

CONCETTI GENERALI

Salute/Malattia

1. 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.
2. Definizione in termini **fisici**: le malattie mentali sono le malattie del **cervello** (Griesinger, 1845). Si adatta ai disturbi mentali organici e può includere l'area della subnormalità mentale, ma è meno agevole l'inclusione delle psicosi funzionali e delle nevrosi; e i disturbi di personalità verrebbero del tutto esclusi.
3. Definizione **socio-culturale**, come ciò che i **medici curano**: "diagnosticare lo status di paziente ha come condizione necessaria e sufficiente il fatto che la persona stessa si preoccupi di essere curata e/o che ci sia questa preoccupazione terapeutica nei suoi confronti da parte del suo ambiente".
Vantaggi pratici: non preclude l'uso di interventi terapeutici nei confronti di una grande varietà di problemi umani
Svantaggio: consente alla società la selezione di coloro che saranno considerati malati mentali, e, in un sistema sociale perverso, quest'affermazione può portare a dire che coloro che sono politicamente devianti sono da considerare malati.
4. Definizione statistica, come una **variazione statistica dalla norma**, che comporta uno **svantaggio biologico**. Lo svantaggio biologico implica una ridotta **fecondità** e un **accorciamento della vita**. Questo stato di svantaggio diventa difficile da applicare all'uomo moderno, il quale ha imparato a controllare il proprio ambiente e la procreazione al punto che il termine stesso svantaggio biologico diventa discutibile. Ciò che può essere biologicamente vantaggioso per l'individuo può rappresentare uno svantaggio per la specie, e viceversa.
5. La malattia ha implicazioni **legali**. Per esempio, le circostanze che determinano una malattia possono meritare un risarcimento, il comportamento che deriva da una malattia può esitare in una riduzione della pena. D'altro canto, la malattia mentale è una condizione che può giustificare la reclusione forzata in ospedale e i malati mentali che compiono dei reati sono trattati dalla legge in modo diverso dagli altri criminali.

SINTOMO – SEGNO – SINDROME - MALATTIA

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

PRIMARIO/SECONDARIO

	PRIMARIO	SECONDARIO
COMPRESIONE	non può essere ulteriormente ridotto dalla comprensione: per esempio le allucinazioni	ciò che emerge dal primario in un modo che può essere compreso : per esempio, un'elaborazione delirante che deriva dalla parte sana della mente in risposta alle allucinazioni che derivano dalla parte non sana della psiche
SPIEGAZIONE	è la causa : per esempio, l'afasia sensoriale	è l' effetto : per esempio, rottura delle relazioni con gli altri derivante dall'afasia sensoriale

FORMA/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.
La forma dipende dal tipo di malattia mentale di cui il paziente soffre, e per questo è di significato diagnostico	La natura del contenuto di questi due esempi è irrilevante per fare la diagnosi
Per esempio, una percezione delirante si verifica nella schizofrenia, e quando viene dimostrata come forma dell'esperienza indica questa condizione. Il riscontro di un'allucinazione visiva suggerisce la probabilità di una sindrome psico-organica	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. Per esempio, un altro paziente si descrive come spedito sulla luna e ritornato durante la notte, quindici giorni dopo il primo viaggio dell'uomo sulla luna. per fare la diagnosi.
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.	L' ipocondria è un disturbo del contenuto
La forma potrebbe essere allucinatoria , delirante , di idea dominante , comportamento compulsivo o pensiero ossessivo ;	la gelosia morbosa è un disturbo del contenuto, che può essere comprensibile nei termini della situazione di vita del paziente

	Nome e indirizzo	Età	Occupazione	Stato civile
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			
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		
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 premorbosa			
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		
	a)	Dell'ambiente (allucinazioni, illusioni, derealizzazione)		
	b)	Del corpo (ipocondriasi, allucinazioni somatiche)		
	c)	Del sé (depersonalizzazione, passività del pensiero)		
	VI	Stato cognitivo: orientamento, attenzione, concentrazione e memoria		
	VII	Insight		
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		

Schema di esame psichiatrico tipico

Più Grave

P
S
I
C
O
S
I

DISTURBI ORGANICI	
	Sindromi organiche acute
	Sindrome organica cronica (Demenza)
	Sindrome dismnestica
SCHIZOFRENIA	
	Disturbi schizoaffettivi
	Stati paranoidi
DISTURBI AFFETTIVI	
	Mania
	Disturbi depressivi
NEVROSI	
	Nevrosi depressiva
	Nevrosi d'ansia
	Nevrosi fobica
	Nevrosi ossessiva
	Isteria
	Sindrome da depersonalizzazione
	Non specifiche e miste
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	

N
E
V
R
O
S
I

E

S
I
M
I
L
I

Meno Grave

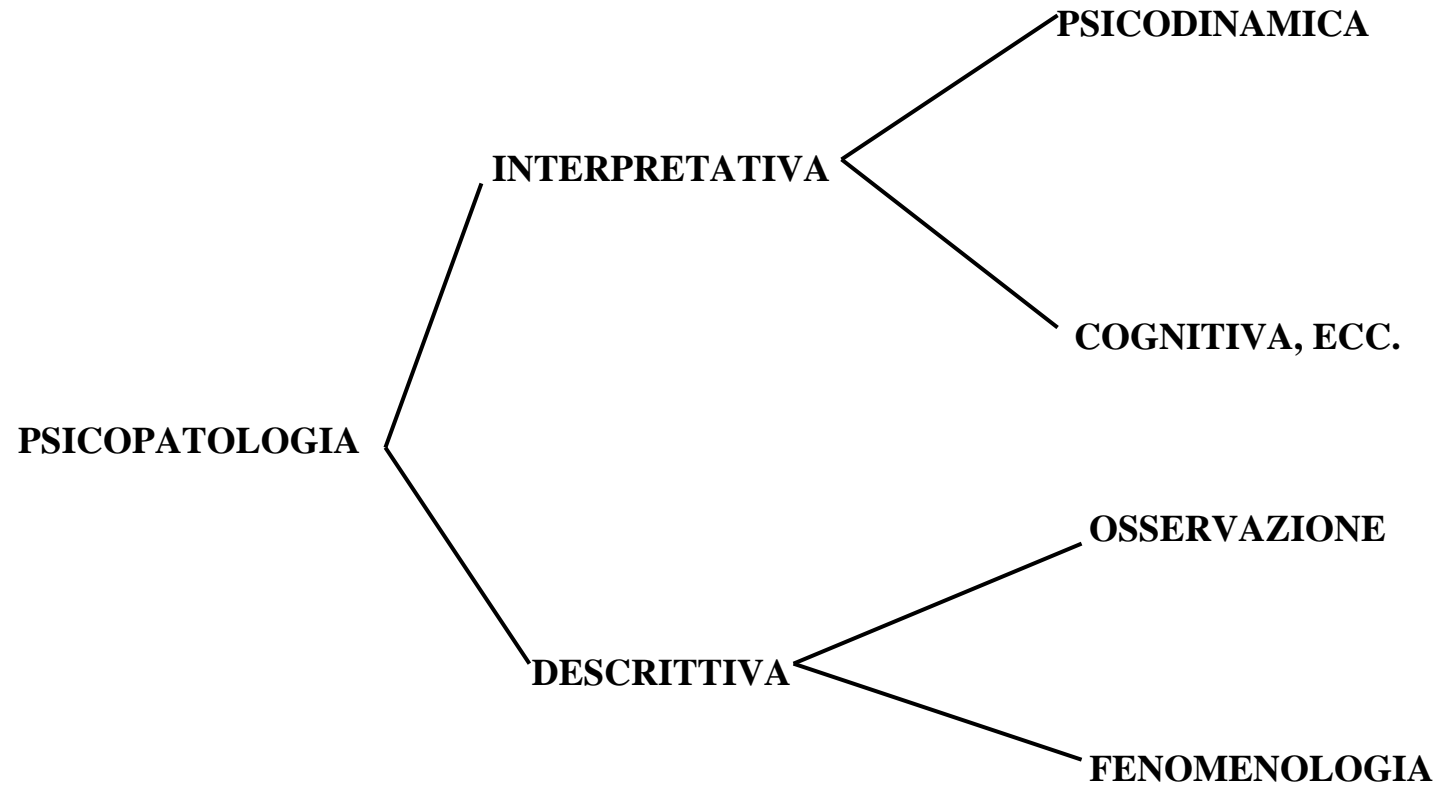
Esempio di classificazione diagnostica categoriale

PSICOPATOLOGIA

La **psicopatologia** è lo studio sistematico delle **esperienze**, delle **cognizioni** e dei **comportamenti** abnormi; è lo studio dei **prodotti** di una mente alterata.

Essa comprende le

- A. **psicopatologie interpretative** dove esistono assunti interpretativi basati su costrutti **teorici** (per esempio su una base psicotica, comportamentale o esistenziale e così via), e la
- B. **psicopatologia descrittiva** che consiste nella **descrizione** precisa e nella **categorizzazione** delle esperienze abnormi così come esse sono **riferite** dal paziente e osservate nel suo **comportamento**



LE PSICOPATOLOGIE

DIAGRAMMA DEL COMPRENDERE E SPIEGARE (JASPERS)

	COMPRENDERE	SPIEGARE
STATICO	1) DESCRIZIONE FENOMENOLOGICA	3) OSSERVAZIONE ATTRAVERSO LE SENSOPERCEZIONE ESTERNA
GENETICO	2) EMPATIA STABILITA SU MATERIALE EMERGENTE	4) CAUSA ED EFFETTO SECONDO IL METODO SCIENTIFICO

- ❖ La **fenomenologia** in psichiatria costituisce un'estensione dell'anamnesi medica, in quanto amplifica la descrizione della lamentela attuale per fornire informazioni più dettagliate.
- ❖ Si basa sulla premessa che il comportamento **significa** qualcosa, cioè che esso deriva in modo coerente dagli **eventi psichici**. Anche se il comportamento di un paziente ha un significato per lui, può non essere possibile a noi, osservatori esterni, comprenderlo.
- ❖ Jaspers ha differenziato il **comprendere** (verstehen) dallo **spiegare** (erklären) e ha mostrato come questi due termini possano essere usati
 - in senso **statico**: comprensione o spiegazione della situazione presente a partire da informazioni che sono disponibili ora
 - in senso **genetico**: si valuta come si è raggiunto questo stato attraverso un esame degli antecedenti.
- ❖ La **comprensione** è la percezione del **significato** personale di un evento, dall'interno degli eventi medesimi
- ❖ La **spiegazione** si occupa di fare un rendiconto degli eventi da un punto di osservazione esterno
- ❖ Si **comprende** la rabbia di una persona e le sue conseguenze; si **spiega** il verificarsi di una nevicata in inverno.

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**: come posso decidere se un paziente è depresso o no?:
 1. Io sono in grado di sentirmi infelice, miserabile, depresso e so com'è questo sentimento dentro di me.
 2. Se io mi sentissi come mi appare il paziente, come parla, come agisce e così via, io mi sentirei infelice, miserabile, depresso.
 3. 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.

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

RISPOSTA: una descrizione di come egli abbia 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 condizioni 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 immaginarli in me e descrivendoli di nuovo a lui).

COMPREENSIBILE/INCOMPREENSIBILE

- ❖ Jaspers fa un'importante distinzione tra ciò che ha un **significato**, e consente l'instaurarsi dell'**empatia**, e ciò che in ultima analisi è **incomprensibile**, l'**essenza** dell'esperienza **psicotica**.
- ❖ Benché sia possibile **empatizzare** con il **contenuto** del delirio di un paziente in qualsiasi situazione particolare, non si può comprendere o trovare una **connessione** significativa nel verificarsi del delirio in sé.
- ❖ Il delirio come evento è **incomprensibile**: esso appare al medico **incomprensibile** e **irreale**.

Esempio: paziente la cui ideazione si sta disorganizzando nella **forma** in modo delirante:

- ❖ Noi possiamo comprendere perché l'argomento o il **contenuto** di quell'ideazione riguarda la persecuzione dei nazisti dalla conoscenza del retroterra della paziente: forse perché i suoi genitori fuggirono dalla Germania nel 1937.
- ❖ Ma non possiamo comprendere perché dovrebbe **credere** una cosa che è **dimostrabilmente falsa**: e cioè che i suoi persecutori le stanno mettendo un liquido insapore nell'acqua, che la fa star male. Il delirio, di per sé, come forma psicopatologica, è **incomprensibile**.

DISTURBI DELLA PERCEZIONE

Percezione Sensoriale

Soggettivamente =

Allucinazione

Completamento



Umore ed Emozioni



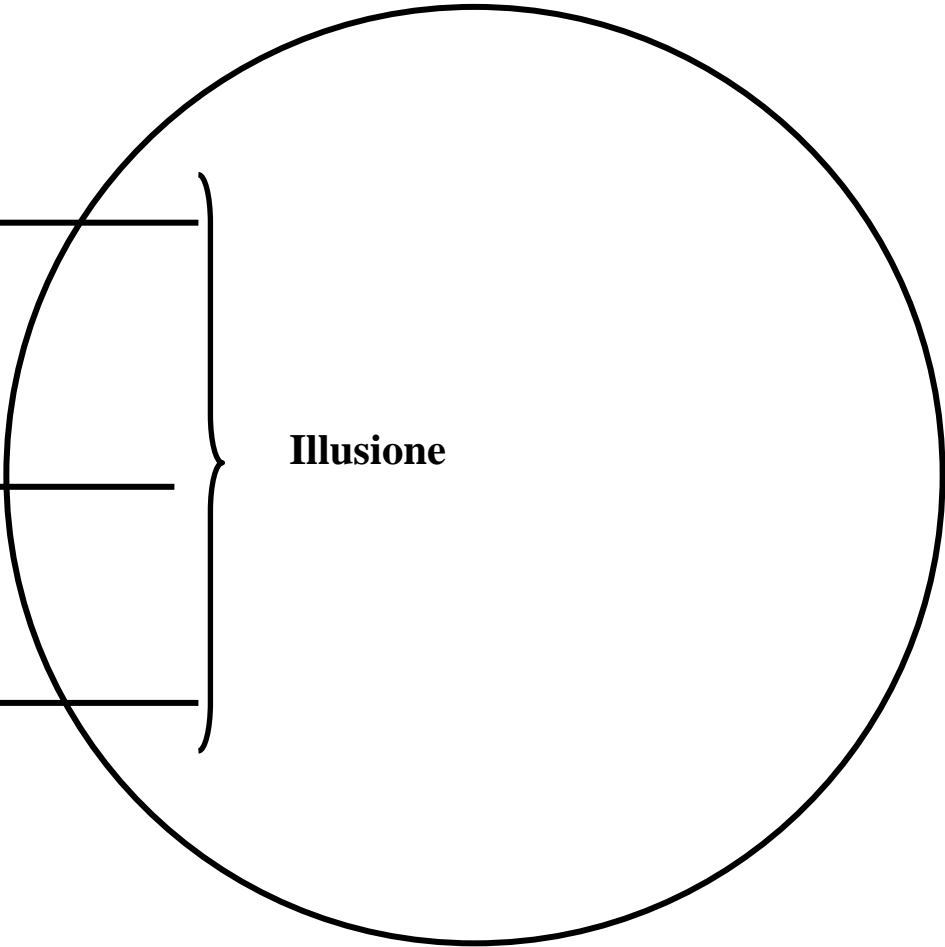
Illusione

Pareidolica



Pseudoallucinazione

Immaginazione (Fantasia)



Livelli della percezione e suoi disturbi

1	Esperienza sensoriale: serie di sensazioni differenti delle quali sono consapevole nello stesso tempo	Distorsioni sensoriali
2	Percezione sensoriale: "una configurazione sensoriale senza riconoscimento ". Mentre guardo un quadro sulla parete lontana, sono anche consapevole che quello che c'è alla mia destra è un armadio, ma non è significativo	Illusioni e Allucinazioni
3	Percetto significativo o appercezione: è un'entità che viene riconosciuta come qualcosa di familiare. Nell'esempio di prima, io giro la testa. Adesso sto guardando l'armadio, so immediatamente cos'è e lo riconosco	Agnosie

Requisiti della percezione

- A. Devo essere in grado di **distinguere** me stesso come una cosa distinta e che sta di fronte all'oggetto della percezione: io so cosa sono io e cosa è l'oggetto che sto percependo.
- B. Io e l'oggetto siamo legati insieme dal mio **movimento** verso l'oggetto – sia letterale, movimento fisico: gli vado vicino per sentire il rumore che ne proviene- sia del pensiero: quando indago sull'oggetto, il mio pensiero si sposta da un'altra area di interesse verso l'oggetto.
- C. L'esplorazione dell'oggetto richiede qualche **prova**. È solo il fatto che l'oggetto è differente dagli altri possibili oggetti di percezione, collocato nel tempo e nello spazio, a renderlo definito e quindi un possibile oggetto di percezione.

Illusioni

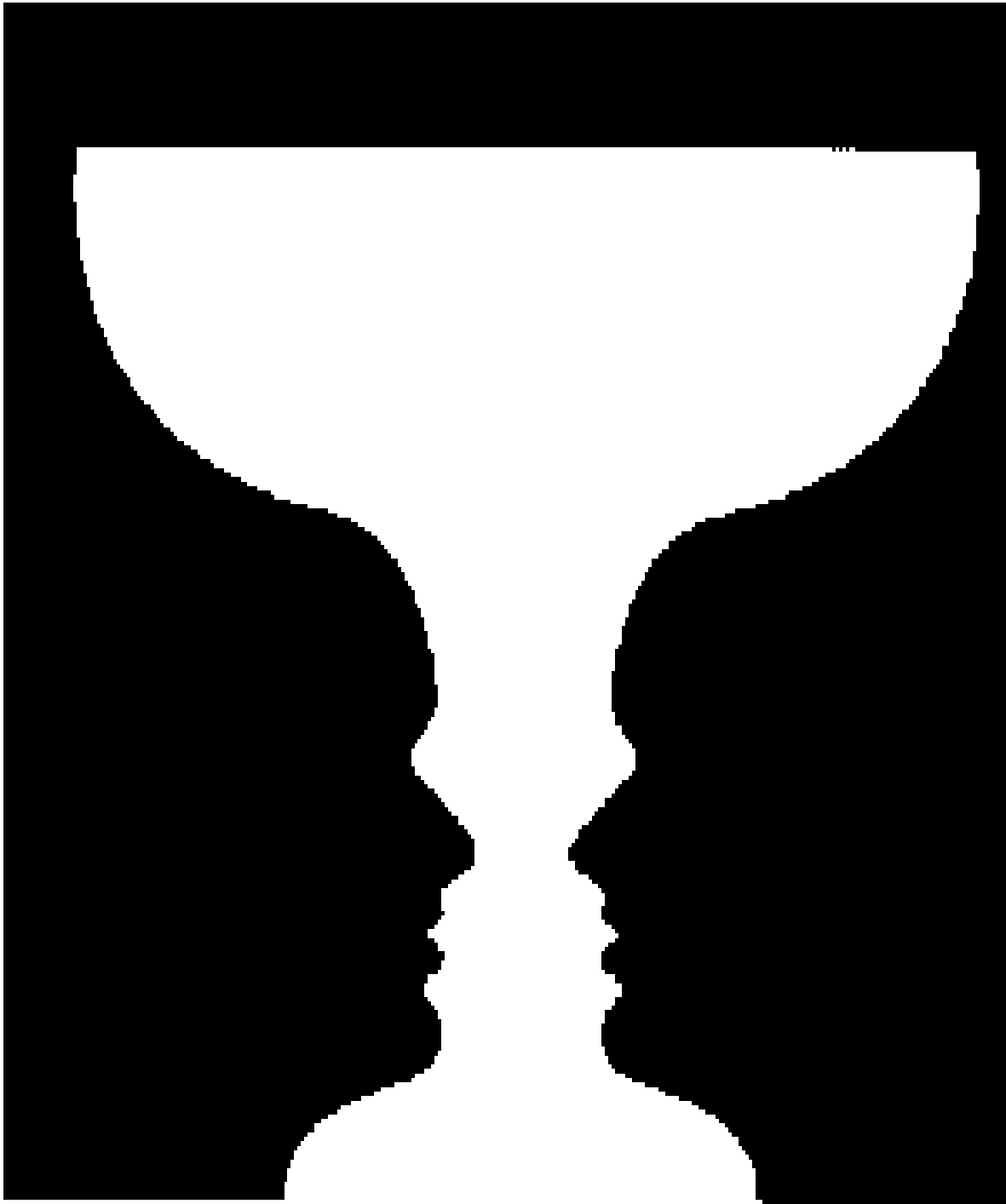
1. Illusioni da **completamento**: Una percezione incompleta, che di per sé è senza significato, viene incorporata da un processo di estrapolazione da esperienze precedenti, per produrre significato.
 - Dimostrano il principio della **chiusura** nella psicologia della Gestalt: esiste una tendenza umana a completare un assetto **familiare** ma non del tutto definito. Ci è necessario dare un senso all'ambiente circostante; quando gli stimoli sensoriali sono senza significato, li alteriamo leggermente con materiale della memoria o di fantasia, in modo tale che l'intera esperienza percettiva risulti significativa.
2. Illusioni **emotive**: comprese soltanto nel contesto dell'umore dominante. Un bambino che ha paura del buio, si sveglia nel cuore della notte e scambia uno straccio che pende dal muro per una persona che cammina
3. **Pareidolia**: si verifica in una grande percentuale di persone normali. Essa può anche essere provocata da sostanze psicotomimetiche.
 - In modo tipico, in tali illusioni vengono viste delle immagini a partire da forme non strutturate: vengono create al di là delle percezioni sensoriali per un miscuglio con l'immaginazione
 - Si verificano più frequentemente tra i bambini che tra gli adulti.

Illusione da completamento

VIV/AUDI

VW/AUDI

VIVALDI



Natura soggettiva della percezione (punto di vista)

	Percezione=Allucinazione	Pseudoallucinazione	Fantasia=Immaginazione
1) Esperienza	Concreta, tangibile, oggettiva, reale	“occhio interiore” —————▶	Soggettività dell’immagine
2) Allocazione	Spazio esterno oggettivo	—————▶	Spazio interno soggettivo
3) Definizione	Margini netti, suono completo	◀—————	Oggetto indefinito, solo dettagli individuali
4) Vividezza	Piena, fresca, brillante	◀—————	Elementi deboli o neutri
5) Costanza	Fissata	◀—————	Evanescente
6) Indipendenza dalla volontà	Non può venire abbandonata, ricordata o cambiata a piacere	◀—————	Richiede un’attività volontaria creativa
7) Consapevolezza	Ha la qualità della percezione, non viene fatta alcuna distinzione tra percezione e allucinazione	—————▶	La fantasia ha la qualità dell’idea
8) Rilievo comportamentale	Importante per le emozioni, i bisogni, le azioni	◀—————	Non rilevante
9) Modalità sensoriale	Si potrebbe sperimentare l’oggetto secondo una modalità differente	—————▶	Non si potrebbe sperimentare l’oggetto in altro modo
10) Esistenza	L’oggetto può esistere indipendentemente dall’osservatore	—————▶	Dipende dall’osservatore per esistere
11) Riconosciutamente “dipendente dal mio stato d’animo”	Indipendente	◀—————	Dipendente

Allucinazioni somatiche (di sensazioni corporee)

1. **Superficiali**: possono essere

- **termiche**: una percezione abnorme di caldo o di freddo: "i miei piedi bruciano";
- **aptiche**: di tocco: "una mano morta mi ha toccato";
- **idriche**: una percezione di fluido: "tutto il mio sangue è scivolato nelle gambe e sento il livello dell'acqua in petto"
- **parestesie**: sensazione di puntura o "aghi e spilli", che possono essere spiegate in senso delirante.

2. **Cenestesiche**: sono quelle dei muscoli e delle articolazioni. Il paziente sente che gli arti sono legati, o i muscoli contratti. Nella schizofrenia sono spesso associate con deliri somatici e bizzarri. Uno schizofrenico descriveva "sento che la vita mi esce dai piedi e li fa vibrare": egli esperiva allucinazioni cenestesiche di vibrazioni.

3. **Viscerali**: false percezioni degli organi interni. Sono poche le espressioni di possibili sensazioni viscerali, per esempio dolore, costrizione o distensione, pesantezza, palpitazioni e varie combinazioni di queste. Tuttavia, il possibile ambito di false percezioni bizzarre e le loro interpretazioni da parte degli schizofrenici sono senza limiti.

❖ Le allucinazioni somatiche sono molto frequenti nella schizofrenia e sono praticamente sempre elaborate in chiave delirante, spesso come **deliri di controllo**.

Allucinazioni olfattive

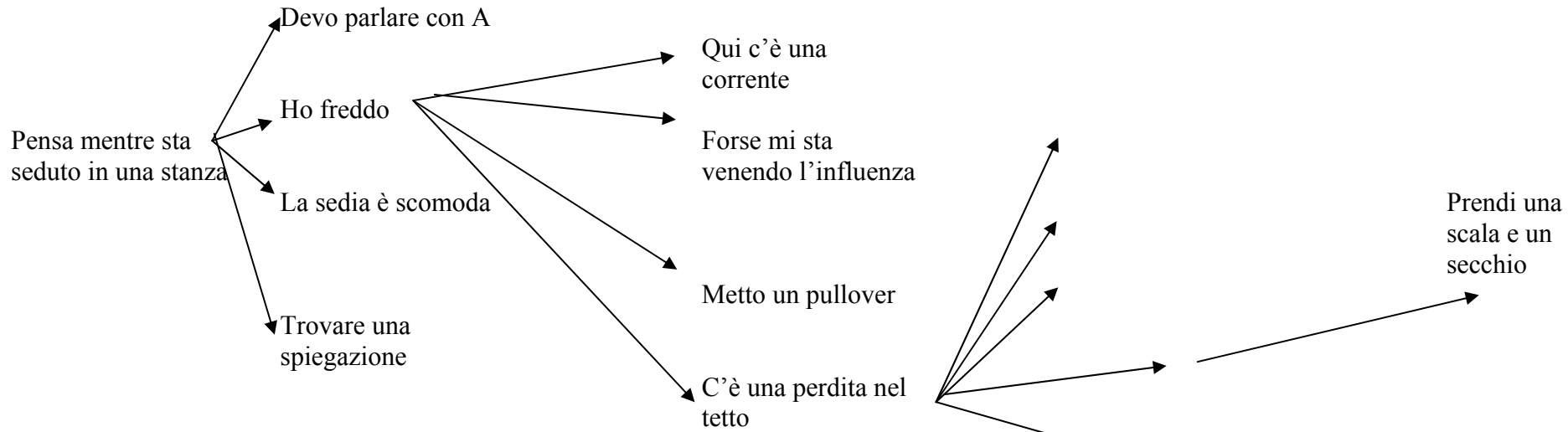
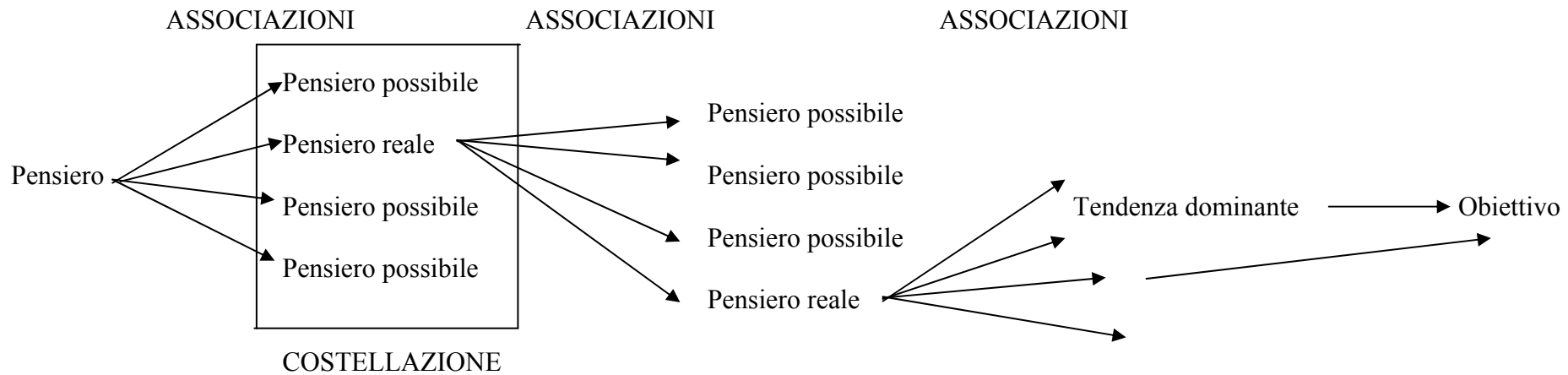
- ❖ Le allucinazioni olfattive si verificano nella schizofrenia, nell'epilessia e in altri stati organici.
- ❖ Il paziente ha l'allucinazione di un odore che può essere spiacevole o meno, ma di solito ha un significato personale speciale; per esempio, può essere associato con la convinzione che delle persone stiano pompando un gas velenoso o anestetico dentro la casa, che sente solo il paziente.
- ❖ Qualche volta i pazienti hanno un'allucinazione olfattiva in relazione a se stessi: "Ho un odore repellente, intollerabile, come di cadavere, di feci".
- ❖ Qualche volta i pazienti interpretano in modo erroneo ed ipervalutano normali odori del corpo. Il delirio di un paziente che crede di avere un cattivo odore senza allucinazioni olfattive concomitanti è una condizione abbastanza comune nella schizofrenia e negli stati paranoidi.

Allucinazioni gustative

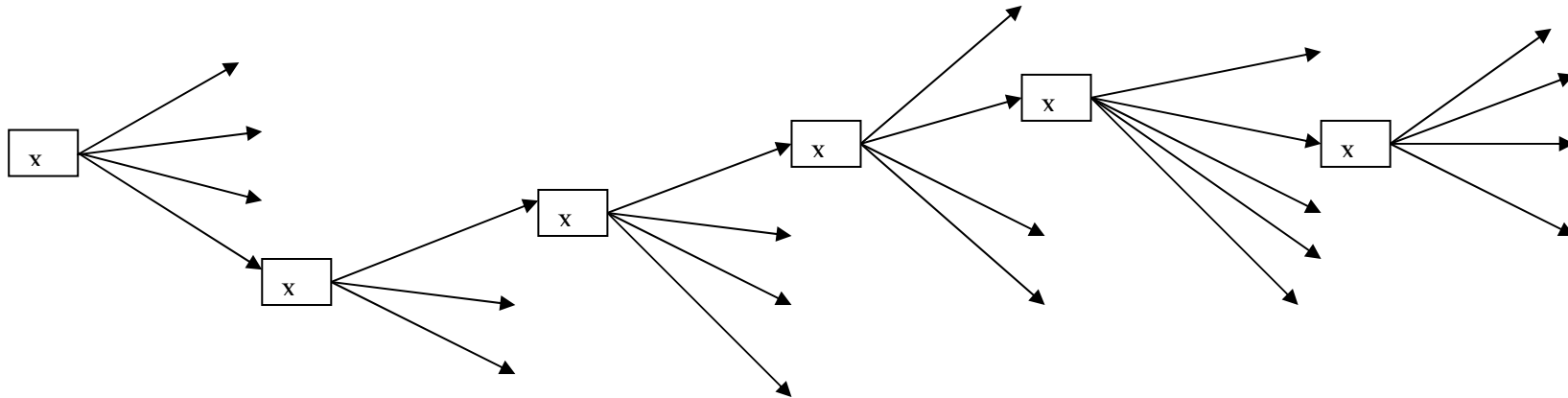
- ❖ Nella schizofrenia di solito esse si accompagnano ai deliri di veneficio. Si può trattare di sapori persistenti, per esempio di "cipolla" o di "metallo", o qualche tipo di sapore più bizzarro.
- ❖ Nella depressione e nella schizofrenia l'aroma del cibo può contemporaneamente scomparire o diventare sgradevole.
- ❖ Modificazioni della percezione gustativa possono verificarsi in certi stati organici, come l'epilessia del lobo temporale, ed inoltre con certe sostanze psicotrope come il carbonato di litio o il disulfiram.

DISTURBI DEI PROCESSI DEL PENSIERO

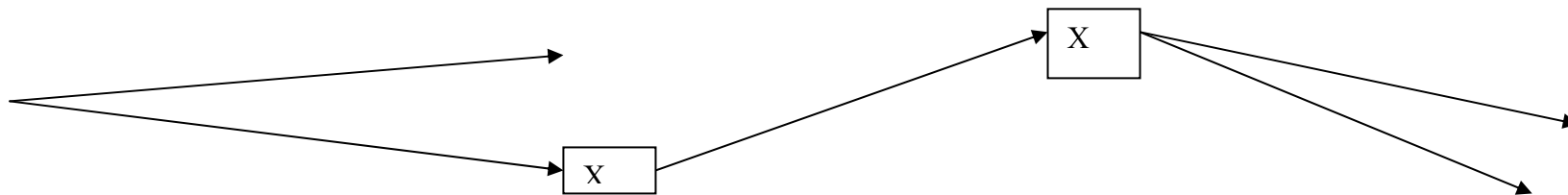
- ❖ Modello dell'**ideazione** come **associazione**, derivato da Jaspers: i **pensieri** (eventi psichici) concepiti come una **sequenza ininterrotta**, determinata dal fatto che da ogni pensiero possono nascere una o più **associazioni**, che danno origine ad ulteriori eventi psichici.
- ❖ **Costellazione**: **quantità di associazioni possibili** che risultano da un singolo evento psichico.
- ❖ **Tendenza determinante**: fenomeno per cui, all'interno della costellazione, un concetto assume la **preminenza**, determinando la **coerenza del flusso di pensiero** verso la propria **meta**.



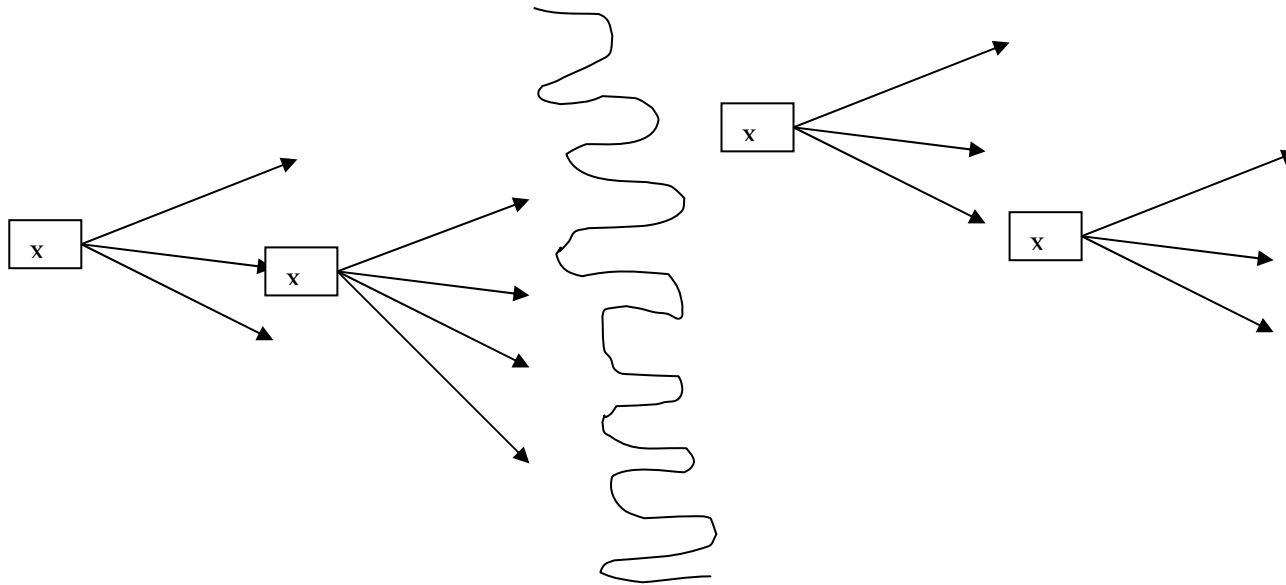
MODELLO DI ASSOCIAZIONE



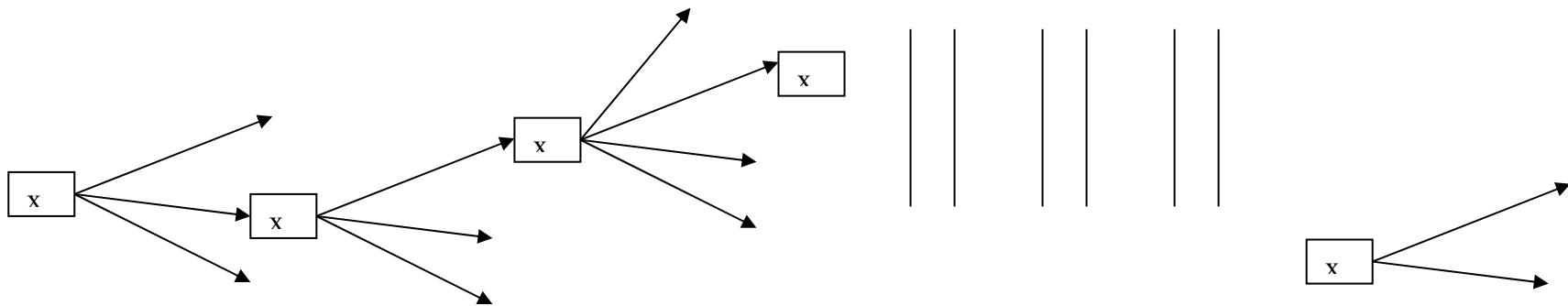
Flusso abnorme del pensiero: fuga delle idee



Rallentamento



Deragliamento



Blocco del pensiero

Accelerazione del pensiero

- Si verifica come una **fuga delle idee**: esistono nessi logici tra un'idea espressa e quella che la segue, e tuttavia la direzione del pensiero non viene mantenuta a lungo, essa cambia continuamente per effetto di un'emotività superficiale e di un elevato grado di distraibilità.
- La tendenza determinante è indebolita, ma le associazioni vengono ancora formate normalmente.
- La velocità nella formazione delle associazioni, e quindi la modalità del pensiero, è notevolmente accelerata (**tachipsichismo**).

Rallentamento del pensiero

- Il pensiero, benché diretto a uno scopo, procede così lentamente, con una tale preoccupazione morbosa per pensieri tristi, che la persona può fallire nel raggiungimento di questo scopo. Il paziente mostra poca iniziativa, e non inizia alcuna attività spontanea.
- Quando gli si fa una domanda, sta a pensarci, ma se non gli viene nessuna idea, non dà la risposta. Finalmente, dopo una notevole latenza di tempo, di solito arriva la risposta.
- Egli ha difficoltà nel prendere decisioni, nel concentrarsi, è presente uno scadimento nella lucidità del pensiero ed una cattiva registrazione degli eventi che è necessario ricordare.

Pensiero circostanziale

- Il lento fluire del pensiero non è impedito dall'umore, ma da un difetto delle capacità intellettive, da un'incapacità di differenziare la figura dallo sfondo. Si tratta di un disturbo della percezione nel quale la percezione più nettamente distinta, la figura, non può essere chiaramente separata da quella meno distinta, lo sfondo.
- Si verifica nei pazienti epilettici, in altri stati organici e nelle oligofrenie.
- Si evidenzia in un paziente quando, facendogli una domanda, la replica contiene una quantità irrilevante di dettagli non necessari, che rendono oscura, impedendola, la risposta. Ogni sorta di associazione superflua viene esplorata in modo esaustivo prima che la persona ritorni al punto.

Interruzione del flusso del pensiero

- **Deragliamento**: frammentazione delle associazioni, in modo che si ha l'impressione di assistere ad un'interpolazione di pensieri senza alcuna connessione comprensibile rispetto alla concatenazione delle idee: "Il traffico rumoreggia nella via principale. Sono diretti a nord. Perché le ragazze sembrano sempre intente a fare le primedonne?".
- **Fusione**: è presente in qualche modo il mantenimento della concatenazione delle associazioni, ma le idee vengono concatenate mettendo insieme degli elementi eterogenei. Questi formano una raccolta indiscriminata di cui non si riesce a trovare una progressione logica a partire dalle premesse, verso la tesi da dimostrare.
- **Mistura**, o **miscuglio**: amalgama grossolanamente disturbato di parti costitutive di un singolo processo di pensiero, e rappresenta una forma estrema di fusione e deragliamento. La forma di disturbo dell'eloquio che ne risulta viene chiamata **sproloquio**.

Blocco del pensiero

- E' l'esperienza di un paziente schizofrenico che il suo pensiero, in modo inaspettato e non intenzionale, si interrompe, nel mezzo della risoluzione di un problema o anche a metà di una frase.
- Non è causata dalla distrazione, né dal sopraggiungere di altri pensieri, e neppure con l'introspezione il paziente è in grado di fornirne una spiegazione adeguata: semplicemente si verifica.
- Il paziente può spiegarlo in termini di **sottrazione del pensiero**: "il mio pensiero si è fermato perché le idee mi sono state improvvisamente portate via dalla testa".

Sintomi di primo rango della schizofrenia (Schneider)	
Deliri	Percezione delirante
Allucinazioni uditive	Pensieri udibili Voci che discutono o litigano Voci che commentano le azioni del paziente
Disturbi del pensiero: passività del pensiero	Sottrazione del pensiero Inserimento del pensiero Trasmissione (diffusione) del pensiero
Esperienze di passività: deliri di controllo	Passività affettiva (sentimenti “fatti”) Passività degli impulsi (desideri “fatti”) Passività della volontà (atti volontari “fatti”) Passività somatica (influenza sul corpo)

1. **Percezione Delirante:** percezione normale interpretata dal paziente in modo delirante e considerata molto significativa.
2. **Eco del Pensiero (Gedanklautwerden):** Esperienza del paziente di udire il proprio pensiero pronunciato all'esterno:
 - può sentire che le persone ripetono il suo pensiero appena dopo che è stato pensato
 - che le persone rispondono ai suoi pensieri
 - che ne parlano avendo detto che sono udibili
 - dicendo a voce alta quel che lui sta per pensare, in modo tale che il pensiero ripete quello che le voci hanno detto
3. **Voci Dialoganti:** Presenza di due o più voci allucinatorie che parlano o discutono tra di loro:
 - Il paziente di solito figura in terza persona nel contenuto di quello che le voci dicono
4. **Voci che Commentano:** Voci allucinatorie che commentano le attività del paziente. La sequenza temporale secondo cui si presenta il commento è tale per cui esso può:
 - precedere immediatamente l'azione del paziente o
 - verificarsi durante la medesima o subito dopo.
 - La cosa abnorme è che vengono sperimentate come percezioni e come provenienti dall'esterno, mentre molte persone normali hanno dei pensieri, riconosciuti come propri, che commentano le loro azioni

Esperienze di Passività

Denominate con vari termini:

- **esperienze di passività**
- **esperienze prodotte**
- **deliri di controllo**
- **disturbi dell'attività personale**
- **automatismo mentale**

L'evento viene esperito come **alieno** rispetto al paziente, dal momento che egli non lo prova come appartenente a se stesso, ma **inserito in lui dall'esterno**.

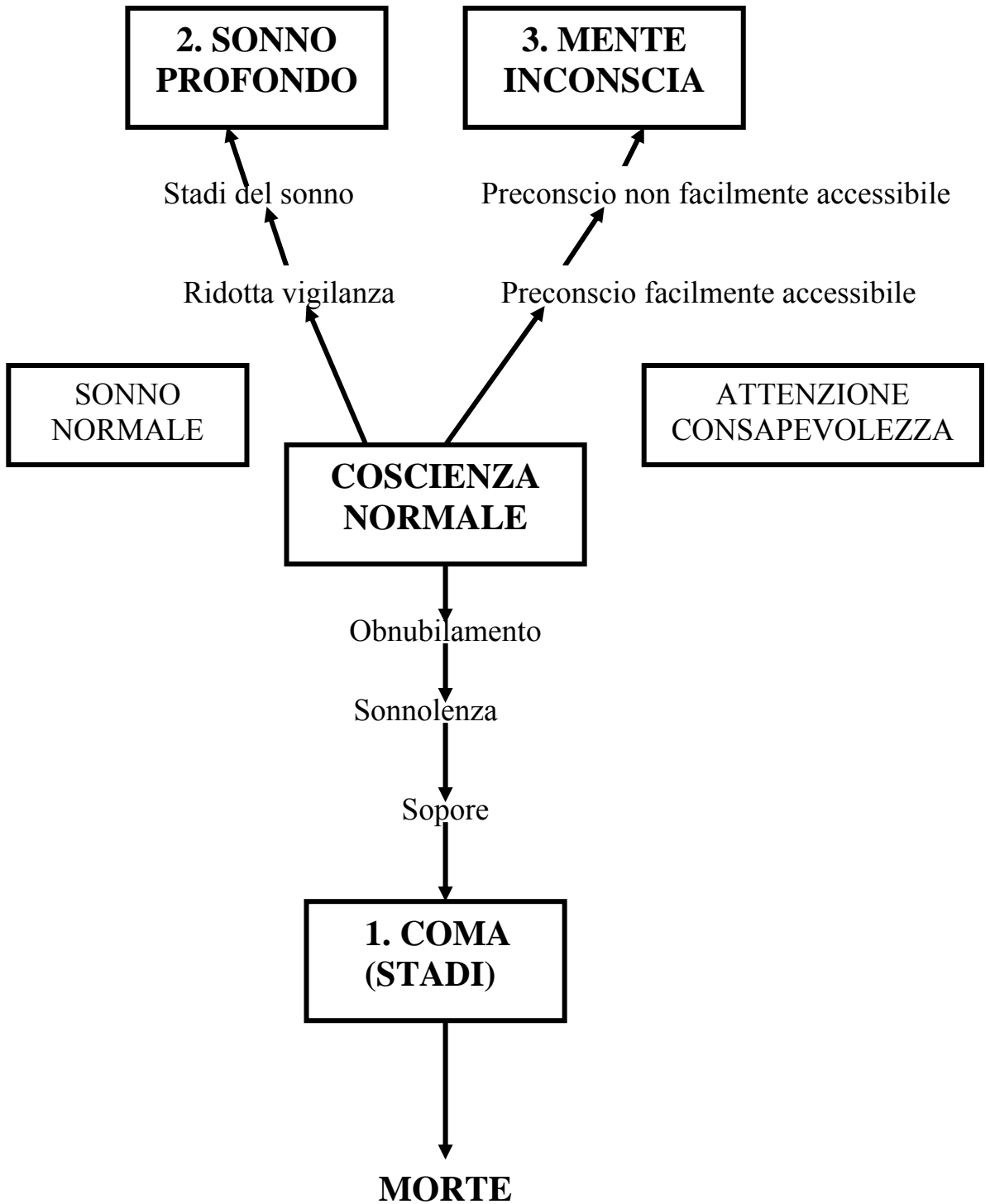
Passività del pensiero

5. **Furto del Pensiero:** Il paziente crede che i suoi pensieri gli vengano in qualche modo portati via dalla mente ed egli ha, come prodotto di questo processo, un sentimento di perdita.
6. **Inserimento del Pensiero:** Sperimenta pensieri che non hanno la caratteristica della familiarità dell'essere cosa propria, ma ha la sensazione che siano stati messi nella sua testa senza la sua volontà, dall'esterno.
 - Come nel furto del pensiero, è chiaramente presente un disturbo dell'immagine di sé, specialmente riguardo ai limiti tra ciò che è sé e ciò che non lo è
 - Pensieri che infatti nascono dentro di lui vengono presi per cose messe dall'esterno
7. **Diffusione (Trasmissione) del Pensiero:** Sensazione che i pensieri gli siano sottratti dalla mente e, successivamente, in qualche modo resi pubblici e proiettati in una vasta area
 - La spiegazione che egli dà per come questo viene fatto, com'è usuale per il contenuto dei deliri, dipende dal suo retroterra culturale e dai suoi interessi predominanti

Deliri di Controllo

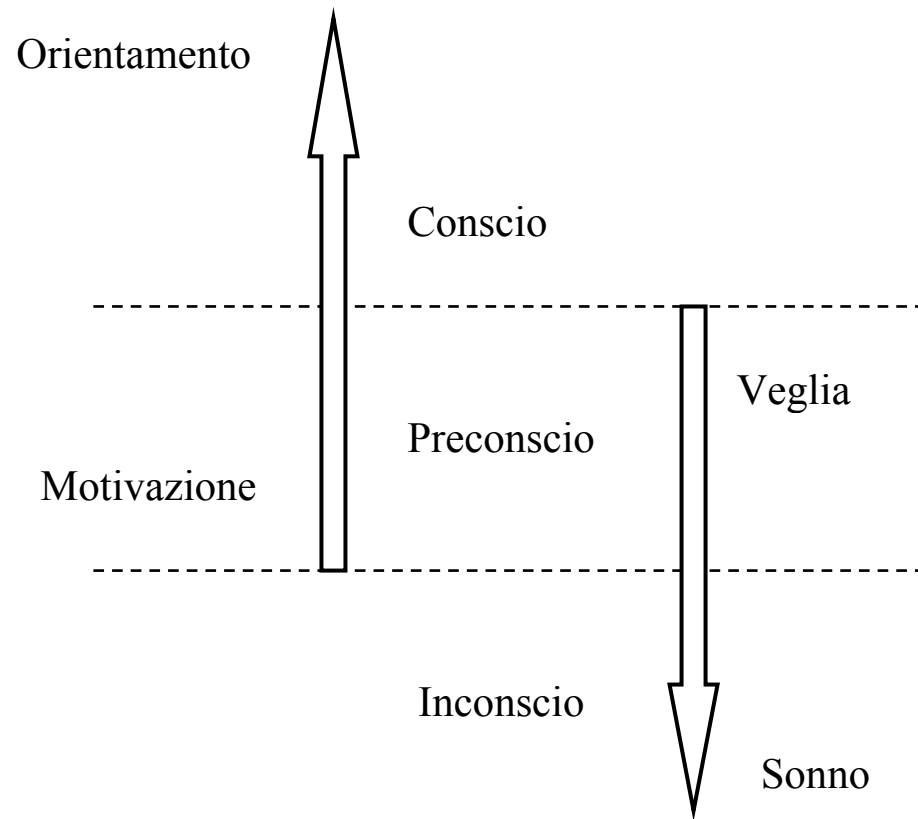
8. **Passività delle Emozioni:** Si verifica quando l'affetto che il paziente prova non gli appare suo proprio. Egli ritiene che sia stato prodotto per farglielo provare.
9. **Passività degli Impulsi:** Sperimenta una spinta, che egli avverte come aliena, ad iniziare un'attività motoria. L'impulso può essere sperimentato senza che il paziente intraprenda il comportamento.
10. **Passività della Volontà:** Il paziente sente che non è la sua volontà a portare avanti l'azione.
11. **Passività Somatica:** Convinzione che influenze esterne stiano operando sul corpo.
 - Diversa dalle allucinazioni aptiche: convinzione delirante che il corpo è influenzato dall'esterno.
 - Si può verificare in concomitanza con varie allucinazioni somatiche: si verifica un'allucinazione cenestesica con un'esperienza di passività fornita come spiegazione dal paziente, che sentiva che la sua mano era sospinta sulla sua faccia. Egli poteva sentirla muoversi, benché di fatto fosse immobile.
 - Può verificarsi anche in associazione con percezioni normali.

DISTURBI DELLA COSCIENZA



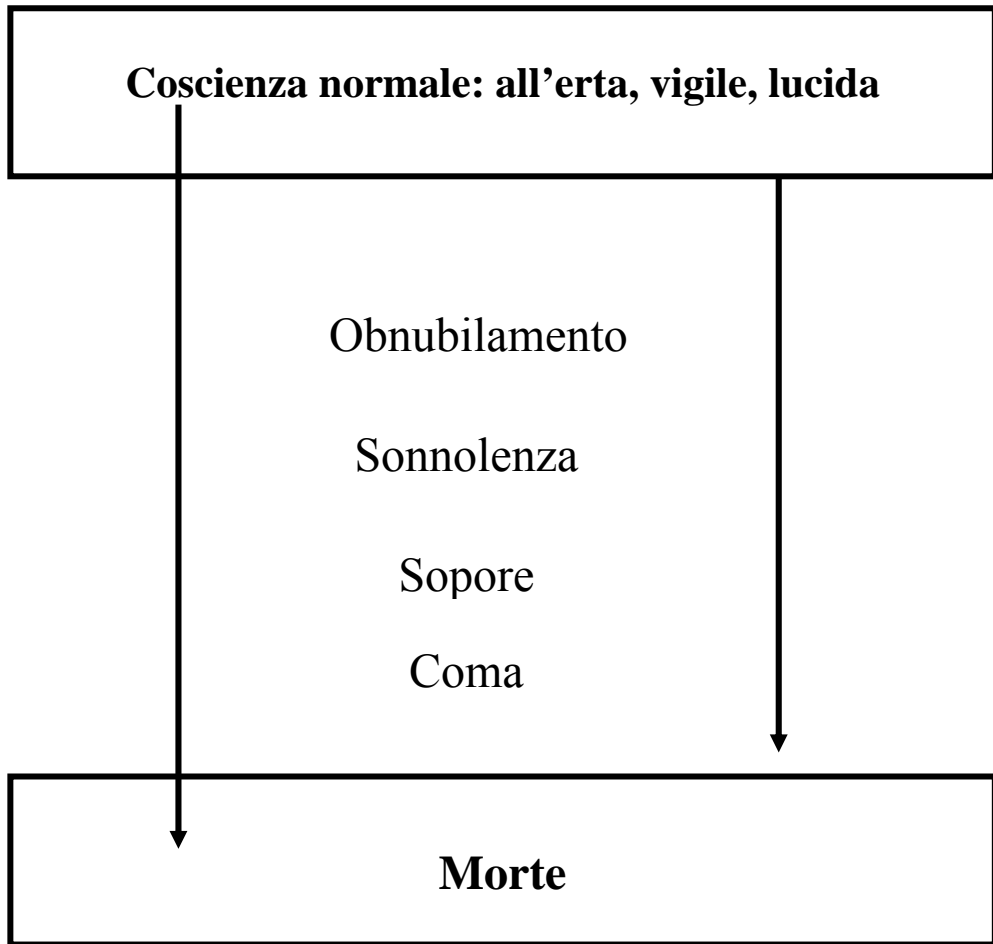
I tre significati di incoscienza

**Sistema
Limbico**



**Sistema Reticolare
Attivante**

Sistemi di allerta della coscienza



Livelli o stadi di ridotta coscienza

Coscienza

- Coscienza è uno stato di **consapevolezza di sé e dell'ambiente**. Coscienza è essere consci, essere al corrente di se stessi e del mondo.
- La coscienza non può essere separata da ciò di cui si è consci; questo implica conoscere, comprendere qualcosa: l'**oggetto** della coscienza è la sua essenziale dimensione sociale.
- Il termine, in senso clinico si riferisce:
 1. alla **consapevolezza interiore** dell'esperienza, contrapposta alla categorizzazione degli eventi come si presentano.
 2. fa riferimento al soggetto che **reagisce intenzionalmente** agli oggetti.
 3. denota la **conoscenza** di un sé cosciente.

Inconscio

- Nella pratica clinica, il termine inconscio viene usato in tre modi differenti che hanno in comune soltanto l'elemento fenomenologico dell'**assenza di esperienza soggettiva**:
 1. Una persona che soffre di una grave malattia cerebrale può essere incosciente: la coscienza in questo caso è vista come un continuum, ad un estremo del quale sta il **normale stato di coscienza** e all'altro sta la **morte**.
 2. Una persona che dorme è incosciente, ancora una volta in un continuum, dalla **veglia** piena al **sonno** profondo.
 3. Una persona vigile e sana è cosciente solo di certe parti dell'ambiente circostante sia internamente che all'esterno; riguardo al resto egli è incosciente. Abbiamo qui un continuum dalla piena **vigilanza** rispetto agli oggetti immediati di consapevolezza, fino alla totale **inconsapevolezza**.

Dimensioni della coscienza (nel contrasto con inconscio)

- 1. vigilanza:** Facoltà di rimanere **deliberatamente svegli** quando altrimenti si potrebbe essere assonnati o addormentati. Essa non è uniforme o invariabile, ma fluttuante. I fattori interni all'individuo che favoriscono la vigilanza sono l'interesse, l'ansia, la paura estrema o la gioia; la noia al contrario induce la sonnolenza.
- 2. lucidità:** La coscienza è inseparabile dall'oggetto dell'attenzione cosciente: la lucidità può essere dimostrata soltanto nella chiarezza di pensiero su un argomento particolare. Il **sensorio**, cioè la consapevolezza piena di tutte le sensazioni interne ed esterne in un determinato momento, può essere **lucido** o **annebbiato**.
 - L'**offuscamento** della coscienza denota lo stato di più lieve alterazione della coscienza in un continuum che va dalla consapevolezza e **allerta** complete fino al **coma**.
- 3. coscienza di sé:** facoltà immediata e complessa, che consiste nella capacità di avere esperienza di sé e consapevolezza di sé e che richiede lo stato di **veglia** completa e di **lucidità** di coscienza.

Modificazioni qualitative della coscienza

Delirium

- scadimento cognitivo in uno stato di obnubilamento della coscienza o riduzione di lucidità nella consapevolezza dell'ambiente.
- Il termine ha sostituito il precedente di **sindrome cerebrale acuta** e viene messo a confronto nel DSM-IV con la **demenza**, che generalmente è **cronica**.
- Si osserva in molte condizioni psico-organiche: ad esempio, il **delirium tremens**.

Confusione

- Termine puramente descrittivo, che si riferisce ai sintomi soggettivi e ai segni obiettivi che indicano la perdita della capacità di un'**ideazione chiara e coerente**. Si verifica con
 - scadimento della coscienza negli **stati acuti organici**
 - sconvolgimento dei processi di pensiero dovuto a danno cerebrale negli **stati cronici**
 - ma è riscontrabile anche in condizioni non organiche: psicosi funzionali, disturbi nevrotici (emozioni molto forti).
- Il termine stato confusionale acuto è spesso usato come sinonimo per psicosindrome organica acuta o delirium.

Stato crepuscolare

- Condizione organica, più spesso l'epilessia, caratterizzata da:
 1. esordio e fine improvvisi;
 2. durata variabile da poche ore a diverse settimane;
 3. manifestazioni di atti violenti inattesi o scoppi emotivi nel corso di un comportamento altrimenti tranquillo.

Stupore

- Complesso di sintomi la cui caratteristica centrale è la riduzione o la **scomparsa delle funzioni relazionali**: la **parola (mutismo)**, cioè, e **l'attività intenzionale (acinesia)**.
- Si manifesta di solito con un certo grado di obnubilamento della coscienza, ma non fa riferimento soltanto ad un livello ridotto di coscienza.
- Si verifica nelle sindromi psico-organiche, ma anche nella schizofrenia, nelle psicosi affettive (sia depressive che maniacali) e nell'isteria.

DELIRIO

Alcune dimensioni del delirio

1. **Convinzione:** il grado di convinzione del paziente sulla realtà della credenza delirante.
2. **Estensione:** il grado di coinvolgimento delle aree di vita del paziente nel delirio.
3. **Bizzarria:** il grado in cui la credenza delirante si discosta dalla realtà consensualmente accettata in quella cultura.
4. **Disorganizzazione:** il grado in cui la credenza delirante ha una consistenza interna, una logica e una sistematizzazione.
5. **Spinta:** il grado in cui il paziente è preoccupato e coinvolto dalle credenze deliranti che esprime.
6. **La risposta affettiva.**
7. Il **comportamento deviante** che risulta dalla credenza delirante.

I deliri sono completamente differenti dai disturbi del pensiero:

- i **deliri** sono idee che il paziente crede vere ma risultano false ad un osservatore,
- il **disturbo formale del pensiero** è un'alterazione della normalità che lo stesso paziente oggettivamente descrive nei suoi processi di pensiero.

I deliri possono avere la stessa origine delle idee

Un delirio è una convinzione, un'idea, un pensiero, una nozione o un'intuizione e ha origine nelle stesse condizioni di qualsiasi altra idea:

1. Un'idea può verificarsi sulla base di un **percepto** è: odore l'aroma del cibo e così formulo l'idea che andrò a mangiare.
2. Le idee possono seguire un **ricordo**: quando ho ascoltato un quartetto d'archi e formulo l'idea di mettere un disco sul giradischi.
3. Le idee possono originarsi da una certa **atmosfera** o da uno stato emotivo: sono già irritabile e quando ritiro dal garage l'automobile, che fa un rumore inspiegabile, mi irrita in modo irragionevole, dando la colpa al meccanico per non averla riparata in modo soddisfacente.
4. Un'idea può essere **autoctona**: visito un reparto dell'ospedale di pomeriggio, quando solitamente non mi ci reco mai. Sebbene accetti che ogni comportamento abbia una spiegazione per il proprio verificarsi, non so dire il perché in questa occasione mi sia comportato così. Si possono suggerire spiegazioni teoriche sull'origine di determinate idee, per esempio dall'inconscio, ma a chi le ha avute paiono essersi originate ex novo, o "a ciel sereno".

DISTURBI DELLA MEMORIA

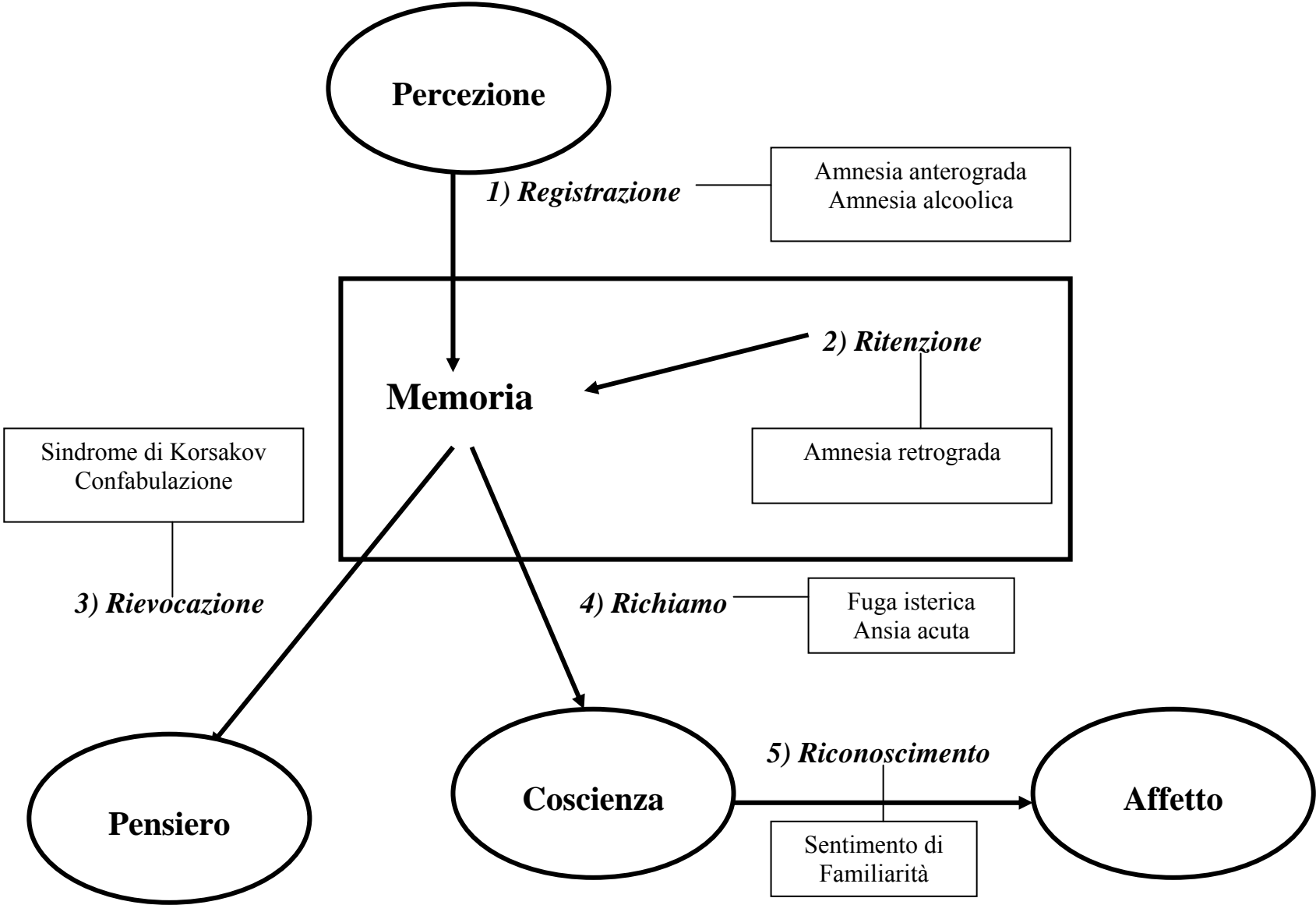
Meccanismi della memoria

1. Memoria **immediata** (immagazzinamento **sensoriale**):
L'informazione viene trattenuta per meno di un secondo nella forma in cui è stata percepita. L'immagazzinamento visivo (iconico) e quello uditivo (ecoico) sono separati, e l'informazione non viene elaborata in forma semantica.
 2. Memoria a **breve termine** (memoria **primaria**): si limita a 15-20 secondi circa, a meno che il materiale non venga richiamato, e di solito soltanto sei o sette elementi possono essere immagazzinati
 - quando nuovi elementi vengono depositati, quelli precedenti vengono persi. Gli elementi verbali vengono ritenuti come suoni piuttosto che come significati.
 - È questa la cosiddetta "**memoria operativa**", con una serie di sistemi interattivi che possono richiamare e manipolare le informazioni per l'uso corrente.
 3. Memoria a **lungo termine** (memoria **secondaria**): la sua durata copre la maggior parte della vita e la capacità è molto ampia. L'informazione viene immagazzinata in forma codificata sia in senso semantico che per associazioni. La dimenticanza può consistere in una perdita delle informazioni oppure nell'incapacità a richiamarle. Si distingue:
 - A. la memoria **semantica**: accumulo di informazione in forma pura senza specifiche di tempo e spazio ("la Psicopatologia Generale è stata scritta da Karl Jaspers");
 - B. la memoria **episodica**: eventi della propria esperienza personale (ho mangiato un'aringa a colazione stamattina).
- ❖ L'immagazzinamento e la rievocazione dei ricordi a lungo termine sono alterati nelle sindromi dismnesiche. L'informazione viene depositata secondo modalità riorganizzate e talvolta distorte.

Funzioni della memoria a lungo termine

1. **Registrazione:** capacità di aggiungere nuovo materiale al magazzino della memoria. Si verifica sia attraverso un processo di apprendimento durante il quale il materiale viene presentato ripetutamente, sia mediante registrazione sulla base di una presentazione unica.
 2. **Ritenzione:** capacità di immagazzinare conoscenze che successivamente possono essere riportate alla coscienza.
 3. **Rievocazione:** capacità di richiamare dalla memoria materiale immagazzinato; la sua perdita denota un'alterazione organica.
 4. **Richiamo:** ritorno alla coscienza in un determinato momento di informazioni immagazzinate e ricordate.
 5. **Riconoscimento:** sentimento di familiarità che accompagna il ritorno alla coscienza di materiale immagazzinato. Esso quindi non fa strettamente parte del processo di memoria ma è ad esso intimamente connesso.
- ❖ **Anomalie della memoria** possono verificarsi in ciascuna di queste aree. Il disturbo della memoria altera:
- a) l'**affidabilità** del materiale richiamato (è una fedele riproduzione di quanto era stato osservato e registrato?);
 - b) la **durata** della memoria: c'è una perdita differenziale della memoria a breve rispetto a quella a lungo termine;
 - c) l'**accessibilità** della memoria: è necessario che le informazioni siano facilmente accessibili quando viene richiesto, e disponibili nella forma utile per il pensiero e la programmazione.

Memoria e suoi disturbi principali



ALTERAZIONI ORGANICHE DELLA MEMORIA

Alterazione della registrazione

- Nelle condizioni di **alterazione dello stato di coscienza** è grossolanamente alterata l'**appercezione**: capacità di comprendere le percezioni nel loro contesto, di interpretarle in modo appropriato, di unirle le une alle altre e di formare associazioni, nonché di incorporarle nella totalità dell'esperienza. Di conseguenza neppure la **registrazione** può aver luogo.
- Un deficit dell'appercezione è sintomo tipico delle **psicosi confusionali acute** e spiega in parte il verificarsi dei vari disturbi percettivi.
- Due esempi del deficit della registrazione sono:
 - a) l'**amnesia anterograda** che consegue i traumi cranici e
 - b) il **palinsesto** o amnesia **alcolica** ("**black-out alcolico**"), segno precoce dello stabilirsi della dipendenza alcolica.

Alterazione della ritenzione

- Un deficit della **memoria recente** rappresenta di solito un segno precoce nelle **demenze**, sia senile (tipo Alzheimer), sia multifattoriale (arteriosclerotica), come d'altra parte per cause meno comuni presenili.
- Un disturbo dell'immagazzinamento nella memoria recente si verifica ad esempio nell'**amnesia retrograda** del **trauma cerebrale**: le percezioni sensoriali immediatamente precedenti il trauma in cui il paziente ha sofferto un danno cerebrale vengono interamente rimosse.

Alterazione della rievocazione

- Un difetto relativamente puro della rievocazione è la **sindrome di Korsakov**, che consiste in **amnesia grave**, mancanza di consapevolezza, **negazione**, **inabilità** e **confabulazione**.
- Può essere dovuta ad **intossicazione alcolica cronica** o ad altre condizioni organiche, che danneggiano il **diencefalo** o l'**ippocampo**.

Difetto del richiamo

- L'incapacità a richiamare è caratteristica dei difetti **psicologici** della memoria, per esempio nella **fuga isterica** o nell'**ansia acuta** o durante un colloquio per un posto di lavoro in una persona sana.
- I difetti di rievocazione e del riconoscimento non si riscontrano nella forma pura nei disturbi organici, ma sono caratteristici dei **disturbi psicogeni** e probabilmente riflettono l'integrazione ad un livello più elevato di diverse funzioni psicologiche.

Difetto del riconoscimento

- Il riconoscimento è primariamente di natura affettiva: un sentimento di familiarità piuttosto che un aspetto cognitivo.
- I disturbi del riconoscimento, pur affettivi nella loro qualità, spesso hanno largamente una base organica.

Confabulazione

- Consiste nella falsificazione della memoria che si verifica in uno stato di coscienza lucida, in associazione con l'amnesia di origine organica: si distingue:
 1. **Confabulazione** di imbarazzo, che rappresenta il risultato diretto della perdita della memoria e dipende da una certa attenzione e attività. Il paziente cerca di coprire l'evidenza di un suo vuoto di memoria con una scusa confezionata ad hoc per un suo recente comportamento. Essa quindi rivela una consapevolezza sociale e il rendersi conto in qualche modo delle esigenze della situazione sotto il profilo sociale.
 2. In altri casi, la confabulazione trascende le necessità del difetto di memoria: il paziente descrive spontaneamente esperienze avventurose di natura fantastica. Tale disturbo della memoria può verificarsi a seguito del deterioramento organico dovuto ad abuso **alcolico** e anche nella **Sindrome Amnesica Organica**.
- La **suggestionabilità** è una caratteristica prominente del paziente che confabula e dipende dall'obnubilamento della coscienza, dalla debolezza del giudizio e dall'intervento della fantasia; assomiglia infatti in modo molto stretto ai sogni ad occhi aperti. Si verificano falsificazioni della memoria di vario tipo nella schizofrenia, nella malattia depressiva, nella personalità asociale e negli stati ossessivi. Le caratteristiche meglio definite di fantascienza e di riempimento di vuoti, proprie della confabulazione organica, sono sempre associate con un difetto della memoria.

Perseverazione

- La perseverazione si verifica di solito in associazione con un disturbo della memoria e costituisce un segno di **malattia cerebrale organica** - forse il solo segno patognomonico in psichiatria.
- Si verifica in uno stato di obnubilamento della coscienza ed è particolarmente utile come criterio di diagnosi differenziale rispetto alle anomalie isteriche.
- Viene descritta come una risposta appropriata per il primo stimolo, ma che risulta inappropriata per un secondo stimolo differente. Può essere dimostrata sia sul piano motorio che verbale.
 - L'intervistatore, mentre conduce l'esame di stato mentale, domanda: "Qual è la capitale d'Italia?" - "Roma"; e poi di seguito: "Cos'è l'oggetto che lei porta che le dice l'ora?" - "Roma".
 - Alternativamente l'esaminatore chiede al paziente di mettere la mano destra sul braccio sinistro, cosa che lui fa correttamente; poi, quando gli chiede di mettere la mano sinistra sul braccio destro, egli mette ancora la destra sul braccio sinistro.

DISTURBI AFFETTIVI DELLA MEMORIA

Falsificazione della memoria

- Nella pseudologia **fantastica** - una menzogna plausibile e disinvolta - le affermazioni non vere sono spesso grandiose ed esagerate. Viene risposto alle domande con scioltezza e sembra che il paziente stesso creda implicitamente alla sua storia.
 - Questo si verifica di solito in associazione ad un **disturbo della personalità isterico** (istrionico) o **asociale**, e spesso nel momento in cui il paziente sta attraversando una grave crisi esistenziale, come un procedimento penale.
- Uno scadimento della memoria è una caratteristica costante dei disturbi **organici**. Quando è presente un difetto di giudizio e di ragionamento, si verifica la falsificazione:
 - deliri grandiosi e disturbo della memoria della **paralisi generale** producono spesso falsificazione e distorsione degli eventi ricordati.
 - la **confabulazione**, come nella sindrome di Korsakov, è spesso associata alla falsificazione.
- Nella schizofrenia, le circostanze ricordate spesso assumono un nuovo significato. Il ricordo è accurato, ma ne viene distorto il significato. Distinzione tra:
 - **ricordi deliranti**: esperienza delirante primaria descritta come un ricordo, e
 - **falsificazioni deliranti retrospettive**: retrodatazione delle convinzioni deliranti ad un periodo antecedente quello in cui il paziente si è ammalato, basata su un miscuglio di eventi veri rievocati e di interpretazioni deliranti del significato di quegli eventi.
- L'inaccuratezza del richiamo viene talvolta denominata **paramnesia**.
 - Pur verificandosi nello stato normale e nei disturbi di personalità, si tratta di una caratteristica prominente dei disturbi affettivi.

Fuga isterica

- Si verifica nella dissociazione **isterica**: è presente un **restringimento** della **coscienza**, nel vagare lontano dai luoghi familiari con **l'amnesia seguente**.
- La persona sembra essere in buon contatto con la realtà circostante e di solito si comporta in modo appropriato, anche se a volte manifesta una certa disinibizione.
- E' presente spesso la perdita di identità o l'assunzione di una nuova identità falsa.
- La durata dell'episodio può essere molto variabile, da poche ore a diverse settimane, e il soggetto può viaggiare molto lontano.

Sindrome di Ganser

- Descritta inizialmente nei **carcerati**
- C'è stato un notevole dibattito a proposito del fatto che questa condizione rappresenti primariamente una forma di **isteria** piuttosto che una **psicosi organica**.
- 4 caratteristiche principali:
 - a) **risposte approssimative** del tipo: domanda: "Qual è la capitale dell'Italia?"; risposta: "Napoli"; domanda: "Quante zampe ha un centopiedi?"; risposta: "sette".
 - b) **obnubilamento della coscienza**;
 - c) caratteristiche di **conversione somatica**;
 - d) **pseudoallucinazioni** (non sempre presenti).

Personalità multipla

- Ci sono notevoli dubbi sull'autenticità della personalità multipla, che spesso viene considerata **iatrogena**, creata dall'interesse medico per il caso, o **simulata** e usata dai pazienti durante procedimenti penali.
- Tuttavia, supponendo casi di buona fede, spesso c'è una successiva completa **amnesia** per una o più delle personalità: una personalità può affermare di non conoscere l'esistenza dell'altra (che ha un nome differente) nella stessa persona.

DISTURBI DELL'UMORE

Umore ed Emozioni

- **Affetto**: sensazioni specifiche e differenziate, dirette verso degli oggetti.
- **Umore**: uno stato prevalente e prolungato o una disposizione, ovvero lo stato del sé in relazione al proprio ambiente
- **Emozione**: aspetti fisiologici e psicosomatici che sono concomitanti ad un umore.

❖ 3 aspetti principali nella valutazione **fenomenologica** dell'umore:

1. **Coinvolgimento del sé**: I sentimenti sono una caratteristica del sé, ma attraverso un processo di **empatia** possono venire ascritti ad altri oggetti della consapevolezza; io provo i miei sentimenti di tristezza, ma posso anche formulare un giudizio sul fatto che un'altra persona è triste in quanto appare triste
2. **Contrasto** fra elementi opposti: gli affetti vengono esperiti in forma di contrasti, secondo una tipica caratteristica umana del **polarizzare** l'umore in stati opposti.
3. Natura dell'**oggetto** del sentimento: I sentimenti possono avere un oggetto definito, per esempio la paura dei gatti; in questi soggetti l'esposizione a gatti o l'idea dei gatti evoca l'emozione dell'ansia.
 - I sentimenti possono anche essere privi di oggetto, per esempio, l'**ansia libera fluttuante** in cui il soggetto non ha alcun dubbio circa la realtà dei propri sintomi d'ansia fisici e psicologici, ma non è in grado di ascriverli ad alcuna causa definita, evento precipitante o oggetto.

7 gruppi principali di emozioni discriminabili da parte dell'osservatore:

- 1. la felicità,**
- 2. la sorpresa,**
- 3. la paura,**
- 4. la tristezza,**
- 5. la rabbia,**
- 6. il disgusto-ribrezzo e**
- 7. l'interesse.**

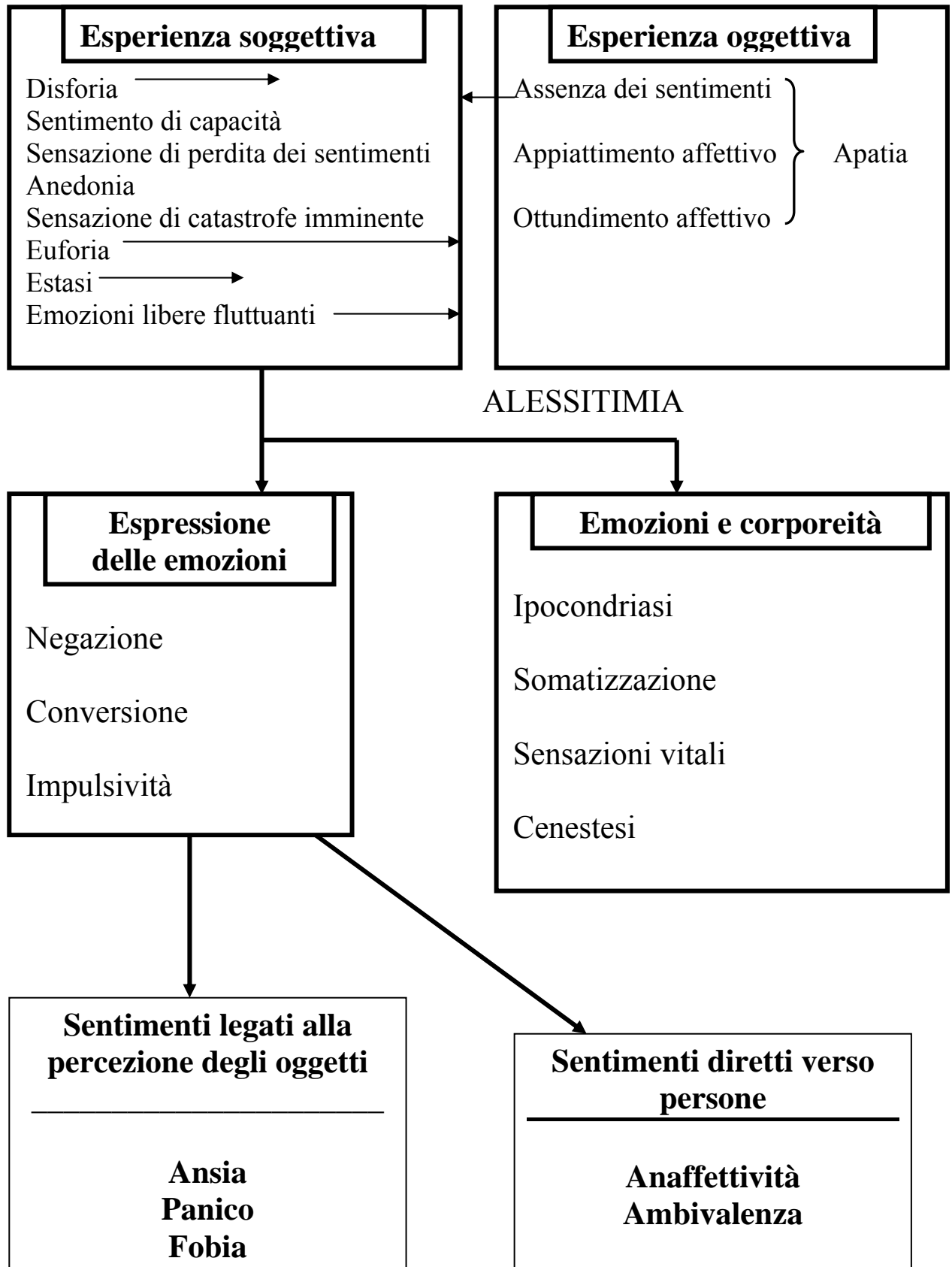
Le emozioni vengono comunicate non verbalmente attraverso diverse parti del corpo; per esempio:

- il volto (specialmente gli occhi)**
- i gesti,**
- la postura,**
- il tono della voce e**
- l'aspetto generale, e in modo speciale**
- la scelta dei vestiti.**

La categorizzazione delle emozioni (Jaspers)

1. **Relativamente all'oggetto** dell'emozione: emozioni assai diverse come la paura dei serpenti, il patriottismo, la sottomissione servile. La gamma dei contenuti delle emozioni è, naturalmente, illimitata.
2. Relativamente alla loro **sorgente**:
 - sensazioni localizzate: esperire, per esempio, in singole regioni del corpo.
 - sentimenti vitali che coinvolgono tutto il corpo ed in cui un'emozione viene descritta soggettivamente come fisica, ma tale da influenzare l'intero organismo in modo completo
 - sentimenti psicologici sono le emozioni che generalmente descriviamo quali la tristezza, la gioia ecc.
3. Relativamente al proprio **scopo biologico**: teoria dell'istinto.
4. **Sensazione come stato**: descrizione di tutte le differenti sensazioni che si verificano in un certo momento e che descrive lo stato affettivo del soggetto in quel momento; per esempio, uno stato di allerta, o uno stato di anergia.
5. Relativamente alla loro **durata ed intensità**:
 - la **sensazione** è una reazione emotiva individuale
 - l'**affetto** è una perturbazione emotiva complessa ma momentanea
 - l'**umore** è uno stato emotivo più prolungato che influenza tutti gli aspetti dello stato mentale.
6. Distinzione all'interno del termine sentire, che significa al tempo stesso
 - **Emozione**: si riferisce allo stato del sé
 - **Sensazione**: si riferisce agli elementi della percezione.

ALTERAZIONI DELL'UMORE



CAMBIAMENTI PATOLOGICI DELL'UMORE

- **Disforia:** cambiamento nell'esperienza che può essere descritto soggettivamente come sentimento di essere "a disagio";
- **Alterazione del sentimento di capacità:**
 - perdita del normale senso di auto sufficienza e della autostima, che produce i sentimenti di incapacità (depressione, nevrosi)
 - sensazione di un sentimento crescente di capacità (mania)
- **Apatia:** assenza di sentimenti, spesso associata con l'anergia e la mancanza di volontà (schizofrenia)
- **Ottundimento** affettivo: mancanza di una sensibilità emotiva; es.: ragazza schizofrenica che, con un gusto particolare per gli effetti sensazionali, portò dei vicini nella stanza da letto per mostrare loro la madre morta da quarantott'ore
- **Appiattimento** affettivo: diminuzione della normale gamma di emozioni, spesso associata all'anergia nei pazienti schizofrenici; non esprime alcuna particolare carica affettiva in qualsivoglia direzione, sebbene ciò che viene espresso sia appropriato nella direzione
- **Sensazione di perdita dei sentimenti:** esperienza soggettiva di perdita di sentimenti che prima erano presenti, piuttosto che di un'assenza osservata in modo oggettivo; può coprire tutto il campo delle emozioni: rabbia, amore, piacere, e così via
- **Anedonia:** totale incapacità a gioire di alcunché nella vita, o trarre l'abituale soddisfazione dai fatti o oggetti della vita di ogni giorno, una perdita della capacità di provare piacere (depressione).
- **Sensazione di catastrofe imminente:** esperienza di timore o di apprensione senza nome in assenza di una causa ragionevole
- **Euforia:** stato di **eccessiva** ed irragionevole allegria; può comunicarsi nella forma dell'allegria della mania, o apparire inappropriata e bizzarra. Solitamente viene osservata negli stati organici, specialmente associata con disfunzioni del lobo frontale.
- **Emozioni libere fluttuanti:** intensa condizione emotiva che pare non avere scopo, né associazione con alcun oggetto:
 - **Ansia fluttuante:** Il paziente si descrive come generalmente ansioso, senza essere particolarmente ansioso circa nessun oggetto; ha concomitanti sia somatiche sia psichiche. Può apparire localizzata fisicamente in alcune aree del corpo.
 - Altri stati emotivi fluttuanti: l'agitazione, la tensione, l'ottenebrazione, l'euforia, lo scoraggiamento e così via.

UMORE E CORPOREITA'

- **Preoccupazione ipocondriaca:** un processo di introspezione e concentrazione della coscienza verso particolari organi o regioni, accoppiate al ricordo di esperienze passate o di persone note, porta una percezione di fondo delle sensazioni che provengono da molte e diverse parti del corpo: la pelle alla superficie, le giunture ed i visceri. Tutto ciò viene esperito in modo malato, in quanto le percezioni individuali del sé vengono associate ad un'emozione spiacevole.
- **Somatizzazione:** percezione selettiva e focalizzazione sulle manifestazioni somatiche del disturbo, con il diniego o la minimizzazione delle variazioni affettive e cognitive.
- **Alessitimia:** ipotesi speculativa per spiegare la somatizzazione come un disturbo specifico del funzionamento mentale: difficoltà nella capacità di verbalizzare gli affetti e di elaborare fantasie.
 - In origine usato per i disturbi psicosomatici in soggetti che incontrano difficoltà nell'esprimere le proprie emozioni.
 - Lo stile comunicativo mostra un pensiero simbolico molto ridotto, se non assente: il mondo interiore, i sentimenti, i desideri e gli istinti non vengono rivelati
 - Il pensiero viene allora ad essere letterale, utilitaristico e incentrato sulle minuzie degli eventi esterni.
 - Gravi difficoltà nel riconoscere e descrivere i propri sentimenti e nel saper discriminare fra stati emotivi e sensazioni fisiche.
 - La loro esistenza appare piatta come quella di un robot, "quasi stessero seguendo un libro di istruzioni";
 - vi può essere una nota di monotonia anche nella postura e una mancanza di espressività nel volto.
 - Nelle relazioni interpersonali mostrano una ridotta capacità di empatia.
 - Le caratteristiche alessitimiche sono state riscontrate specialmente tra i pazienti con disturbi psicosomatici, somatoformi, disturbi da dolore psicogeno, disturbi da abusi di sostanze, disturbi da stress post-traumatico, depressione mascherata, nevrosi del carattere, perversioni sessuali.

Umore e Vitalità

- **Vitalità:** L'umore della depressione può essere descritto come una perdita globale di vitalità in cui tutte le funzioni vengono colpite e tutte le capacità depresse.
- **Sensazioni vitali:** esprimono l'intima relazione del corpo con la consapevolezza di sé, cioè il modo in cui noi esperiamo il nostro corpo, e l'impressione fisica che riteniamo di suscitare sugli altri, per cui danno la consapevolezza del nostro io vitale.

Sono le sensazioni di **umore** che appaiono emanare dal corpo medesimo; affetti localizzati e somatizzati in varie parti del corpo:

- Il capo: "un senso di oppressione, come una nuvola nera che mi schiaccia la testa";
- l'addome: "ho un senso di pesantezza nell'intestino, è come se rallentasse e poi si fermasse";
- il torace: "sento come un peso che mi opprime sul torace, mi impedisce di respirare";
- gli occhi: "tutto appare nero, scuro e opaco; gli occhi sono pesanti, non riesco a vedere bene";
- le gambe: "le gambe sono pesantissime, con tutta questa stanchezza non riesco a camminare".

Le caratteristiche costanti sono però l'associazione della sensazione somatica localizzata e l'umore prevalentemente depresso, la sensazione di peso, tensione, pesantezza, fino a vera e propria depressione in quel particolare organo, e la conseguente perdita di funzione: "non posso pensare bene... i miei intestini sono bloccati".

Schneider le considerava di importanza diagnostica primaria nella **malattia depressiva**, al pari dei sintomi di primo rango nella schizofrenia, il vero nucleo della depressione ciclotimica, di origine autoctona.

- **Cenestesi: consapevolezza**, profonda ma più o meno indefinita, che abbiamo dei nostri corpi e del tono generale delle attività funzionali.
 - **Stati cenestopatici:** sensazioni spiacevoli che emanano dalle diverse aree cenestesiche, un cambiamento nella qualità normale delle sensazioni fisiche di alcune parti del corpo
 - Sono localizzate ma non vi è alcuna lesione patogena localizzata.

CRITERI DIAGNOSTICI DELLA SCHIZOFRENIA (DSM-IV)

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
- 3) eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)
- 4) comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- 5) sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia.

Nota: È richiesto un solo sintomo del Criterio A se i deliri sono bizzarri, o se le allucinazioni consistono di una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano tra loro.

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).

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 (cioè, sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomi prodromici 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).

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.

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).

- L'**età media** di **insorgenza** per il primo episodio psicotico della Schizofrenia si situa tra i 20 e i 25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne.
- L'esordio può **essere brusco** o **insidioso**, ma la maggioranza dei soggetti presenta un tipo di fase prodromica caratterizzata dallo sviluppo lento e graduale di una varietà di segni e di sintomi (per es., ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola o nel lavoro, deterioramento nell'igiene e nell'ordine, comportamento inusuale, scoppi di rabbia).

- L'**età di insorgenza** può avere un significato sia **fisiopatologico** che **prognostico**:
 - I soggetti con esordio in età più giovane sono più spesso maschi, e hanno un adattamento premorbo più scadente, un minore grado di istruzione, alterazioni strutturali dell'encefalo più evidenti, segni e sintomi negativi più rilevanti, deficit cognitivi più evidenti, come dimostrato dai tests neuropsicologici, e un esito peggiore.
 - Al contrario, i soggetti con un esordio più tardivo sono più spesso femmine, hanno alterazioni strutturali cerebrali o deficit cognitivi meno evidenti, e mostrano un esito più favorevole.
- La maggior parte degli studi di **decorso** e di **esito** della Schizofrenia indicano che il decorso può essere variabile, con certi soggetti che mostrano **esacerbazioni** e **remissioni**, mentre altri rimangono **cronicamente** ammalati.
- Tra i soggetti che rimangono ammalati, alcuni sembrano avere un decorso relativamente stabile, mentre altri mostrano un progressivo **peggioramento** associato a grave **disabilità**.
- All'inizio della malattia, i sintomi **negativi** possono essere rilevanti, apparendo primariamente come manifestazioni prodromiche. Successivamente, compaiono sintomi **positivi**. Poiché questi sintomi positivi sono particolarmente rispondenti al trattamento, essi tipicamente diminuiscono, ma, in molti soggetti, persistono sintomi negativi tra gli episodi di sintomi positivi.

SOTTOTIPI DELLA SCHIZOFRENIA

TIPO PARANOIDE

Un tipo di Schizofrenia nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Preoccupazione relativa a uno o più deliri o frequenti allucinazioni uditive.
- B. Nessuno dei seguenti sintomi è rilevante: eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, affettività appiattita o inadeguata.

TIPO DISORGANIZZATO

Un tipo di Schizofrenia in cui risultano soddisfatti i criteri seguenti:

- A. Sono in primo piano tutti i seguenti:
 - 1) eloquio disorganizzato
 - 2) comportamento disorganizzato
 - 3) affettività appiattita o inadeguata.
- B. Non risultano soddisfatti i criteri per il Tipo Catatonico.

TIPO CATATONICO

Un tipo di Schizofrenia nel quale il quadro clinico è dominato da almeno due dei seguenti sintomi:

- 1) arresto motorio come evidenziato da catalessia (inclusa flessibilità cerea) o da stupor;
- 2) eccessiva attività motoria (che è apparentemente senza scopo e non influenzata da stimoli esterni);
- 3) negativismo estremo (resistenza apparentemente senza motivo a tutti i comandi, o mantenimento di una postura rigida contro i tentativi di mobilizzazione) o mutacismo;
- 4) peculiarità del movimento volontario, come evidenziato dalla tendenza alla postura fissa (assunzione volontaria di pose inadeguate o bizzarre), da movimenti stereotipati, da rilevanti manierismi o smorfie;
- 5) ecolalia o ecoprassia.

TIPO INDIFFERENZIATO

Un tipo di Schizofrenia nel quale sono presenti i sintomi che soddisfano il Criterio A, ma che non soddisfano i criteri per il Tipo Paranoide, Disorganizzato, o Catatonico.

TIPO RESIDUO

Un tipo di Schizofrenia nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Assenza di rilevanti deliri e allucinazioni, eloquio disorganizzato, e comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
- B. Vi è manifestazione continua del disturbo, come indicato dalla presenza di sintomi negativi o di due o più sintomi elencati nel Criterio A per la Schizofrenia, presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

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

- 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 (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri)
- 3) significativa **perdita di peso**, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi 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)
- 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.

- B. I sintomi non soddisfano i criteri per un **Episodio Misto**.
- C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o **compromissione del funzionamento sociale**, lavorativo, o di altre aree importanti.
- D. 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).
- E. I sintomi non sono meglio giustificati da **Lutto**, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mesi, o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO

- A. Presenza di un Episodio Depressivo Maggiore.
- B. L'Episodio Depressivo Maggiore non è meglio inquadrabile come Disturbo Schizoaffettivo, e non è sovrapposto a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, un Episodio Misto o un Episodio Ipomaniacale.

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, RICORRENTE

- A. Presenza di due o più Episodi Depressivi Maggiori.
Nota 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.
- B. Gli Episodi Depressivi Maggiori non sono meglio inquadrabili come Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, un Episodio Misto o un Episodio Ipomaniacale.

EPISODIO MANIACALE

A. Un periodo definito di **umore** anormalmente e persistentemente **elevato, espansivo, o irritabile**, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile):

- 1) **autostima** ipertrofica o grandiosità
- 2) diminuito bisogno di **sonno** (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno)
- 3) maggiore **loquacità** del solito, oppure spinta continua a parlare
- 4) **fuga delle idee** o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
- 5) **distraibilità** (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti)
- 6) aumento dell'**attività finalizzata** (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure **agitazione psicomotoria**
- 7) eccessivo coinvolgimento in **attività ludiche** che hanno un alto potenziale di conseguenze **dannose** (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

C. I sintomi non soddisfano i criteri per l'**Episodio Misto**.

D. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata **compromissione del funzionamento lavorativo** o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

E. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una **sostanza** (per es., una droga di abuso, un farmaco o altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

Nota Episodi simil-maniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

EPISODIO MISTO

- A. Risultano soddisfatti i criteri sia per l'**Episodio Maniacale** che per l'**Episodio Depressivo Maggiore** (eccetto per la durata), quasi ogni giorno, per almeno 1 settimana.
- B. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata **compromissione del funzionamento lavorativo** o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.
- C. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una **sostanza** (per es., una droga di abuso, un farmaco o un altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

❖ Nota Gli episodi simil-misti chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

DISTURBO BIPOLARE I

- La caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare I è un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più **Episodi Maniacali** o **Episodi Misti**.
- Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più **Episodi Depressivi Maggiori**.
- Gli Episodi di **Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze** (dovuti agli effetti diretti di un medicamento, ad altri trattamenti somatici per la depressione, a una droga di abuso o all'esposizione ad una tossina), o di **Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale**, non contano per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.
- Inoltre gli **episodi** non risultano meglio spiegati da un **Disturbo Schizoaffettivo**, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- Il Disturbo Bipolare I è subclassificato alla quinta cifra del codice a seconda che gli individui presentino un primo episodio (**Episodio Maniacale Singolo**) o che il disturbo sia **ricorrente**. La ricorrenza è indicata da un passaggio di polarità dell'episodio, o da un intervallo di almeno 2 mesi senza sintomi maniacali tra gli episodi.
- Un passaggio di polarità corrisponde a un decorso clinico per cui un Episodio Depressivo Maggiore evolve in un Episodio Maniacale o in un Episodio Misto, o per cui un Episodio Maniacale o un Episodio Misto evolvono verso un Episodio Depressivo Maggiore.

DISTURBO BIPOLARE II

- A. Presenza (anche in anamnesi) di uno o più Episodi Depressivi Maggiori.
- B. Presenza (anche in anamnesi) di almeno un Episodio Ipomaniacale.
- C. Non vi è mai stato un Episodio Maniacale (pag. 370) o un Episodio Misto.
- D. I sintomi dell'umore di cui ai criteri A e B non sono meglio inquadrabili come Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- E. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.