
Salute/Malattia

Definizione dell'OMS

- "La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità" (1946).
 - Se è richiesto uno stato totale di benessere, forse virtualmente tutti ne siamo esclusi.
-

La malattia può essere definita
come una variazione della
«Norma»

Ma esistono molti concetti diversi di
«Norma»

1) NORMA STATISTICA

- Discrimina la patologia dalla normalità sulla base della frequenza con cui un comportamento, tratto o caratteristica è presente in una determinata popolazione
 - Esempi di comportamenti poco frequenti:
 - Passare la maggior parte della giornata a piangere o al contrario in un'euforia smisurata
 - Dormire spesso dodici ore oppure un'ora per notte
 - Basta questo per ritenerli potenzialmente patologici?
 - **Metodo:** confronto tra la singola osservazione in oggetto e un campione definito di riferimento di cui sono note determinate proprietà, descritte in genere numericamente
 - **Strumenti:** QI, MMPI, ecc.
-

Limiti

1. Difficoltà a effettuare misurazioni realmente precise e attendibili dei fenomeni in causa in psicopatologia
 2. Scarsa capacità predittiva e di aiuto alla decisione nel singolo caso:
 - esempio Q.I = 69.9
 3. Relatività transculturale e storica di molti fenomeni.
-

2) NORMA BIOLOGICA

- Si riferisce alla “*normalità*” di funzionamento di strutture biologiche che caratterizzano la vita di un organismo
 - **Metodo:** studio di parametri di funzionalità di sistemi od organi, che vengono descritti nella loro attività e poi osservati nelle loro relazioni con altri sistemi od organi
 - Importanza fondamentale in biologia e in medicina
 - Può coincidere, ma non necessariamente, con la norma statistica
 - Differenza: è una *norma* che non si limita a “descrivere” una variabile e la sua distribuzione ma ne valuta la regolarità funzionale, dipendente da un’attività integrata di più sistemi fisiologici sottostanti.
-

Parametro funzionale (adattativo)

- Possono essere normali varie condizioni *anormali statisticamente, ma “normali” biologicamente* poiché compatibili con la vita, o addirittura più adattative in determinate condizioni:
 - tachicardia di compenso nell’anemia
 - iperconcentrazione delle urine nei climi caldi
 - adattamento metabolico e cardiovascolare alle altitudini
 - “cuore d’atleta”, ecc.

Concezione “organicistica”

- E' alla base del modello “organicistico” di malattia
 - Definizione in termini **fisici**: le malattie mentali sono le malattie del **cervello** (Griesinger, 1845)
 - Il funzionamento dei processi psichici normali deve corrispondere al funzionamento biologico normale dell'organo corrispondente: il cervello e altri parametri di funzionamento dell'organismo
-

Limitazione per i disturbi psichici

- La sua applicabilità in psichiatria è limitata, per
 - problemi di conoscenza, tecnici, e perché
 - il criterio di un'esatta separazione tra normalità e patologia su base biologica è molto meno semplice del previsto
 - Si adatta ai disturbi mentali organici e può includere l'area della subnormalità mentale
 - E' meno agevole l'inclusione delle psicosi funzionali e delle nevrosi
 - I disturbi di personalità verrebbero del tutto esclusi.
-

3) DEVIANZA DELLA CONDOTTA SOCIALE

- Introdotto in ambito psichiatrico da Scheff nel 1960
 - Ha avuto molto seguito soprattutto nella psichiatria e psicologia ad orientamento sociale negli anni '60 e '70, che ha radici nell'approccio umanitario dell'assistenza ai malati mentali fin dal XVIII secolo.
 - Molti punti di contatto con il criterio della norma statistica: il termine stesso “devianza” è un termine tecnico in statistica
 - Ma il suo oggetto specifico è la *devianza della persona come soggetto sociale*
-

Limiti

- Varie manifestazioni di disturbo o malattia mentale si presentano con comportamenti o fenomeni di diversità sociale
 - Ma la devianza sociale da sola non contrassegna la psicopatologia
 - Caratterizzare la follia come devianza sociale è riduttivo:
 - rischio di confondere una blanda stravaganza o la disabilità sociale con la malattia
 - chiusura in una visione unidimensionale, sociogenetica, del nascere e dello scorrere della malattia, dimensioni importanti ma non uniche
-

4) FUNZIONALITÀ PSICOSOCIALE E LAVORATIVA

- Jaspers: «La capacità lavorativa e la volontà di lavorare vengono gravemente colpite dalle malattie psichiche. La curva di lavoro è una misura della capacità di prestazione individuale. La terapia del lavoro è una via per rendere più benigno il decorso delle manifestazioni psichiche morbose»
 - Criterio esterno all'individuo, non è né strettamente psicologico né biologico
 - I 2 più importanti sistemi nosografici standardizzati (DSM e ICD) fondano su di esso il confine del “disturbo” rispetto alla “normalità”
-

Limiti

- Questo criterio da solo non è sufficiente:
 - La complessità del lavoro varia da società a società
 - Le circostanze storiche possono mutare
 - una ridotta capacità di rapporto con altri e sul lavoro può accompagnare varie condizioni “normali” (per necessità o per scelta)
 - Può essere un parametro utile, un parametro integrato, la risultante di altri criteri
-

5) MATURAZIONE E SVILUPPO PSICHICO

- **Modello psicot dinamico-psicoanalitico:** la normalità psichica e del comportamento è “raggiunta” attraverso fasi successive di sviluppo psico-sessuale e relazionale
 - Altri ambiti in psicologia e in psichiatria:
 - sia a livello biologico (neurobiologia dello sviluppo e neuropsichiatria infantile)
 - sia nell’approccio cognitivo e sociale
-

6) IL VISSUTO E LA SOFFERENZA SOGGETTIVI

- Jaspers: «Per il malato il punto di partenza è una sofferenza, sia una sofferenza nella sua propria esistenza, sia una sofferenza per una cosa sentita come estranea, che irrompe nella sua vita»
 - “**egosintonico**”: condizioni in cui una caratteristica, modalità o comportamento di probabile rilievo psicopatologico è però ben vissuto dal soggetto
 - contrapposto ad “**egodistonico**”
-

4 manifestazioni

- a) uno stato di *sofferenza* soggettiva, anche se non spontaneamente riferita dalla persona a livello verbale
 - b) una riduzione o perdita della *libertà* sui propri pensieri e sulle proprie azioni
 - c) una alterazione del proprio *progetto* di esistenza e della capacità stessa di progettare il futuro
 - d) una alterazione, riduzione o annullamento della *volontà*
-

Limiti

- Alcune patologie psichiatriche rappresentano palesi eccezioni: la **mania**, per esempio
 - La rilevazione della sofferenza può essere **nascosta** all'altro e a sé
 - Condizioni di sofferenza rientrano in molte circostanze della vita **normale**
 - Non si può stabilire automaticamente l'esistenza di un disturbo di rilevanza psicopatologica sulla base della semplice presenza di uno stato di sofferenza psichica
 - Devono essere soddisfatti alcuni altri criteri
 - Deve essere valutato il significato di tale sofferenza per l'individuo all'interno del suo sistema di valori
-

Limiti

1. **estrapolazione all'ambito umano** di dati osservati in campo animale: vari modelli sperimentali animali impiegati in laboratorio nel campo delle neuroscienze come paradigmi di disturbi psichiatrici:
 - ❑ learned helplessness,
 - ❑ comportamenti aggressivi, compulsivi
 2. criterio molto **conservatore**, in senso sia clinico che politico, poco adatto e rispondente ad una visione sociale o socialmente orientata dell'uomo e della complessità della vita e delle relazioni umane
-

La malattia ha implicazioni legali

- Le circostanze che determinano una malattia possono meritare un risarcimento
 - Il comportamento che deriva da una malattia può esitare in una riduzione della pena
 - La malattia mentale è una condizione che può giustificare la reclusione forzata in ospedale
 - I malati mentali che compiono dei reati sono trattati dalla legge in modo diverso dagli altri criminali
-

Esquirol (1838)

- **Monomania:** alterazione parziale e reversibile della ragione
 - Il soggetto compie improvvisamente e inaspettatamente atti violenti ed efferati, compatibili con le convinzioni del suo stato alterato
 - Dopo aver compiuto l'atto ritorna in sé e dimentica ciò che ha fatto
-

Regola di McNaughton (1846)

- “Per stabilire una difesa sulla base di insania, deve essere chiaramente provato che nel momento in cui ha commesso l’atto, l’accusato stava agendo in difetto di ragione, per malattia di mente, così da non conoscere la natura e la qualità dell’atto che stava facendo o, se la conosceva, non sapeva che stava facendo qualcosa di sbagliato.”
-

Natura socio-politica

- La Regola fu istituita su basi politiche: Daniel McNaughton era uno scozzese che aveva commesso un omicidio per motivi ideologici
 - Fu trasferito dalle autorità britanniche dalla prigione di Newgate all'ospedale di Bethlam per impedirgli di testimoniare in pubblico
 - I giudizi su quali atti sono intenzionali e quali non lo sono, sono fatti dalla società, in ultima analisi dai giudici e dalle giurie dei tribunali, non dai medici, psicologi, scienziati, o individui isolati.
-

Il colloquio psichiatrico serve
per fare la diagnosi di un
disturbo mentale

Alcune Definizioni

- **NOSOLOGIA:** studio dei disturbi psichici
 - **NOSOGRAFIA:** descrizione dei disturbi psichici
 - **CLASSIFICAZIONE:** organizzazione dei molteplici disturbi psichici riconosciuti in un elenco più o meno strutturato secondo un ordine gerarchico
 - **DIAGNOSI:** “conoscenza delle differenze” tra i disturbi e attribuzione di un disturbo specifico ad un determinato paziente
-

SINTOMO

Disturbo **soggettivo** di varia natura, vissuto dal paziente ed espresso talvolta come **lamentela**, al quale può corrispondere o no un **segno** rilevabile obiettivamente

SEGNO

Alterazione emotiva, cognitiva o comportamentale rilevabile **obiettivamente** mediante l'esame **clinico** o **strumentale** e al quale può corrispondere o no un **disagio soggettivo**

SINDROME

Insieme di **sintomi** e di **segni** che si presentano associati in una **costellazione** definita con una frequenza statisticamente e clinicamente **significativa**

MALATTIA

Insieme di **sintomi** e di **segni** che si presentano associati in una **costellazione** definita con una frequenza statisticamente e clinicamente significativa, dei quali è noto il meccanismo **eziopatogenetico** e **fisiopatologico**



Esame clinico in medicina

Si fonda sulla percezione visiva

- La percezione visiva è il fondamento della clinica:
 - Fonda e delimita gli oggetti da conoscere
 - Instaura una pratica che evita il linguaggio
 - Il posto della «iconografia», dell' «imaging», continua a crescere con il progresso tecnologico
 - Passa in secondo piano il contatto diretto
 - Con il corpo del malato
 - Con il suo discorso
-

Applicazione nella clinica psichiatrica

- Tests, scale di comportamento, questionari e interviste, ecc.
 - I quadri clinici fanno riferimento a modelli spaziali più che temporali
 - Presa di distanza e assenza di contatto, di coinvolgimento: lo psichiatra è un testimone neutro
 - Come l'occhio freddo di una telecamere che registra passivamente
-

Fare la diagnosi implica comunque una riduzione

- Si utilizzano i dati raccolti, mettendo da parte l'esperienza soggettiva del medico
 - La diagnosi è una approssimazione, un orientamento rispetto alla nosografia, la cui pertinenza è relativa
 - Questa riduzione è temperata da note che sottolineano le particolarità individuali, sociali, culturali, biografiche, ecc.
 - Riferimenti a personaggi storici, letterari, casi clinici celebri, ecc.
-

Insieme di riduzioni

- Si esamina il corpo nella sua anatomia, senza tener conto degli aspetti espressivi
 - Si considerano solo i tratti che distinguono il corpo del paziente da quello normale:
 - Un segno ha valore semeiologico solo in rapporto alla normalità
 - Il valore della glicemia, di per sé, non è un segno, ma lo diventa quando supera la soglia ritenuta “normale”
-

Normalità e malattia

- Ciò che si considera normale dipende dallo sviluppo del sapere medico:
 - Finché non si ha un'idea precisa della morfologia e della fisiologia dell'organismo, non si possono identificare i segni di malattia
-

Limiti del sapere medico in psichiatria: insufficienza del criterio eziopatogenetico

Necessità di estendere l'esame clinico
ad una grande varietà di fattori: lo
sguardo clinico non basta

Esame clinico globale

- L'esame clinico non si basa su una riduzione preliminare
 - Si estende alla totalità del comportamento verbale e non verbale
 - Questo campo non ha limiti precisi, né una "scala normale" di riferimento
 - I tratti che riteniamo sono significativi in funzione della tradizione clinica a cui ci ispiriamo
-

Relazione clinica

- L'esame clinico si situa all'interno del contatto verbale e non verbale tra il clinico e il paziente
 - I segni non nascono all'interno di questa relazione, ma non si manifestano che in essa
-

La psicoanalisi introduce una
nuova dimensione nell'esame
clinico

ascolto

Comunicazione: racconto ed emozioni

- Non si tratta di reperire segni caratteristici
 - Osservazione di processi mentali che si manifestano
 - Nel discorso e nel linguaggio di un soggetto e
 - Nella comunicazione con lui
 - Gli elementi pertinenti non sono le idee e i comportamenti, ma il dire:
 - i modi di comunicazione o non comunicazione
 - le emozioni e le evocazioni mentali
 - le particolarità del racconto
-

Schema di colloquio psichiatrico
finalizzato all'esame psichico e
alla diagnosi

Anamnesi

1. **Motivo della visita**
 2. **Disturbo attuale: sintomi e cronologia**
 3. **Storia medica precedente**
 - I. **Fisica**
 - II. **Psichiatrica**
 4. **Storia familiare: padre, madre, fratelli, altri parenti, atmosfera in casa**
-

Storia Personale

5. Storia personale

- I. **Gravidanza**
 - II. **Infanzia**
 - III. **Adolescenza**
 - IV. **Educazione scolastica**
 - V. **Educazione superiore**
 - VI. **Lavoro e servizio militare**
 - VII. **Storia sessuale, pubertà, maturazione**
 - VIII. **Storia matrimoniale**
 - IX. **Figli**
-

Dati Sociali e Personalità premorboza

6. **Dati sociali**

- I. **Situazione di vita: lavoro attuale, occupazione, problemi finanziari, rapporti**
- II. **Crimini, delinquenza**
- III. **Alcool, droga, tabacco**
- IV. **Gruppi di appartenenza sociali e religiosi**

7. **Personalità premorboza**

Stato Mentale

8) **Stato mentale**

- I. **Aspetto e comportamento**
 - II. **Eloquio e ideazione**
 - III. **Umore: obiettivo, soggettivo e nel rapporto**
 - IV. **Pensieri e convinzioni: fobie, ossessioni e compulsioni, idee suicidarie**
 - V. **Esperienze e percezioni**
-

Esperienze e Percezioni

v. **Esperienze e percezioni**

- a) **Dell'ambiente (allucinazioni, illusioni, derealizzazione)**
 - b) **Del corpo (ipocondriasi, allucinazioni somatiche)**
 - c) **Del sé (depersonalizzazione, passività del pensiero)**
-

Stato cognitivo e Insight

- vii. Stato cognitivo: orientamento, attenzione, concentrazione e memoria**
 - viii. Insight**
-

Formulazione

9. Formulazione

- I. **Descrizione della persona e dei suoi problemi**
 - II. **Diagnosi e diagnosi differenziale**
 - III. **Evidenze per la diagnosi**
 - IV. **Fattori eziologici**
 - V. **Prognosi**
 - VI. **Trattamento**
-

Empatia

- L'empatia è la capacità di **immedesimarsi** nella condizione di un'altra persona e di **sentire** se stesso nella situazione del paziente.
 - Se quel primo evento fosse capitato a me personalmente e in tutte le circostanze del paziente, il secondo evento, che rappresenta la **reazione** del paziente al primo, si sarebbe ragionevolmente verificato?
 - In questo modo **comprendo** i sentimenti che attribuisco al paziente in termini di **azioni** che **derivano** da questi **sentimenti**: se io fossi il paziente con la sua storia, avrei le stesse esperienze e mi comporterei alla stessa maniera?
-

Esempio di Empatia

- Come posso decidere se un paziente è depresso o no?:
 - Io sono in grado di sentirmi infelice, miserabile, depresso e so com'è questo sentimento dentro di me.
 - Se io mi sentissi come mi appare il paziente, come parla, come agisce e così via, io mi sentirei infelice, miserabile, depresso.
 - Quindi io valuto che l'umore del paziente sia quello della depressione.
-

Come si utilizza in pratica?

- Serve per **comprendere** l'esperienza soggettiva e privata del paziente, usando quelle caratteristiche umane che ho in comune con lui: la mia capacità di percepire e di usare il **linguaggio**, che condivido con lui.
 - Posso cercare di **creare nella mia mente** qualcosa che sia **simile alla sua esperienza**, chiedendogli di confermare o rifiutare la mia descrizione. Uso anche la mia **osservazione** del suo comportamento: l'espressione triste del suo viso o il battere il pugno sul tavolo, per ricostruire la sua esperienza.
 - Per fare ciò, occorre porre domande appropriate, pertinenti e consapevoli; ripetendo le frasi e insistendo quando è necessario fino ad acquisire sicurezza di avere ben compreso ciò che il paziente sta descrivendo.
-

Distinguere Forma e Contenuto

FORMA	CONTENUTO
La forma di un'esperienza psichica è la descrizione della sua struttura in termini fenomenologici	Il contenuto è ciò che dà colore all'esperienza psichica
Esempio: un delirio	Esempio: Il paziente è preoccupato perché crede che la gente gli porti via i soldi.

Distinguere Forma e Contenuto

FORMA	CONTENUTO
La forma dipende dal tipo di malattia mentale di cui il paziente soffre, e per questo è di significato diagnostico	La natura del contenuto è irrilevante per fare la diagnosi

FORMA	CONTENUTO
<p>Una percezione delirante si verifica nella schizofrenia, e quando viene dimostrata come forma dell'esperienza indica questa condizione.</p>	<p>Il contenuto può essere compreso nei termini della situazione di vita del paziente, rispetto alla sua cultura, appartenenza di gruppo, stato, grado di sofisticazione, età, sesso, eventi di vita e collocazione geografica</p>
<p>Il riscontro di un'allucinazione visiva suggerisce la probabilità di una sindrome psico-organica</p>	<p>Un altro paziente si descrive come spedito sulla luna e ritornato durante la notte, quindici giorni dopo il primo viaggio dell'uomo sulla luna</p>

L'ipocondria è un disturbo del contenuto

La forma può essere varia.

- Può assumere la forma di un'**allucinazione uditiva** in cui il paziente sente una voce che dice: "Hai un cancro".
 - Può essere un **delirio**, in cui egli crede in modo falso e con evidenza delirante di avere un cancro. Si può trattare di un'**idea dominante**, per cui passa la maggior parte del suo tempo a controllare il proprio stato di salute temendo di essere ammalato.
 - Può essere espressione di un'**alterazione affettiva** che si manifesta in un'estrema ansia ipocondriaca o in una depressione ipocondriaca.
-

Forma e contenuto di una gelosia morbosa

FORMA	CONTENUTO
<p>La forma potrebbe essere allucinatoria, delirante, di idea dominante, comportamento compulsivo o pensiero ossessivo</p>	<p>la gelosia morbosa è un disturbo del contenuto, che può essere comprensibile nei termini della situazione di vita del paziente</p>

**DOMANDA: "Lei mi dice che i suoi pensieri cambiano.
Cosa succede?"**

**RISPOSTA: una descrizione di pensieri ricorrenti
di uccidere qualcuno,
e questo comincia da un dolore allo stomaco.**

DOMANDA: (cercando di **isolare** gli **elementi**
dell'**esperienza** del paziente)

"Com'è il suo pensiero di uccidere qualcuno?
(ossessione, delirio, fantasia, impulso ecc.)

"Pensa che il suo stomaco
condiziona i suoi pensieri?";

"È differente dalla condizione di una persona che sa
che diventa irritabile quando ha fame?";

"In che modo ne differisce?";

"Qual è la causa del suo mal di stomaco?"; ecc.

RISPOSTA: descrive i particolari, che includeranno, insieme a materiale irrilevante il tipo di informazioni di cui ho bisogno per determinare i sintomi presenti.

DOMANDA: (l'invito all'empatia): "Ho capito bene che ci sono dei raggi che le causano il dolore allo stomaco, e che lo stomaco in modo del tutto indipendente da lei le provoca questi pensieri che la spaventano, e cioè che lei deve uccidere qualcuno con un coltello?"
Questo è un resoconto dei sintomi rilevanti che il paziente ha descritto con un linguaggio che egli stesso è in grado di riconoscere.

RISPOSTA: “Sì”
abbiamo raggiunto
il nostro scopo

RISPOSTA: “No”
riprovare ancora ad
evidenziare i sintomi,
cercando di immaginarveli
in me e descrivendoli
di nuovo a lui

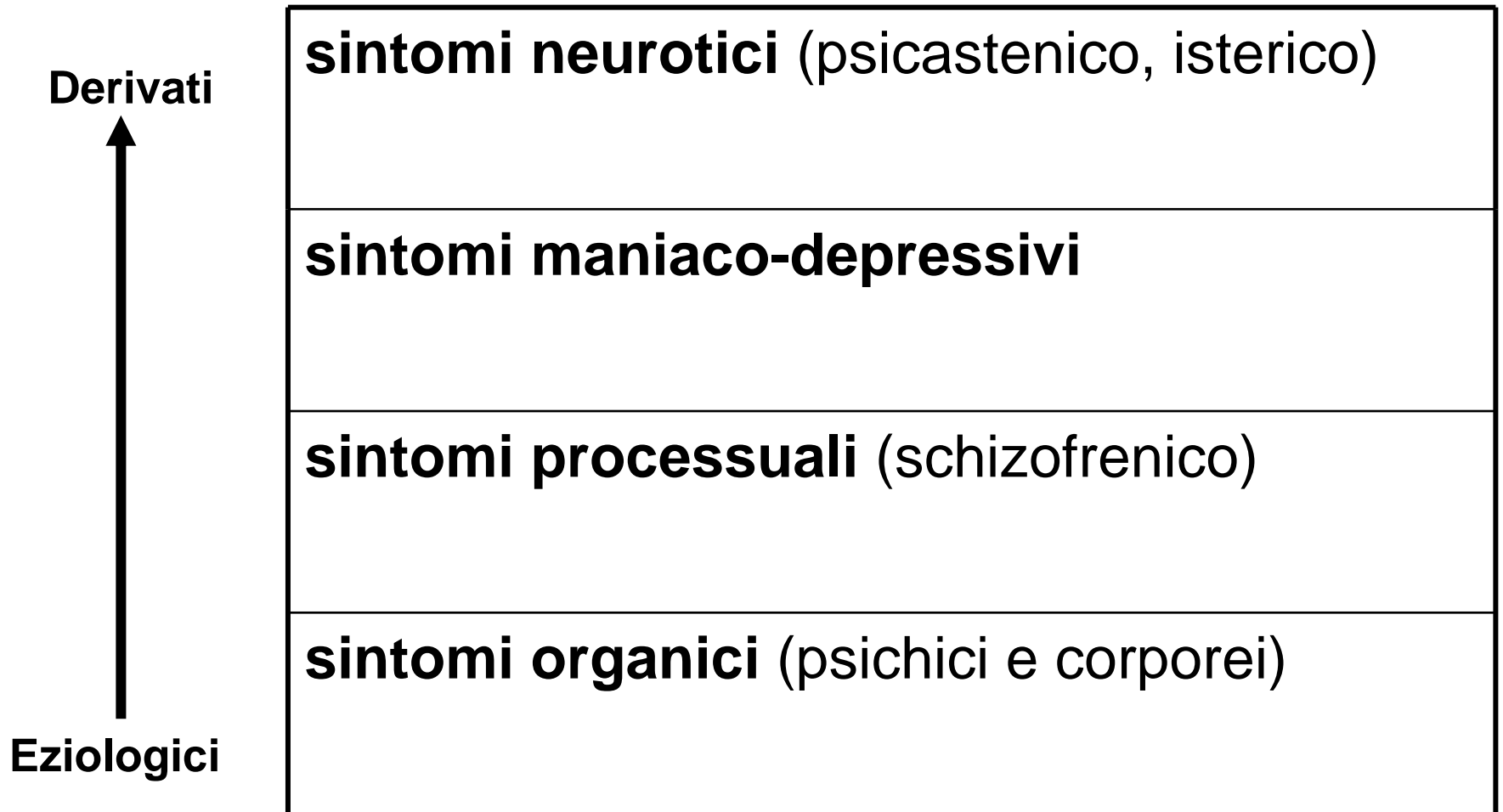
Modelli gerarchici

Basati sull'utilizzo di criteri di organizzazione delle entità cliniche

Esempi di modelli gerarchici

- “psichiatria morale”: riconduceva tutti i disturbi mentali ad un’alterazione primaria della “ragione”, la quale produceva un gran numero di sintomi psichici e comportamentali attribuibili al discontrollo delle “passioni” che ne risultava.
 - “psichiatria organicistica”: ricerca di segni e sintomi che potessero essere definiti come “primari”, nel senso di derivare in linea quasi “diretta”, senza mediazioni varie, dalla lesione che si ipotizzava fosse l’espressione dell’agente eziopatogenetico.
 - L’organizzazione gerarchica dell’entità clinica veniva così edificata a partire dalla distinzione dei sintomi in primari e secondari.
-

Sovrapposizione di gruppi morbosi in piani



La causa organica è primaria

- La causa **organica** è primaria: “assume il comando” di tutto il quadro clinico e lo determina nelle sue varie manifestazioni psicologiche, emotive e comportamentali
 - Può produrre sintomi simili a quelli che si osservano anche in quadri clinici nei quali non sussiste o non è stata dimostrata una tale causalità
 - Per questo motivo, viene attribuita la priorità diagnostica al disturbo organico:
 - la sintomatologia di ordine “superiore” potrebbe essere un “artefatto”, prodotto dalla causa organica, e quindi non costituisce un quadro clinico autonomo e distinto.
-

Criteri gerarchici in nosografia

- Il criterio **gerarchico** è sopravvissuto in tutti i sistemi di classificazione delle malattie mentali fino a pochi decenni fa, applicando le “linee guida” enunciate da Jaspers:
 - la presenza di alcuni sintomi psicotici di natura particolare è indicativa di **schizofrenia** ma
 - se si riscontra una eziologia organica accertata, si deve orientare la diagnosi verso una delle molteplici sindromi psico-organiche
 - La diagnosi di schizofrenia, a sua volta, esclude che si riscontri la presenza contemporanea di un insieme sintomatico completo di una categoria diagnostica “superiore”, di tipo **depressivo** o **ansioso**

Esempio di Classificazione Catoriale Gerarchica

Più Grave



- **DISTURBI ORGANICI**
 - Sindromi organiche acute
 - Sindrome organica cronica (Demenza)
 - Sindrome dismnestica
- **SCHIZOFRENIA**
 - Disturbi schizoaffettivi
 - Stati paranoidi
- **DISTURBI AFFETTIVI**
 - Mania
 - Disturbi depressivi
- **NEVROSI**
 - Nevrosi d'ansia
 - Isteria
 - Nevrosi fobica
 - Nevrosi ossessiva
 - Nevrosi depressiva
- **DISTURBI DI PERSONALITA'**
- **ALTRI DISTURBI**
 - Disfunzioni e deviazioni sessuali
 - Dipendenza da alcool e droghe
 - Sindromi varie
 - Fattori psicologici associati a condizioni mediche
- **RITARDO MENTALE**
- **DISTURBI SPECIFICI DELL'INFANZIA**

PSICOSI

**NEVROSI E
SIMILI**

**DISTURBI ESORDIO
INFANTILE**

Meno Grave

Crisi dei criteri gerarchici

- Un gran numero di ricerche epidemiologiche ha dimostrato la grande frequenza con cui nella clinica si riscontra la **coesistenza** di quadri clinici appartenenti a entità morbose anche molto diverse tra loro.
 - Questo riscontro ha contribuito alla introduzione dei criteri di classificazione multiassiale, i quali prevedono e incoraggiano la possibilità di effettuare diagnosi multiple, anche sullo stesso asse, quando vengono riscontrato i criteri diagnostici per ognuna di esse.
-