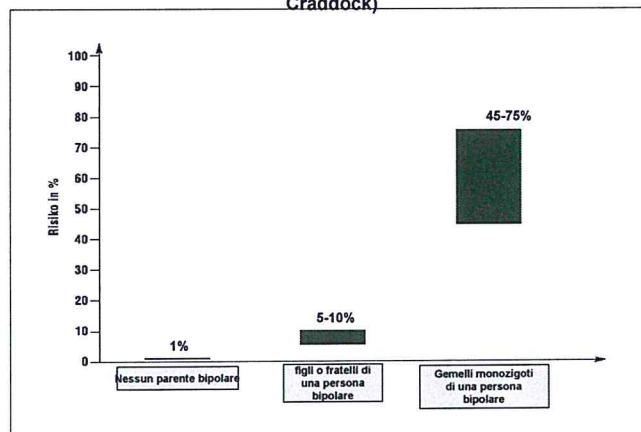
Cause della malattia

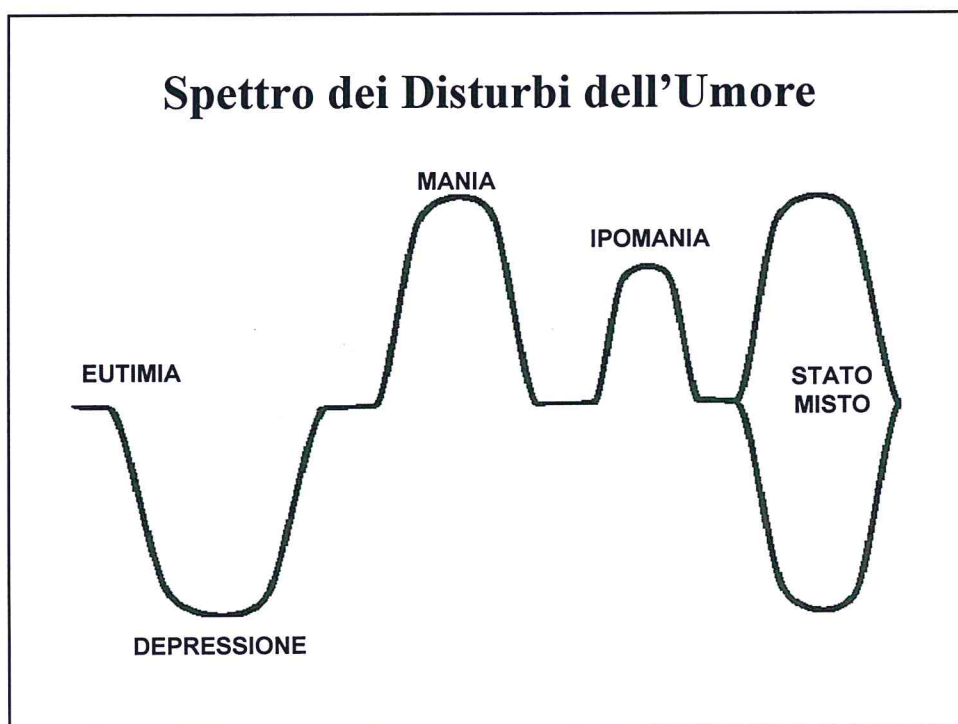
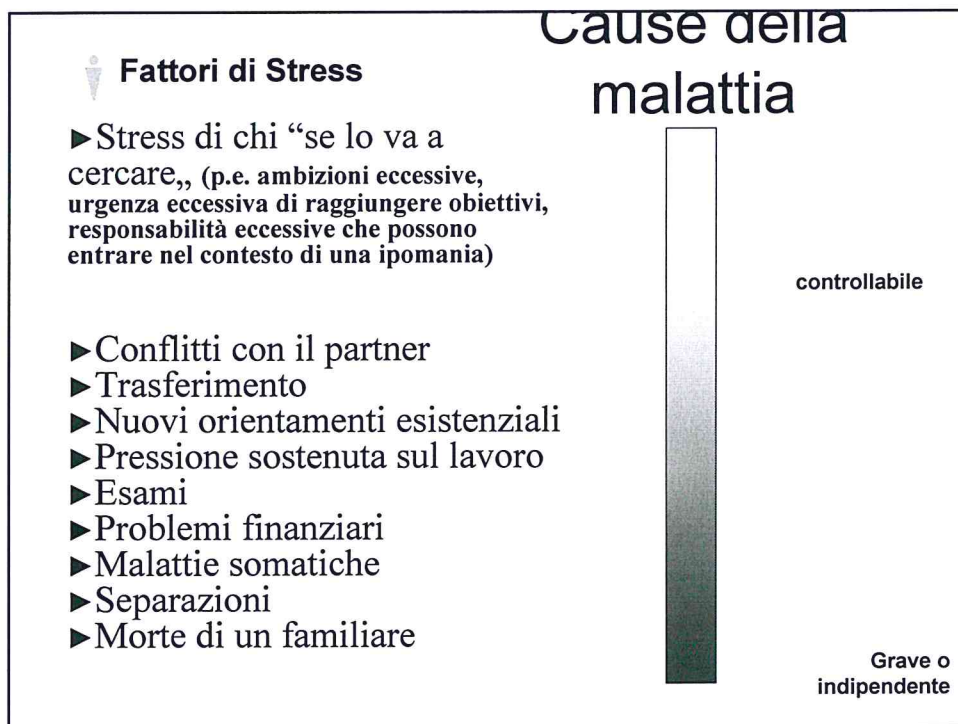


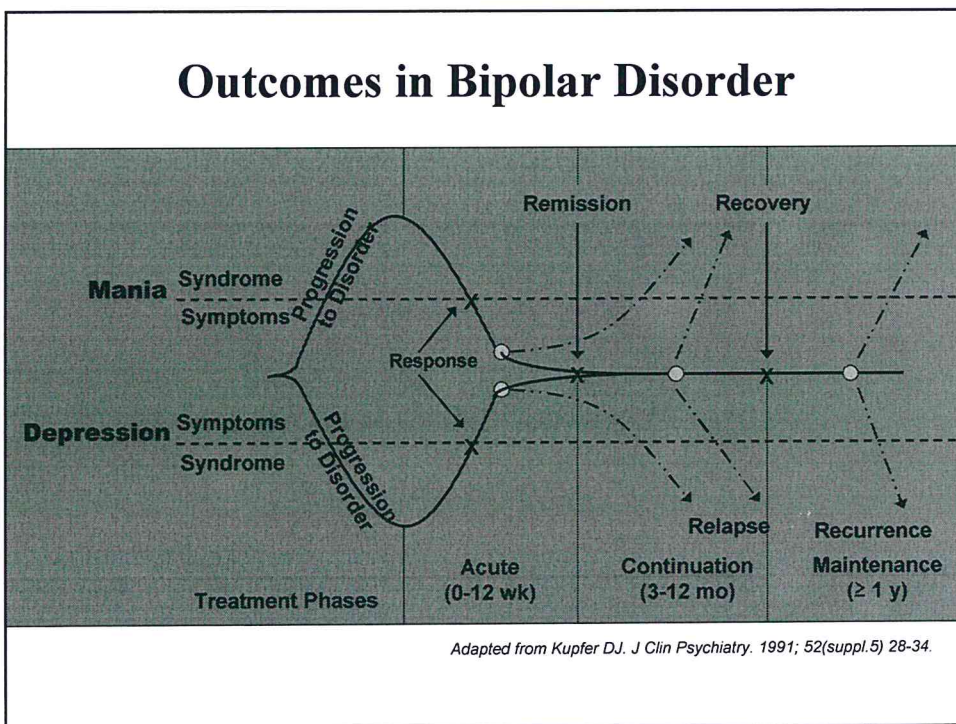
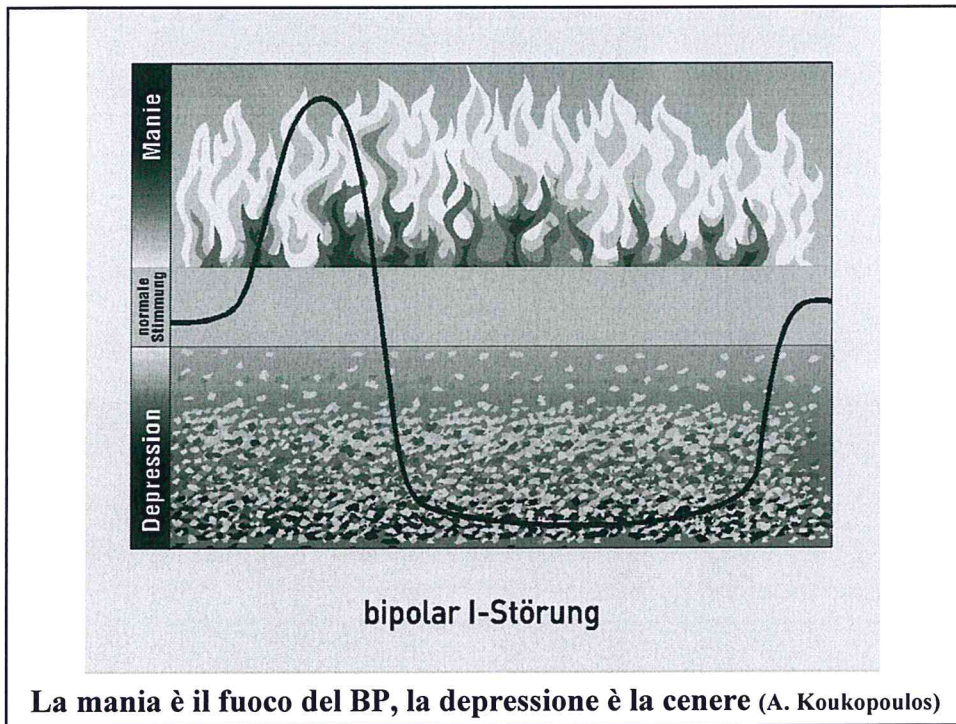
Cause della malattia

▼ Maggiore sensibilità emotiva

Rischio di sviluppare un disturbo bipolare nel corso della vita (Jones e Craddock)







DISTURBO BIPOLARE - Ieri

Non più di 20 anni or sono, il disturbo bipolare era considerato una condizione non comune (prevalenza lifetime nella comunità dell'1-1.6%) ed il pilastro della terapia stabilizzante era costituito dal litio.

Nel corso degli anni si è sviluppata:

- ✓ una maggior consapevolezza dell'elevata prevalenza del disturbo (sia nella sua forma conclamata sia in quella attenuata) → spettro bipolare
- ✓ una maggiore accuratezza diagnostica
- ✓ la consapevolezza che una buona percentuale di casi non risponde in maniera soddisfacente al litio

DISTURBO BIPOLARE - Oggi

Il concetto è oggi modificato radicalmente. Con il termine "Disturbo Bipolare" si comprende una varietà di condizioni cliniche con:

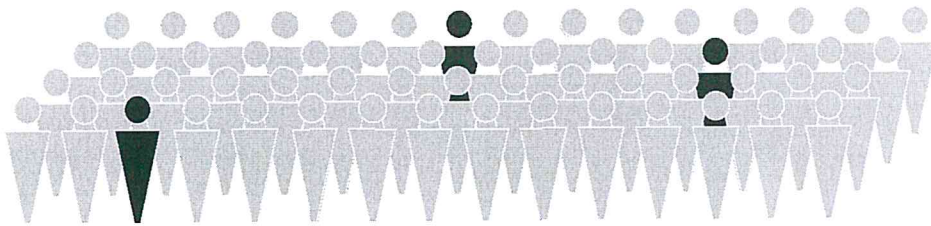
- ▶ **prevalenza lifetime nella comunità tra il 3 e il 6.5%**
- ▶ **diagnosi differenziale difficile (forme miste, comorbidità, abuso di sostanze)**
- ▶ **terapia farmacologica complessa → spesso richiede l'associazione di più farmaci e di tecniche psicoterapeutiche o psicoeducazionali**

Il disturbo bipolare: di cosa si tratta?

Il disturbo bipolare si manifesta con episodi ricorrenti in cui cambia l'orientamento dell'umore e/o il livello di espressione di questo orientamento.

A seconda della polarità si parla di episodio depressivo o maniacale.

Circa il 5% della popolazione ad un certo punto della vita si ammala di disturbo bipolare



Il disturbo bipolare: i sintomi

Mania

Per almeno una settimana

Atteggiamento provocatorio, aggressività, agire inarrestabile

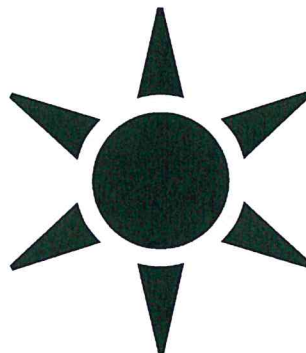
Idee e deliri grandiosi

Acquisti per grosse somme, perdita delle inibizioni sociali

Parlantina più veloce, spinta inarrestabile a parlare, logorrea

Aumentata attività sessuale
Minor bisogno di nutrirsi

Ridotto bisogno di riposo e di sonno



Fiducia ingiustificata nelle proprie capacità, ottimismo eccessivo

Percezioni più vivaci (es. colori luminosi e brillanti)

Distraibilità e volubilità estrema
Perdita della capacità di autocritica e riflessione

Fuga delle idee e continua successione dei pensieri

Il disturbo bipolare: i sintomi

Depressione

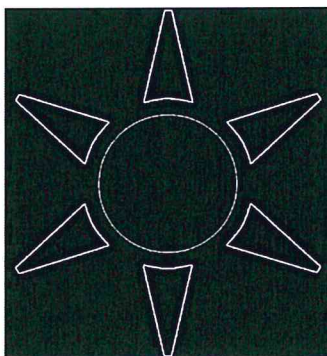
Per almeno due settimane

Ridotta spinta ad agire e
scarse energie

Ridotta concentrazione e
attenzione

Prospettive
pessimistiche e
negative

Perdita degli interessi e
della capacità essere
contenti



Facile affaticabilità

Ridotta autostima,
sentimenti e pensieri di
colpa

Umore triste,
depresso

Pensieri di suicidio e
atti autolesivi

Sonno disturbato, disagi corporei, perdita del desiderio
sessuale, calo dell'appetito, rallentamento motorio

Il disturbo bipolare: i sintomi

Depressione "atipica,,

Iper-reattività emotiva
(essere come „corde di
violino“)

Pesantezza di
braccia e gambe

Ipersensibilità alla
separazione, al rifiuto e al
fallimento



Aumentato bisogno di sonno

Aumento dell'appetito

Aumento di peso

Il disturbo bipolare: i sintomi

Ipo-Mania

Per almeno quattro giorni consecutivi

Sentimento forte di benessere e efficienza fisica e mentale

Aumentata loquacità e
socievolezza, perdita delle
abituale inibizioni

Stato di divertimento,
idee buffe, facilità al riso

Pensieri più veloci, idee e
progetti più numerosi



Umore allegro,
aumentata stima di sé

Aumentata motivazione
a produrre, contatti
sociali intensificati

Aumentata spinta ad agire,
aumentata attività fisica

Ridotto bisogno di sonno, aumentato
desiderio sessuale

Il disturbo bipolare: i sintomi

Il lato oscuro dell'Ipo-Mania

Guida imprudente e pericolosa

Impazienza

Esaltazione, fanatismo

Volubilità e distraibilità,
coinvolgimento prioritario
in attività ludiche, con
mancato rispetto dei
propri doveri

Aumentato consumo di
caffè tabacco e alcol



Facilità a spendere

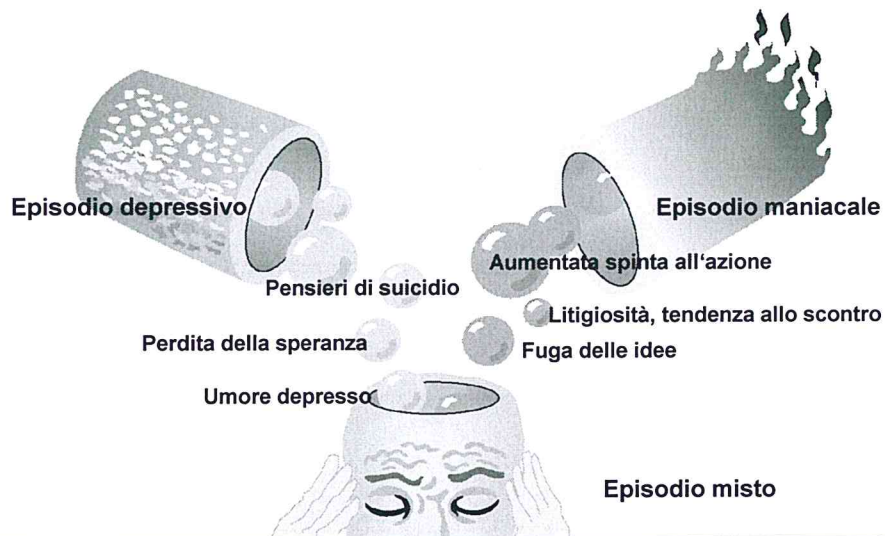
gestioni finanziarie a
rischio, investimenti non
oculati

Spinta sessuale
esuberante:
rischio di malattie infettive
o gravidanze indesiderate

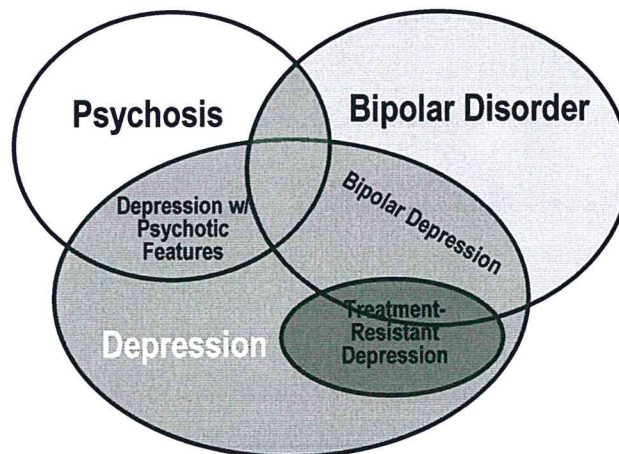
Maggior tendenza al ricorso a droghe illegali, con rischio di conseguenze
successive come tossicodipendenza, es. da oppiacei o cocaina

Il disturbo bipolare: i sintomi

Stati misti

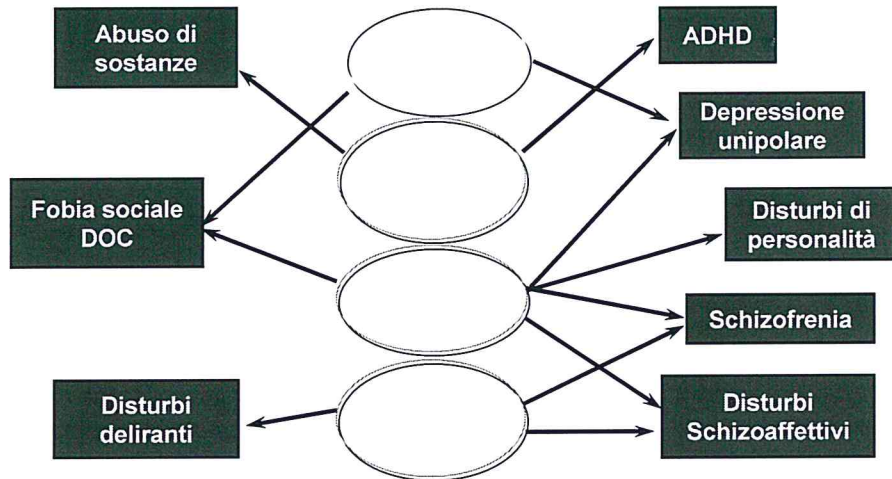


Disturbo Bipolare: diagnosi problematica



American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.

Aree di confusione diagnostica nel Disturbo Bipolare



Obiettivi del trattamento

- ▶ **Risoluzione dell'episodio acuto**
 - mania
 - depressione
 - stati misti
- ▶ **Prevenzione delle ricadute**
- ▶ **Prevenzione delle complicanze:**
 - cronicità (sintomatologia residua)
 - rapida-ciclicità
 - abuso di sostanze
 - disabilità
 - mortalità (suicidio)

Non-drug therapy

- ▶ Psychoeducation for the prevention of hypomania and depressive episodes
- ▶ Interpersonal therapy and cognitive behavioural therapy may be useful when added to pharmacotherapy
- ▶ Focus on specific targets
 - ▶ **Impulsivity, hostility, hyper-reactivity, interpersonal- sensitivity, risk-taking behaviours, excitement, inner tension...**
- ▶ Use life charting (mood fluctuations)

APA. Am J Psychiatry 2002;159(S1):1-50. Grunze H, et al. World J Biol Psychiatry 2002;3:115-124
Perugi G, et al. Ital J Psychopathol 2003;9:330-348. Colom F, et al. Bipolar Disord; Submitted for publication

Conclusioni Generali - 1

- La possibilità di non diagnosticare correttamente il DB è molto alta per il polimorfismo delle manifestazioni cliniche
- Gli Stati Misti sono molto frequenti, non sono la semplice combinazione di sintomi maniacali e depressivi e sono spesso la complicanza cronica di trattamenti inappropriati
- L'obiettivo del trattamento è l'intera malattia e non solo gli episodi acuti

Conclusioni Generali - 2

- Non ci sono trattamenti a breve termine (il trattamento acuto ha implicazioni a lungo termine)
- Possono essere necessari trattamenti integrati
- Utilizzare il sistema di vita del paziente (temperamento)
- Insegnare ad anticipare gli episodi (ipo)maniacali
- Una stabilizzazione adeguata richiede un lavoro combinato con il paziente e la famiglia

Il traguardo è: stabilizzare le funzioni legate all'umore

