

“L'uomo come malattia dell'esserci” (K. Jaspers)

Psichiatria

La scienza dell'uomo La scienza dell'esserci

Concetti generali

1. La radici della psichiatria si ritrovano nella vita e nella storia dell'uomo (e nella filosofia greca, da cui discende di fatto la medicina stessa e le diverse scuole mediche)
2. La Psicologia e la Psichiatria, assieme alla teologia e alla fisica, appartengono alle “scienze metafisiche” che indagano uno dei tre oggetti supremi della conoscenza: l'uomo (anima), in sé, nelle sue manifestazioni di “salute (normalità)” e di “malattia (anormalità)”

Concetti generali

3. La storia della Psichiatria ripropone l'irrisolto problema del rapporto corpo-mente, nello specifico della relazione tra il mentale e il cerebrale:
 - Mentale come epifenomeno del cerebrale (materialismo-biologismo)
 - Mentale come espressione dell'anima incarcerata nel corpo (filosofia-psicologismo)
 - Mentale e cerebrale come traduzione di una stessa origine (parallelismo-integrazione) che usa linguaggi diversi

Storia della psichiatria

- Le origini (dal pensiero greco all'età pre-moderna)
- L'età pre-moderna (da Cartesio all'Illuminismo)
- L'età moderna (i secoli XVIII-XX)
- L'età attuale (dal XX secolo ad oggi)

L'età moderna - I

- Il significato medico della psichiatria
 - V. Chiarugi (1750 – 1820) in “Della pazzia in genere, e in specie” afferma che la follia non è una affezione dell'anima ma dipende da un'alterazione materiale del “sensorio comune”
 - C. Lombroso (1835 – 1909) studia le stimate anatomico-fisiologiche dei delinquenti (alienati, abituali, occasionali, passionali e i delinquenti nati)
- Il significato sociale della psichiatria
 - P. Pinel (1745 – 1826), J. Esquirol (1772 – 1840) e B. A. Morel (1809 – 1873) sottolineano il ruolo “degenerativo” della società moderna come causa di disagio psichico

L'età moderna - II

- Il contributo fondamentale di E. Kraepelin (1856 – 1926)
 - definizione di psichiatria come disciplina medico-scientifica
 - formulazione di un sistema nosografico “moderno” (sistematizzazione della psichiatria)
 - definizione del ruolo centrale dell'osservazione clinica

L'età attuale - I

- Il contributo della psico(neuro)fisiologia
 - Progressivo ampliarsi delle conoscenze nell'ambito delle neuroscienze, dello stress e dei suoi correlati psiconeuroendocrinoimmunologici (H. Selye), della genetica applicata
- Il contributo della corrente filosofica (esistenzialismo)
 - La fenomenologia e la antropo-fenomenologia in psichiatria nei contributi di K. Jaspers (1883 – 1969) e di E. Minkowski (1885 – 1972)
- Il contributo della psicoanalisi
 - S. Freud (1856 – 1939) e i post-freudiani

L'età attuale - II

- Lo sviluppo delle neuroscienze, l'evidenziazione del ruolo dei neurotrasmettitori nei disturbi psichici, la nascita della psicofarmacologia (1950 – 60)
- Lo sviluppo e la crescita delle scienze psicologiche (cognitivismo) e sociali nella ri-definizione e nella re-interpretazione della sofferenza mentale (e correnti psicoterapiche, i movimenti socio-psichiatrici)

I compiti della psichiatria

- Disciplina scientifica integrata finalizzata a
 - Descrivere i diversi aspetti dei fenomeni psico(pato)logici e comportamentali dell'uomo, comprenderne l'espressione e identificarne i possibili fattori (con)causali
 - Definire i quadri sindromici principali indicanti la presenza di un disturbo psichiatrico
 - Classificare i disturbi
 - Valutare l'epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione
 - Impostare i più corretti e moderni trattamenti
 - Sviluppare programmi di prevenzione (salute mentale) nelle varie età della vita

Le declinazioni della psichiatria

- **Psichiatria generale (dell'adulto)**
- **Psichiatria infantile e dell'età evolutiva (Neuropsichiatria infantile)**
- **Psicogeriatría**
- **Psichiatria medica (o di consultazione e collegamento) nei diversi disturbi medici)**

La natura non è una e la stessa per tutti, anzi continuamente definisce come appropriato a sé qualcosa di diverso

“Lettere sulla follia di Democrito” - Ippocrate

Indirizzi teorico-clinici in psichiatria

Indirizzi in psichiatria

Nel corso del tempo diversi indirizzi teorici hanno tentato di identificare le origini e le cause dei disturbi psichiatrici e comportamentali, spiegando l'insorgenza dei sintomi, il loro mantenimento e le terapie più idonee per il loro trattamento

- Indirizzo biologico
- Indirizzo psicologico e antropo-fenomenologico / esistenzialista
- Indirizzo sociale

Indirizzo biologico

- Ruolo del cervello nel comportamento umano e nel funzionamento psichico
 - Le strutture cerebrali e le vie neuronali
 - L'importanza dei neurotrasmettitori e dei neuromodulatori
 - Le interazioni psico-neuro-endocrino-immunologiche
 - Il cervello come sistema informatico (rete neurale comunicativa plastica)
- Il contributo della psicofarmacoterapia
- Il contributo della genetica

Indirizzo psicologico ed esistenzialista

- Indirizzo psicologico p.d.
 - Psicoanalisi (Freud e scuole post-freudiane)
 - Psicologia dell'attaccamento (Bowlby)
 - Comportamentismo
 - Cognitivismo
- Antropofenomenologia e psichiatria esistenzialista
 - Binswanger, Jaspers, Minkowski, Frankl

Psicoanalisi

- Freud
 - Modello meccanicistico-propulsivo (pulsioni e teoria dello sviluppo)
 - Modello topografico (conscio, preconscio e inconscio)
 - Modello strutturale (Es – Io – Super-Io)
 - Modello dinamico (gioco di forze e controforze)
- Modelli psicoanalitici successivi
 - Klein e Winnicott
- Altri modelli
 - Jung, Adler, Sullivan, Kohut

Psicologia dell'attaccamento

Comportamento di attaccamento come spinta ad ottenere e a mantenere la vicinanza di una figura significativa (derivazione etologica)

1. **Sistema di comportamenti di attaccamento** come modello di rappresentazione di sé e del mondo (modello operativo interno)
2. Tre caratteristiche fondamentali:
 - Ricerca di vicinanza ad una figura significativa (discriminata, monotropica)
 - Effetto "base sicura" (trampolino per curiosità ed esplorazione)
 - Protesta per la separazione

Comportamentismo

- Teorie associazionistiche (*uomo passivo*)
 - Condizionamento classico o rispondente (Pavlov)
 - Condizionamento operante
 - per prove ed errori (Thorndike) o operante p.d. (Skinner) (rinforzo-punizione)
- Teorie cognitivo-sociali (*uomo attivo*)
 - Apprendimento sociale osservativo (Bandura)
 - modeling per imitazione che mette in gioco attenzione, osservazione, memoria, rinforzo (motivazione) (significato, aspettative, desiderio di identificazione)

Cognitivismo

L'organizzazione della conoscenza e identità personale

- Livello **tacito** (o organizzativo) (impalcatura o nucleo o schemi o assunti di base)
 - evolutivo su base di "conoscenze innate" (istinti)
 - continuo (effetto filtro sulla realtà) e complesso
- Livello **esplicito** (o strutturale) (cintura protettiva di strutture o ipotesi o programmi di ricerca e validazione di sé e del mondo)
 - esplicitativa di avvenimenti interni ed esterni
 - comunicativa

Antropofenomenologia

- Radici nella filosofia di fine secolo
 - W. Dilthey (1833-1911):
 - a) Scienze dello spirito → oggetto d'indagine è l'uomo attraverso l'esperienza interna, il vissuto psichico (*erlebt*) e la comparazione dei vissuti (*erlebnisse*)
 - b) Scienze della natura → studiano la realtà dall'esperienza esterna, attraverso l'esperimento e operazioni matematiche
 - E. Husserl (1859-1938): Significato dell'intenzionalità e del cogliere l'essenza globale dell'altro (*trascendenza*)
 - M. Heidegger (1889-1976): Significato dell'essere nel mondo (*dasein*) in rapporto agli altri (*mitsein*)

L'indirizzo sociale

- Paradigma stress – supporto sociale malattia
 - Eventi stressanti a carattere di perdita si correlano a maggior rischio di depressione (Brown e Harris, 1978) (oltre che di malattie somatiche)
 - La carenza di supporti sociali si correla a maggior incidenza di malattie fisiche e psichiche e peggiore prognosi, una volta che la malattia sia insorta (Syme, 1976; Berkman, 1982)

L'indirizzo sociale

- Paradigma anti-psichiatrico
 - Critica al concetto di anormalità in psichiatria
 - Ruolo del contesto socio-culturale e ambientale nel comportamento umano e nel funzionamento psichico (sociogenesi della disagio)
 - Rifiuto dell'assunto di una base biologica dei disturbi psichiatrici
 - Rifiuto di ogni forma di nosografia (stigma)

La necessità di integrazione

- Necessità di passare da paradigmi basati su pregiudizi a paradigmi basati su presupposti
- Necessità di cogliere la differenza tra spiegare (*erklären* → conoscere i nessi causali, dal di fuori) e comprendere (*verstehen* → cogliere-accogliere, intuire, dal di dentro)

K. Jaspers, 1959

Elementi di psicopatologia

Psicopatologia

- Conoscitiva (Noetica)
 - Percezione
 - Attenzione
 - Ideazione
 - Memoria
 - Intelligenza
- Affettiva
- Volitiva
 - Istintualità
 - Volontà-psicomotilità

Percezione

- Processo mediante il quale traiamo informazioni dal mondo in cui viviamo
- È un'attività psichica che organizza le sensazioni elaborate dagli organi di senso e le integra con l'esperienza appresa
- Correlata al livello di vigilanza e attenzione

Disturbi della percezione

- Distorsioni percettive
 - Alterazioni dell'intensità (o della quantità) (Iperestesia o ipoestesia)
 - Alterazioni della qualità (colore, volume, collocazione spazio)
 - Alterazioni del carattere (familiarità, realtà, piacevolezza)
- Falsamento percezioni
 - Illusioni
 - Allucinazioni (sui 5 organi di senso) → semplici o complesse
 - Pseudo-allucinazioni
 - Allucinosi

Memoria

- Funzione psichica caratterizzata dalla capacità di fissare eventi in tracce (registrazione), conservarli (ritenzione) e rievocarli (rievocazione), oltre a integrare i nuovi ricordi con ricordi precedenti
 - Memoria immediata (conservazione informazione a brevissima durata)
 - Memoria a breve termine (traccia in archivio momentaneo)
 - Memoria a lungo termine (immagazzinamento di lunga durata)

Disturbi della memoria

- Disturbi quantitativi
 - Ipermnesia
 - Ipomnesia
 - Amnesia lacunare (anterograda, retrograda o mista) o massiva
- Disturbi qualitativi (paramnesie)
 - Illusioni della memoria (allomnesie → ricordi falsati)
 - Allucinazioni della memoria (pseudomnesie → *deja-vu* – *deja-vecu*)
 - Falsi ricordi (creazione ex-novo di ricordi, confabulazioni compensatorie, pseudologia fantastica)

Pensiero

- Attività psichica che attraverso associazione, correlazione, integrazione e simbolizzazione permette valutazione della realtà e formulazione giudizi (attività di fondo: intelligenza, memoria e linguaggio) (Idee come astrazioni intellettuali non riconducibili a stimoli attuali)
 - Ideazione: strutturazione delle idee tra loro, che conferisce un ordine formale al corso del pensiero (soggetta alle leggi del ragionamento - logica deduttiva/induttiva - e della critica - formulazione di giudizi)
 - Immaginazione e fantasia: modalità particolari di

Disturbi del pensiero

- Disturbi della forma:
 - Accelerazione del pensiero (fino a fuga delle idee)
 - Rallentamento o inibizione del pensiero (fino a mutismo)
 - Circostanzialità, perseverazione, concretismo
 - Dissociazione (perdita nessi associativi) con fusione di concetti, iperinclusioni (concetti inappropriati in un discorso logico), deragliamenti → incoerenza, blocchi (barrages)
- Disturbi del contenuto:
 - Idee prevalenti (ad alto contenuto affettivo)
 - Idee ossessive (o pensiero anancastico)
 - Idee deliranti

Il pensiero delirante

- Il delirio è un'idea (convinzione) patologicamente falsata caratterizzata da assoluta certezza soggettiva, non correggibilità sulla base dell'esperienza (e impossibile nel contenuto)
- Fenomeni frequentemente associati
 - Stato d'animo (o umore) pre-delirante
 - Intuizione delirante
 - Interpretazione delirante

Il pensiero delirante

- Caratteri del delirio
 - Sistemizzato o non sistemizzato
 - Lucido o confuso
 - Primario (incomprensibile) o secondario (comprensibile → deliroide)
- Contenuti del delirio
 - di persecuzione
 - di grandezza
 - depressivo
 - di trasformazione
 - di gelosia
 - mistico - religioso

Attenzione

- Funzione atta a focalizzare e dirigere coscienza su specifici contenuti (sia esterni che interni)
 - Volontaria → attenzione focalizzata su un singolo evento
 - Involontaria → riflessa

Disturbi dell'attenzione

- Disturbi dell'attenzione
 - per difetto
 - riduzione (o ipoprossia)
 - assenza (o aprossia)
 - per eccesso
 - iperprossia

Vigilanza - Coscienza

- Vigilanza: forma di attenzione all'ambiente circostante
- Coscienza: consapevolezza di sé e dell'ambiente, organizza il campo dell'esperienza sensibile attuale assicurando l'orientamento nel tempo, nello spazio, nelle persone e nel contesto e la distinzione dell'io dal non io (coscienza dell'io)

Disturbi della vigilanza

- Letargia o sonnolenza: incapacità del soggetto a mantenere lo stato di veglia in assenza di stimoli esterni
- Stupor: risveglio solo dopo stimoli esterni attivi (dolore)
- Coma: impossibilità del risveglio anche dopo stimoli

Disturbi della coscienza

- Disturbi dello stato di coscienza p.d.:
 - turbe della lucidità della coscienza (alterazioni ipnoide, come nell'addormentamento)
 - restringimento del campo di coscienza (stato crepuscolare)
 - turbe della funzione strutturante (stati confusionali acuti → delirium)
 - Disturbi dissociativi (fuga psicogena, amnesia psicogena, personalità multiple)

Disturbi della coscienza

- Disturbi della coscienza dell'io (percezione di estraneità rispetto al proprio io):
 - Depersonalizzazione rispetto al sé
 - Autopsichica (estraneità del proprio sé psichico)
 - Somatopsichica (estraneità del proprio corpo)
 - Depersonalizzazione rispetto all'ambiente
 - Allopsichismo o Derealizzazione

Affettività

- Capacità o disponibilità individuale a rispondere con modificazioni soggettive affettivo-emotive a pensieri o eventi (sia interni che esterni)
 - Emozioni (stati affettivi reattivi, intensi e brevi accompagnati da fenomeni espressivo-comportamentali e neurovegetativi)
 - Sentimenti (stati affettivi più persistenti)
 - Umore (tonalità o colorito affettivo di fondo)

Disturbi dell'affettività

- Alterazioni dell'affettività
 - Ansia (stato di inquietudine, di attesa, di pericolo imminente)
 - Anticipatoria
 - Generalizzata
 - A tipo attacchi di panico
 - Depressione (stato di tristezza, pessimismo, abbattimento)
 - Disforia (malumore, sensazione interna negativa associata ad irritabilità)
 - Iperimia (innalzamento tono umore, euforia)

Disturbi dell'affettività

- Alterazioni dell'affettività
 - Irritabilità (abnorme risonanza affettiva con ira e rabbia)
 - Appiattimento affettivo (mancanza di risposta affettiva ad eventi, simil-apatia)
 - Dissociazione affettiva (atteggiamento affettivo incongruo rispetto ad un evento)
 - Ambivalenza affettiva (∞-presenza di sentimenti opposti)
 - Labilità affettiva (cambiamenti repentini dell'umore)

Istintualità

- Disposizione o urgenza tesa al raggiungimento di un fine o soddisfacimento di un bisogno
 - Spinte istintive biologiche
 - Fame, sete, sessualità, sonno (Schneider)
 - Pulsioni sensoriali-corporee (Jaspers)
 - Spinte istintive psichiche
 - Istinto di potenza, di successo, di dovere, di umiltà etc.) (Schneider)
 - Pulsioni vitali dell'esistenza o spirituali (Jaspers)

Disturbi dell'istintualità

- Disturbi della sessualità
 - Parafilie (ricorrente e intensa attrazione inappropriata verso oggetti o persone)
 - Disfunzioni sessuali
- Disturbi del comportamento alimentare
 - Anoressia (Restrittiva e binge-eating disorder)
 - Bulimia

Volontà e psicomotilità

- Volontà: atto decisionale per cui ciascuno di fronte a tendenze contrapposte decide quali ostacolare e quali lasciare che si realizzino
- Psicomotilità: espressione a livello motorio del mondo affettivo-pulsionale

Disturbi della volontà e psicomotilità

- Alterazioni quantitative
 - Riduzione (abulia, rallentamento e arresto psicomotorio)
 - Aumento (irrequietezza, eccitamento)
- Alterazioni qualitative
 - Stereotipie (ripetizioni monotone e afinalsitiche)
 - Manierisimi (comportamenti motori artificiosi, caricaturali, goffi)
 - Negativismo (resistenza a stimoli esterni)
 - Automatismo (esecuzione passiva e acritica: ecoprassia, ecolalia, ecomimia)

Intelligenza

- Capacità di utilizzare in modo adeguato allo scopo tutti gli elementi del pensiero necessari a riconoscere, impostare e risolvere i problemi dell'esistenza
 - Premesse dell'intelligenza (memoria, linguaggio, integrità funzioni sensoriali)
 - Patrimonio psichico (riserva di conoscenze accumulate in funzione della capacità di apprendimento, della motivazione e dell'ambiente)
 - Intelligenza p.d. (capacità di indirizzare le premesse vs. un fine)

Disturbi dell'intelligenza

- Deterioramento mentale
 - Indebolimento delle funzioni intellettive (entro il 10-20%)
- Sindromi da deficit intellettivo
 - Oligofrenia (deficit dell'intelligenza per mancato sviluppo entro i 18 anni)
 - Demenza (decadimento dell'intelligenza successivo dopo i 18 anni)

Il colloquio psichiatrico

Modelli della relazione

Centrata sulla malattia

- *Obiettivo:* diagnosi e trattamento
- *Modello:* categoriale (segni e sintomi)
- *Struttura:* direttiva (paternalismo e passività paziente)
- *Intervento:* rassicurazione

Centrata sul paziente

- *Obiettivo:* diagnosi e trattamento (globale)
- *Modello:* dimensionale (individualizzato)
- *Struttura:* partecipativa (relazione interattiva reciproca)
- *Intervento:* centrato

Cosa è la comunicazione?

- È un processo circolare nel quale si inseriscono comportamenti verbali e non verbali delle persone che comunicano
- È influenzata da variabili sociali – culturali – contestuali
- È inevitabile per la trasmissione e la condivisione di atteggiamenti, pensieri, sentimenti, informazioni
- È irreversibile (“parola” non torna indietro)

Le regole d'oro della relazione comunicativa

- Saper ascoltare attivamente
- Saper essere empatici
- Saper aver rispetto
- Saper essere onesti

Ascolto attivo

- La concentrazione è sulla persona che sta di fronte, su quanto comunica a livello verbale e non verbale
- I messaggi (o gli indizi) che il paziente porta vengono colti e registrati
- La cornice dell'incontro (setting) deve essere in linea con l'ascoltatore (privatezza, luminosità, silenzio)

Empatia

- Sintonizzarsi con l'altro e con i significati che egli sta dando alla propria situazione “come se” fossero i propri mantenendo la consapevolezza della propria individualità
- Accogliere e rispecchiare le emozioni che l'altro ci porta
- Accettare quanto l'altro ci porta: dietro comportamenti o contenuti comunicativi vi sono emozioni o stati di sofferenza

Rispetto

- Ricordare sempre chi si ha di fronte
- Non dare giudizi o assumere atteggiamenti critici
- Incoraggiare nel processo comunicativo, senza pretendere di avere risposte a tutto e per tutti

Onestà

- Rispondere in maniera naturale e non pretendere di essere ciò che non siamo
- Riportare in maniera appropriata quanto pensiamo o proviamo
- Accertarsi che il linguaggio verbale e non verbale siano congrui
- Non stare sulla difensiva

Come valutare: cose da fare

- Focus sulla persona (ascolto attivo)
- Facilitazione
- Rispecchiamento
- Precisazione e chiarificazione
- Empatia e silenzio
- Formulare ipotesi e riassumere
- Domande aperte
 - domanda aperta generale
 - domanda aperta direttiva

Come valutare: cose da non fare

- Gergo medico
- Consigli e rassicurazioni precoci
- Minimizzazione
- Attenzione vs. aspetti secondari o dettagli
- Deragliamento
- Evitamento (blocking)
- Domande
 - Chiuse
 - Con risposta annessa
 - Multiple

Le fasi del colloquio

- Fase iniziale
 - Introdurre se stessi (e dare limiti temporali) (la "cornice")
 - Dare la parola al paziente
 - Non avere fretta
 - Mantenere contatto oculare
 - Non dare informazioni premature
- Fase intermedia (centrata su paziente)
 - Attenzione ai clues verbali e non verbali
 - Mantenere atteggiamento rilassato
 - Incoraggiare la persona a parlare
 - Non interrompere (paziente e contesto)

Le fasi del colloquio

- Fase intermedia (centrata su interazione)
 - Fare domande direttive e aperte vs. aree psico-sociali
 - Commentare in senso supportivo
- Fase pre-conclusiva (centrata su interazione)
 - Chiedere feed-back
 - Dare spiegazioni in maniera chiara e "negoziale"

Le fasi del colloquio

- Fase conclusiva (centrata su medico)
 - Fornire informazioni su intervento
 - Farmacologico
 - Comportamentale
 - Accertarsi che vi sia stata comprensione sulle informazioni date
 - Mantenere supporto
 - Definire follow-up
 - Ringraziare e salutare

Il problema della norma in psichiatria

- La norma riguarda le modalità tipiche e ripetute con cui un fenomeno si manifesta
- ICD-10 e DSM-IV concordano nel fatto che siano distintivi almeno 2 elementi
 - presenza di alterazione del “funzionamento” psicosociale
 - sofferenza (distress) soggettiva.

I problemi della nosografia

- Impossibilità a risolvere l'antinomia “normalità-anormalità”
 - Irriducibilità dell'esperienza umana
 - Difficoltà a misurare e quantificare i fenomeni (ad. es. emozioni)
 - Influenza di variabili multiple (educazione, cultura, variabili sociali etc.)
- Lo statuto scientifico
 - Psichiatria sia come scienza naturale sia come scienza umana (necessità di impiegare i metodi conoscitivi delle due scienze)
- Dilemma tra modello dimensionale (*ippocratico*) e categoriale (*platonico*)

Normalità - anormalità

- **Criteri quantitativi (sintomi)**
 - Numero
 - Intensità
- **Criteri qualitativi**
 - Caratteristiche qualitative
- **Criteri Temporal**
 - Frequenza
 - Durata
- **Interferenza sulla propria esistenza (dolore soggettivo)**

Ragioni della nosografia

- Conferire un ordine al concetto di “malattia mentale” (*il disagio psicosociale e non solo “follia”*)
- Favorire la comunicazione tra operatori (*piattaforma concettuale comune*)
- Aumentare la validità e l'attendibilità (*scelta del trattamento più corretto*)
- Mezzo per accedere in maniera più specifica alla sofferenza del paziente

La diagnosi

- Diagnosi: momento clinico irrinunciabile (la terapia e la prognosi discendono in lunga misura da essa) che si sviluppa in due fasi:
 - Semeiologia: rilievo e identificazione dei sintomi (dell'esperienza e del comportamento) e del loro raggruppamento in sindromi
 - Nosografia: identificazione della categoria che meglio si adatta a descrivere quanto colto dalla semeiologia

La diagnosi

- Diagnosi clinico-nosografica (o sindromica)
 - Approccio teso a dare riconoscere i sintomi e dare un “nome” al disturbo (o ai disturbi)
- Diagnosi globale
 - Approccio più articolato che identificando i sintomo li cala e li declina sulla base della storia individuale, dello sviluppo, della personalità, delle dinamiche interpersonali, dello stile di vita, dei fattori socio-familiari e del contesto di provenienza (culturale)

ICD-10: Categorie diagnostiche

- F00-F09 - Sindromi e disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici
- F10-F19 - Sindromi e disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive
- F20-F29 - Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti
- F30-F39 - Sindromi affettive
- F40-F48 - Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi

ICD-10: Categorie diagnostiche

- F50-F59 - Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici
- F60-F69 - Disturbi della personalità e nell'adulto
- F70-F79 - Ritardo mentale
- F80-F89 - Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico
- F90-F98 - Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

DSM-IV: un sistema multiassiale

- **Asse I:** Sindromi e disturbi clinici e Condizioni cliniche
- **Asse II:** Disturbi della Personalità e Ritardo Mentale
- **Asse III:** Disturbi fisici concomitanti
- **Asse IV:** Eventi stressanti a livello socio-ambientale
- **Asse V:** Global Assessment of Functioning (GAF) e
- **Appendice:** Meccanismi di difesa (DSM-IV-TR)

ASSE I: Disturbi Clinici

- Disturbi dell'infanzia, giovinezza o adolescenza (con l'esclusione del Ritardo Mentale)
- Delirium, Demenza, Altri Disturbi Mnesici e Cognitivi
- Disturbi mentali associati a condizioni fisiche generali
- Disturbi correlati ad abuso di sostanze
- Schizofrenia ed Altri Disturbi Psicotici
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi d'Ansia

ASSE I: Disturbi Clinici

- Disturbi Somatoformi
- Disturbi Fittizi
- Disturbi Dissociativi
- Disturbi dell'Identità Sessuale
- Disturbi dell'Alimentazione
- Disturbi del Sonno
- Disturbi del Controllo degli Impulsi NAS
- Disturbi d'Adattamento
- Altre condizioni sulle quali concentrare l'attenzione

ASSE II: D. della Personalità e Ritardo Mentale

- Cluster A
 - Disturbo paranoide
 - Disturbo schizoide
 - Disturbo schizotipico
- Cluster B
 - Disturbo antisociale
 - Disturbo borderline
 - Disturbo
- Cluster C
 - Disturbo evitante
 - Disturbo dipendente
 - Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo NAS
- Ritardo Mentale

ASSE III: Disturbi Somatici (ICD-9)

- Malattie Infettive e Parassitarie
- Neoplasie
- Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche e del Sistema Immunitario
- Malattie del Sangue e del Sistema Emopoietico
- Malattie del Sistema Nervoso e Organi di Senso
- Malattie del Sistema Cardiocircolatorio e Respiratorio

ASSE III: Disturbi Somatici (ICD-9)

- Malattie del Sistema Gastrointestinale
- Malattie del Sistema Genitourinario
- Complicanze della Gravidanza, Parto e Puerperio
- Malattie della Cute e Tessuti Sottocutanei
- Malattie del Sistema Muscoloscheletrico e dei Tessuti Connettivi
- Anomalie Congenite
- Traumi e avvelenamenti

ASSE IV: Problemi psicosociali

- Problemi con i gruppi di supporto primari
- Problemi correlati all'ambiente sociale
- Problemi scolastici
- Problemi occupazionali
- Problemi abitativi
- Problemi economici
- Problemi relativi all'accesso ai servizi sanitari
- Problemi correlati ai rapporti con la giustizia
- Altri problemi psicosociali e ambientali

Disturbi d'ansia

Ansia e disturbi d'ansia

- Ansia come continuum tra fisiologia e patologia (disturbo in senso stretto)
- Diverse costellazioni in cui l'ansia si esprime definendo entità sindromiche "specifiche"
- D. d'ansia come più frequente patologia nella popolazione generale e MG

Prevalenza dei D. d'Ansia

Disturbo	Prev. 1 mese	Prev. 6 mesi	Vita
D. Panico	0.5%	0.8%	1.6%
Fobie Specifiche	6.2%	7.7%	12.5%
Fobia Sociale	4.5%	7.9%	13.3%
GAD		3.1%	5.1%
DOC	1.3%	1.5%	2.5%
PSTD	in funzione dell'evento (20-40%)		

Classificazione dei disturbi d'ansia

- Disturbo da Attacchi di Panico
- Disturbi Fobici (specifico, sociale)
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo
- Disturbo Acuto da Stress
- Post-Traumatico da Stress
- Disturbo D'Ansia Generalizzato

D. Attacchi di Panico

- Presenza di 1) e 2):
 1. Attacchi di Panico inaspettati ricorrenti
 2. almeno uno degli attacchi è stato seguito da 1 mese (o più) di uno (o più) dei seguenti sintomi:
 - preoccupazione persistente di avere altri attacchi
 - preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco o delle sue conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire")
 - significativa alterazione del comportamento correlata agli attacchi.
- Con o senza Agorafobia

Attacco di Panico

- Un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente (picco in 10 minuti):
 - palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia
 - sudorazione
 - tremori fini o a grandi scosse
 - dispnea o senso di soffocamento
 - sensazione di asfissia
 - dolore o fastidio al petto
 - nausea o disturbi addominali
 - sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
 - parestesie
 - brividi o vampate di calore
 - derealizzazione (sensazione di irrealità)
 - depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi)
 - paura di perdere il controllo o di impazzire
 - paura di morire

Agorafobia

- Ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni (es. l'essere fuori casa da soli; l'essere in mezzo alla folla o in coda; l'essere su un ponte e il viaggiare in autobus, treno o automobile) dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un Attacco di Panico inaspettato o di sintomi tipo panico. I timori agorafobici riguardano tipicamente situazioni caratteristiche che includono

Nota Prendere in considerazione la diagnosi di Fobia Specifica se l'evitamento è limitato a una o solo a poche situazioni specifiche, o la Fobia Sociale se l'evitamento è limitato alle situazioni sociali.

Agorafobia

- Le situazioni vengono evitate (per es., gli spostamenti vengono ridotti) (condotta di evitamento)
- Le situazioni vengono sopportate con molto disagio o con l'ansia di avere un Attacco di Panico o sintomi tipo panico, attraverso la richiesta di presenza di una figura di riferimento (condotta di rassicurazione)

D. Fobici: Fobia Specifica

- Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).
- L'esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di Attacco di Panico situazionale o sensibile alla situazione.
- La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole.

D. Fobici: Fobia Specifica

- La situazione (le situazioni) fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.
- L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella situazione (situazioni) temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali, oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.
- Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.

D. Fobici: Fobia Sociale

- Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante.
- L'esposizione alla situazione temuta quasi invariabilmente provoca l'ansia, che può assumere le caratteristiche di un Attacco di Panico causato dalla situazione o sensibile alla situazione.

D. Fobici: Fobia Sociale

- La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole.
- Le situazioni temute sociali o prestazionali sono evitate o sopportate con intensa ansia o disagio.
- L'evitamento, l'ansia anticipatoria, o il disagio nella/e situazione/i sociale o prestazionale interferiscono significativamente con le abitudini normali della persona, con il funzionamento lavorativo (scolastico) o con le attività o relazioni sociali, oppure è presente marcato disagio per il fatto di avere la fobia.
- Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.

D. Ossessivo-compulsivo

- Ossessioni come definite da 1), 2), 3) e 4):
 1. pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati
 2. i pensieri, gli impulsi, o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale
 3. la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni
 4. la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'inserzione del pensiero).

D. Ossessivo-compulsivo

- Compulsioni come definite da 1) e 2):
 1. comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente
 2. i comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio, o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; comunque questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

Le forme del DOC

- Forme a tema di contaminazione
- Forme caratterizzato da controllo ripetuto
- Forma caratterizzato da precisione e meticolosità (slowness)

Disturbo Acuto da Stress

- A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:
- 1) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri
 - 2) la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

Disturbo Acuto da Stress

- B. Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:
- 1) sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale
 - 2) riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es., rimanere storditi)
 - 3) derealizzazione
 - 4) depersonalizzazione
 - 5) amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma).
- C. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback persistenti, o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico.

Disturbo Acuto da Stress

- D. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).
- E. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).
- F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
- G. Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane, e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.

D. Post-Traumatico da Stress

- La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
1. la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
 2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nota Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

D. Post-Traumatico da Stress

- L'evento traumatico viene rivissuto in uno (o più) dei seguenti modi:
1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento (immagini, pensieri, o percezioni).
 2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
 3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, flashback)
 4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano qualche aspetto dell'evento
 5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

D. Post-Traumatico da Stress

- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
 2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
 3. incapacità di ricordare aspetti del trauma
 4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative

D. Post-Traumatico da Stress

- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi :
- 5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
- 6. affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti)
- 7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D. Post-Traumatico da Stress

- Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
 1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
 2. irritabilità o scoppi di collera
 3. difficoltà a concentrarsi
 4. ipervigilanza
 5. esagerate risposte di allarme.
- La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

D. Ansia Generalizzata

- Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- La persona ha difficoltà nel controllare l'ansia.
- Ansia e preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).
 - irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
 - facile affaticabilità
 - difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
 - irritabilità
 - tensione muscolare
 - alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Disturbo d'Ansia dovuto a Condizione Medica

- A. Nel quadro clinico predominano ansia rilevante, Attacchi di Panico, o ossessioni o compulsioni.
- B. Vi è evidenza dalla anamnesi, dall'esame fisico, o dai dati di laboratorio, che il disturbo è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.
- C. L'alterazione non è meglio giustificata da un altro disturbo mentale (per es., un Disturbo dell'Adattamento con Ansia nel quale l'evento stressante è rappresentato da una grave condizione medica generale).

Disturbo d'Ansia dovuto a Condizione Medica

- D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium e E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.
- E. Specificare se: Con Ansia Generalizzata (ansia o preoccupazione eccessive riguardo ad una quantità di eventi o attività); Con Attacchi di Panico (Attacchi di Panico); Con Sintomi Ossessivo-Compulsivi (ossessioni o compulsioni)

Disturbo d'Ansia dovuto a Condizione Medica

- M. cardiovascolari (CHD, infarto, scompenso cardiaco, aritmie, patologie valvole cardiache)
- M. Respiratorie (asma, embolia polmonare, BPCO)
- M. Endocrino-Metaboliche (ipertiroidismo, feocromocitoma, ipoglicemia, iperparatiroidismo, M. Cushing, deficit Vit B12, alterazioni elettrolitiche)
- M. Neurologiche (m. cerebrovascolari, sclerosi multipla, encefalite, epilessia, Tourette syndrome)
- M. Sistemiche (patologie neoplastiche e s. paraneoplastiche, LES, infezioni sistemiche)

Disturbo D'Ansia Indotto da Sostanze

- A. Predominano nel quadro clinico ansia notevole, Attacchi di Panico, oppure ossessioni o compulsioni.
- B. Sono evidenti dalla anamnesi, dall'esame fisico, o dai dati di laboratorio gli elementi 1) o 2):
1. i sintomi di cui al Criterio A sono comparsi durante, o entro 1 mese, l'Intossicazione o l'Astinenza da Sostanze
 2. l'uso di un farmaco è eziologicamente correlato al disturbo

Disturbo D'Ansia Indotto da Sostanze

- Codificare Disturbo d'Ansia Indotto da ... [Sostanza Specifica] (F10.8 Alcool [291.8]; F15.8 Amfetamine [o Sostanze amfetaminosimili] [292.89]; F15.8 Caffaina [292.89]; F12.8 Cannabis [292.89]; F14.8 Cocaina [292.89]; F16.8 Allucinogeni [292.89]; F18.8 Inalanti [292.89]; F19.8 Fenciclidina [o sostanze fenciclidino-simili] [292.89]; F13.8 Sedativi, Ipnocici o Ansiolitici [292.89]; F19.8 Sostanze diverse [o sconosciute] [292.89]).
- Specificare se: Con Ansia Generalizzata; Con Attacchi di Panico; Con Sintomi Ossessivo-Compulsivi; Con Sintomi Fobici; Specificare se Con Esordio Durante l'Intossicazione o Con Esordio Durante l'Astinenza

Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze

Farmaci

Sostanze

- Anestetici - Analgesici
- F. cardiovascolari (antipertensivi, digitale, Ca-antagonisti)
- Steroidei e Antinfiamm. non steroidei
- Tiroidei
- Broncodilatatori
- Anticolinergici
- Estrogeni
- Antidepressivi (SSRIs, NARIs)
- Intossicazione da sostanze
 - sostanze da abuso: cocaina, amphetamine, marijuana, allucinogeni, nicotina, caffeina)
 - altre sostanze: teofillina, metalli pesanti)
- Astinenza da sostanze
 - alcool
 - oppioidi
 - sedativi-ipnotici)

Il male "oscuro"

Alcuni concetti

- **Affettività**
 - Emozioni: stati affettivi reattivi, intensi, acuti, a rapida insorgenza e rapido esaurimenti
 - Sentimenti: componenti nucleari dell'affettività, risonanza affettiva con cui vengono vissuti realtà, relazioni interpersonali, processi psicologici
 - Umore: come stato del sé in relazione al proprio ambiente, tonalità, colorito vitale che condiziona l'esistenza, temperamento basale o disposizione affettiva

...Che fatica vivere

Un uomo di 45 anni, G., viene inviato alla Clinica dal medico di famiglia perché da sempre "il paziente somatizza e tutti gli psicologi e neurologi da cui è andato non hanno concluso nulla". Al colloquio G. si presenta con ritardo, portando a giustificazione la difficoltà di parcheggio. È sposato da 20 anni, lavora con fatica come impiegato. Parla della propria frustrazione che dura da tempo, della mancanza di voglia di fare e del senso di inutilità delle cose. Tirare avanti verso obiettivi che non arrecano alcuna gioia è difficilissimo: meglio sarebbe non esserci più.

...Che fatica vivere

Però si va avanti, così, perché bisogna farlo, per i figli, per la moglie. Non certo per i genitori che gli hanno rovinato la vita, così come il principale al lavoro che sembra fare apposta a dargli un sacco di cose e a mettergli i bastoni tra le ruote, che se potesse lui si gli taglierebbe le gomme dell'auto. Momenti di benessere vero, di serenità interiore non ce ne sono da anni. Sì, qualche sprazzo ogni tanto, in un'altalena di su e giù, ma il grigiore è la tinta prevalente.

La malattia "morde"

Anna è una signora di 52 anni quando viene operata per carcinoma della mammella con intervento di mastectomia radicale. La paziente, casalinga, è sposata e ha un figlio di 32 anni, anch'egli sposato e residente a pochi metri dalla casa dei genitori. La signora effettua, successivamente, cicli di chemioterapia, riportando effetti collaterali numerosi che non le impediscono, comunque, di concludere, senza interruzioni, le terapie stabilite. A due anni dall'intervento compare un senso di malessere generale, caratterizzato da sentimenti di preoccupazione per il proprio aspetto fisico, temendo, la signora, di "non piacere più al marito".

La malattia "morde"

Contatta per questo un chirurgo plastico per essere aiutata, ma, poco dopo, inizia a lamentare astenia, perdita dell'appetito, sensazioni dolorose toraciche. Il medico di famiglia la invita a una rivalutazione oncologica, temendo una recidiva di malattia. La signora si chiude progressivamente in sé, perdendo interesse per quanto la circonda, abbandonando, nello spazio di alcune settimane ogni faccenda domestica, sentendosi disperata e senza futuro. La comparsa di insonnia, di uno stato di agitazione marcata, il continuo permanere del dolore, che è diventato "una punizione insostenibile", conducono ad un ricovero in oncologia.

La malattia "morde"

Ai medici la paziente riporta di voler essere mastectomizzata nuovamente, "che venga portato via subito tutto, anche il seno buono", poiché le sensazioni "strane sulla cicatrice ... come se tutto tirasse, come un cane che morde" sono insopportabili. Il pensiero della morte è frequente e la signora ha pensato seriamente a come sarebbe meglio farla finita. Il sostegno a livello familiare è scarso: il marito della signora è occupato in faccende lavorative tutto il giorno e alla sera va al bar. La figlia della signora, reduce da un ricovero in casa di cura psichiatrica per depressione grave, si è separata dal marito e vive in solitudine dall'altra parte della città.

Un po' di storia

● Epoca antica

- IV secolo A.C.: Ippocrate Aria, acqua, terra e fuoco, combinandosi tra loro, questi danno origine a quattro umori, che prendono il nome di bile gialla, bile nera, sangue e flegma, ognuno dei quali è dominante nei quattro tipi fondamentali dei temperamenti umani (rispettivamente: temperamento collerico, melanconico, sanguigno e flemmatico).
Ippocrate introduce il concetto di Melancolia (bile nera) (già in Sofocle, Melancholus, tossico, viene definito il sangue dell'Idra in cui Eracle intinge la punta delle frecce)

Un po' di storia

- I secolo D.C.: Areteo di Cappadocia si pone come antesignano nel problema dei disturbi dell'umore, segnalando l'esistenza di forme melancoliche, di forme opposte (mania/depressione) e di forme reattive dando importanza a variabili biologiche (bile nera), meteorologica (autunno) e psicologica (personalità)
- I-II secolo D.C.: Galeno valuta importanza fattori genetici e ambientali nella melancolia, riprendendo concetti Ippocratici

Un po' di storia

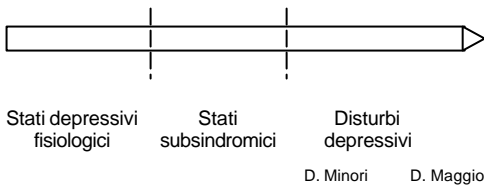
- Nel Medio Evo l'impostazione biologica cede il posto alla concezione spritualistica (conflitto tra bene e male, melancolia come risultato di desideri repressi) → necessità di
- XI-XVII secolo: Vesalio e Willis introducono il concetto di temperamento melanconico

Un po' di storia

- **Epoca moderna**
 - 1896-1913: Kraepelin definisce la psicosi maniaco-depressiva, le forme miste, la depressione involutiva
- **Epoca recente**
 - 1970: visione dicotomica con definizione di forme primarie e secondarie (scuola di St. Louis) o forme endogene e reattive
 - Anni '80:
 - Depressione su continuum e concetto di spettro depressivo secondo ottica biopsicosociale
 - Forme diverse di depressione in senso etiopatogenetico e clinico-prognostico

Il "continuum" depressivo

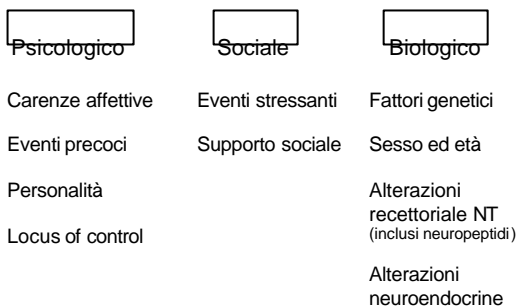
- Depressione come sintomo
- Depressione come sindrome
- Depressione come specifico disturbo



Le "diverse" depressioni

FORME ENDOGENE	FORME PSICOGENE	FORME ORGANICHE
Inizio indipendente da eventi	Inizio legato ad eventi stressanti	Inizio legato a cause organiche
Elevato tasso di ricadute (anche in senso maniacale)	Minor tasso di ricadute (mai maniacale)	In funzione della causa organica
Scarso insight	Insight presente	Scarso insight
Sintomi intensi e più duraturi	Sintomi più fluttuanti	Sintomi intensi ed atipici
Interruzione continuum esistenziale	Rallentamento continuum esistenziale	Continuum interrotto in funzione della malattia
Trattamento farmacologico	Psicoterapia	Terapia causa medica

Etiopatogenesi Il modello biopsicosociale



I sintomi del polo depressivo

- **Umore**
 - Tristezza
 - Diminuzione o perdita di interessi e delle capacità di provare piacere
 - Sentimenti di inutilità/colpa
 - Sentimenti di disperazione
 - Riduzione autostima
- **Volontà-motivazione**
 - Abulia, inerzia
 - Rallentamento, inibizione
 - Condotte di morte
- **Sintomi somatici**
 - Pianto
 - Rallentamento motorio
 - Riduzione della mimica
 - Disturbi dell'appetito
 - Disturbi del sonno
 - Disturbi della sfera sessuale
 - Astenia
 - Dolore, cefalea, s. somatici
- **Funzioni cognitive**
 - Pensieri di morte e suicidio
 - Diminuzione concentrazione
 - Disturbi memoria

La diagnosi di disturbo depressivo

FISIOLOGICA	DEMORALIZZAZIONE	DISTURBO
<ul style="list-style-type: none"> ● Visione negativa del futuro ● Sentimenti di tristezza ● Assenza di idee di colpa ● Assenza di idee di indegnità ● Idee suicidiarie (transitorie e come richiesta d'aiuto) ● Risposta all'aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> ● Visione negativa del presente e del futuro ● Sentimenti di tristezza ● Chiusura in sé ● Assenza di idee di indegnità ● Idee suicidiarie (transitorie e spesso come richiesta d'aiuto) ● Risposta ad aiuto specifico 	<ul style="list-style-type: none"> ● Visione negativa di sé, del passato e del presente ● Anedonia ● Idee di colpa e di indegnità ● Sentimenti di inutilità ● Idee di suicidio (rischio di suicidio) ● Senso di inaiutabilità ● Necessità intervento specialistico

Classificazione dei D. Depressivi

- **Forme maggiori**
 - Episodio singolo o ricorrente
 - Fase depressiva d. bipolare
- **Forme ad andamento prolungato**
 - Depressione cronica
 - Disturbo Distimico
- **Forme "secondarie"**
 - D. dell'Adattamento (ad eventi di vita)
 - D. Depressivi secondari a uso di sostanze o a condizione medica generale
- **Altre forme** (forma mista, subsindromica minore, ricorrente breve, mascherata)

Disturbi Depressivi Maggiori

D. Depressivo Maggiore

- Cinque (o più) sintomi depressivi sono stati presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.
- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.
- I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un medicamento) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).

I sintomi

1. umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso).
2. marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno
3. significativa perdita di peso o aumento di peso (> 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno.
4. insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
5. agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)

I sintomi

6. faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
7. sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato)
8. ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri)
9. pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Depressione Maggiore

- *Ad episodio singolo*: presenza di un Episodio Depressivo Maggiore
- *Ricorrente*: presenza di due o più Episodi Depressivi Maggiori (per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore).
 - Lieve
 - Moderato
 - Grave Senza Manifestazioni Psicotiche
 - Grave Con Manifestazioni Psicotiche
 - In Remissione Parziale / In Remissione Completa

Depressione ricorrente

- Un'elevata percentuale di d. depressivi maggiori tende a recidivare (ricorrenza)
 - 50-60% → II° episodio
 - 70% → III° episodio
 - 90% → IV° episodio
- Fattori favorenti
 - storia familiare di depressione
 - esordio precoce
 - numero episodi precedenti

Pattern di ricorrenza

- Probabilità generale di non-ricorrenza
 - 76% a 6 mesi, 63% a 1 anno, 25% a 5 anni
- Probabilità di ricorrenza più bassa per
 - profilassi (terapia di mantenimento)
 - anamnesi di < 3 episodi precedenti
 - nei 2 anni dopo 1° episodio rispetto a successivi episodi
- Episodi successivi tendono ad essere
 - più gravi
 - meno responsivi al trattamento

Disturbi ad andamento prolungato

Disturbo Distimico

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni per almeno 2 anni.
- Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi:
 1. scarso appetito o iperfagia
 2. insonnia o ipersonnia
 3. scarsa energia o astenia
 4. bassa autostima
 5. difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
 6. sentimenti di disperazione
- Ad esordio *precoce* (prima dei 21 anni) o *tardivo* (oltre i 21 anni)

Depressione cronica

- Durata episodio depressivo maggiore superiore a 2 anni
- Fattori favorenti
 - alta durata e gravità episodio (remissione nel 18% in paz. con episodio di 1 anno)
 - incompleta remissione inter-episodio
 - comorbidità Asse I (es. distimia) e Asse II
 - ricorrenza

Disturbi Depressivi secondari

Disturbo dell'Adattamento

- Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad uno o più fattori stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dell'insorgenza del fattore, o dei fattori stressanti.
- Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi come evidenziato da uno dei seguenti:
 1. marcato disagio che va al di là di quanto prevedibile in base all'esposizione al fattore stressante
 2. compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo (scolastico).
- I sintomi non corrispondono a un Lutto.
- Acuto (se l'alterazione dura per meno di 6 mesi) o Cronico (se l'alterazione dura per 6 mesi o più).

D. Depressivo secondario a uso di sostanze

- Domina il quadro clinico una alterazione dell'umore rilevante e persistente, caratterizzata da uno (o entrambi) i seguenti sintomi:
 - umore depresso o marcata riduzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività
 - umore elevato, espanso o irritabile.
- È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che:
 1. i sintomi sono insorti entro un mese da intossicazione o astinenza dalla sostanza
 2. l'uso del farmaco è eziologicamente correlato al disturbo.
- Specificare se ad Esordio Durante l'Intossicazione (se i sintomi insorgono durante la sindrome da intossicazione) o ad Esordio Durante l'Astinenza (se i sintomi insorgono durante, o poco dopo, una sindrome da astinenza).

Principali sostanze associate a depressione

- Cardiovascolari (*a-metildopa, propranololo, clonidina, digitale, prazosina*)
- Ormoni (*corticosteroidi, estroprogestinici*)
- Chemioterapici (*azatioprina, vinblastina*)
- Analgesici-Antinfiammatori (*indometacina, ibuprofen, fenilbutazone*)
- Antimicrobici (*ampicillina, streptomicina*)
- Altri (*cimetidina, metoclopramide, interferon*)
- Farmaci attivi su SNC (*Alcool / Amfetamine (o Sostanze Simili) / Cocaina / Allucinogeni / Inalanti / Oppiacei / Fenciclidina (o Sostanze Simili) / Sedativi, Ipnotici o Ansiolitici*)

D. Depressivi secondari a condizione medica

- Un'alterazione dell'umore rilevante e persistente predomina il quadro clinico, ed è caratterizzata da uno (o entrambi) dei seguenti:
 - umore depresso o riduzione marcata degli interessi o del piacere per tutte, o quasi tutte, le attività
 - umore elevato, espanso o irritabile.
- È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.
- L'alterazione non è meglio inquadrabile in un altro disturbo mentale (per es., Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso in risposta all'evento stressante rappresentato dall'essere affetti da una condizione medica generale).

Principali patologie organiche associate a depressione

- M. Endocrine (*diabete, ipo-iperparatiroidismo, ipo-ipertiroidismo, M. Addison*)
- M. cardiovascolari (*CAD, stroke*)
- M. Neoplastiche (*cerebrale, pancreas, polmone*)
- M. Infettive (*HIV, encefalite, epatite*)
- M. neurologiche (*S. multipla, M. Parkinson, Demenza*)
- M. Sistemiche (*LES, artrite reumatoide*)

Prevalenza dei D. Depressivi

Disturbo	Prev. 12 mesi	Vita
Dep. Maggiore	3-10%	4-16%
D. Bipolare		1-2%
D. Distimico		3-6%
D. Adattamento *	20%	35-40%

*in funzione dell'evento

Conseguenze generali dei disturbi depressivi

- **Rischio di suicidio**
- **Alterazioni relazioni interpersonali**
- **Maggior rischio di comorbidità medica**
- **Conseguenze economiche**
 - Disabilità e perdita giornate lavorative
 - Maggior numero ricoveri
 - Maggior degenza ospedaliera

Disturbi Somatoformi

L'ipocondria

- Preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una malattia grave, basata sulla erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto.
- La preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.
- La convinzione non risulta di intensità delirante e non è limitata a una preoccupazione circoscritta all'aspetto fisico (v. Disturbo di Dismorfismo Corporeo).
- La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- La durata della alterazione è di almeno 6 mesi.
Specificare "Con Scarso Insight" se, per la maggior parte del tempo durante l'episodio in atto, la persona non è in grado di riconoscere che la preoccupazione di avere una malattia grave è eccessiva o irragionevole.

La somatizzazione

- Una storia di molteplici lamentele fisiche, cominciata prima dei 30 anni, che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni, e che conducono alla ricerca di trattamento o portano a significative menomazioni nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- Sono riscontrabili singoli sintomi che compaiono in qualche momento nel corso del disturbo
- Dopo le appropriate indagini, ciascuno dei sintomi del Criterio B non può essere esaurientemente spiegato con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, o un medicinale);
- Quando vi è una condizione medica generale collegata, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne deriva risultano sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia,

I sintomi nella somatizzazione

- Quattro sintomi dolorosi: una storia di dolore riferita ad almeno quattro localizzazioni o funzioni (per es. testa, addome, schiena, articolazioni, arti, torace, retto, dolori mestruali, dolore nel rapporto sessuale o durante la minzione);
- Due sintomi gastro-intestinali: una storia di almeno due sintomi gastro-intestinali in aggiunta al dolore (per es. nausea, meteorismo, vomito al di fuori della gravidanza, diarrea, oppure intolleranza a numerosi cibi diversi);

I sintomi nella somatizzazione

3. Un sintomo sessuale: una storia di almeno un sintomo sessuale o riproduttivo in aggiunta al dolore (per es. indifferenza sessuale, disfunzioni dell'erezione o della eiaculazione, cicli mestruali irregolari, eccessivo sanguinamento mestruale, vomito durante la gravidanza);
4. Un sintomo pseudo-neurologico: una storia di almeno un sintomo o deficit che fa pensare ad una condizione neurologica non limitata al dolore (sintomi di conversione, come alterazioni della coordinazione o dell'equilibrio, paralisi o ipostenia localizzate, difficoltà a deglutire o nodo alla gola, mancamenti, afonia, ritenzione urinaria, allucinazioni, perdita della sensibilità tattile o dolorifica, diplopia, cecità, sordità, convulsioni, sintomi dissociativi come amnesia, oppure perdita di coscienza con modalità diverse dai mancamenti).

Il disturbo algico

- A. Il dolore in uno o più distretti anatomici rappresenta l'elemento principale del quadro clinico, ed è di gravità sufficiente per giustificare attenzione clinica.
 - B. Il dolore causa malessere clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree.
 - C. Si valuta che qualche fattore psicologico abbia un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore.
- Specificare il tipo:
 - Disturbo Algico Associato con Fattori Psicologici [307.80]: si giudica che qualche fattore psicologico abbia il ruolo principale nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore
 - Disturbo Algico Associato con Fattori Psicologici e con una Condizione Medica Generale [307.89]: si valuta che sia i fattori psicologici, sia una condizione medica generale, abbiano ruoli importanti nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore.

Dolore cronico

- Prevalenza generale dolore cronico
15% 25-45% lifetime dolore
- Diverse espressioni
 - low back pain
 - artromialgia
 - s. algico-disfunzionale temporo-mandibolare
 - altre manifestazioni algiche (ad es. burning mouth syndrome)

Feinmann e Harrison, 199

La somatizzazione come cronicità

- Input periferico costante e continuativo
- Sintomi di sofferenza nel tempo
 - incrementati nonostante i trattamenti
 - ridotti o invariati a seguito di trattamenti diversi effettuati da terapeuti diversi
- Sintomi psicologici (ansia, irritabilità, preoccupazione, polarizzazione sul sintomo, demoralizzazione, depressione)
- Deterioramento relazioni sociali

La conversione

- A. Uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale.
- B. Si valuta che qualche fattore psicologico sia associato col sintomo o col deficit, in quanto l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit è preceduto da qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante.
- C. Il sintomo o deficit non può, dopo le appropriate indagini, essere pienamente spiegato con una condizione medica generale, o con gli effetti diretti di una sostanza, o con una esperienza o comportamento culturalmente determinati.

La conversione

- D. Il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, oppure richiede attenzione medica.
- Codificare tipo di sintomo o deficit: Con Sintomi o Deficit Motori; Con Attacchi Epilettiformi o Convulsioni; Con Sintomi o Deficit Sensitivi; Con Sintomatologia Mista.

D. da dismorfismo corporeo

- A. Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l'importanza che la persona le dà è di gran lunga eccessiva.
- B. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- C. La preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardante la forma e le misure corporee nella Anoressia Nervosa)

Schizofrenie

Epidemiologia

- Epidemiologia (malattia ubiquitaria)
 - Tasso di Incidenza → 0.11-0.7 ‰
 - Tasso di Prevalenza → 0.9-15 ‰
- Età di insorgenza
 - Adolescenza e prima giovinezza (18-25 anni)
 - Forme tardive (40 anni)

L'approccio Kraepeliniano

- 1893: E. Kraepelin:
 - conia il termine di *dementia praecox* come sindrome endogena che colpisce soggetti in giovane età, porta ad indebolimento psichico (*Verblödung*)
 - La sindrome è nettamente distinta dalla *frenosi maniaco-depressiva*

La "nascita" della schizofrenia

- 1911: E. Bleuler
 - Identifica perdita della coesione strutturale delle funzioni psichiche – dissociazione (*Spaltung*)
 - Rifiuta concetto evolutivo di Kraepelin e conia il termine schizofrenia ("Il gruppo delle schizofrenie")
 - Definisce il quadro sintomatologico
 - *Sintomi fondamentali* (le 5 A): perdita nessi Associativi, Appiattimento Affettivo, Autismo, Avolia, Ambivalenza
 - *Sintomi accessori*: deliri, allucinazioni, variazioni umore, catatonia

L'approccio di Schneider

- 1959: Kurt Schneider
 - Sintomi di *primo rango*
 - Eco del pensiero
 - Inserzione, diffusione e furto del pensiero
 - Voci (discorsi) e voci che commentano gli atti
 - Percezione delirante
 - Passività somatica e percezione di controllo della volontà
 - Sintomi di *secondo rango*
 - Altri disturbi psicosensoriali
 - Intuizioni deliranti
 - Perplessità
 - Appiattimento affettivo

I Research Diagnostic Criteria

- 1. Almeno 2 dei seguenti sintomi (non durante periodo di uso di droghe o di alcolici o di sospensione di alcolici):
 - a. diffusione, inserimento o furto del pensiero
 - b. deliri di influenzamento o altri deliri bizzarri
 - c. deliri differenti dal persecutorio o di gelosia per almeno 1 mese di durata
 - d. deliri di qualsiasi tipo accompagnati da allucinazioni per almeno 1 settimana
 - e. allucinazioni uditive in cui una voce commenta costantemente l'operato del paziente

I Research Diagnostic Criteria

- f. allucinazioni uditive non affettive dirette al paziente
- g. allucinazioni di qualsiasi tipo per tutto il giorno per alcuni giorni o, se intermittenti, per almeno 1 mese
- h. chiare evidenze di disturbo formale del pensiero, accompagnate da affettività inadeguata, deliri, allucinazioni o comportamento grossolanamente disorganizzato

I Research Diagnostic Criteria

- 2. Almeno uno dei seguenti sintomi
 - a. periodo di malattia durato per almeno 2 settimane e caratterizzato da un esordio chiaramente identificabile rispetto ad un periodo precedente
 - b. il soggetto ha avuto un precedente periodo di malattia della durata di almeno 2 settimane i cui sintomi corrispondevano a quelli sopra specificati. Attualmente si evidenziano sintomi residuali.
- 3. In nessun momento della fase attiva della malattia i sintomi rispondono a quelli della malattia maniaco-depressiva.

I “Tipi” di Crow

- 1980: T.J. Crow
 - **Tipo I**
 - Prevalenza di sintomi della serie “positiva” (allucinazioni, deliri)
 - Maggiormente legata ad alterazioni DA
 - Maggior responsività ai farmaci e migliore prognosi
 - **Tipo II**
 - Prevalenza sintomi della serie “negativa” (alogia, avolia, anedonia, appiattimento affettivo)
 - Maggiormente implicate lesioni strutturali cerebrali
 - Minor responsività ai farmaci e peggior prognosi

Le “dimensioni” di Andreasen

- 1995: N. Andreasen
 1. *Dimensione Psicotica* (allucinazioni, deliri, furto del pensiero, trasmissione del pensiero etc.)
 2. *Dimensione Disorganizzata* (disturbi formali del pensiero e del linguaggio, disorganizzazione del comportamento, inadeguatezza affettiva)
 3. *Dimensione Negativa* (alogia, anedonia, appiattimento affettivo, avolizione, disturbi dell'attenzione)

Le fasi della malattia

- Fase prodromica (periodo iniziale)
 - Graduale ritiro in sé, impoverimento relazioni sociali, riduzione performance, sentimenti di diversità, comportamenti strani e bizzarri, marcata ansia da frammentazione, vissuti di depersonalizzazione. È in questa fase che è rintracciabile quell'atmosfera predelirante (*Wahnstimmung*) che è il campo di preparazione per i sintomi più tipici della fase florida

La fase di stato

- Fase di stato (conclamata, florida)
 - *Percezione delirante*, come percezione reale in cui viene attribuito senza motivo comprensibile un significato abnorme, sentito come qualcosa di importante, penetrante, come un messaggio cui inerisce il senso dell'autoriferimento
 - *Intuizione delirante (Wahneinfall)*, come idea improvvisa, illuminazione che si estrinseca in tutta la sua potenza e chiarezza rispetto ad un tema delirante

La fase degli esiti

- Fase depressiva post-psicotica
- Fase residuale
 - Simili a sintomi fase prodromica (maggiori l'appiattimento affettivo e il ritiro sociale)
- Fase di evoluzione cronica e disorganizzazione

Il DSM-IV-TR: i criteri diagnostici

- A. *Sintomi caratteristici*: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo):
 1. deliri
 2. allucinazioni (specie uditive, voci dialoganti) e pseudo-allucinazioni
 3. eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)
 4. comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
 5. sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia

Il DSM-IV-TR: i criteri diagnostici

- B. *Disfunzione sociale/lavorativa*: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).

Il DSM-IV-TR: i criteri diagnostici

- C. *Durata*: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomiprodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

Il DSM-IV-TR: i criteri diagnostici

- D. *Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore*: il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché: (1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; (2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo

II DSM-IV-TR: i criteri diagnostici

- E. *Esclusione di sostanze e di una condizione medica generale*: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.
- F. *Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo*: se c'è una storia di Disturbo Autistico o di altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo).

II DSM-IV-TR: Decorso

- Episodico Con Sintomi Residui Intercritici (gli episodi sono definiti dalla ricomparsa di sintomi psicotici rilevanti); *specificare anche se*: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico
- Continuo (sintomi psicotici rilevanti sono presenti per tutto il periodo di osservazione); *specificare anche se*: Con Sintomi Negativi Rilevanti

II DSM-IV-TR: Decorso

- Episodio Singolo in Remissione Parziale; *specificare anche se*: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodio Singolo in Remissione Completa
- Modalità Diversa o Non Specificata
- Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva

Contenuto del pensiero: delirio

- Di persecuzione
- Di riferimento (autoriferimento di ogni evento della realtà)
- Di controllo (inserzione del pensiero, controllo del corpo)
- Di influenzamento (ad es., radiazioni)
- Di trasformazione corporea
- Erotico, Mistico, Megalomanico (primario), Somatico,

Forma del pensiero: eloquio

- Perdita nessi associativi (perdita sequenza logica fino a incomprendibilità messaggio → insalata di parole; associazioni di parole per assonanze o somiglianza semantica, Neologismi)
- Deragliamento (passaggio incongruo da un argomento a un altro)
- Tangenzialità (risposte oblique, non correlate a domande)

Comportamento motorio

- Stereotipie (ripetizione afinalistica di gesti, posizioni, atteggiamenti, espressioni verbali)
- Manierismi (comportamenti artificiali, goffi, esagerati e innaturali)
- Negativismo (resistenza agli stimoli esterni, rifiuto di eseguire ordini o esecuzione contraria)
- Arresto psicomotorio (catatonìa, flexibilitas cerea)
- Automatismi (ecolalìa, ecoprassia, ecomimia)
- Agitazione (crisi pantoclatiche)

Le varianti cliniche

- Tipo Paranoide
 - Esordio più tardivo, deliri sistematizzati, allucinazioni uditive, prognosi migliore
- Tipo Disorganizzato (o ebefrenico)
 - Disorganizzazione pensiero e linguaggio, appiattimento affettivo
- Tipo Catatonico
 - Disturbi psicomotori (ecolalia, ecoprassia, arresto motorio, negativismo, stereotipie, mutacismo)
- Tipo Indifferenziato
- Tipo Residuo
 - Sintomi residuali in assenza di sintomi floridi

Ipotesi etiopatogenetiche

- Genetica (rischio 10 volte superiore)
 - Concordezza tra gemelli monozigoti (60-70%)
 - Studi di adozione
- Neurobiologia
 - Alterazione della migrazione neuronale
 - Alterazioni strutturali della corteccia prefrontale (“ipofrontalità”) e giro del cingolo

Ipotesi etiopatogenetiche

- Alterazioni neurotrasmettitoriali
 - Ridotta attività vie dopaminergiche mesocorticali e iperattività serotoninergica
 - Iperattività dopaminergica mesolimbica
- Fattori relazionali ambientali
 - Povertà relazionali precoci
- Fattori psicologici

Prognosi

- Prognosi favorevole
 - Esordio acuto, tardivo, associato ad eventi stressanti, negatività storia premorbose, prevalenza sintomi positivi, buon sistema di supporto e bassa EE
- Prognosi sfavorevole
 - Esordio precoce, insidioso, prevalenza sintomi negativi, cattiva storia premorbose, assenza fattori precipitanti, recidive multiple, scarso sistema di supporto e alta EE

EE = Emotività Espressa (Ipercoinvolgimento, Critica, Ostilità) (Leff)

Altri disturbi psicotici

Disturbo Schizofreniforme

- Un tipo di Schizofrenia in cui risultano soddisfatti i criteri seguenti:
- A. Risultano soddisfatti i criteri A, D, ed E della Schizofrenia
- B. Un episodio del disturbo (inclusa la fase prodromica, attiva e residua) dura almeno un mese ma meno di sei mesi. (Quando la diagnosi deve essere fatta senza attendere il recupero, dovrebbe essere qualificata come “Provvisoria”.)

Disturbo Schizofreniforme

- Senza Segni Prognostici Favorevoli
- Con Segni Prognostici Favorevoli: come evidenziato da due (o più) delle seguenti condizioni:
 - 1) insorgenza di sintomi psicotici rilevanti entro 4 settimane dalla prima modificazione apprezzabile del comportamento o del funzionamento usuali
 - 2) confusione o perplessità al culmine dell'episodio psicotico
 - 3) buon funzionamento sociale e occupazionale premorboso
 - 4) assenza di ottundimento o appiattimento dell'affettività

Disturbo schizoaffettivo

- A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale, in qualche momento, si manifesta un Episodio Depressivo Maggiore, un Episodio Maniacale, oppure un Episodio Misto in concomitanza a sintomi che soddisfano il Criterio A per la Schizofrenia.
- Nota L'episodio Depressivo Maggiore deve includere il Criterio A1: umore depresso.
- B. Durante lo stesso periodo di malattia, si sono manifestati deliri o allucinazioni per almeno 2 settimane in assenza di rilevanti sintomi dell'umore.

Disturbo schizoaffettivo

- C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio di alterazione dell'umore sono presenti per una considerevole parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- D. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.
 - Tipo Bipolare: se il disturbo include un Episodio Maniacale o Misto (o un Episodio Maniacale o un Episodio Misto ed Episodi Depressivi Maggiori)
 - Tipo Depressivo: se il disturbo include soltanto Episodi Depressivi Maggiori

Disturbo Psicotico Breve

- A. Presenza di uno (o più) dei sintomi seguenti:
 - 1) deliri
 - 2) allucinazioni
 - 3) eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)
 - 4) comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
- Nota Non includere un sintomo che rappresenti una modalità di risposta culturalmente sancita.
- B. La durata di un episodio del disturbo è di almeno un giorno, ma meno di un mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso.

Disturbo Psicotico Breve

- C. Il disturbo non è meglio giustificato da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, da un Disturbo Schizoaffettivo, o da Schizofrenia, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco), o a una condizione medica generale.
 - Con Rilevante(i) Fattore(i) di Stress (psicosi reattiva breve): se i sintomi ricorrono poco dopo, e apparentemente in risposta, a eventi che, singolarmente o insieme, provocherebbero significativi segni di sofferenza nella maggior parte delle persone in simili circostanze e culture.
 - Senza Rilevante(i) Fattore(i) di Stress: se i sintomi non ricorrono subito dopo, o non sono apparentemente in risposta a eventi che, singolarmente o insieme, provocherebbero significativi segni di sofferenza nella maggior parte delle persone in simili circostanze e culture.
 - Con Insorgenza nel Postpartum: se l'insorgenza avviene entro 4 settimane dal parto.

Disturbo psicotico condiviso

- A. Un delirio si sviluppa in un soggetto in un contesto di relazione stretta con un'altra (o più) persona (persone), con già un delirio in atto.
- B. Il delirio è simile nel contenuto a quello della persona che ha già il delirio in atto.
- C. Il disturbo non è meglio giustificato da un altro Disturbo Psicotico (per es., Schizofrenia) o da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.

Disturbi deliranti

- A. Deliri non bizzarri (cioè, concernenti situazioni che ricorrono nella vita reale, come essere inseguito, avvelenato, infettato, amato a distanza, tradito dal coniuge o dall'amante, o di avere una malattia) che durano almeno un mese.
- B. Il Criterio A per la Schizofrenia, non è risultato soddisfatto.
- Nota Nel Disturbo Delirante possono essere presenti allucinazioni tattili o olfattive se sono correlate al tema delirante.
- C. Il funzionamento, a parte per quanto consegue al (ai) delirio (i), non risulta compromesso in modo rilevante, e il comportamento non è eccessivamente stravagante o bizzarro.

Disturbi deliranti

- D. Se gli episodi di alterazione dell'umore si sono verificati in concomitanza ai deliri, la loro durata totale è stata breve relativamente alla durata dei periodi deliranti.
- E. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco), o a una condizione medica generale.

Sottotipi di disturbo delirante

- Tipo Erotomanico: convinzione delirante che un'altra persona, generalmente di rango superiore, sia innamorata del soggetto.
- Tipo di Grandezza: convinzione delirante del soggetto di avere un esagerato valore, potere, conoscenze, o una speciale identità, o una speciale relazione con una divinità o con una persona famosa.
- Tipo di Gelosia: convinzione delirante del soggetto che il proprio partner sessuale sia infedele.
- Tipo di Persecuzione: convinzione delirante del soggetto di essere in qualche modo trattato male (lui stesso o qualche persona intima).
- Tipo Somatico: convinzione delirante del soggetto di avere un qualche difetto fisico o malattia.
- Tipo Misto: convinzioni deliranti caratteristiche di più di uno dei tipi sopra menzionati, ma senza prevalenza di alcun tema.
- Tipo Non Specificato.

Disturbi Dissociativi

Disturbi Dissociativi

- A. La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione dell'ambiente. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche. Sono compresi i disturbi seguenti:
1. Amnesia Dissociativa, che è caratterizzata dalla incapacità di rievocare importanti notizie personali, che è usualmente di natura traumatica e stressogena, e che risulta troppo estesa per essere spiegata con una normale tendenza a dimenticare;

Disturbi Dissociativi

2. Fuga Dissociativa, che è caratterizzata dall'allontanamento improvviso e inaspettato da casa o dall'abituale posto di lavoro, accompagnato dalla incapacità di ricordare il proprio passato e da confusione circa la propria identità personale, oppure dalla assunzione di una nuova identità;
3. Disturbo Dissociativo dell'Identità (precedentemente Disturbo da Personalità Multipla), che è caratterizzato dalla presenza di due o più distinte identità o stati di personalità che in modo ricorrente assumono il controllo del comportamento del soggetto, accompagnato da una incapacità di ricordare importanti notizie personali che è troppo estesa per essere spiegata con una normale tendenza a dimenticare;

Disturbi Dissociativi

4. Disturbo di Depersonalizzazione, che è caratterizzato dal sentimento persistente o ricorrente di essere staccato dal proprio corpo o dai propri processi mentali, mentre rimane intatto il test di realtà;
 5. Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato, che è stato incluso per registrare i disturbi in cui la manifestazione principale è un sintomo dissociativo, ma che non soddisfano i criteri per nessun Disturbo Dissociativo Specifico.
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

Amnesia Dissociativa

- A. La manifestazione principale consiste in uno o più episodi di incapacità a ricordare dati personali importanti, di solito di natura traumatica o stressogena, che risulta troppo estesa per essere spiegata come banale tendenza a dimenticare.
- B. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di Disturbo Dissociativo dell'Identità, Fuga Dissociativa, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo Acuto da Stress o Disturbo di Somatizzazione, e non è dovuta all'effetto fisiologico diretto di una sostanza (per es. una droga di abuso, o un medicinale), oppure a una condizione medica generale o neurologica (per es. Disturbo Amnestico Dovuto a Trauma Cranico).

Fuga dissociativa

- A. La manifestazione predominante è rappresentata dall'allontanamento inaspettato da casa o dall'abituale posto di lavoro, con incapacità di ricordare il proprio passato.
- B. Confusione circa l'identità personale oppure assunzione di una nuova identità (parziale o completa).
- C. L'alterazione non si manifesta esclusivamente in corso di Disturbo Dissociativo dell'Identità, e non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, o un medicinale), oppure a una condizione medica generale (per es. epilessia del lobo temporale).

Disturbo da Personalità Multipla

- A. Presenza di due o più identità o stati di personalità distinti (ciascuno con i suoi modi relativamente costanti di percepire, di relazionarsi, e di pensare nei confronti di se stesso e dell'ambiente).
- B. Almeno due di queste identità o stati di personalità assumono in modo ricorrente il controllo del comportamento della persona.
- C. L'incapacità di ricordare importanti notizie personali è troppo estesa per essere spiegata con una banale tendenza alla dimenticanza.
- D. L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. black-out o comportamenti caotici in corso di Intossicazione Alcolica) o a una condizione medica generale (per es. epilessia parziale complessa).

Disturbo da Depersonalizzazione

- A. Esperienza persistente o ricorrente di sentirsi distaccato o di sentirsi un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo (per es. sentirsi come in un sogno).
- B. Durante l'esperienza di depersonalizzazione il test di realtà rimane intatto.
- C. La depersonalizzazione causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

Disturbo da Depersonalizzazione

- D. L'esperienza di depersonalizzazione non si manifesta esclusivamente nel corso di un altro disturbo mentale, come Schizofrenia, Disturbo di Panico, Disturbo Acuto da Stress, oppure un altro Disturbo Dissociativo, e non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso o un medicinale), oppure a una condizione medica generale (per es. epilessia del lobo temporale).

Delirium

Nosografia attuale (DSM-IV-TR)

- Delirium dovuto a condizione medica generale
- Delirium legato ad intossicazione da sostanze
- Delirium da astinenza da sostanze
- Delirium dovuto a eziologie molteplici
- Delirium NAS

Delirium secondario a condizione medica generale

- A. Alterazione della coscienza (cioè, riduzione della lucidità della percezione dell'ambiente), con ridotta capacità di focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione.
- B. Una modificazione cognitiva (quale deficit di memoria, disorientamento, alterazioni del linguaggio), o lo sviluppo di una alterazione percettiva che non risulta meglio giustificata da una preesistente demenza, stabilizzata o in evoluzione.

Delirium secondario a condizione medica generale

- C. L'alterazione si sviluppa in un breve periodo di tempo (generalmente di ore o giorni), e tende a presentare fluttuazioni giornaliere.
 - D. Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio che il disturbo è causato dalle conseguenze fisiologiche dirette di una condizione medica generale.
- Nota: Codificare la patologia medica in questione (Asse III)

Delirium indotto da sostanze

- D. Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio di una delle due condizioni seguenti:
 - 1) i sintomi del Criterio A e B si sono sviluppati durante una Intossicazione da Sostanze;
 - 2) l'uso di farmaci è correlato eziologicamente al disturbo

Delirium indotto da sostanze

Nota: La diagnosi dovrebbe essere registrata come Delirium Indotto da Sostanze se correlata all'uso di farmaci. Questa diagnosi dovrebbe essere fatta al posto di una diagnosi di Intossicazione da Sostanze solo quando i sintomi cognitivi sono più intensi di quelli solitamente associati alla sindrome da intossicazione, e quando i sintomi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente. F10.03 Alcol [291.0]; F15.03 Amfetamine (o Sostanze Simili alle Amfetamine) [292.81]; F12.03 Cannabis [292.81]; F14.03 Cocaina [292.81]; F16.03 Allucinogeni [292.81]; F18.03 Inalanti [292.81]; F11.03 Oppiacei [292.81]; F19.03 Fenciclidina (o Sostanze Simili alla Fenciclidina [292.81]); F13.03 Sedativi, Ipnocici, o Ansiolitici [292.81]; F19.03 Sostanza Diversa (o Sconosciuta) [292.81] (per es., cimetidina, digitale, benzotropina).

Delirium da astinenza da sostanze

- D. Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio che i sintomi dei criteri A e B si sono sviluppati durante, o poco dopo, una sindrome da astinenza (sviluppo di una sindrome sostanza-specifica conseguente alla cessazione o riduzione dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato).

Nota: La diagnosi dovrebbe essere effettuata invece di Sindrome da Astinenza da Sostanze quando i sintomi cognitivi sono più intensi di quelli solitamente associati alla sindrome da astinenza e sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente. Codificare la sostanza F10.03 Alcool [291.0]; F13.03 Sedativi, Ipnotici, o Ansiolitici [292.81]; F19.03 Sostanza Diversa (o Sconosciuta) [292.81]

Delirium secondario a eziologie multiple

- D. Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio che il delirium ha più di una eziologia (per es., più di una condizione medica generale eziologica, una condizione medica generale più un'Intossicazione da Sostanze o effetti collaterali da farmaci).

Nota: Per la codificazione usare più codici per indicare lo specifico delirium e le specifiche eziologie, per es., F05.0 Delirium Dovuto a Encefalite Virale [293.0]; F10.4 Delirium da Astinenza Alcoolica [293.0].

ICD-10

- A. Compromissione della coscienza e dell'attenzione (in un continuum dall'ottundimento al coma; ridotta capacità di dirigere, concentrare, mantenere e spostare l'attenzione)
- B. Disturbo globale delle funzioni cognitive (distorsioni percettive, illusioni e allucinazioni di solito visive; compromissione del pensiero astratto e della comprensione, con o senza deliria transitori ma tipicamente con un certo grado di incoerenza; compromissione della rievocazione immediata e della memoria remota; disorientamento rispetto al tempo e, nei casi più gravi, rispetto allo spazio e alla persona).

ICD-10

- C. Disturbi psicomotori (ipo- o iperattività con imprevedibile passaggio dall'una all'altra; tempi di reazione prolungati; flusso verbale aumentato o diminuito; reazione d'allarme accentuata).
- D. Disturbi del ritmo sonno-veglia (insonnia o nei casi più gravi, perdita completa del sonno o inversione del ciclo sonno veglia; sonnolenza diurna; peggioramento notturno dei sintomi; sogni disturbanti o incubi che possono prolungarsi dopo il risveglio).

ICD-10

- E. Disturbi emozionali, per esempio depressione, ansia o paura, irritabilità, euforia, apatia, perplessità ansiosa.

L'esordio è di solito rapido, il decorso quotidianamente fluttuante e la durata totale della sindrome al di sotto dei sei mesi. Il quadro clinico sopra descritto è così caratteristico che una diagnosi di delirium abbastanza attendibile può essere posta anche se la causa sottostante non è chiaramente stabilita. In aggiunta ad una storia di malattia cerebrale o somatica sottostante, l'evidenza di una disfunzione cerebrale (per esempio un EEG anormale che mostra di solito, ma non in ogni caso, un rallentamento dell'attività di base) può essere richiesta se la diagnosi è in dubbio.

Principali farmaci associati a delirium

- Anticolinergici (NL, TCA, antiParkinson, antistaminici, antispastici)
- Anticonvulsivanti (barbiturici, fenitoina, ac. Valproico)
- Antinfiammatori (cortisonici, indometacina, fenilbutazone, naproxen)
- Antineoplastici (5-fluorouracile)
- Analgesici (oppioidi, salicilati)
- Antibiotici (antivirali, antifungini, chinoloni)
- Sedativi e ipnotici (barbiturici, BDZ)
- Cardiovascolari (β -bloccanti, propranololo, clonidina, lidocaina)
- Altri (cimetidina, teofillina)

Fenomenologia clinica

● Presentazione

- Fase prodromica (alcune ore – 2-3 giorni)
- Fase di stato (7-10 giorni)
- Fase evolutiva
 - Remissione completa (4-40%)
 - Residui cognitivi (incluso delirio residuo) o ritorno a condizione precedente (es. demenza)
 - Irreversibilità e morte

● Caratteristiche cliniche (Lipowski)

- Forme iperattive – Forme ipoattive – Forme miste
- | | | |
|--------|--------|--------|
| 30-40% | 15-20% | 35-40% |
|--------|--------|--------|

Fenomenologia clinica

- Alterazione coscienza e arousal
- Attenzione: distraibilità, perseverazione
- Orientamento: tempo, spazio, persone
- Disturbi cognitivi : memoria ritenzione e a breve termine, calcolo
- Disturbi ritmo sonno-veglia
- Disturbi del pensiero: delirio
- Disturbi della percezione: illusioni, allucinazioni
- Disturbi affettività: angoscia, riduzione tono umore
- Altre funzioni:
 - Linguaggio : impoverito, parole passe-par-tout, misnaming, paranoie
 - Scrittura (abilità motorie, prassiche, visuospatiali, linguistiche and cinestetiche): disgrafie, reduplicazioni lettere, errori sintassi, errori di spelling
 - Comportamento motorio: agitazione, rallentamento, comportamenti

Epidemiologia del delirium

- 10-30% in pazienti ricoverati in Ospedale Generale
 - 15-50% ICU
 - 13-100% Post-operatorio (es. cardiocirurgia)
 - 10-40% Geriatria
 - 25% Oncologia
 - 30-40% AIDS
 - 70-80% Fase terminale di malattia
- Sottostima del fenomeno in Ospedale Generale

Sottotipi clinici

- Withdrawal deliria
 - Alcool (DT)
 - gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and gamma-butyrolactone
 - Tabacco
 - Inotici-sedativi (triazolam, alprazolam, valeriana)

Popolazioni a maggior rischio

- Anziani
- Delirium post-operatorio
 - Ortopedia (anziano)
 - Post-cardiotomia
- Pazienti con patologia psichiatrica severa
- Pazienti con patologia medica grave (ad es. cancro, AIDS)

Fattori predisponenti

- Età anziana
- Interventi chirurgici (post-cardiotomia)
- Ustioni
- Disfunzioni cognitive precedenti
- Astinenza da sostanze
- Infezione da HIV (AIDS)
- Gravi patologie somatiche (cancro)

Psicogeriatría

Disturbi psichiatrici nell'anziano

- Disturbi demenziali
- Disturbi depressivi
- Delirium
- Disturbi d'ansia

Demenze

- Degenerative (es. M. di Alzheimer)
 - 50-70% delle demenze
 - esordio presenile (50-60 aa) o senile (> 65 aa)
- Vascolari (Demenza multi-infartuale)
- Infiammatorie (es. HIV, sclerosi multipla)
- Tossiche (es. etilismo)
- Traumatiche (es. pugilistica)
- Altre (es. neoplasia, malformazioni)

Demenze

- Sintomi principali (di intensità *lieve, moderata o grave*)
 - deficit della memoria a breve e lungo termine
 - deficit del pensiero astratto e della critica
 - disturbi del linguaggio, della prassia e del riconoscimento
- Altri sintomi (disturbi della personalità, dell'affettività, dell'attenzione, dell'orientamento)

Demenza

- Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti:
- 1) deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite)

Demenza

- 2) una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive:
 - a) afasia (disturbo del linguaggio)
 - b) aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità della funzione motoria)
 - c) agnosia (incapacità a riconoscere o a identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale)
 - d) disturbo delle funzioni esecutive (cioè, pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre)

Demenza

- B. Ciascuno dei deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 causa una menomazione significativa del funzionamento sociale o lavorativo, e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.

Demenza di Alzheimer

- C. Il decorso è caratterizzato da insorgenza graduale e declino continuo delle facoltà cognitive.
- D. I deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 non sono dovuti ad alcuno dei seguenti fattori:
 - 1) altre condizioni del sistema nervoso centrale che causano deficit progressivi della memoria e delle facoltà cognitive (per es., malattia cerebrovascolare, malattia di Parkinson, malattia di Huntington, ematoma sottodurale, idrocefalo normoteso, tumore cerebrale)
 - 2) affezioni sistemiche che sono riconosciute come causa di demenza (per es., ipotiroidismo, deficienza di vitamina B12 o acido folico, deficienza di niacina, ipercalcemia, neurosifilide, infezione HIV)
 - 3) affezioni indotte da sostanze.

Demenza vascolare

- C. Segni e sintomi neurologici focali (per es., accentuazione dei riflessi tendinei profondi, risposta estensoria plantare, paralisi pseudobulbare, anomalie della deambulazione, debolezza di un arto) o segni di laboratorio indicativi di malattia cerebrovascolare (per es., infarti multipli che interessano la corteccia e la sostanza bianca sottostante) che si ritengono eziologicamente correlati al disturbo.

Demenze

- Principale causa di disabilità nell'anziano, caratterizzata da compromissione delle funzioni superiori e sociali
- Alta prevalenza (5-8% a 65 aa, 30% a 80 e 50% a 90)
- Inizio in genere insidioso e progressivo o "a scalini"