

CAPITOLO 1.

VISITA E VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Il soggetto affetto da un disturbo psichiatrico può entrare in contatto con il medico per iniziativa propria o per iniziativa di altri. Esiste la possibilità che il paziente psichiatrico sia obbligato ad accedere alle cure contro la sua volontà .

Una prima possibilità di contatto è quella con il proprio medico base o perché il paziente avverte dei sintomi disturbanti o perché i parenti e/o gli amici osservano un suo stato di malessere o dei comportamenti per lui non abituali, nel primo caso i sintomi e i segni che conducono alla visita sono sovente avvertiti nel corpo. Il contatto con il medico può, in un secondo caso, essere cercato in conseguenza di anomalie più specificatamente mentali e comportamentali.

Il medico deve essere formato e avere gli strumenti adeguati per almeno sospettare le presenza di una diagnosi di disturbo psichiatrico e inviare il paziente all'attenzione dello specialista psichiatra. L'invio a uno psichiatra deve essere in tal caso accompagnato da una corretta spiegazione dell'ambito in cui si muove la psichiatria soprattutto per evitare il senso di vergogna che il paziente può provare ad essere indirizzato in tal senso.

Il medico di base deve formulare una prima diagnosi: se si sente preparato deve impostare una terapia, oppure può appoggiare il caso a un collega specialista in psichiatria. Lo psichiatra deve a sua volta conoscere le condizioni mediche generali del paziente su cui deve formulare una diagnosi specialistica.

CON QUALI STRUMENTI SI ARRIVA A UNA DIAGNOSI PSICHIATRICA?

Lo strumento principe della diagnostica psichiatrica è il colloquio con il paziente: è un racconto di sintomi somatici e psichici sui quali si deve indagare con attenzione per cogliere il tipo, la gravità, il momento della comparsa, il decorso. Non avendo a disposizione riferimenti standard di tipo biologico i dati raccolti dal racconto del paziente devono essere confrontati con un prototipo di funzionamento normale che deriva essenzialmente dalle esperienze personali più che da una trattativa scientifica.

Tutto ciò che sente il paziente viene determinato sulla base dei propri sistemi ideativi ed emotivi, della propria cultura, dei parametri di norma accettati dall'ambiente e dall'epoca in cui si vive. A questo scopo, non hanno potuto fornire un aiuto clinico-pratico né le più profonde elaborazioni filosofico-psicopatologiche del sapere psichiatrico, né il riferirsi a una compromissione del livello del funzionamento precedente, baldanzoso escamotage inserito tra i criteri diagnostici per ciascun disturbo dal DSM, cioè dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, giunto nel 2013 alla sua quinta edizione.

Le idee, gli affetti, i comportamenti patologici emergono su un continuum di idee, affetti, comportamenti normali e con essi coesistono. Va ancora ricordata l'importanza dall'atteggiamento del medico che deve essere di ascolto partecipe, di identificazione nei vissuti del paziente per poterli cogliere appieno.

Vanno evitati:

- interventi eccessivi
- incoraggiamenti banali
- eccessiva partecipazione affettiva
- eccessiva freddezza.

Gli elementi necessari per la diagnosi sono:

- gli elementi riferiti dal paziente (il racconto soggettivo);
- la valutazione del medico del funzionamento psichico e del comportamento del paziente (esame psichico diretto);
- le condizioni mediche generali del paziente.

Elementi riferiti dal paziente

I sintomi sono l'espressione diretta della sofferenza individuale e costituiscono pertanto un elemento irrinunciabile per la formulazione diagnostica; allo stesso modo, elementi necessari sul piano clinico-psichiatrico possono emergere dai vissuti soggettivi che il paziente non riferisce come sintomi perché non sono espressioni di sofferenza.

Esame psichico diretto

L'attività psichica può essere distinta in funzioni differenti, fra loro ma sempre strettamente integrate. Ogni funzione psichica può presentarsi alterata e il riconoscimento di questa alterazione è un elemento necessario per la diagnosi in psichiatria. È di particolare importanza la valutazione delle seguenti funzioni psichiche:

- la coscienza: si possono presentare vari gradi di alterazione dello stato di coscienza. Sul piano operativo, la valutazione dello stato di lucidità si effettua valutando l'orientamento del paziente in tre ambiti:
- l'orientamento personale (i riferimenti essenziali della propria condizione e della propria storia),
- l'orientamento spaziale e
- l'orientamento temporale
- la memoria: può essere menomata sia nella capacità di acquisire nuovi ricordi, sia nel conservare e riportare alla coscienza i ricordi acquisiti. Vi è poi la possibilità che sia disturbata la cosiddetta memoria "operativa" che contiene le nozioni elementari di base su cui si fondano le nostre abilità operative;
- la percezione: fisiologicamente la funzione percettiva consente, attraverso gli organi di senso e la corrispondente rielaborazione sotto-corticale e corticale, il rapporto dell'individuo con il mondo esterno. Alterazioni patologiche possono produrre "false" percezioni, che vengono distinte in:
 - Le illusioni, nelle quali l'oggetto stimolo dell'organo di senso è presente ma è percepito in modo distorto,
 - le allucinazioni, nelle quali la percezione avviene in assenza dell'oggetto-stimolo,
- il pensiero: due gli aspetti che devono essere valutati:
 - il contenuto, per verificare se vi è produzione di "deliri", cioè di pensieri assurdi, evidentemente contraddittori con il buon senso comune, di cui il paziente è fortemente convinto e da cui non si lascia allontanare né dall'esperienza né dalla critica;
 - la forma, con alterazioni della strutturazione grammaticale e sintattica del pensiero e della costanza semantica;
- affettività: possono manifestarsi essenzialmente due forme di alterazione:
 - del "tono" dell'umore, in basso (depressione) o in alto (euforia);
 - del sistema di allarme, con manifestazioni d'ansia in forma continua o in forma di attacchi di panico.

Per la valutazione del comportamento ci si avvale di elementi diretti ed eventualmente anche di elementi indiretti.

Condizioni mediche generali

Il funzionamento psichico può essere modulato o alterato da condizioni morbose endogene (malattie somatiche) o da sostanze esogene (farmaci, sostanze psicoattive). Ne consegue che per una corretta diagnosi psichiatrica non è possibile prescindere dalla conoscenza di un'eventuale condizione morbosa somatica di cui il paziente è portatore, poiché sono molte le abnormità psichiche riferibili a una malattia internistica o neurologica.

La diagnostica psichiatrica deve tener conto che esistono farmaci che possono modificare; lo psichismo.

Lo psichiatra deve farsi parte attiva in questo aspetto dell'indagine diagnostica effettuando la visita medica generale e la visita neurologica, infatti questa e l'esame obiettivo neurologico sono consigliabili per:

- per verificare direttamente eventuali condizioni mediche generali o eventuali stati di intossicazione acuta da sostanze psicoattive che comportino nella loro espressione clinica sintomi di ordine psichiatrico
- per valutare tipo e gravità dei sintomi somatici che fanno parte del disturbo psichiatrico diagnosticato
- per valutare le conseguenze fisiche di comportamenti abnormi
- per aggiornare la valutazione della malattia internistica e neurologica dalla quale è affetto il paziente che si rivolge allo psichiatra motivato dal fatto che su quel tipo di malattia i fattori psichici possono avere una influenza significativa.

Le indagini di laboratorio e strumentali, oltre a quando si presentano necessarie per le valutazioni internistiche e neurologiche sono utili per:

- valutare i correlati biologici di un disturbo psichiatrico
- monitorare i trattamenti psichiatrici

Gli elementi complementari per la diagnosi di un disturbo psichiatrico e di cui può essere utile sono:

- gli elementi riferiti da altri;

- i test e le scale di valutazione psicopatologica

I test e le scale psicometriche

I test psicodiagnostici comprendono un'ampia gamma di prove standardizzate e validate su campioni di popolazione generale e di popolazione affetta da disturbi psichici. Esistono test di misura del quoziente intellettivo, test che misurano specifiche abilità e questionari che orientano sulla diagnosi dei disturbi psichici.

L'impiego di questi questionari avviene soprattutto nella ricerca sperimentale e in psichiatria forense o assicurativa più che nella prassi clinica. Si citano a tal proposito l'Intervista Clinica Strutturata per il DSM (SCID) e il Millan Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) per la diagnosi dei disturbi di personalità secondo il DSM.

I test proiettivi consistono in valutazioni più complesse di aspetti caratteriali e personologici che impiegano strumenti che stimolano il paziente a elaborare delle risposte sulla base delle proprie fantasie e delle proprie convinzioni.

Ad esempio:

- il Rorschach fornisce indicazioni sulla struttura di personalità del paziente e, secondo una prospettiva psicodinamica, sui meccanismi di difesa prevalentemente adottati. Dal test emergono anche elementi indiretti indicativi del rapporto con le figure genitoriali, con la sessualità e con la propria affettività.
- test di Appercezione Tematica (TAT) che consiste in una serie di tavole che rappresentano delle scene varie di vita.

Esistono scale di:

- autovalutazione (è il paziente che le compila)
- etero valutazione, compilate dal medico sulla base dall'osservazione e del colloquio con il paziente.

Le scale psicopatologiche sono indispensabili nella ricerca per avere dei criteri unificati e validati di misura dei sintomi psichici; nella pratica clinica, più che per la diagnosi di un disturbo, hanno soprattutto utilità per valutare l'evoluzione nel tempo di un quadro clinico in funzione del trattamento impostato.

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI PSICHIATRICI

Sistemi di classificazione:

- International Classification of Diseases (ICD), giunto alla decima edizione (ICD-10), della Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo modello di classificazione dei disturbi mentali è detto "prototipico", ovvero fondato su prototipi, cioè descrizioni narrative dei disturbi. Compito del clinico è verificare a quale dei diversi prototipi di disturbi mentali si avvicina maggiormente il quadro sintomatologico presentato dal singolo paziente. Questo approccio porta a una variabilità nelle diagnosi psichiatriche tra operatori diversi e quindi non è utilizzato molto nella ricerca.
- American Psychiatric Association, che pubblica il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), attualmente (2013) giunto alla sua quinta edizione (DSM-5). Questo sistema si basa su criteri operativi, cioè su una serie predeterminata di criteri che devono necessariamente essere soddisfatti per poter giungere alla diagnosi psichiatrica. Il procedimento clinico richiesto allo specialista psichiatra è di verificare se nel singolo paziente sono o meno presenti i criteri definiti dal manuale per ogni singolo disturbo; i criteri sono:
 - criteri sintomatologici,
 - criteri temporali,
 - criteri funzionali.

I singoli disturbi sono poi classificati a seconda della funzione psichica prevalentemente coinvolta. Il modo di fare diagnosi in psichiatria è quello di seguire un approccio sequenziale: il clinico deve partire, nel processo diagnostico, innanzitutto dalla diagnosi attuale: riconoscere quindi quale quadro psicopatologico è attualmente presente. Quindi occorre verificare da quando è presente il quadro psicopatologico presentato. Solo a questo punto si procede alla diagnosi longitudinale. Infine è necessario ricostruire la storia di vita del paziente cercando di correlare la storia degli eventi di vita significativi del paziente con quella degli episodi di malattia.

CAPITOLO 2. DISTURBI DEPRESSIVI E DISTURBI BIPOLARI

Il tono dell'umore rappresenta il correlato emotivo di fondo di tutte le nostre attività mentali. Il tono timico varia per lo stesso soggetto da momento a momento in base all'equilibrio somato-biologico, ai pensieri, alle situazioni esistenziali di volta in volta vissute. Tuttavia in ciascuna persona è possibile individuare un tono dell'umore maggiormente presente al di là di oscillazioni più o meno occasionali. Questo caratterizza il temperamento affettivo della persona che viene inteso come dato fisiologico sostanzialmente stabile, correlato ad assetti neurobiologici.

I neuro-trasmittitori principalmente implicati nelle funzioni regolatrici del tono dell'umore sono la serotonina, la noradrenalina e la dopamina.

È pure riconosciuto come fisiologico che il tono dell'umore e i livelli di energia di un individuo abbiano più ampie modificazioni in conseguenza di avvenimenti tristi o allegri. Il tono dell'umore può presentarsi patologicamente alterato ed è possibile identificare alcune varianti psicopatologiche:

- umore depressivo: abbassamento del tono timico che si manifesta con sentimenti di tristezza, abbattimento o pessimismo
- stato ipertimico: innalzamento del tono timico che può andare dalla semplice euforia all'intensa esaltazione
- umore irritabile: risonanza affettiva a stimoli e situazioni di scarsa entità che si esprime con reazioni d'ira e/o rabbia.

La psichiatria è la scienza medica che meno di tutte può avvalersi di riferimenti standard di tipo biologico o esami diagnostici strumentali per discernere il sano dal patologico. Gli elementi fondamentali da valutare per stabilire che un quadro clinico di alterazione del tono dell'umore è patologico e che deve essere curato sono:

- intensità della manifestazione affettiva: ovvero la gravità dell'espressione clinica: questa è determinata dal numero ed il tipo di sintomi che presenta il paziente;
- inadeguatezza rispetto agli eventi e alle situazioni: la devianza rispetto alla reazione psicogena più comune è relativa alla condizione socioculturale del soggetto. La difficoltà di definire se la reazione è o meno congrua rispetto ad un evento di vita rende quindi questo criterio difficile da definire operativamente e pertanto i sistemi diagnostici attuali non considerano l'adeguatezza delle oscillazioni del tono dell'umore rispetto a eventi e/o situazioni di vita come criterio fondante per la diagnosi;
- la qualità dell'umore: il tipo di vissuto che viene esperito
- la durata della presenza continuativa dei sintomi e segni che costituiscono la costellazione del quadro clinico;
- la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo; se lo stato d'animo è tale da interferire con l'usuale funzionamento del soggetto, si è di fronte ad un importante indicatore di patologia.
- i precedenti anamnestici
- i risultati delle scale di valutazione
- la presenza di correlati biologici

Queste ultime sono strumenti che assegnano un punteggio di gravità a ciascun sintomo/segno del quadro clinico degli episodi affettivi. Sono strumenti con ovvi limiti d'impiego essendo validati su ampia scala consentono un inquadramento convenzionale dei vari quadri sindromici.

EZIOLOGIA

Si può immaginare che il tono dell'umore si alteri patologicamente per due motivi:

- i meccanismi neurotrasmettitoriali che regolano il tono dell'umore si squilibrano autonomamente
- avvenimenti negativi o positivi inducono una risposta del tono dell'umore esagerata, anomala, che solo dopo un certo tempo, o molto tempo o mai, ritorna alla norma

Su questa distinzione si fondava una classica distinzione impiegata soprattutto per la depressione:

- depressione biologica: determinata da un'alterazione dei meccanismi cerebrali che regolano il tono dell'umore
- depressione psicogena: conseguente a vissuti negativi dovuti a conflitti e/o reazioni ad avvenimenti di vita.

Oggi queste ipotesi eziologiche fondate sull'assunto che il cervello influenza la psiche e la psiche il cervello sono tralasciate, non perché tali problemi, così impostati, siano risolti, ma perché si è affermata una concezione più pragmatica che tiene conto in modo più integrato dei diversi fattori:

- esistono alterazioni del tono dell'umore che possiamo giudicare e definire patologiche e quindi da curare, ai fini di evitare la sofferenza, la compromissione sociale, comportamenti auto ed eventualmente etero-lesivi;

- in queste alterazioni sono presenti correlati biologici, non sempre rilevabili ma ragionevolmente ipotizzabili sulla base della favorevole risposta alle terapie farmacologiche;
- queste alterazioni dell'umore sono, nella grande percentuale di casi, precedute da avvenimenti esistenziali negativi o da stati di conflittualità psicologica.

I quadri clinici di alterazione dell'umore e dei livelli di energia dell'individuo devono essere visti come espressioni quindi di una maggiore sensibilità/vulnerabilità del soggetto rispetto ad eventi/situazioni che determinerebbero in chiunque oscillazioni dello stato affettivo, ma che in tali soggetti predisposti determinano oscillazioni troppo intense quanto a numero di sintomi e durata complessiva, al punto da compromettere il funzionamento dell'individuo. Questa maggiore vulnerabilità ha una base eredo-costituzionale, ma i sistemi cerebrali che sottendono le alterazioni affettive risentono che del numero di precedenti episodi effettivi.

INQUADRAMENTO CLINICO-DIAGNOSTICO DEI DISTURBI AFFETTIVI: DUE PROSPETTIVE DISTINTE

Il clinico deve avvalersi di due prospettive distinte:

- trasversale
- longitudinale

La prima dedicata all'analisi della sintomatologia attuale del paziente, con l'obiettivo di riconoscere e identificare un eventuale quadro patologico di alterazione del tono dell'umore la seconda si fonda sull'indagine della storia clinica passata ricostruendo se e quanti/quali altri episodi di alterazione timica si sono manifestati, la rispettiva longitudinale è indispensabile per effettuare la diagnosi di disturbo.

Nella prospettiva trasversale possono essere riconosciuti i seguenti quadri transitori di alterazione patologica dell'umore:

- episodio depressivo maggiore
- episodio depressivo minore
- episodio ipomaniacale
- episodio maniacale

L'episodio di alterazione dell'umore può risolversi e rimanere unico oppure non risolversi cronicizzare oppure ripetersi, possono presentarsi disturbi dell'umore di una sola polarità oppure episodi di polarità differente. La classificazione dei disturbi dell'umore si trovano nel DSM-5 che si basa sulla polarità degli episodi di alterazione patologica del tono dell'umore.

Tra i disturbi bipolari si comprendono tutte quelle condizioni morbose in cui nella vita del paziente si presentano episodi di entrambe le polarità mentre i disturbi depressivi comprendono le condizioni cliniche in cui si presentano solo episodi depressivi. I disturbi depressivi vengono anche definiti disturbi unipolari.

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Si definisce episodio depressivo maggiore un periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è persistentemente depresso in modo grave con un netto cambiamento rispetto al tono dell'umore che il soggetto ha abitualmente. Accanto all'umore depresso è presente una marcata riduzione della capacità edonica.

La diagnosi, nella prospettiva trasversale, di episodio depressivo maggiore (EDM) può essere fatta solo se emergono i seguenti elementi:

- aumento/ perdita di peso
- insonnia/ipersonnia
- agitazione/rallentamento psicomotorio
- faticabilità o mancanza di energie
- sentimenti di auto svalutazione o di colpa eccessivi
- ridotta capacità di pensare e di concentrarsi
- pensieri ricorrenti di morte

Tali manifestazioni devono essere presenti persistentemente per un determinato periodo, almeno due settimane, il quadro clinico deve essere di entità tale da compromettere il funzionamento globale del paziente.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

A seconda delle funzioni compromesse si distinguono diversi tipi di raggruppamento sintomatologici o "cluster":

- cluster sintomatologico emotivo-affettivo: soggetto si sente triste, scoraggiato, abbattuto e avvilito. È un sentimento non sempre comprensibile dal paziente poiché può assumere delle caratteristiche non comunemente esperibili (senso di morte interiore). Un altro sintomo primario è l'anedonia ovvero l'incapacità di provare piacere e gioia in qualunque situazione, appare una sorte di indifferenza perciò che accade intorno. L'ansia in questo cluster è frequente, ma non fondamentale.
- cluster sintomatologico cognitivo-percettivo: vengono annoverati i disturbi che interessano le funzioni cognitive, il pensiero, la memoria e la percezione. Sul piano cognitivo l'episodio depressivo maggiore comporta un deficit soggettivo delle prestazioni intellettuali (difficoltà a concentrarsi, diminuita capacità di pensare). Il corso del pensiero rallenta fino a divenire statico, fisso sulle tematiche depressive. Le idee di morte vanno da un generico timore di morire fino a un desiderio di concludere la propria esistenza. In alcune forme gravi i pensieri depressivi evolvono in idee deliranti.
- cluster psicomotorio dei sintomi: rallentamento a livello fisico, questa inibizione può assumere caratteristiche catatoniche
- cluster dei sintomi somatovegetativi: variazione dell'appetito, del peso, l'astenia, la disregolazione del ritmo sonno-veglia ed il calo della libido
- cluster dei sintomi cronobiologici: comprende tutti quegli elementi clinici che si manifestano con un'oscillazione ricorrente.

Il paziente con episodio depressivo maggiore riesce a condurre una vita normale senza sostanziali modifiche della propria attività routinaria.

SPECIFICAZIONI PER LA DESCRIZIONE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Le linee guida internazionali che genericamente indicano la possibilità di trattare un episodio depressivo unipolare con farmaci depressivi e/o psicoterapia specifica prevedono delle specifiche opzioni terapeutiche:

- escludono l'utilizzo della psicoterapia in monoterapia
- consigliano una strategia farmacologica di potenziamento degli antidepressivi con antipsicotici

Episodio depressivo maggiore con caratteristiche melanconiche

Il paziente percepisce una sofferenza diversa dalla abituale tristezza, è meno reattivo emotivamente, la sofferenza depressiva coarta ogni altra espressione affettiva e il paziente è addolorato e sconcertato da tutto ciò. L'anedonia è molto grave ed intensa. Questo sottotipo di depressione si caratterizza per un'accentuazione dei sintomi crono-biologici e psicomotori.

Episodio depressivo maggiore con caratteristiche psicotiche

Sono presenti i sintomi più gravi del cluster cognitivo-percettivo, i deliri e le allucinazioni. I deliri tipicamente sono:

- colpa
- rovina economica
- ipocondriaci
- negativistici

I deliri incongrui sono:

- persecutori
- di riferimento

Le allucinazioni non sono un sintomo frequente e quando si manifestano indicano uno stato di gravità estrema.

Episodio depressivo maggiore con caratteristiche atipiche

Si manifestano i sintomi somatovegetativi nella forma più insolita:

- ipersonnia
- iperfagia
- aumento di peso.

Il paziente è reattivo nei confronti degli eventi e degli altri, altro elemento caratteristico è la paralisi plumbea ovvero marcata sensazione di pesantezza degli arti superiori e inferiori fino a sostenere che siano di piombo.

Episodio depressivo maggiore con catatonia

Sintomi sono quelli del cluster psicomotorio ovvero un marcato rallentamento fino allo stato di stupor catatonico.

Altri sintomi sono:

- catalessia: mantenimento da parte del paziente di una postura indotta passivamente
- flessibilità cerea: resistenza leggera e costante ai tentativi esterni di modificare la postura del paziente

Episodio depressivo maggiore con caratteristiche miste

Prevalenza della sintomatologia depressiva, ma in cui si manifestano alcuni sintomi della polarità opposta, questo sottotipo di episodio può rappresentare sia una condizione psicopatologica transitoria sia un quadro clinico stabile ed autonomo. Nelle forme più gravi l'umore è alterato patologicamente, ma in modo altamente instabile con rapide e repentine fluttuazioni dalla depressione all'euforia oppure con contemporanea presenza di sintomi delle due serie.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

La complicanza più grave è il suicidio che interessa il 15% dei pazienti, un'altra complicanza è data dall'abuso di alcool e di sostanze allucinogene. L'episodio depressivo maggiore può presentarsi associato ad ogni altro disturbo psichico e il risultato è un quadro clinico di sintomi commisti. Sul piano psicopatologico sono tre le condizioni cliniche in cui un episodio depressivo maggiore coesiste con un altro disturbo psichico :

1. episodio depressivo rappresenta l'esordio aspecifico di un disturbo psichico che si caratterizza successivamente
2. l'episodio depressivo maggiore può coesistere con altri disturbi psichiatrici
3. l'episodio depressivo maggiore rappresenta l'esito di un disturbo psichiatrico di altro tipo che si risolve

ESORDIO E DECORSO

L'episodio depressivo maggiore esordisce sia lentamente sia acutamente. Talvolta il cambiamento tra il "prima" ed il "dopo", con riferimento all'inizio della sintomatologia, è così netto e soggettivamente drammatica da costituirsi quel fenomeno che si definisce "frattura del continuum psicologico" del paziente (depressione melanconica).

Se non viene trattato adeguatamente, l'episodio depressivo maggiore ha un decorso naturale di durata compresa tra 4 mesi e 2 anni; di regola, l'episodio va in remissione con pieno recupero del compenso psichico.

Episodio depressivo maggiore con esordio nel peripartum.

Nelle donne, la gravidanza ma soprattutto il postpartum costituiscono un momento a più elevato rischio per l'esordio dell'episodio depressivo maggiore.

Episodio depressivo maggiore con andamento stagionale.

Si considerano tali quelle forme di depressione maggiore in cui l'episodio esordisce, o si risolve, caratteristicamente sempre nello stesso periodo dell'anno.

CORRELATI BIOLOGICI

Allo stato attuale non esiste un test biologico che abbia caratteristiche di specificità e di selettività tali da poter essere considerato un marker diagnostico della depressione. Per alcuni correlati biologici della depressione è stata più volte confermata la significatività statistica:

- test biochimici indicatori dell'attività di alcuni neurotrasmettitori, quelli maggiormente interessati nella depressione sono serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina e GABA
- test di soppressione al desametasone (DTS) impiegato per evidenziare alterazioni della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene
- modificazioni elettroencefalografiche del tracciato registrato durante il sonno
- studi neuroradiologici

EPISODIO DEPRESSIVO MINORE

La distinzione clinica tra i disturbi depressivi è di gravità e non fondata sulle cause. La classificazione dei disturbi depressivi è sintomatologica e non psicopatologica o eziologica. Le depressioni minori hanno un quadro sintomatologico meno grave cioè con meno sintomi e mai con manifestazioni psicotiche.

EPISODIO IPOMANIACALE

Periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è persistentemente elevato, espanso o irritabile con un netto cambiamento rispetto al tono dell'umore che il soggetto ha abitualmente.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Alterazione primaria è l'innalzamento del tono dell'umore da cui ne conseguono gli altri sintomi tra cui iperattività e accelerazione ideomotoria. La primaria elevazione del tono dell'umore si manifesta con uno sguardo stato di euforia e di allegria eccessiva senza plausibili motivazioni e in modo costante per diversi giorni. Nel:

- cluster sintomatologico cognitivo-percettivo: il soggetto si percepisce come molto lucido e iperefficiente sul piano intellettuale in realtà è deficitario sul piano del rendimento mentale. I contenuti del pensiero sono tendenzialmente superficiali, futili, sciocchi o scherzosi. Il paziente ha un concetto grandioso di sé, un'autostima elevata e scarica capacità di critica giudizio sui propri limiti.
- cluster dei sintomi psicomotori: iperattività motoria e verbale del paziente, anche l'espressività mimico-gestuale è esaltata.
- cluster dei sintomi somatovegetativi: comprende le variazioni dell'appetito e del peso, la infaticabilità, la disregolazione del ritmo sonno-veglia e l'aumento della libido. L'iperfagia è presente insieme ad un esaltato piacere gustativo. Caratteristica è la diminuita affaticabilità ovvero sensazione di notevole energia psicofisica che lo rende scenico e in grado di sopportare lavori pesanti.
- sintomo cronobiologico: è la stagionalità con cui l'episodio ipomaniacale può ripresentarsi. Il funzionamento del soggetto in stato ipomaniacale è alterato, ma il livello di compromissione può essere parziale.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Se il soggetto è predisposto alla mania, la condizione di ipomania è solo il precursore attenuato dal disturbo maniaco. La complicanza più frequente nel corso dell'episodio ipomaniacale è l'abuso di alcolici e altre sostanze, condizione che ulteriormente può contribuire a determinare l'evoluzione del quadro clinico verso un episodio maniaco conclamato.

ESORDIO E DECORSO

L'episodio ipomaniacale ha un'insorgenza abbastanza brusca, generalmente i sintomi si stabiliscono nell'arco di uno o due giorni. L'episodio ha una durata più breve di un episodio depressivo maggiore: qualche settimana o pochi mesi.

EPISODIO MANIACALE

L'episodio maniaco è una condizione psicopatologica transitoria caratterizzata da un tono dell'umore elevato, espanso o irritabile, in modo decisamente più accentuato rispetto all'episodio ipomaniacale.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il confine tra stato ipomaniacale e stato maniaco non è netto, ma sul piano clinico il passaggio a episodio maniaco si configura quando ci sono una tra le seguenti condizioni:

- comparsa di sintomi psicotici: deliri di grandezza che possono manifestarsi come contenuti pseudoscientifici, mistico-religiosi, genealogici o erotomaniaci
- comparsa di grave disorientamento spazio-temporale o rispetto al sé: il delirium può comparire quando l'accelerazione delle idee diviene così marcata da determinare l'allentamento dei nessi associativi e la perdita dei riferimenti spazio-temporali
- gravi alterazioni comportamentali di tipo esplosivo: crisi di furia incontenibile con comportamenti pantoclastici.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

L'impiego di sostanze psicoattive è frequente e complica il quadro clinico. Il paziente non accetta il ricovero ed è necessario effettuare un ricovero TSO.

ESORDIO E DECORSO

L'episodio maniaco compare per la prima volta entro i 25 anni di età. L'esordio è brusco con un'escalation rapida di sintomi che si stabiliscono nell'arco di pochi giorni. La durata è di qualche settimana o di pochi mesi, con un decorso generalmente a "parabola".

SPECIFICAZIONI PER LA DESCRIZIONE DELL'EPISODIO IPOMANIACALE O MANIACALE

Nell'episodio ipomaniacale o maniaco con caratteristiche miste vi è una prevalenza di sintomi di polarità espansiva, ma contemporaneamente sono presenti almeno tre sintomi riferibili all'episodio depressivo.

In caso di episodio maniaco il confine verso la normalità si fonda sul riscontro di alcuni elementi clinici fondamentali:

- presenta di numerosi sintomi oltre all'umore espansivo o irritabile e all'aumento dell'energia e dell'attività finalizzata
- tali manifestazioni sindromiche devono essere persistentemente per un determinato periodo di tempo (7 giorni)
- il quadro clinico deve essere sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo, attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali.

Nel caso dell'episodio ipomaniacale il confine è definibile tramite due caratteristiche:

- episodio si associa a un chiaro cambiamento nel modo di agire
- l'alterazione dell'umore e del cambiamento nel modo di agire sono osservabili dagli altri

Ipopomania si differenzia dall'episodio maniaco per:

- minore intensità dei sintomi
- minore gravità complessiva
- i sintomi sono presenti per un periodo ininterrotto di almeno 4 giorni
- l'episodio non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione in ambito lavorativo-sociale o da richiedere l'ospedalizzazione e non sono presenti manifestazioni psicotiche

PROSPETTIVA LONGITUDINALE: LE DIAGNOSI

La classificazione clinico-sintomatologica dei disturbi dell'umore ritenuta la più accreditata ai fini terapeutici e prognostici, prevede che essi si dividano in bipolari e unipolari. Questa classificazione è fondata sulla polarità degli episodi e sul numero di eventuali precedenti episodi che si sono manifestati nella vita del paziente.

Il disturbo depressivo maggiore si caratterizza per la presenza di uno solo o più episodi depressivi maggiori nella vita del paziente senza una storia di episodi ipomaniacali o maniacali. I disturbi bipolari si riconoscono per l'alternarsi nella vita del paziente di episodi depressivi maggiori e episodi ipomaniacali o maniacali

Quindi, se viene posta diagnosi trasversale di episodio depressivo maggiore, il corretto approccio metodologico longitudinale impone al clinico di indagare primariamente la presenza di episodi di natura (ipo)maniaco nel passato del soggetto. Un singolo episodio di mania è sufficiente per la diagnosi di disturbo bipolare. Solo dopo aver contestualizzato l'episodio attuale nello specifico disturbo dell'umore si potranno effettuare scelte terapeutiche congrue.

Oltre ad avere implicazioni circa la scelta più corretta del trattamento l'adozione di questo approccio longitudinale risulta essenziale anche ai fini prognostici. La prospettiva longitudinale rappresenta la condizione necessaria sia per la scelta del trattamento sia per stabilire la durata dello stesso.

DISTURBO BIPOLARE

Il disturbo bipolare di tipo I è un grave disturbo in cui si presentano nella vita del paziente sia episodi depressivi maggiori sia episodi maniacali alternati a periodi di benessere (intervallo libero da sintomi).

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza lifetime del disturbo è compresa tra lo 0,4 e l'1,6% con uguale distribuzione tra i sessi. Il disturbo presenta una familiarità abbastanza spiccata. Inoltre, la familiarità per disturbo bipolare I aumenta anche il rischio di ammalare di disturbo bipolare II, disturbo depressivo maggiore, e schizofrenia.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il trattamento del disturbo bipolare deve essere condotto a lungo termine con l'obiettivo di prevedere nuovi episodi di malattia anche a partire da un unico grave episodio maniacale. Dal punto di vista sintomatologico è più frequente riscontrare:

- ipersonnia
- iperfagia

Il rischio suicidiario è superiore nelle depressioni bipolari rispetto alle forme monopolari soprattutto se sono presenti caratteristiche miste.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Trattandosi di un disturbo che si presenta con episodi di grave alterazione psicopatologica:

- suicidio,
- comportamenti violenti, a
- abuso di alcol o altre sostanze,
- grave compromissione lavorativa.

È da sottolineare che nel disturbo bipolare I il recupero sintomatologico spesso non è associato ad un recupero funzionale. Altre complicanze che possono comparire con il progredire di un disturbo non trattato sono la comparsa di periodi ad elevata frequenza di ricorrenze e/o la scomparsa degli intervalli liberi da sintomi. Dal punto di vista clinico, il riscontro di un decorso a cicli continui o con rapida ciclicità impone un'attenta valutazione della funzionalità tiroidea.

ESORDIO E DECORSO

La maggior parte dei casi di disturbo bipolare I esordisce in età tardo adolescenziale-adulta tra i 15 e i 40 anni di età. In caso di familiarità l'esordio è anticipato. Il decorso presenta una grave variabilità individuale il tipo di ciclo che presenta il paziente la frequenza delle ricorrenze pomerigge, la durata dei singoli episodi e la polarità prevalente sono tutti elementi che definiscono la gravità clinica del disturbo.

Per ciclo maniaco-depressivo o ciclo bipolare si intende l'intervallo di tempo che intercorre tra l'esordio di un episodio di alterazione patologica e l'esordio dell'episodio della stessa polarità. La riduzione o la scomparsa dell'intervallo libero da sintomi determina due condizioni di aggravamento del decorso che possono presentarsi separatamente o in concomitanza:

- decorso a ciclo continuo
- decorso a cicli rapidi

La polarità prevalente è data dalla durata e/o gravità maggiore o minori degli episodi di polarità opposta lungo l'arco della vita del paziente.

DISTURBO BIPOLARE II

Il disturbo bipolare di tipo II è un disturbo in cui si presentano nel corso della vita del paziente, sia episodi depressivi maggiori sia episodi ipomaniacali, ma non sono mai presenti stati presenti episodi maniacali. Si differenzia dal disturbo depressivo maggiore unipolare perché sono riscontrabili episodi ipomaniacali in anamnesi, e dal disturbo bipolare I perché invece non sono mai stati presenti episodi maniacali. I

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza lifetime del disturbo è intorno allo 0,5% con prevalenza lievemente superiore nel sesso femminile.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il disturbo bipolare II si diagnostica se compare nella vita di un individuo almeno un episodio ipomaniacale. I bipolari di tipo II, rispetto a quelli di tipo I, hanno aspetti di cronicità per certi versi maggiori, e spendono più tempo in condizione depressiva; frequenti sono anche gli episodi con caratteristiche miste, soprattutto nelle donne. I pazienti di solito giungono all'attenzione dei clinici durante un episodio depressivo maggiore, mentre

difficilmente riconoscono come patologici gli episodi ipomaniacali. Per questo motivo può essere difficile diagnosticare il disturbo bipolare II. Gli episodi ipomaniacali con caratteristiche miste sono ancora più difficilmente considerati dal paziente come episodi diversi e contropolari rispetto a quelli depressivi, soprattutto perché coesistono umore depresso e sintomi di attivazione psicomotoria.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

È possibile che si stabiliscano delle forme di disturbo dette a cicli rapidi. Vi sono alcune evidenze che tali forme cliniche siano favorite dai trattamenti antidepressivi e/o da distiroidismo.

ESORDIO E DECORSO

Il disturbo bipolare II esordisce tra i 25 e i 50 anni. Il decorso presenta una grave variabilità individuale:

- frequenza della ricorrenza
- durata dei singoli episodi
- polarità prevalente

Queste definiscono la gravità clinica del disturbo.

In alcuni casi si assiste ad una lunga latenza tra un episodio e l'altro con intervalli liberi da sintomi anche di molti anni in altri casi gli episodi critici si susseguono senza soluzione di continuità. La frequenza delle ricorrenze tende ad aumentare con l'età.

DISTURBO CICLOTIMICO

La ciclotimia è un disturbo bipolare caratterizzato da un alternarsi continuo di periodi in cui il paziente soffre di sintomatologia depressiva e ipomaniacale con un minimo intervallo libero da sintomi. Per la diagnosi:

- mai avuto episodi depressivi maggiori ipomaniacali o maniacali
- per un periodo di 2 anni abbia manifestato un'alternanza di sintomi ipomaniacali mai sufficienti per numero o gravità da soddisfare i criteri per un episodio ipomaniacale alternati a sintomi depressivi mai sufficienti per numero o gravità da soddisfare i criteri per un episodio depressivo maggiore

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza del disturbo nella popolazione generale è compresa tra lo 0,4% e l'1% senza distinzioni nella distribuzione tra i sessi.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

La ciclotimia si diagnostica quando un soggetto presenta una serie di episodi ipomaniacali sfumati alternati a una serie di episodi depressivi attenuati con minimi intervalli liberi da sintomi, può comportare un impairment psicosociale e lavorativo grave.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Nel 15%-50% dei casi il disturbo ciclotimico evolve verso un disturbo bipolare I o II.

ESORDIO E DECORSO

L'esordio è tendenzialmente lento ed insidioso e avviene tipicamente in età adolescenziale o in età adulta giovanile. Il decorso è per definizione cronico fluttuante senza periodi di benessere (intervalli liberi).

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

Il disturbo depressivo maggiore (depressione unipolare) è caratterizzato dalla comparsa nella vita di un individuo uno o più episodi depressivi maggiori in assenza di manifestazioni (ipo)maniacali. Nell'intervallo tra gli episodi depressivi il paziente è in stato di buon compenso psichico.

EPIDEMIOLOGIA

Il rischio di ammalare di disturbo depressivo maggiore è compreso tra il 10% ed il 25% per la popolazione femminile e tra il 5% ed il 12% per la popolazione maschile. I familiari di primo grado di pazienti con disturbo depressivo maggiore hanno una probabilità di ammalare dello stesso disturbo di 2-4 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il disturbo depressivo maggiore può essere ad episodio singolo oppure può essere una forma ricorrente due o più episodi depressivi maggiori si presentano nella vita di un individuo. La gravità di un disturbo depressivo maggiore è data quindi dai seguenti parametri:

- gravità dei singoli episodi depressivi;
- durata degli episodi depressivi;
- frequenza degli episodi depressivi.

Nella donna la probabilità di esordio di disturbo depressivo maggiore è aumentata nel postpartum e in menopausa.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Il fattore di rischio più importante per il comportamento suicidario è una storia pregressa di tentativi di suicidio. Un'altra complicanza è la cronicizzazione, che aumenta con l'aumentare del numero di episodi depressivi.

ESORDIO E DECORSO

Tra i 20 ed i 30 anni esordisce la maggior parte dei disturbi depressivi maggiori, sebbene l'esordio possa avvenire a qualsiasi età. Il decorso del disturbo è estremamente variabile. Altro elemento che depone per un progressivo aumento della suscettibilità è il rilievo che i primi episodi nella vita di un individuo possono essere associati ad un evento scatenante potenzialmente stressante, mentre con l'aumentare del numero degli episodi il legame tra esordio di una ricorrenza affettiva ed eventi di vita stressanti si dissolve.

DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

Il disturbo depressivo persistente (distimia) viene definito come un disturbo unipolare con caratteristiche di cronicità, deve essere continuativamente presente, per un periodo di almeno due anni, una sintomatologia depressiva; possono configurarsi due condizioni distinte:

- è presente una sintomatologia depressiva che soddisfa i criteri per la diagnosi di episodio depressivo maggiore e tale episodio ha una durata superiore a due anni
- sono continuativamente presenti sintomi depressivi che compromettono il funzionamento dell'individuo ma non raggiungono la soglia per poter diagnosticare un episodio depressivo maggiore.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza lifetime del disturbo nella popolazione generale è di circa il 6% con una distribuzione tra i sessi a favore del genere femminile.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Rispetto agli episodi depressivi maggiori, il quadro sintomatologico nella distimia si presenta meno grave, talvolta oligosintomatico, e mai con manifestazioni psicotiche o melanconiche. Come nella depressione maggiore, è il tono dell'umore abbassato che costituisce la manifestazione primaria che porta con sé tutte le altre. Nella distimia si tratta di vera e propria tristezza, di "cattivo umore" o di irritabilità. La differenza rispetto ad una condizione di normalità è solo quantitativa è come se il distimico avesse una soglia più bassa per la tristezza o per il cattivo umore. Un altro sintomo primario è l'anedonia.

Tra i sintomi del cluster emotivo-affettivo vi è anche l'ansia che è un sintomo molto frequente nel disturbo distimico. Per quel che concerne il cluster sintomatologico cognitivo-affettivo si possono avere dei sintomi secondari al calo del tono dell'umore. Il contenuto dei pensieri del paziente distimico comprende la gamma delle idee e dei vissuti consoni e adeguati ad un tono dell'umore tendente alla tristezza.

Il cluster dei sintomi somatovegetativi comprende:

- la variazione dell'appetito
- l'astenia
- la disregolazione del ritmo sonno-veglia
- calo della libido
- disturbi funzionali cardiaci, gastrointestinali e urogenitali

I sintomi psicomotori e i sintomi cronobiologici non caratterizzano il disturbo distimico. Nella distimia si osservano gradi diversi di compromissione del funzionamento psicosociale che non raggiunge generalmente i livelli di interferenza che si possono osservare nel disturbo depressivo ricorrente.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Il disturbo depressivo persistente è frequentemente associato a disturbi di personalità anche gravi, quali il disturbo borderline o il disturbo istrionico di personalità, soprattutto se l'esordio è precoce.

ESORDIO E DECORSO

La distimia non ha un esordio netto o riconducibile ad un periodo identificabile con precisione, nel dinamico non si riscontra una frattura del continuum psicologico. È dunque un esordio sfumato che si sviluppa progressivamente e in continuità con aspetti caratteriali già noti e presenti in precedenza. Si distingue la distimia precoce (prima dei 21 anni) e la distimia tardiva. Il decorso è tipicamente continuativo con andamento fluttuante.

ALTRI DISTURBI DEPRESSIVI: DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE

Tra i disturbi unipolari si comprendono:

- disturbo da disregolazione dell'umore dirompente: disturbo dell'età infantile-adolescenziale. Caratterizzato da gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente o con comportamenti aggressivi
- disturbo disforico premenstruale: frequente nelle donne, i sintomi si presentano invariabilmente in associazione al ciclo mestruale

TERAPIA DEI DISTURBI DELL'UMORE

Una terapia razionale e mirata dei disturbi bipolari e depressivi ha come obiettivi:

- la risoluzione della condizione psicopatologica in corso (episodio attuale);
- mantenimento dello stato di compenso psichico del paziente (prevenzione di nuovi episodi affettivi ricorrenze).

TERAPIA DEI DISTURBI BIPOLARI

Il trattamento dei disturbi bipolari è un intervento complesso che si articola in fasi differenziate a seconda del momento clinico in cui il paziente giunge all'osservazione. Il trattamento degli episodi acuti prevede l'impiego di farmaci che determinino la remissione, della sintomatologia senza favorire/indurre la comparsa di un episodio di opposta polarità. Il trattamento dei disturbi bipolari prevede comunque sempre un trattamento a lungo termine se non a vita.

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE (DEPRESSIONE BIPOLARE)

Due sono essenzialmente gli obiettivi della terapia dell'episodio depressivo maggiore in corso di disturbo bipolare: ottenere la remissione dei sintomi depressivi, evitare di favorire la comparsa di stati (ipo)maniacali.

Il trattamento dell'episodio depressivo maggiore deve essere tempestivo e adeguato per:

- alleviare la profonda sofferenza del paziente,
- attenuare la compromissione sociale
- evitare il rischio di morte per suicidio.

Per tale motivo, è sempre opportuno considerare la possibilità di ricoverare il paziente a titolo cautelativo nell'attesa che il trattamento inizi a manifestare la propria efficacia.

In assenza di episodi maniacali o ipomaniacali in anamnesi, la cura dell'episodio depressivo maggiore è quella delle forme unipolari con particolare cautela qualora vi siano degli elementi predittivi di bipolarità. Il trattamento d'elezione è quello con alcuni stabilizzatori dell'umore:

- litio,
- lamotrigina,
- quetiapina
- acido valproico.

I sali di litio sono il trattamento di prima scelta per la depressione bipolare. Si considerano farmaci di prima scelta nel trattamento dell'episodio depressivo maggiore bipolare anche la lamotrigina e la quetiapina. La lamotrigina è un anti convulsivanti che ha una dimostrata efficacia nel prevenire la depressione bipolare e un'azione meno incisiva nel trattamento della depressione bipolare.

La psicoterapia che può essere impiegata in combinazione ha un ruolo supportivo, coadiuvante volto a rassicurare il paziente e a favorire una buona collaborazione al trattamento.

EPISODIO IPOMANIACALE

Due sono essenzialmente gli obiettivi della terapia dell'episodio ipomaniacale:

- ottenere la remissione dei sintomi ipomaniacali,
- evitare di favorire la comparsa di stati depressivi.

Il trattamento dell'episodio ipomaniacale è esclusivamente di tipo farmacologico. L'ospedalizzazione è spesso non effettuabile perché il paziente rifiuta categoricamente soprattutto l'idea di essere costretto ad una vita di reparto piena di regole e di limitazioni. Due sono i presidi psicofarmacologici che si possono impiegare: gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici. Tra gli stabilizzatori dell'umore, possiedono dimostrate proprietà antimaniacali i sali di litio, l'acido valproico, e la carbamazepina.

L'impiego dei sali di litio comporta una serie di precauzioni e cautele d'impiego occorre infatti effettuare:

- una valutazione della funzionalità renale
- una valutazione della funzionalità cardiaca
- una valutazione della funzionalità tiroidea

Nell'episodio ipomaniacale, gli antipsicotici sono indicati per la loro pronta ed efficace attività di sedazione e di contenimento dell'iperattività ideomotoria.

EPISODIO MANIACALE

Gli obiettivi della terapia dell'episodio maniacale sono:

- il controllo dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività
- remissione dei sintomi psicotici

Il trattamento dell'episodio maniacale avviene con gli stessi strumenti farmacologici del trattamento dell'episodio ipomaniacale. Il trattamento psicofarmacologico prevede sempre l'impiego degli antipsicotici in associazione agli stabilizzatori dell'umore

EPISODIO (IPO)MANIACALE CON CARATTERISTICHE MISTE

Il trattamento degli episodi ipomaniacali e maniacali con caratteristiche miste è in generale sovrapponibile a quello degli stati maniacali con due particolari precauzioni:

- prevenire il rischio suicidario
- evitare l'impiego di antipsicotici di prima generazione che aggravino la sintomatologia depressiva.

Trattamento psicofarmacologico e prevede stabilizzatori dell'umore, tra gli antipsicotici di seconda generazione ci sono:

- asripirazolo
- asenapina
- olanzapina

CICLOTIMIA E DISTURBI BIPOLARI A CICLI RAPIDI

Nei disturbi bipolari ciclotimici e/o a cicli rapidi occorre prima di tutto individuare eventuali condizioni mediche o consumo di sostanze psicoattive che possono favorire o indurre questi tipi di decorso.

TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO DEI DISTURBI BIPOLARI

L'obiettivo primario della terapia di mantenimento dei disturbi bipolari è la prevenzione delle ricorrenze, i farmaci impiegati sono gli stabilizzatori dell'umore. Si indicano farmaci appartenenti a classi farmacologiche diverse che condividono la proprietà

- di trattare un episodio affettivo senza indurre o facilitare lo switch a episodi di polarità opposta;
- prevenire nel lungo termine episodi affettivi

Il trattamento di mantenimento dei disturbi bipolari deve essere protratto a lungo termine o a vita.

TERAPIA DEI DISTURBI DEPRESSIVI DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

Il trattamento dell'episodio depressivo maggiore è differente secondo la diagnosi longitudinale: nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore va trattato con antidepressivi mentre nel caso di un episodio depressivo maggiore bipolare il trattamento richiederà l'impiego di stabilizzatori dell'umore

La terapia è articolata in tre fasi:

- fase acuta: ha come obiettivo principale la remissione della sintomatologia depressiva e dura in genere 6-12 settimane, trattamento psicofarmacologico e gli antidepressivi sono i farmaci indicati.
- fase di continuazione: ha come obiettivo il consolidamento della remissione sintomatologica e la prevenzione delle ricadute, dura circa 4-9 mesi, questa fase deve essere condotta mantenendo lo stesso dosaggio dell'antidepressivo che ha determinato la remissione dell'episodio acuto
- fase di mantenimento: ha l'obiettivo di prevenire ricorrenze affettive, definite come la ricomparsa di nuovi episodi depressivi maggiori, il trattamento è con farmaci antidepressivi e la sospensione deve avvenire gradualmente

La psicoterapia assume un ruolo di maggior rilievo nell'intervento di mantenimento per la profilassi delle ricorrenze.

DISTURBI DEPRESSIVI MINORI E DISTURBO DISTIMICO

Nella pratica clinica è spesso sul singolo paziente che occorre definire l'indicazione ad un trattamento piuttosto che ad un altro e spesso il trattamento combinato psicofarmacologico e psicoterapeutico consente di ottenere un migliore risultato. La terapia farmacologica prevede l'uso degli antidepressivi. La psicoterapia cognitiva e psicodinamica rappresentano le due tecniche di intervento più efficaci.

CAPITOLO 3. DISTURBI D'ANSIA E DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI.

Il significato fisiologico della reazione ansiosa è di allertare l'individuo nei confronti del pericolo e di prepararlo a un'adeguata reazione comportamentale. Dal punto di vista biologico i circuiti che sottostanno alla reazione di allarme vedono coinvolte alcune strutture cerebrali ben identificate: amigdala e ippocampo. L'ansia è un vissuto soggettivo che viene esperito contemporaneamente sul piano somatico e sul piano psichico.

Sul piano somatico l'ansia si esprime con uno stato di attivazione

- neurovegetativa,
- neuromuscolare

Sul piano psichico è un'emozione che va da un generico senso di disagio fino al terrore associata a contenuti di pensiero: idee più o meno strutturate e organizzate di individuazione del pericolo e di conseguente reazione comportamentale

- paura: determinata da un oggetto e/o da una situazione
- fobia: determinata da un oggetto e/o situazione, il soggetto sa di cosa ha timore, ma è consapevole che si tratta di un timore esagerato o immotivato, di una reazione emotiva irruzionale che non riesce a controllare
- ansia: non ha oggetto e/o situazione che la determina, il soggetto si sente intimorito, spaventato, teso, ma non sa perché o perlomeno non ne è consapevole.

DISTURBO DA STRESS ACUTO

Il disturbo da stress acuto rappresenta la reazione patologica acuta che un fatto gravemente traumatico sul piano emotivo può determinare in un individuo. Si tratta di una condizione che si stabilisce immediatamente a seguito dell'evento traumatico ed è transitoria.

Si considera grave evento traumatico un evento in cui l'individuo è stato esposto a morte, grave minaccia per la vita o l'integrità fisica personale o di altri, o aggressione sessuale; per limitare l'estensione è esplicitamente previsto nei criteri diagnostici che l'individuo abbia avuto esperienza diretta dell'evento traumatico, oppure sia stato testimone diretto di un evento traumatico occorso ad altri, o abbia avuto notizia di un evento traumatico occorso a un familiare o amico stretto.

In alcuni pazienti predomina un quadro di intenso shock emotivo con sintomi dissociativi quali derealizzazione o depersonalizzazione, "anestesia" emotiva, in alcuni casi amnesia per l'evento traumatico o per parti di esso. Sempre è presente, sul piano somatico, una forte reattività emotiva e fisiologica a stimoli che ricordano l'evento traumatico. Possono in alcuni pazienti manifestarsi irritabilità e scoppi di rabbia.

La cura consiste nel fornire all'individuo il sostegno psicologico adeguato per superare il momento di shock attraverso un processo di elaborazione del grave evento traumatico. L'impiego di benzodiazepine può essere utile per contenere lo stato di allarme psichico e l'attivazione neurovegetativa e per aiutare il soggetto a riposare.

DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO

Il disturbo da stress post traumatico rappresenta la reazione patologica protratta che un fatto gravemente traumatico sul piano emotivo può determinare in un individuo. In alcuni casi, il disturbo può esordire dopo una latenza di qualche settimana o di qualche mese dopo l'evento traumatico.

EPIDEMIOLOGIA

Non è possibile una stima della prevalenza lifetime del disturbo nella popolazione generale poiché il contesto socioculturale condiziona sia il tasso di eventi traumatici gravi sia la reattività psichica degli individui.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

1. è costituita dal rivivere con la stessa intensità emotiva e le stesse reazioni fisiologiche il trauma o parti di esso.
2. Sono presenti comportamenti di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico come nel caso dei disturbi fobici; nel caso del disturbo da stress post-traumatico,
3. Il soggetto presenta una serie di alterazioni a carico del pensiero e dell'umore legate all'evento traumatico
4. anche al di fuori degli episodi di ricordo dell'evento traumatico e/o dei sogni dello stesso, il soggetto presenta una condizione cronica di iperarousal neurovegetativo che si esprime con disturbi del sonno, esagerate risposte di allarme, tensione emotiva, irritabilità con scoppi di rabbia, comportamenti autodistruttivi, disturbi della concentrazione.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Il disturbo da stress post-traumatico predispone soprattutto a due tipi di complicanze:

- l'abuso/dipendenza da sostanze psicoattive
- la depressione.

Il consumo smodato o la dipendenza da alcol, benzodiazepine o da altre sostanze psicoattive esprime il tentativo di lenire la sofferenza soggettiva, di calmare l'ansia e di annullare i ricordi sgradevoli. Il rischio di comparsa di sintomi depressivi e la gravità degli stessi aumenta progressivamente nel tempo.

ESORDIO E DECORSO

Il disturbo si sviluppa immediatamente a seguito dell'evento traumatico, nella maggior parte dei casi entro tre mesi dal trauma. L'esordio può avvenire in continuità o meno con un disturbo da stress acuto..

TERAPIA

Il trattamento del disturbo da stress post-traumatico è complicato e prevede in genere un approccio integrato tra farmacoterapia e psicoterapia cognitivo-comportamentale.

L'impiego delle benzodiazepine deve essere limitato e controllato per l'elevato rischio di abuso e dipendenza cui sono soggetti questi pazienti. Uno specifico intervento recentemente proposto per il disturbo da stress post-traumatico che sembra altamente efficace è l'EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing; si tratta di una tecnica articolata sulla contemporanea focalizzazione sull'esperienza traumatica e sui movimenti oculari che facilitano la riorganizzazione di una cognitività positiva.

FOBIA SPECIFICA

Per fobia specifica si intende il timore abnorme per un oggetto e/o per una situazione specifica (circoscritta) che non ha valenza o significato d'allarme secondo il cosiddetto "buon senso comune". Nei confronti dello stimolo fobico si stabiliscono una serie di comportamenti di evitamento e/o fuga che, quanto più sono efficaci in acuto, tanto più rinforzano l'oggetto/situazione fobica.

EPIDEMIOLOGIA

Si tratta di manifestazioni molto diffuse e da considerare fisiologiche se non compromettono il funzionamento psicosociale. Si ritiene che circa il 6% della popolazione generale soffra o abbia sofferto di questo disturbo nel corso della vita.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

La fobia specifica da semplice sintomo diventa un vero e proprio disturbo quando interferisce in modo significativo con il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto. I disturbi fobici sono tutti essenzialmente costituiti da due serie di sintomi:

- crisi fobiche: manifestazioni di allarme che si manifestano quando il soggetto si trova esposto alla situazione o all'oggetto fobico
- le condotte di evitamento/fuga

Il paziente fobico struttura dei comportamenti che hanno lo scopo di prevenire le potenziali esposizioni allo stimolo "trigger" che genera la rista di allarme o di allontanarsi quanto più velocemente dallo stimolo fobico.

Il numero di fobie è elevato il DSM-5 ne distingue 5 tipi di fobia specifica

- animali
- eventi ambientali o elementi naturali
- sangue-iniezioni-ferite
- situazioni
- altre fobie

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

I disturbi fobici possono preludere o sfumare in un disturbo ossessivo-compulsivo. Rispetto alla popolazione generale il paziente fobico ha un più elevato rischio di incorrere nell'abuso di benzodiazepine o di alcol.

ESORDIO E DECORSO

L'età di esordio è in generale precoce, ma ci sono alcune differenze tra i sottotipi del disturbo. L'esordio è spesso correlato a un evento traumatico scatenante. Il decorso è variabile.

TERAPIA

Il trattamento elettivo dei disturbi fobici è quello comportamentale e consiste nell'impiego di tecniche di esposizione: il principio è che la messa in zitto di condotte di evitamento o fuga che impedisce al paziente di sperimentare l'abituazione, cioè la graduale riduzione fino a scomparsa della reazione d'ansia rispetto all'oggetto fobico.

Solo la ripetuta e prolungata esposizione all'oggetto/ situazione fobica determinerà la riduzione e scomparsa della reazione di allarme. Dal punto di vista psicofarmacologico, gli SSRI vengono indicati da alcuni studi controllati come abbastanza efficaci nel ridurre i sintomi della Fobia Specifica.

FOBIA SOCIALE O DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

È caratterizzata dal timore fobico e dal conseguente evitamento di situazioni diverse, ma tutte caratterizzate dal fatto che il soggetto si sente sottoposto allo sguardo e al potenziale giudizio negativo altrui. Il paziente teme di apparire impacciato, ridicolo, incapace, o di comportarsi in modo inadeguato e inopportuno, o ancora di mostrare segni dell'ansia. Alla fine, ciò che il paziente teme è di venir umiliato, deriso, rifiutato, abbandonato perché si è comportato o è apparso impacciato, e così via.

EPIDEMIOLOGIA

Sintomi di tipo fobico-sociali sono molto diffusi nella popolazione generale anche se la prevalenza del vero è proprio disturbo d'ansia sociale appare circa del 2% in Europa; con una lieve predilezione per il sesso femminile.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Come tutti i disturbi fobici, anche, la fobia sociale si caratterizza per la presenza di due serie di sintomi:

- le crisi fobiche
- le condotte di evitamento.

Le crisi fobiche sono in questo caso determinate da molteplici situazioni di tipo sociale: si esprimono nell'ambito delle relazioni interpersonali e il nucleo fobico di fondo è il timore del giudizio negativo altrui. Il paziente ha il terrore della figuraccia, di essere deriso, di apparire goffo o ridicolo oppure di essere incapace di agire di fronte ad altri e di essere giudicato incapace o inabile.

Si manifesta clinicamente con:

- la fobia di parlare in pubblico,
- la fobia di arrossire,
- la fobia di mangiare di fronte ad altri,
- di scrivere sotto lo sguardo altrui

Esistono schematicamente due tipologie di situazioni che il fobico sociale teme, alcune direttamente prestazioni e altre di interazione sociale in senso più ampio.

Il paziente prova un'intensa ansia anticipatoria all'idea di dovere essere esposto alle situazioni fobico sociali e, nel caso in cui non riesca a evitarle, le vive con spiccato disagio e tensione emotiva e con il correlato neurovegetativo dell'ansia acuta. Ne risulta che la performance sociale appare parzialmente compromessa. I pazienti manifestano un'eccessiva attenzione rispetto alle proprie manifestazioni ansiose cui attribuiscono eccessiva importanza.

Per la diagnosi il DSM-S richiede una durata dei sintomi di almeno di sei mesi, per differenziare il disturbo da normali aspetti di timidezza.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Per molti pazienti concomita un disturbo depressivo per la demoralizzazione e la frustrazione che la fobia sociale determina.

ESORDIO E DECORSO

L'esordio avviene generalmente in età adolescenziale, intorno ai 15 anni anche se spesso questi pazienti giungono più tardivamente all'osservazione del medico. Il decorso tende a essere cronico, talora e progressivamente invalidante.

TERAPIA

La terapia del disturbo fobico sociale si avvale sia di interventi cognitivo-comportamentali che di trattamenti farmacologici. I due trattamenti possono essere instaurati separatamente o combinati.

L'approccio cognitivista cerca di modificare il sistema di convivi e di pensieri tipico dei pazienti che ipervalutano il giudizio altrui e che non tollerano la frustrazione e il commento negativo.

I farmaci che si utilizzano sono gli SSRI, la vanlafaxina e gli inibitori delle monoaminoossidasi che dopo circa se-otto settimane di trattamento si assiste a una riduzione significativa dell'ansia da prestazione in situazioni sociali.

AGORAFOBIA

Con il termine agorafobia si definisce una precisa diagnosi psichiatrica caratterizzata dalla paura di molteplici situazioni da cui l'individuo pensa che sia difficile o imbarazzante allontanarsi o in cui ritiene che non sia immediatamente disponibile un soccorso nel caso di malessere improvviso.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il paziente evita di frequentare o di trovarsi in luoghi non familiari o poco conosciuti (luoghi affollati, dai mezzi pubblici, dagli, spazi). Il paziente teme di aver paura e di non poter scappare oppure teme di stare male senza la possibilità di essere soccorso.

Il grado di compromissione del funzionamento lavorativo e sociale può essere molto grave: alcuni non escono più di casa se non sono accompagnati, non guidano l'automobile e non usano i mezzi pubblici. Per la diagnosi è richiesta una durata superiore a 6 mesi, ed è specificato che devono essere temute/evitate almeno due delle situazioni seguenti:

- usare trasporti pubblici (auto, autobus, treni ecc.),
- essere in spazi aperti (mercato, ponti, parcheggi),
- essere in spazi chiusi (negozi, cinema, teatri),
- rimanere in fila
- essere in luoghi affollati (grandi magazzini),
- uscire soli da casa.

ESORDIO E DECORSO

L'esordio è subdolo e progressivo e segue di qualche tempo l'esordio del disturbo di panico. Il decorso è cronicizzante e, se non trattata adeguatamente, l'agorafobia persiste anche se si è risolto il disturbo di panico.

TERAPIA

Tecniche comportamentali e cognitive che prevedono delle sessioni di trattamento specifiche per le condotte agorafobiche. L'impiego di terapie psicofarmacologiche è correlato all'eventuale presenza di altre patologie.

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Il disturbo d'ansia generalizzata è una manifestazione clinica in cui l'ansia si manifesta continuamente in forma libera e fluttuante senza motivi specifici e senza struttura fobica. Caratterizzato da eccessive preoccupazioni con attesa apprensiva non diretta verso una specifica situazione o oggetto o verso una molteplicità di situazioni, ma accomunate da un minimo comun denominatore.

EPIDEMIOLOGIA

Il disturbo d'ansia generalizzata interessa circa il 5% della popolazione generale del corso della vita, ma di rado si presenta da solo. È una condizione psicopatologica aspecifica che può accompagnare qualsiasi altra sindrome psichiatrica.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il sintomo ansioso non ha un contenuto specifico costante e caratterizzante: il paziente è costantemente teso emotivamente e in uno stato di apprensione, le preoccupazioni circa i potenziali eventi negativi futuri occupano la mente dell'individuo interferendo con il funzionamento e l'individuo riconosce la difficoltà nel controllare le preoccupazioni.

Il disturbo d'ansia generalizzata è tale quando dura da alcuni mesi. L'Associazione Americana di Psichiatria (DSM-S) ha stabilito come criterio 6 mesi di durata minima poiché l'ansia generalizzata è una condizione transitoria piuttosto comune che non si può considerare tout-court patologici.

ESORDIO E DECORSO

L'esordio è lentamente progressivo e generalmente è precoce ma sono possibili esordi a tutte l'età della vita; il decorso è cronico con ampie oscillazioni della sintomatologia nel corso del tempo.

TERAPIA

La terapia comprende diversi tipi di intervento, farmacologico e psicoterapico da soli o in combinazione.

Sul piano farmacologico, il disturbo trae un rapido ed efficace giovamento dalla somministrazione di benzodiazepine che costituiscono in genere il primo livello di trattamento. La terapia con benzodiazepine non deve essere protratta oltre i quattro/sei mesi per evitare che si instauri tolleranza e dipendenza dal farmaco. La sospensione deve essere preceduta da uno scalare lento e progressivo.

Sul piano degli interventi non-farmacologici, si va dall'acquisizione di semplici tecniche di rilassamento, a interventi psicoterapici di rielaborazione e di ristrutturazione cognitiva, fino a trattamenti psicoterapici orientati secondo i modelli psicodinamici.

DISTURBO DI PANICO

Occorre distinguere tra:

- attacco di panico: non costituisce di per sé un disturbo mentale, può rappresentare una delle manifestazioni psicopatologiche di un altro disturbo psichiatrico e in taluni casi rimanere isolato nella vita di un individuo senza comprometterne il funzionamento.
- disturbo di panico: è un disturbo psichiatrico caratterizzato da specifici sintomi tra cui attacchi di panico ricorrenti e inaspettati.

L'attacco di panico è un episodio critico di ansia molto intensa accompagnato da molteplici sintomi fisici correlati dell'attivazione del sistema dell'allarme: ha un'insorgenza improvvisa ed è, nel caso del disturbo di panico inatteso, cioè non scatenato da particolari situazioni.

Per la diagnosi di disturbo di panico è richiesto che vi siano più attacchi di panico inaspettati; quando il disturbo è presente da tempo, gli attacchi di panico possono essere ripetutamente scatenati o la loro insorgenza può essere favorita da particolari circostanze. Quando per il ripetersi degli attacchi o per il solo timore che questo accada viene condizionata l'esistenza dell'individuo e viene compromesso il suo funzionamento sociale si configura il quadro clinico del disturbo di panico.

EPIDEMIOLOGIA

Nella popolazione generale la prevalenza del disturbo di panico (DP) nel corso della vita oscilla attorno al 25%. È più frequente nei soggetti di sesso femminile e sembra distribuirsi uniformemente in tutte le classi sociali anche se alcuni fattori ambientali possono contribuire allo strutturarsi di gravi condotte di evitamento.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Per la diagnosi di disturbo di panico è necessario che vi siano ricorrenti attacchi di panico inaspettati accompagnati da persistente preoccupazione circa la possibilità che gli attacchi si ripetano, circa il significato degli attacchi stessi o circa le possibili conseguenze degli attacchi. Accanto a tale sintomatologia sono presenti una serie di comportamenti maladattivi atti a prevenire la possibile insorgenza di nuovi attacchi.

Attacco di panico.

Episodio acuto d'ansia a insorgenza improvvisa e di breve durata. È caratterizzato da un periodo precise mediamente della durata di 10-20 minuti di intensa paura accompagnata da malessere e da sintomi somatici correlati dell'ansia. I sintomi somatici dell'attacco di panico sono i generici correlati neurovegetativi e neuromuscolari dell'ansia:

- palpitazioni,
- dispnea,
- sudorazione,
- nausea,
- vampate di calore,
- brividi,
- oppressione toracica,
- parestesie

La specificità dei sintomi somatici dell'attacco di panico non è costituita dalla loro qualità, ma dalla presentazione acuta: rapida insorgenza, breve durata e massima intensità. La paura intensa provata dal soggetto durante l'attacco si manifesta, infatti, con uno o più di questi vissuti:

- paura di morire (per infarto, ictus ecc.);
- paura di impazzire;
- paura di perdere il controllo: commettere un'azione riprovevole o tenere un comportamento imbarazzante.

Vi sono poi alcune manifestazioni percettive che, se presenti, sono peculiari:

- derealizzazione: ,alterazione della percezione dell'ambiente circostante per cui il paziente lo percepisce in modo anomalo, con un senso di irrealtà o come in stato di sogno;
- depersonalizzazione: alterazione della percezione del sé con esperienza soggettiva di sentirsi distaccato, come un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo.

Si parla di attacchi paucisintomatici nei casi in cui l'attacco è sintomatologicamente sfumato sia sul piano dei correlati cognitivi che sul piano dei sintomi neurovegetativi. Nella fase iniziale gli attacchi sono inaspettati, isolati e ben circoscritti. Ben presto vengono seguiti da uno stato di paura e ansietà. Questo tipo di ansia è definito ansia anticipatoria ed è diverso dagli attacchi di panico: infatti dura più a lungo, anche per ore, cresce lentamente, si può in qualche modo ridurre e controllare allontanandosi dalla situazione temuta o cercando rassicurazioni in una persona di fiducia, mentre quando l'attacco di panico inizia non può più essere bloccato.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

La maggior parte dei pazienti con disturbo di panico presenta altri disturbi psichiatrici in conformità che costituiscono non delle casuali associazioni di altre sindromi ma delle vere e proprie complicanze del disturbo. La storia naturale del DP comporta un'evoluzione progressiva dal disturbo in forma pura verso il progressivo allargamento ad altri sintomi che lo complicano:

- l'agorafobia: l'instaurarsi di condotte agorafobiche rappresenta l'evoluzione più precoce e più comune disturbo di panico
- fobia sociale: il 20% circa degli attacchi di panico spontanei anche se sporadici sono seguiti dalla comparsa di condotte di evitamento di situazioni sociali.
- ipocondria: si tratta per lo più di una polarizzazione ipocondriaca ma in taluni casi si sviluppa un vero e proprio disturbo ipocondriaco. La polarizzazione ipocondriaca consiste in un'attenzione selettiva rivolta ai sintomi fisici correlati dell'ansia, che iniziano a essere temuti e che scatenano un'ulteriore attivazione del sistema dell'allarme, creando un circolo vizioso fino a scatenare veri e propri attacchi di panico. I pazienti manifestano il timore di essere affetti da patologie somatiche gravi che si manifesterebbero con le crisi ansiose.
- depressione: la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva rappresenta un'evenienza comune nel decorso del DP. Il significato psicopatologico è quello di una demoralizzazione secondaria per l'incapacità funzionale che il DP ha determinate.
- abuso di sostanze

ESORDIO E DECORSO

Il disturbo esordisce generalmente tra i 15 e i 35 anni, essendo l'insorgenza dopo i 45 anni molto rara. L'esordio è acuto per definizione e facilmente databile: il primo attacco di panico è di solito ben impresso

nella, memoria del paziente. Il decorso naturale del disturbo è fluttuante ma con tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione verso quadri clinici complessi in cui si associano e si sovrappongono vari altri disturbi

CORRELATI BIOLOGICI

Alcuni elementi a favore di un'ipotesi neurobiologica dei disturbi di panico sono forniti dai seguenti dati:

- induzione dell'attacco
- risposta al trattamento
- predisposizione familiare

TERAPIA

In linea generale gli attacchi di panico rispondono meglio alla terapia farmacologica mentre alcune complicanze sono maggiormente responsive alla psicoterapia. Il trattamento combinato è senza dubbio l'opzione terapeutica migliore per trattare il disturbo e le sue complicanze, ma l'opzione farmacologica può anche da solo ridurre o risolvere i sintomi in modo soddisfacente. \ Il trattamento Farmacologico ha come principale obiettivo di ridurre l'intensità e la frequenza degli attacchi di panico, l'ansia anticipatoria e le condotte agorafobiche fino a ristabilire un funzionamento psicosociale adeguato del paziente. (benzodiazepine). Nel trattamento di un disturbo di panico trovano indicazione i farmaci antidepressivi appartenenti a classi diverse:

- inibitori selettivi del reuptake della serotonina
- antidepressivi triciclici

Le psicoterapie cognitivo-comportamentali del disturbo di panico si basano su specifiche tecniche la cui efficacia è stata validata in studi controllati:

- intervento psicoeducazionale,
- addestramento alla respirazione e ad rilassamento muscolare,
- ristrutturazione cognitiva
- esposizione ai segnali somatici enterocettivi
- esposizione alle situazioni agorafobiche

CAPITOLO 4.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

La caratteristica psicopatologica essenziale del disturbo ossessivo-compulsivo è un lavoro continuo, espresso sul piano mentale e/o comportamentale che occupa il soggetto per buona parte del suo tempo e che ha lo scopo di eliminare o neutralizzare dei contenuti mentali.

Si tratta di contenuti mentali inappropriati, che infastidiscono, poiché sono "inutili" oppure che turbano il paziente e da cui ci si sente come assediati. Il tentativo di neutralizzare il contenuto mentale è però inefficace, o meglio riesce nel suo scopo solo per un breve periodo di tempo il paziente per questo motivo si sente costretto a riprendere il lavoro. Il termine compulsività esprime proprio questa ripetitività forzata. L'attività ossessivo-compulsiva è quindi volontaria e finalistica ma inconclusiva. Il contenuto di pensiero da cui il paziente è assediato e contro cui lotta può essere:

- un'idea o un'immagine
- una paura
- un impulso:

I disturbi del controllo degli impulsi condividono con il DOC la ripetitività della rappresentazione mentale e in particolare il vissuto di coercizione; manca però un vero e proprio lavoro mentale per neutralizzare l'impulso che può spaventare il soggetto. I pazienti provano una spinta irresistibile a compiere una determinata azione e accumulano tensione che accresce fino a quando non compiono un'azione. L'azione esprime la scarica dell'impulso senza il tentativo di resistenza o di estinzione dell'impulso stesso.

EPIDEMIOLOGIA

Il DOC una prevalenza nell'arco della vita compresa tra il 2% e il 3%. Dagli studi familiari emerge che il 10% dei pazienti con DOC ha almeno un parente di I grado con lo stesso disturbo, e tale percentuale tende ad

aumentare nelle forme ad esordio precoce. I familiari di primo grado di pazienti DOC hanno un rischio di presentare la stessa patologia di 4-5 volte superiore rispetto a quanto atteso.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il DOC è caratterizzato sul piano clinico dalla presenza di due ordini di sintomi: le ossessioni e le compulsioni. La situazione più comune è che il paziente manifesti entrambi i tipi di sintomi ma ci sono casi in cui vengono riferite solo ossessioni. Le compulsioni vengono considerate una forma di risposta del soggetto alle ossessioni; almeno nelle fasi iniziali del disturbo.

L'ossessione è un sintomo psichico esperito a livello mentale e quindi non obiettabile. Può essere rappresentata come contenuto, da un'idea, un'immagine, un dubbio o un impulso, e presenta caratteristiche peculiari che la definiscono:

- persistenza o ricorrenza l'ossessione disturba, infastidisce il soggetto al punto da assumere rilevanza eccessiva rispetto alla restante vita ideativa cosciente
- egodistonia: contenuto mentale è considerato intrusivo e inappropriato e crea disagio
- l'individuo, almeno in un momento della storia clinica del disturbo, riconosce che l'ossessione è il prodotto della propria mente e non è imposto dall'esterno elemento che sottolinea la presenza di un atteggiamento critico;
- incoercibilità: l'ossessione non sottostà alla volontà del soggetto che non riesce a neutralizzarla o contrastarla.

Le tematiche ossessive più frequenti sono quelle che riguardano:

- il timore e/o il dubbio di essersi sporcati o contaminati con sostanze infette, con liquidi biologici, o di essere stati infettati da batteri o virus
- il dubbio, relativo ad attività quotidiane: timore ossessivo di non aver chiuso correttamente rubinetti dell'acqua, del gas, la luce o le serrature, in genere accompagnato dal timore di essere responsabili di un danno o di qualcosa di terribile che deriverebbe da tale atto mancato
- le idee di simmetria, perfezione, la necessità di ordine; la necessità di ordine e simmetria si applica a tutti gli oggetti dell'ambiente circostante
- le ossessioni numeriche relative a calcoli matematici;
- le idee ossessive a contenuto aggressivo o sessuale.

La compulsione rappresenta, generalmente, un sintomo espresso sul piano comportamentale, che viene messa in atto in risposta ad una ossessione. A differenza delle ossessioni, è quindi di regola un sintomo obiettabile.

Le caratteristiche psicopatologiche peculiari che definiscono una compulsione sono:

- intenzionalità: il soggetto esegue le compulsioni con consapevolezza
- finalità: le compulsioni sono comportamenti o atti mentali finalizzati in quanto messi in atto in risposta alle ossessioni secondo un significato preciso, che è di ridurre e/o neutralizzare l'ansia oppure prevenire un evento negativo temuto
- ripetività: il soggetto mette in atto i comportamenti compulsivi ripetutamente nonostante sia consapevole della natura chiaramente eccessiva di tali comportamenti o atti mentali.

Più frequentemente le compulsioni consistono in:

- compulsioni di controllo
- compulsioni di pulizia/lavaggio
- compulsioni di ordine
- rituali di conteggio

Possono essere presenti compulsioni di accumulo patologico: il paziente accumula, raccoglie oggetti senza valore che finiscono per ingombrare gli spazi vitali della vita. Questa tipologia di sintomi è inquadrabile come sintomo specifico di un DOC e non come Disturbo da Accumulo solo se le compulsioni rappresentano una risposta a ossessioni specifiche. Oltre alle tipologie "classiche", cioè comuni, di sintomi ossessivo-compulsivi, meritano una menzione i quadri sintomatologici cosiddetti atipici di DOC:

- lentezza compulsiva,
- timore ossessivo dell'AIDS
- bowel obsession
- ossessione di urinare

Oltre alla compromissione del funzionamento, vi sono dei farmaci psicopatologici importanti ai fini della valutazione della gravità del DOC: la resistenza, interferenza e l'insight. Il grado di insight definisce la consapevolezza del paziente rispetto al proprio disturbo, il riconoscere o meno l'assurdità e l'irragionevolezza dei propri sintomi.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Il paziente ossessivo-compulsivo può presentare sintomi psicopatologici di natura diversa. I più frequenti risultano:

- fobie: possono essere correlate ai sintomi ossessivo-compulsivi oppure indipendenti.
- la depressione: che possono essere di due tipi o depressione d'esordio o primaria e depressione secondaria
- disturbi da tic e disturbo da Tourette: i tic sono movimenti o vocalizzazioni intermittenti stereotipati e afinalistici
- abuso da sostanze
- insonnia: nel paziente ossessivo si tratta più spesso di una pseudo-insonnia

ESORDIO E DECORSO

La modalità d'esordio del DOC può essere di due tipi:

- subdola e insidiosa
- acuta e senza prodromi ovvero preceduta da un breve periodo caratterizzato dalla presenza di sintomi egosintonici.

L'età di esordio del DOC è variabile. La maggior parte dei casi esordisce tra i 19 e i 49 anni. Il decorso del DOC viene generalmente distinto in due forme: episodico e cronico. Sulla base del decorso clinico c'è una suddivisione in due sottotipi clinici distinti: DOC episodico e DOC cronico.

Il DOC episodico è caratterizzato dalla alternanza di periodi in cui il paziente manifesta il disturbo e intervalli di remissione totale dei sintomi ossessivo-compulsivi. Il sottotipo di DOC a decorso cronico è più frequente nel sesso maschile, e presenta un'età d'esordio più precoce. È difficile che siano presenti ossessioni pure, mentre vi è una prevalenza di sintomi compulsivi.

L'andamento cronico del DOC può a sua volta essere distinto in:

- decorso cronico fluttuante: periodi di aggravamento dei sintomi ossessivo-compulsivi alternati a momenti di miglioramento degli stessi, in cui però la remissione è solo parziale e mai completa;
- decorso cronico stabile: il decorso si mantiene costante nel tempo, cioè è caratterizzato dalla persistenza continua dei sintomi ossessivo-compulsivi che, sebbene condizionano la vita del paziente, permettono ancora un minimo livello di funzionamento
- decorso cronico ingravescente rappresenta la forma clinica più grave, caratterizzata dal progressivo peggioramento del disturbo. Questo tipo di decorso viene definito anche "con deterioramento" in quanto determina impoverimento intellettivo.

CORRELATI BIOLOGICI

L'ipotesi patogenetica più accreditata sostiene che alla sintomatologia ossessivo-compulsiva espressa sul piano clinico corrisponda una disregolazione di alcuni sistemi neurotrasmettitoriali. Il sistema serotoninergico è quello prevalentemente interessato. Nel DOC sono efficaci gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina e la clomipramina che è il triciclico con maggiore relativa specificità nell'inibire il reuptake della serotonina.

Nel DOC sarebbero coinvolti due circuiti neurofisiologici distinti che si integrano a livello del globus pallidus determinandone un'eccessiva inibizione. Da un lato, l'inibizione risulta determinata dalla ridotta attività ippocampale. Dall'altro lato, il globus pallidus viene ulteriormente inibito per un'iperattività del caudato. La risultante dei due fenomeni sarebbe una disinibizione del talamo, con attivazione dei circuiti di feed-back positivo sulla corteccia motoria e su quella orbito-frontale.

TERAPIA

Il trattamento del DOC è un intervento complesso e spesso di lunga durata che, se ben condotto, consente di ottenere dei risultati buoni e in alcuni casi di arrivare alla remissione completa dei sintomi con guarigione completa. Due sono gli approcci considerati di prima scelta per la terapia del DOC:

1. il trattamento farmacologico con inibitori del reuptake della serotonina
2. la terapia cognitivo comportamentale (TCC) nella forma dell'Esposizione e Prevenzione della Risposta (EPR) eventualmente associata a una ristrutturazione cognitiva.

L'approccio terapeutico ideale consiste in un intervento psicofarmacologico specifico associato ad un intervento cognitivo-comportamentale. Il trattamento farmacologico del DOC si basa sull'impiego di farmaci inibitori del reuptake della serotonina. L'efficacia degli inibitori del reuptake della serotonina (clomipramina e SSRI) risulta indipendente dall'effetto antidepressivo e si manifesta con latenza di risposta diversa e a dosi diverse rispetto a quelle utili comunemente nel trattamento della depressione maggiore. La terapia psicofarmacologica permette un buon controllo del quadro clinico nel 60% dei pazienti.

DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREA (DISMORFOFOBIA)

La caratteristica essenziale del disturbo è la preoccupazione di avere un difetto e/o una imperfezione nel proprio aspetto fisico; il difetto e/o l'imperfezione ne non è obiettivamente presente oppure è presente ma vi è una netta sproporzione tra il dato e la percezione da parte del paziente.

L'intensità del quadro clinico non è di tipo delirante perché il paziente riconosce l'esagerazione della sua preoccupazione o l'inesistenza del difetto fisico lamentato. Tra le complicazioni del disturbo ci sono:

- la depressione maggiore
- continui interventi fisici

DISTURBO DA ACCUMULO (HOARDING DISORDER)

Per definire i comportamenti da accumulo patologico è stato coniato il termine "compulsive boarding". Con questo termine si intende una sindrome caratterizzata da:

- persistente difficoltà/incapacità di gettare o disfarsi di oggetti di scarso valore personale o affettivo
- difficoltà di separarsi dagli oggetti
- accumulo eccessivo di oggetti

Per trattare questi tipi di disturbi si utilizzano le strategie terapeutiche valide per il DOC.

ALTRI DISTURBI CORRELATI

1. Tricotillomania: strapparsi i capelli o i peli con tentativi di controllare questo comportamento
2. Disturbo di escoriazioni: stuzzicarsi la pelle o le irregolarità di essa ripetutamente

CAPITOLO 5 **DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

I disturbi dell'alimentazione sono un gruppo di sindromi cliniche in cui ad una condizione psicopatologica corrisponde una persistente alterazione della condotta alimentare e la presenza di comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo. Tali alterazioni comportano danni alla salute fisici e compromettono in misura significativa il funzionamento psicosociale.

I quadri clinici più tipici sono:

- l'anoressia nervosa,
- la bulimia nervosa e
- il disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder).

Il rapporto con il cibo è il rapporto più difficile, disequilibrato e compromessa. I motivi di interesse trasversale sono essenzialmente due:

- sono disturbi la cui incidenza è aumentata negli ultimi trent'anni
- sono disturbi con una distribuzione e epidemiologica peculiare

Si tratta di disturbi quasi esclusivamente femminili e che interessano soprattutto le società occidentali più ricche ed evolute.

ANORESSIA NERVOSA

Quadro clinico di maggior gravità per le gravi conseguenze che determina sul piano fisico, con rischio di mortalità. Le conseguenze fisiche possono derivare dalla perdita di peso eccessivo, dall'alterazione nell'apporto calorico, o possono derivare dalle condotte compensatorie. L'anoressia nervosa è determinata da un'alterazione psicopatologica più profonda: nell'anoressia il problema è un rapporto patologico con il proprio corpo e con la propria sessualità. Il dimagrimento rappresenta il tentativo di correggere la forma del proprio corpo, le proprie fattezze fisiche sgradite o non accettate.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza lifetime del disturbo è di circa lo 0,9% nella popolazione femminile di età superiore a 18 anni; nella popolazione generale delle adolescenti e giovani adulte può arrivare sino al 2,0%. È un disturbo giú frequente nei paesi occidentali e nelle aree industrializzate.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il quadro clinico dell'anoressia nervosa comprende una serie variegata di sintomi e di elementi psicopatologici correlati alle alterazioni della condotta alimentare. Secondo il DSM-5 i sintomi fondamentali per porre diagnosi del disturbo sono tre e devono essere presenti tutti perché il quadro sia tipico e conclamato.

1. restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario che conduce ad un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica: il dimagrimento e il mantenimento di peso al di sotto della norma possono avvenire attraverso condotte alimentari differenti, a seconda delle caratteristiche prevalenti del comportamento si distinguono due diversi sottotipi clinici del disturbo
 - con restrizioni
 - con abbuffate e condotte di eliminazioni
2. timore intenso di ingrassare: atteggiamento di tipo fobico accompagnato quindi da ansia intensa che si rendono manifesti quando c'è un aumento di peso o c'è solo il timore che succeda
3. alterata immagine corporea: la paziente si vede grassa o vede troppo abbondanti alcune parti del corpo, un sintomo delirante o predelirante dato che la convinzione di essere grassa deriva da un giudizio delirante della percezione del proprio corpo e non da elementi di realtà

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Amenorrea da almeno tre mesi.

È un'amenorrea psicogena determinata da una disfunzione centrale ipotalamica analoga a quella che si può osservare in concomitanza a periodi di intenso stress emotivo.

Ritiro sociale e coartazione affettivo-sessuale.

Un grado di isolamento e di riduzione dei rapporti sociali si osserva con frequenza e si stabilisce progressivamente già dall'esordio del quadro clinico. Sul piano affettivo-sessuale la paziente è generalmente immatura e inibita: tende ad evitare rapporti interpersonali che potrebbero coinvolgerla da questo punto di vista o assume comportamenti infantili e inadeguati.

Depressione dell'umore.

Dopo la prima fase di iperattività il fisico non riesce più a reggere tali ritmi. In alcuni casi l'anoressia nervosa si complica con un vero e proprio episodio depressivo maggiore e in altri si tratta di episodi depressivi meno gravi.

Sintomi ossessivo-compulsivi.

Questi sintomi sono concentrati sul cibo, sul comportamento alimentare o sulla misurazione del peso corporeo.

ESORDIO E DECORSO

L'anoressia nervosa insorge intorno ai 16-17 anni con due picchi di maggior frequenza d'esordio: il primo ai 14 anni ed il secondo ai 18 anni. L'avvio del quadro clinico è subdolo e insidioso, in alcuni casi però l'insorgenza è acuta dopo un evento psicosociale stressante. Il decorso: circa il 30% delle pazienti presenta un episodio che si risolve nell'arco di alcuni mesi senza ricadute e il 10% va incontro alla mortalità.

TERAPIA

La valutazione ed il trattamento dell'anoressia nervosa richiedono un approccio multidimensionale interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, oltre alla presa in carico e terapia psichiatrica il trattamento comprende la presa in carico da parte di un internista e/o dietologo/nutrizionista, per la cura delle conseguenze e delle complicanze della iponutrizione, e di un endocrinologo e/o ginecologo per la cura ed il controllo dell'ammorrea e delle disfunzioni endocrine secondarie al patologico comportamento alimentare.

Il luogo di cura in alcuni casi non può che essere l'ospedale, per decidere se e quando ospedalizzare la paziente vanno considerati soprattutto i parametri fisici:

- peso corporeo eccessivamente ridotto,
- grave bradicardia,
- ipotensione,
- ipoglicemia,
- ippotassiemia,
- disidratazione.

L'intervento farmacologico è focalizzato al trattamento delle complicanze psichiatriche: gli inibitori del reuptake della serotonina appaiono essere il miglior trattamento dei sintomi depressivi e la fluoxetina ad alto dosaggio può essere indicata per il controllo delle abbuffate nelle forme di anoressia con sintomi bulimici. Anche i sintomi ossessivo-compulsivi eventualmente associati sono suscettibili di trattamento con gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina. L'impiego di benzamidi sostituite che a basso dosaggio stimolano l'appetito. Le benzodiazepine possono essere impiegate per il controllo dell'ansia o per la cura dell'insonnia. La psicoterapia risulta essere al momento la principale possibilità di trattamento per la paziente anoressica.

Terapie cognitivo-comportamentali: l'intervento classico in questi casi ha il fine di correggere il comportamento alimentare patologico e di ripristinare un rapporto con il cibo più naturale e adeguato; gli aspetti maggiormente suscettibili di miglioramento con la terapia cognitivo-comportamentale sono la fobia del cibo/peso corporeo. Le tecniche impiegate sono quindi centrate sul cibo considerato come un sintomo ansiogeno.

Psicoterapie ad indirizzo psicodinamico. Nell'anoressia nervosa, si può intervenire con trattamenti del profondo a medio o a lungo termine che mirano alla risoluzione dei conflitti inconsci che sottendono il disturbo e quindi alla ristrutturazione della personalità della paziente.

Terapie basate sulla famiglia. Questa terapia risulta particolarmente efficace in pazienti giovani con durata di malattia inferiore ai 3 anni

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate alimentari (binge-eating) e da comportamenti patologici di compenso volti ad evitare l'aumento di peso. È un disturbo in cui un contenuto mentale non riesce ad essere controllato e neutralizzato e si traduce in un comportamento. Il bulimico cede all'impulso e lo traduce in un comportamento (abbuffata). È un quadro clinico generalmente meno grave dell'anoressia nervosa sia per le conseguenze somatiche che comporta sia per i nuclei psicopatologici che la sottendono.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza della bulimia nervosa nella popolazione generale è di difficile valutazione poiché si presume che un buon numero di casi non giunga all'osservazione clinica o venga impropriamente considerata assieme alle forme di obesità.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il disturbo si caratterizza per la presenza di tre sintomi fondamentali:

1. Ricorrenti crisi bulimiche: assunzione di una quantità di cibo effettivamente eccessiva in un breve intervallo di tempo associata alla sensazione di perdita di controllo. Il cibo assunto durante le abbuffate può essere di qualsiasi tipo talora non pare aver nulla a che fare con aspetti di soddisfazione gustativa sebbene sia più comune l'assunzione smodata di alimenti ad alto contenuto di carboidrati. Ciò che caratterizza le abbuffate è la sensazione di perdita del controllo che il/la paziente prova nei confronti dell'assunzione di cibo: la perdita di controllo si manifesta nella assunzione di cibi cotti e crudi insieme, con mescolanza di dolce e salato, senza il rispetto delle ordinarie regole dell'alimentazione. Per la diagnosi è richiesto che le abbuffate.
2. Ricorrenti ed inappropriate condotte di eliminazione o compensatorie: il vomito auto indotto rappresenta quello più tipico e più frequente si manifesta in genere immediatamente a seguito dell'abbuffata, l'abuso di diuretici e/o di lassativi o di altri farmaci, restrizioni dietetiche o dai digiuni tra un'abbuffata e l'altra e l'esercizio fisico intenso.
3. Stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso corporeo

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Non è infrequente osservare che la bulimia rappresenta in questi pazienti la manifestazione clinicamente più rilevante di altri "disordini" comportamentali e/o disturbi del controllo degli impulsi. Sono anche comuni i disturbi di personalità caratterizzati da aspetti impulsivi, quali il disturbo borderline, cleptomania, promiscuità sessuale e tentativi di suicidio.

ESORDIO E DECORSO

La bulimia nervosa esordisce mediamente intorno ai 18 anni, sebbene giunga generalmente all'osservazione del medico dopo qualche tempo. Il decorso clinico nel tempo più caratteristico è quello cronico intermittente: periodi più o meno prolungati di disturbo ricorrono nel tempo con intervalli liberi da sintomi.

TERAPIA

Il trattamento è generalmente ambulatoriale. La bulimia nervosa può venire curata con gli antidepressivi SNRI. Tra le psicoterapie quella maggiormente indicata è quella cognitivo-comportamentale o quella interpersonale

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Questo disturbo è caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie tipiche della bulimia nervosa, non attuando queste condotte la persona tende ad aumentare di peso e quindi a presentare obesità.

L'esordio è ampiamente distribuito con possibilità di insorgenza anche in età adulta o tarda età. Per quanto concerne il trattamento gli interventi terapeutici che si sono dimostrati utili nella bulimia nervosa hanno dimostrato una buona efficacia anche nel disturbo da alimentazione incontrollata.

CAPITOLO 6.

ISTERIA: DISTURBI DISSOCIATIVI E SOMATOFORMI

Inizialmente il termine isteria veniva utilizzato in presenza di segni e sintomi apparentemente di natura fisica, ma che erano invece determinati da cause psichiche e accompagnati dalla assenza di partecipazione emotiva del paziente nei confronti del disturbo stesso, definita "belle indifference". Successivamente, il significato di isteria si è esteso comprendendo anche quei disturbi caratterizzati sul piano clinico da alterazioni mentali e/o comportamentali. I disturbi isterici che si esprimono con un quadro di sintomi psichici rappresentano le forme più gravi di isteria. Sono:

- disturbo dissociativo dell'identità
- amnesia dissociativa
- disturbo di depersonalizzazione e/o derealizzazione

Il funzionamento mentale del soggetto è parziale, transitoriamente "sospeso" o "interrotto" o "sdoppiato".

DISTURBO DISSOCIATIVO DELL'IDENTITÀ (DISTURBO DA PERSONALITÀ MULTIPLA)

La caratteristica fondamentale di questo disturbo consiste nella disgregazione dell'identità con coesistenza nello stesso individuo di due o più personalità distinte le caratteristiche di personalità proprie di ogni singola identità determinano le differenti espressioni comportamentali che si alternano nel soggetto.

Quando l'individuo vive e si comporta come la sua personalità di tipo A non ricorda, non si comporta e non pensa come quando vive e si comporta come personalità di tipo B. Una personalità è quella storicamente appartenente all'individuo e riconoscibile dagli altri come consona a lui stesso. Emerge con frequenza dal racconto di questi soggetti una storia di episodi di violenza e/o di abusi sessuali subiti in età infantile.

Il decorso di questa forma di disturbo dissociativo è tipicamente cronicizzante, sebbene siano descritte anche forme episodiche. Non esistono terapie psico-farmacologiche specifiche e l'intervento psicoterapico presenta dei rischi di colludere con i sintomi o di indurre degli stati di regressione marcati.

AMNESIA DISSOCIATIVA (AMNESIA PSICOGENA)

Si tratta di un quadro clinico acuto e transitorio che si manifesta più frequentemente dopo un evento traumatico o in seguito alla esposizione ad una situazione a forte impatto emotivo. Il disturbo è psicogeno, non è determinato da una malattia fisica, da uno stato tossico o infettivo e non è indotto da una sostanza. Uno specifico trattamento acuto di un episodio amnesico dissociativo non esiste, questo si risolve spontaneamente nel corso del tempo necessario per le indagini.

DISTURBO DI DEPERSONALIZZAZIONE/ DEREALIZZAZIONE

Caratterizzato dalla presenza di persistenti o ricorrenti episodi di depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe.

Depersonalizzazione: condizioni psichica in cui il soggetto ha un'alterata percezioni di sé, si percepisce in modo distaccato e con un senso di estraneità da se stesso.

Derealizzazione: sensazione, esperienza di irrealtà e distacco rispetto all'ambiente circostante che viene percepito come distante, irreali, onirico.

Tali sintomi costituiscono un disturbo se si presentano ripetutamente in un soggetto e interferiscono con il suo normale funzionamento. Su piano terapeutico valgono le considerazioni generali fatte per l'amnesia dissociativa.

DISTURBI SOMATOFORMI

I disturbi somatoformi sono caratterizzati sul piano clinico dalla presenza di sintomi fisici senza alcuna base organica dimostrabile. Il decorso è caratterizzato da numerose consultazioni mediche, esami di laboratorio, interventi chirurgici. Un aspetto che accumuna tutti i disturbi è l'assenza di intenzionalità nella produzione dei sintomi da parte del soggetto che li riferisce.

Vantaggio primario: condizione che si verifica quando un soggetto stressato emozionalmente da un conflitto inizia a manifestare un sintomo.

Vantaggio secondario: situazione in cui il soggetto grazie al suo sintomo può evitare una situazione ritenuta pericolosa.

Questi due concetti rappresentano la modalità comunicativa attraverso il quale il soggetto può vivere ed esprimere il proprio disagio. Per quanto concerne la distribuzione fra i sessi è dimostrato una netta prevalenza in quello femminile ad eccezione dell'ipocondria in cui la frequenza è uguale in ambo i sessi.

DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI (DISTURBO DA SOMATIZZAZIONE O SINDROME DI BRIQUET)

Caratterizzato dalla presenza di continue e importanti lamentele fisiche, multiple e ricorrenti che si protraggono per diversi anni. Questo disturbo è una forma grave, cronica e multi-sintomatica dell'Istria di conversione. Il quadro clinico è complesso, variegato e polimorfo, esordisce in giovane età e presenta un decorso cronicizzante con importante compromissione del funzionamento psicosociale.

Non esiste un trattamento farmacologico specifico, la psicoterapia è spesso rifiutata da questi pazienti che persistono a ritenere il loro un problema di tipo somatico.

DISTURBO DI CONVERSIONE (DISTURBO DA SINTOMI NEUROLOGICI FUNZIONALI)

Il disturbo di conversione consiste nella manifestazione di sintomi pseudoneurologici, ma senza una fondata base somatica. Sul piano clinico, i sintomi convertivi comprendono un'ampia gamma di manifestazioni pseudoneurologiche che vanno dalle gravi forme pseudoconvulsive, ai deficit sensoriali e/o motori localizzati, ai deficit visivi o alle pseudoafasie.

IPOCONDRIA (DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA)

Ipocondria è rinominato nel DSM-5 Disturbo da ansia di malattia, è caratterizzato dalla preoccupazione, eccessiva o immotivata, di un soggetto di avere o contrarre una grave malattia. L'individuo presenta un elevato grado di ansia relativa alla sua salute e si allarma facilmente ogni volta che sperimenta un sintomo somatico.

Non c'è differenza di esordio tra ambo i sessi, esistono sia forme transitorie che forme cronicizzanti. Il trattamento è difficile, sul piano farmacologico: benzodiazepine a bassi dosi, antidepressivi.

CAPITOLO 7. SCHIZOFRENIA

Con il termine di "schizofrenia" viene denominato un gruppo di disturbi mentali gravi di natura psicotica, clinicamente eterogenei, ma che hanno in comune il nucleo patologico primario: la scissione dei processi associativi per cui le funzioni che operano indipendentemente fino alla disintegrazione completa della vita mentale. La schizofrenia è la malattia mentale propriamente detta, è la rappresentante più profonda e totale della follia umana. Della vita psichica dello schizofrenico si può avere una conoscenza indiretta, ma non una effettiva comprensione poiché non si tratta di esperienze mentali affini o in continuità con quelle da noi tutti comunemente esperite: l'esperienza mentale schizofrenica comporta un salto qualitativo che solo la malattia induce e che non è riproducibile o immaginabile in tutti i suoi aspetti.

EPIDEMIOLOGIA

La schizofrenia ha una distribuzione epidemiologica ubiquitaria nelle diverse aree geografiche e nei vari stati sociali. Anche la distribuzione tra i sessi non rivela differenze significative. In un individuo che non abbia familiari di primo grado affetti da disturbi il rischio di ammalare di schizofrenia è pari al 1% tale rischio ha un picco massimo tra i 15 e i 45 anni e decresce poi progressivamente con l'età.

FATTORI DI RISCHIO

Gli studi più recenti indicano che nel determinare il rischio di sviluppare un disturbo schizofrenico vi è una complessa interazione tra suscettibilità genetica e fattori ambientali. Si tratta di un'interazione molto complessa e ancora poco nota, in cui il rischio determinato dai fattori genetici interagisce con il rischio determinato dall'esposizione ad uno o più dei fattori ambientali di rischio.

Il primo e più significativo fattore di rischio è costituito dall'ereditarietà. I fattori di rischio ambientale possono agire in epoca

1. infantile/perinatale
2. infantile
3. adolescenziale

Tra i fattori intrauterini/perinatali si citano:

- complicanze ostetriche
- stagionalità alla nascita
- infezioni perinatali
- stress materno o malnutrizione durante la gravidanza:

Tra i fattori che agiscono in età più tardiva:

- abuso di cannabis o altre sostanze
- essere immigrati, soprattutto di seconda generazione

- vivere in città

CORRELATI NEUROBIOLOGICI

Non sono attualmente disponibili dei marker biologici della schizofrenia, esistono però dei correlati neurobiologici. Lo studio dei correlati biologici della schizofrenia non fornisce validi strumenti diagnostici. Si è dimostrato che la schizofrenia si accompagna ad alterazioni generali e compromissione di specifiche aree cerebrali quali i lobi frontali, le strutture limbiche e i gangli della base. Essendo le tre aree interconnesse, la compromissione di un'area può comportare secondariamente la disfunzione di un'altra.

Sul piano della discussione teorica, è ampiamente discusso, e non risolto al momento, se le alterazioni cerebrali riscontrate nei pazienti con schizofrenia siano stabili o evolutive, derivanti da un danno del neurosviluppo o espressione di neurodegenerazione. In generale, all'esordio sono più evidenti alterazioni a carico di ippocampo, talamo, amigdala, insula e corteccia anteriore del cingolo; pazienti schizofrenici cronici mostrano invece alterazioni più pronunciate a carico della corteccia prefrontale dorsolaterale.

Sul piano neurotrasmettitoriale l'ipotesi più accreditata è che alla base del disturbo esista una qualche disfunzione dopaminergica in particolare che siano implicati i recettori postsinaptici D2. Tale teoria si fonda su due elementi:

- la potenza della maggior parte dei farmaci antipsicotici si correla alla capacità antagonista D2
- le sostanze d'abuso che in acuto aumentano l'attività dopaminergica sono in grado di indurre o scatenare sintomatologia psicotica.

La schizofrenia da un punto di vista biochimico sarebbe quindi un disturbo della trasmissione dopaminergica, la sintomatologia positiva sarebbe imputabile ad una iperdopaminergia a livello dei neuroni dopaminergici del sistema meso- limbico, mentre vi sarebbe una ipodopaminergia a livello dei neuroni del sistema dopaminergico mesocorticale responsabile dei sintomi negativi della schizofrenia. Accanto al coinvolgimento dopaminergico sembra emergere da studi recenti un coinvolgimento del glutammato soprattutto d'origine delle alterazioni cognitive tipiche della schizofrenia.

Rimane da spiegare come una alterazione biochimica si traduce clinicamente in un sintomo positivo una ipotesi è che la dopamina è implicata non solo nel movimento, ma soprattutto nell'attribuzione di un significato di rilevanza/importanza a stimoli nuovi. È il neurotrasmettitore della gratificazione, ma soprattutto il neurotrasmettitore della motivazione saliente: segnala che uno stimolo è importante perché potrebbe anticipare una gratificazione, quindi serve a motivare l'individuo ad attivarsi per ottenere una gratificazione.

Il sistema dopaminergico meso- limbico sarebbe iperfunzionale questo si tradurrebbe in un'alterata attribuzione di significato a stimoli esterni e rappresentazioni mentali interne. In questo processo di delirio sarebbe uno schema cognitivo che viene formato per dare un senso a questa alterata attribuzione di significato/importanza.

I farmaci antipsicotici riducendo l'iperattività dopaminergica agirebbero riducendo la salience per eventi irrilevanti permettendo al paziente di manifestare un maggior distacco emotivo rispetto al contenuto di delirio.

CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE

È possibile trattare in modo unitario la psicopatologia della schizofrenia anche se esistono diverse forme del disturbo con espressività sintomatologica, di decorso e di risposta al trattamento abbastanza diversificate.

La scissione o dissociazione si manifesta come:

- disintegrazione dell'identità
- dissociazione tra i processi di pensiero
- dissociazione tra contenuto del pensiero e affettività e dissociazione tra pensiero, affettività e volizione

La scissione dei processi di pensiero determina delle alterazioni delle funzioni cognitive. Le funzioni cognitive più compromesse sembrano essere:

- la memoria episodica
- la fluidità delle idee e alcuni aspetti a carico dell'attenzione

La schizofrenia porta sempre:

1. alterazioni dell'identità dell'io

2. disturbo dei processi di pensiero
3. incoerenza affettiva secondo i criteri del buon senso comune

Da un punto di vista clinico-descrittivo, i sintomi schizofrenici possono venire suddivisi sulla base della loro caratteristica.

- sintomi positivi
- sintomi negativi
- sintomi di tipo disorganizzato
- sintomi catatonici

SINTOMI POSITIVI

I sintomi positivi sono fattori di disordine della realtà, sono le espressioni di un plus percettivo o di un plus ideativo.

Deliri: il delirio è un pensiero patologico, s'intende un'idea o una convinzione caratterizzata da due aspetti formali fondamentali (a) e (b) che devono essere entrambi presenti, ed eventualmente dalle caratteristiche del contenuto (c)

- a) è un pensiero irrealistico oppure di un'erronea interpretazione di una percezione
- b) è un pensiero non criticabile da parte del paziente, nel senso che la convinzione non recede di fronte ad alcun tipo di obiezione né di fronte ad un tentativo di ripensamento critico
- c) è un pensiero dal contenuto anomalo, originale, incongruo o bizzarro.

I deliri schizofrenici più caratteristici e in un certo senso patognomonici del disturbo sono:

- il delirio di furto del pensiero
- i deliri di influenzamento
- i deliri di diffusione del pensiero
- i deliri di inserzione del pensiero

Allucinazioni: percezioni patologiche in cui viene percepito un oggetto inesistente. Un'abnormità percettiva minore e molto spesso "non" patologica è costituita dalle illusioni: si tratta di percezioni distorte di un oggetto reale. Le allucinazioni che compaiono nei disturbi schizofrenici non sono criticate dal paziente, cioè non vengono riconosciuti come tali ma vengono esperite dal paziente come normali percezioni. Le forme più tipiche sono quelle uditive. Queste percezioni si presentano sotto forma di voci che commentano le azioni o i pensieri del paziente, di voci che dialogano tra di loro. Meno frequenti sono le allucinazioni tattili o cenestesico-viscerali e le allucinazioni dello schema corporeo.

SINTOMI NEGATIVI

I sintomi negativi sono elementi indicativi di impoverimento ideoaffective e motorio:

- **alogia:** impoverimento dell'eloquio
- **appiattimento affettivo:** impoverimento della reattività emotiva agli stimoli ed incapacità ad esprimere determinati sentimenti
- **apatia-avolizione:** indifferenza affettiva per situazioni che normalmente suscitano interesse, appare trascurato nell'igiene e nella cura di sé
- **anedonia:** diminuito piacere e interesse scarso o nullo per molti aspetti della vita
- **ritiro sociale:** conduzione dell'esistenza in cui appare ridotta o coarta la capacità di socializzazione

SINTOMI DI TIPO DISORGANIZZATO

Esprimono direttamente sia la perdita dei confini del sé che il disordine dei processi di pensiero e la perdita di un rapporto adeguato tra le funzioni:

- **disturbo formali del pensiero:** alterazione dei nessi associativi (deragliamento, tangenzialità, incoerenza, illogicità, circostanzialità, assonanza)
- **comportamenti bizzarri:** atteggiamenti o manifestazioni che appaiono non adeguate alle circostanze, incontro nei confronti della situazione o prive di senso
- **incongruità affettive:** contrasto tra il vissuto emotivo ed il pensiero del soggetto stesso

SINTOMI CATATONICI

I sintomi catatonici sono sintomi psicomotricità molto gravi, sono manifestazioni in cui emerge un grave disturbo della violazione perché questa è ridotta sia perché è dissociata dalle altre funzioni psichiche.

- stupor catatonico: stato di immobilità senza apparente manifestazione psichica
- catalessia: resistenza plastica ai movimenti passivi
- catatonismo: immobilità con assunzione di posture stravaganti
- negativismo: comportamento di opposizione che il paziente può mettere in atto nei confronti di qualsiasi stimolo
- ecolalia: ripetizione automatica di parole o di frasi udite
- ecoprassia: ripetizioni di azioni o di movimenti di altri
- eccomimia: assunzioni di espressioni mimico-gestuali di altri

QUADRI CLINICI DI SCHIZOFRENIA

Il termine schizofrenia indica un gruppo clinicamente eterogeneo di quadri psicopatologici sia per espressione sintomatologica sia per modalità d'esordio e decorso che per evoluzione e prognosi. L'Associazione Americana di Psichiatria ritiene indispensabile per la diagnosi di schizofrenia un periodo di osservazione di almeno sei mesi durante il quale viene formulata una diagnosi provvisoria di "disturbo schizofrenicoide". T.J. Crow nel 1972 aveva proposto di rivedere molti dati della ricerca clinico-biologica sulla schizofrenia secondo una semplice dicotomia:

- schizofrenia di Tipo I: i sintomi sarebbero sostenuti da alterazioni biochimiche consistenti in una iperattività dopaminergica
- schizofrenia di Tipo II: i sintomi sarebbero associati a danno del tessuto nervoso con atrofia cerebrale.

SCHIZOFRENIA DISORGANIZZATA O EBEFRENICA

Questa forma di schizofrenia si caratterizza prevalentemente per la presenza della dimensione sintomatologica disorganizzata che domina il quadro clinico. È un tipo di schizofrenia che esordisce in età giovanile nella maggior parte dei casi intorno ai 20 anni, l'esordio della malattia è subdolo e insidioso. Il decorso è cronico con periodiche poussées di riacutizzazione che lasciano ogni volta delle sequele che peggiorano il quadro clinico di base.

I sintomi positivi in genere si sovrappongono soprattutto nelle fasi di riacutizzazioni, mentre quelli negativi si rendono evidenti nei periodi intercritici. I deliri e le allucinazioni si presentano come sintomi debolmente strutturati. L'evoluzione naturale della schizofrenia disorganizzata è quella di un progressivo impoverimento affettivo e intellettuale del paziente, il rischio suicidiario è elevato. La risposta alle terapie è limitata e raramente consente di portare il paziente ad un buon livello di funzionamento lavorativo e sociale.

SCHIZOFRENIA PARANOIDE

In questa forma di schizofrenia è la dimensione sintomatologica positiva che prevale e caratterizza il quadro clinico, esordisce più tardivamente tra i 20 e i 35 anni. Il decorso è fluttuante con periodiche poussées di riacutizzazione che se ben trattate regrediscono in buona misura. Durante queste fasi di riacutizzazione dominano i sintomi positivi che sono floridi, vissuti con grande partecipazione emotiva ed è in genere presente uno stato di agitazione psicomotoria. In alcuni casi i sintomi positivi scompaiono durante le fasi di remissione. In questo disturbo sono presenti sia deliri che allucinazioni, mentre i sintomi negativi non sono frequenti. Particolarmente delicato nello schizofrenico paranoide è il problema della collaborazione ai trattamenti data la caratteristica e patognomonica sospettosità di questo tipo di pazienti.

SCHIZOFRENIA CATATONICA

Attualmente, si tende a considerare la catatonìa più come una fase evolutiva del disturbo schizofrenico che come un vero e proprio sottotipo clinico di schizofrenia. I sintomi catatonici sono manifestazioni psicotiche in cui prevalgono l'aspetto disorganizzato e quello negativo, la catatonìa rappresenta spesso l'evoluzione maligna di una schizofrenia ebefrenica o residua. Il trattamento è psicofarmacologico associato ad idonei interventi di ordine medico generale. La catatonìa grave e resistente ai farmaci può costituire un'indicazione per la terapia elettroconvulsionale (ETC)

SCHIZOFRENIA RESIDUA

È un tipo di schizofrenia che esordisce più frequentemente in età giovanile e con una distribuzione tra i sessi a favore dei soggetti di sesso maschile. L'esordio della malattia è quasi sempre lento e in continuità con gli elementi preclinici. Il decorso è cronico con rare poussées di scompenso acuto in cui compaiono sintomi positivi o grossolani comportamenti disorganizzati. La risposta alle attuali strategie terapeutiche è limitata.

TERAPIA DELLA SCHIZOFRENIA

La terapia della schizofrenia viene convenzionalmente distinta in tre fasi successive:

- il trattamento della fase acuta: richiede in genere l'ospedalizzazione
- il trattamento fase di stabilizzazione: gestito nell'ambito di diversi setting
- il trattamento di mantenimento: gestito nell'ambito di diversi setting

La cura della schizofrenia consiste in un trattamento di tipo psicofarmacologico a cui viene associato un intervento psico-socio-riabilitativo, nella maggior parte dei casi il trattamento della schizofrenia è illimitato nella durata.

FARMACOTERAPIA

Il trattamento della schizofrenia è innanzitutto farmacologico, in ognuna delle tre fasi in cui didatticamente si divide:

- in fase acuta la farmacoterapia è l'intervento principale
- nella fase di stabilizzazione ad essa si affiancano gli altri trattamenti,
- nella fase di mantenimento il ruolo della terapia farmacologica è di consentire miglior aderenza alle altre forme di cura.

Farmaci. I farmaci d'elezione e specifici sono:

- neurolettici classici o antipsicotici di prima generazione: hanno un'azione dopamino-antagonista, l'azione antipsicotica è riconducibile al blocco dei recettori post-simpatici D2 nella via dopaminergica mesolimbica, l'attività antagonista D2 è correlata soprattutto ai sintomi positivi e disorganizzati. L'azione farmacologica non è selettiva, l'antagonismo D2 a livello nigrostriatale è la causa dei sintomi extrapiramidali che costituiscono i più comuni effetti collaterali dei neurolettici classici, l'antagonista recettoriale D2 a livello mesocorticale si traduce nell'induzione o nell'aggravamento dei sintomi negativi e dei sintomi da deficit cognitivo.
- antipsicotici di seconda generazione: caratterizzati dall'azione antagonista sul sistema dopaminergico che si combina con un'azione antagonista sui recettori 5-HT_{2A} della serotonina, il blocco 5-HT_{2A} da parte dell'antipsicotico di seconda generazione contrasta l'effetto dei D2 poiché viene meno l'effetto inibitorio della serotonina sul rilascio di dopamina e quindi questa viene rilasciata in maggior misura. Il gruppo degli antipsicotici di seconda generazione include: antagonisti della serotonina e dopamina, antipsicotici definiti MARS (ad ampio e multiplo spettro), aripiprazolo e antagonisti selettivi D₂-D₃, clozapina.

CONSIDERAZIONI GENERALI SUL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA SCHIZOFRENIA

Fase acuta

Primo episodio psicotico: l'intervento farmacoterapico deve essere il più tempestivo possibile per prevenire la neurodegenerazione e del disturbo. Nella scelta tra gli antipsicotici va privilegiato l'impiego di un antipsicotico di seconda generazione.

Ricaduta in paziente con precedenti episodi: la causa di una riacacerbazione del paziente con precedenti episodi è la mancata aderenza alle terapie farmacologiche.

Fase di stabilizzazione e mantenimento: ottenuta una risposta clinica soddisfacente, si passa alla fase di stabilizzazione che sul piano farmacoterapico comporta altri 6 mesi di trattamento al medesimo dosaggio giornaliero. Obiettivo è mantenere la riduzione dei sintomi fino alla completa remissione. Il trattamento di mantenimento è finalizzato a promuovere la remissione dei sintomi, aiutare il paziente a mantenere o migliorare il funzionamento complessivo, promuovere il miglioramento della qualità di vita, prevenire

eventuali riascerbazioni e monitorare l'insorgenza di effetti collaterali. In questa fase, c'è il trattamento con antipsicotici e benzodiazepine, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore.

TRATTAMENTI PSICOSOCIALI I RIABILITATIVI

Nel trattamento a lungo termine, gli interventi psico-socio-riabilitativo sono focalizzati a stimolare il recupero dell'autonomia del paziente e l'autosufficienza. Obiettivo della riabilitazione psichiatrica è garantire che la persona possa vivere, apprendere e lavorare nella community con il minimo sostegno possibile da parte dei rappresentanti della professione. Nella pratica riabilitativa si distinguono due tipi di intervento:

- mirati allo sviluppo di abilità dell'individuo
- mirati allo sviluppo delle risorse dell'ambiente

PSICOTERAPIA

Nella cura del paziente schizofrenico, la psicoterapia è un intervento che perlopiù si integra con quello socio-riabilitativo. Se si intende invece un intervento psicoterapeutico propriamente detto, va detto che in generale la psicoterapia è da considerare poco indicata.

ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Questo gruppo di disturbi comprende condizioni psicopatologiche che sono distinte dalla schizofrenia, ma che hanno un rapporto di continuità nosografica oppure che si manifestano con sintomi che appaiono simili a quelli schizofrenici.

DISTURBO SCHIZOFRENIFORME

Il disturbo schizofreniforme è un'entità concepita allo scopo di poter diagnosticare provvisoriamente e con cautela tutti quei pazienti in cui si assiste all'esordio di un quadro clinico che presenta i sintomi e gli elementi psicopatologici tipici della schizofrenia, ma per cui non è trascorso tempo sufficiente per poter porre definitivamente la diagnosi di psicosi schizofrenica

DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO (PSICOSI MISTA)

Grave forma di disturbo mentale in cui si rilevano sia elementi schizofrenici che elementi riferibili a un disturbo dell'umore bipolare. Per la diagnosi è fondamentale accertarsi che vi sia un lungo periodo di tempo in cui sono presenti sintomi psicotici in assenza di episodio affettivo in atto. Si tratta un episodio con decorso fluttuante. L'età di esordio sempre essere prevalentemente quella giovane adulta.

DISTURBO DELIRANTE

Può essere diagnosticato solo se non sono mai stati soddisfatti i criteri di schizofrenia, esordisce prevalentemente nella piena età adulta o in età avanzata, consiste nella comparsa di un delirio monotematico o di una più complessa tematica delirante in un soggetto che non presenta aspetti psicopatologici dissociativi, nè presenta elementi scissionali. Il disturbo si caratterizza in sottotipi a seconda del contenuto della tematica prevalente del delirio: erotomatico, di grandezza, di gelosia, di persecuzione, somatico. L'esordio è frequentemente lento e progressivo, il decorso più tipico è cronico fluttuante.

DISTURBO PSICOTICO BREVE

Grave alterazione mentale che si risolve nell'arco di qualche giorno senza esiti e con completo recupero del compenso psichico premorbo. L'esordio è acuto spesso in seguito ad un evento psicosociale gravemente stressante e si manifesta con l'improvvisa comparsa di deliri, allucinazioni, eloquio sconnesso e incoerente oppure manifestazioni comportamentali incongrue o disorganizzate. L'età tipica d'insorgenza è tra i 20 e i 30 anni.

CAPITOLO 8.

DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

Il significato all'assunzione della sostanza può essere vario: religioso, ritualistico, conviviale, talvolta la sostanza viene assunta per alleviare uno stato psicologico di tensione o nella ricerca di piacere o al fine di migliorare le proprie prestazioni intellettive.

Si possono realizzare tre casi di uso improprio di una sostanza psicotropa:

- consumo eccessivo di una sostanza ad ampia diffusione sociale
- impiego di un farmaco psicoattivo oltre la necessità terapeutica
- consumo di una sostanza psicoattiva che non ha né consumo e diffusione sociale né un riconosciuto valore terapeutico.

Si è discusso a lungo se sia opportuna e corretta a distinzione tra dipendenza fisica e dipendenza psichica, essendo la seconda sempre presente quando s'instaura la prima mentre è dubbia la possibilità che esista una dipendenza unicamente di tipo psicologico. Sul piano somatico, la condizione di dipendenza viene definita da due fenomeni: la tolleranza e la astinenza

Tolleranza: l'organismo si adatta al consumo massiccio e/o protratto della sostanza con una riduzione del numero dei recettori su cui il composto agisce, ciò sul piano fisico vuol dire un bisogno di dosi più elevate per raggiungere l'intossicazione

Astinenza: venire meno dell'assunzione/somministrazione della sostanza, in un organismo che ha sviluppato tolleranza per la sostanza medesima, determina l'emergere della caratteristica sindrome di astinenza.

PSICOPATOLOGIA

Possiamo identificare un modello generale per spiegare come dall'incontro con individuo e sostanza psicotrope con potenziale d'abuso possa originare un vero e proprio disturbo; in questo modello, diversi sono i fattori predisponenti e in ogni individuo i vari fattori possono contribuire in misura differenziata all'origine del disturbo. Il rapporto patologico con una sostanza psicoattiva dipende essenzialmente dall'incontro di due fattori:

- un fattore principale: l'individuo,
- un fattore secondario, la sostanza

Nella storia dell'individuo si trovano le cause che hanno principalmente determinato la tossicofilia o la tossicodipendenza. Il soggetto che consuma una sostanza psicotropa è alla ricerca di almeno 1 tra i seguenti effetti sulla psiche:

1. il controllo di vissuti che gli procurano disagio o perché sgradevoli sebbene siano fisiologici o perché francamente patologici
2. l'induzione di vissuti positivi
3. l'induzione di vissuti al di fuori dell'esperienza umana comune

L'individuo, con le sue specifiche caratteristiche eredo-costituzionali che predispongono alla dipendenza, con i fattori psicologici o i disturbi psichiatrici che hanno motivato la ricerca ed assunzione di sostanze psicotrope, entra più o meno facilmente in contatto con una sostanza psicotropa potenzialmente d'abuso.

I fattori psicosociali che determinano la disponibilità della sostanza sul mercato contribuiscono alla maggiore o minore prevalenza dei disturbi correlati a sostanze. Il secondo fattore rilevante ai fini delle dipendenze è costituito dalle caratteristiche della sostanza psicotropa. Tutte le sostanze psicotrope con potenziale d'abuso hanno in comune la caratteristica di attivare direttamente il sistema cerebrale deputato alla gratificazione. L'attivazione diretta del sistema cerebrale della gratificazione è talmente intensa da far sì che l'individuo trascuri normali attività quotidiane fonte di un potenziale piacere/gratificazione. L'attivazione del sistema cerebrale della gratificazione tramite normali adattivi comportamenti finalizzati viene meno, sostituita dalla ricerca di attivazione diretta tramite l'assunzione della sostanza psicotropa. Dal punto di vista clinico-nosografico si distinguono:

- disturbi da uso di sostanze: sono identificati da una modalità di uso di sostanze che comporta quattro cluster sintomatologico-comportamentali
1. alterato controllo sulle modalità di assunzione della sostanza
 2. compromissione del funzionamento sociale

3. utilizzo della sostanza in condizioni di rischio
 4. tolleranza e assistenza
- disturbi indotti da sostanze: comprendono i quadri dell'intossicazione e dall'astinenza che sono specifici per il tipo di sostanza o classe di sostanze farmacologiche affini.

La descrizione dei quadri clinici segue quindi il tipo di sostanza che viene assunta. Suo piano clinico ci si trova sempre più spesso di fronte a sindromi non perfettamente riconoscibili e riconducibili a sostanze note.

BENZODIAZEPINE

L'efficacia ansiolitica e ipnoinducente, la specificità e la rapidità d'azione, la scarsità di effetti collaterali, la notevole maneggevolezza hanno determinato una ampia diffusione delle benzodiazepine. Alcuni individui stabiliscono nei confronti delle benzodiazepine un rapporto morboso di tipo tossicofilico anche se più spesso l'abuso di questi farmaci avviene nell'ambito di patologie politossicomane in cui la benzodiazepina rappresenta una delle sostanze meno pericolose.

FARMACODINAMICA

Le benzodiazepine agiscono favorendo a livello postsinaptico la trasmissione GABAergica, in particolare agendo sul recettore ionotropo GABA_A. Il GABA, quando si lega al suo recettore, determina l'apertura del canale e l'ingresso di ioni cloro carichi negativamente all'interno della cellula neuronale, con iperpolarizzazione della membrana e quindi minore eccitabilità neuronale. Il complesso recettoriale GABAergico subisce profonde modificazioni a seguito di una stimolazione prolungata dei siti di modulazione allosterica i fenomeni di tolleranza ed i sintomi da sospensione da benzodiazepine sono determinati da queste modificazioni dei recettori e ad meccanismi di trasduzione intracellulari.

INTOSSICAZIONE ACUTA

La manifestazione principale dell'intossicazione acuta da benzodiazepine è rappresentata dalla sedazione. Nei casi più gravi di intossicazione può manifestarsi confusione mentale con alterazioni comportamentali e raramente dispercezioni.

Per il trattamento dell'intossicazione acuta grave esiste uno specifico farmaco, il flumazenil, antagonista dei recettori delle benzodiazepine. Il farmaco non ha controindicazioni, ma può dare nausea, vomito o capogiri.

INTOSSICAZIONE CRONICA

L'intossicazione cronica da benzodiazepine comporta perlopiù disturbi di tipo neurocognitivo:

- ridotta vigilanza,
- deficit della memoria
- della capacità di apprendimento.

ASTINENZA

La sindrome da sospensione da benzodiazepine è simile a quella da alcol. La sindrome da sospensione si osserva dopo consumo prolungato di benzodiazepine qualora dall'assunzione sia stata interrotta bruscamente. I sintomi sono sia psichici che somatici. Il trattamento della sindrome astinenziale richiede la ripresa dell'assunzione di una benzodiazepine con preferenza per le benzodiazepine a lunga emivita.

CANNABIS

Il consumo di cannabis avviene generalmente per inalazione o per ingestione. Nel primo caso gli effetti psicotropi si rendono evidenti immediatamente, nel secondo caso può trascorrere anche qualche ora dall'assunzione.

FARMACODINAMICA

L'effetto psicoattivo dei derivati della Cannabis Indica è dovuto al principio attivo THC, presente nella marijuana in concentrazione che vanno dall'1 al 15% e in concentrazioni anche superiori nelle resine.

L'effetto del THC è eterogeneo; stimola il rilascio di dopamina dal nucleus accumbens e causa un'inibizione presinaptica del rilascio di neurotrasmettitori.

INTOSSICAZIONE ACUTA

assunzione di cannabinoidi determina inizialmente una sensazione di benessere con rilassamento muscolare il pensiero è incentrato su tematiche soavi, gradevoli. Talvolta lo stato di benessere si manifesta prevalentemente con uno stato di euforia lieve. Dal punto di vista fisico:

- iperemia congiuntivale
- secchezza delle fauci
- tachicardia

La durata dipende dalle modalità di assunzione e dalla quantità consumata, in genere è di qualche ora, ma può durare anche giorni. Se grave, l'intossicazione acuta può essere trattata con basse dosi di antipsicotici sedativi.

INTOSSICAZIONE CRONICA

Il frequente fumo di cannabinoidi a dosi elevate può comportare un quadro sintomatologico che si manifesta sia sul piano psichico che somatico. Il soggetto è generalmente di umore lievemente depresso o irritabile, può presentare episodi di ansia critica di tipo panico e fenomeni di depersonalizzazione

ASTINENZA

La brusca riduzione dell'utilizzo di cannabis dopo un lungo periodo di consumo giornaliero è associata alla comparsa di sintomi da astinenza quali irritabilità, eccessi di rabbia con aggressività verbale, ansia, depressione, disturbi del sonno e riduzione dell'appetito con eventuale perdita di peso. Accanto a tali sintomi psicologici possono comparire sintomi fisici quali dolori addominali, tremore, sudorazione profusa, febbre, cefalea. I sintomi esordiscono dopo 24-72 ore dall'assunzione. Non esiste al momento una specifica terapia farmacologica.

COCAINA

La cocaina è una sostanza naturale, derivata dalla pianta della coca. Le modalità d'assunzione:

- masticazione
- inalatoria
- sniffata
- iniettata in endovena
- inalata come fumo (alcaloide della cocaina)

FARMACODINAMICA

L'azione psicoattiva si manifesta attraverso il blocco competitivo del trasportatore della dopamina, con conseguente aumento della stessa nello spazio sinaptico e quindi una maggiore stimolazione dei recettori dopaminergici post-sinaptici soprattutto tipo 1. L'uso cronico comporta una diminuzione dell'inibizione della ricaptazione e del rilascio delle catecolamine, associate ad alterata sensibilità dei recettori, cui consegue lo sviluppo della tolleranza.

INTOSSICAZIONE ACUTA

Gli effetti della intossicazione acuta che si possono manifestare durante o subito dopo l'assunzione della cocaina, si distinguono in psicologici, comportamentali neurovegetativi. I primi consistono in grado d'intensa euforia, accelerazione del pensiero con idee di grandezza, loquacità, ipersessualità, ipervigilanza e tendenza alla socializzazione. Le alterazioni comportamentali sono rappresentate da comportamento stereotipato e disadattivo. Nelle forme gravi d'intossicazione acuta da cocaina possono comparire gravi stati di agitazione psicomotoria con comportamento violento, deliri paranoici con allucinazioni, fino ad arrivare ai disturbi dello stato di coscienza con disorientamento spazio temporale. L'intensità e la durata e indotte dipendono dalle dosi utilizzate e da variabili individuali. I metaboliti della cocaina possono essere riscontrati nelle urine fino a 1-3 giorni dopo l'assunzione.

INTOSSICAZIONE CRONICA

L'uso prolungato della cocaina può indurre vari disturbi psichiatrici che vanno dai disturbi ansiosi con sintomi ossessivo-compulsivi fino a sindromi più gravi rappresentate da deliri di persecuzione e allucinazioni soprattutto tattili e/o visive. I sintomi psicotici da cocainomane si caratterizzano innanzitutto perché si verificano in "condizioni di coscienza lucida".

ASTINENZA

La sospensione o la riduzione dell'assunzione di dosi pesanti di cocaina dopo settimane o mesi comporta l'insorgenza di un disturbo affettivo caratterizzato da depressione, anedonia, disforia, stanchezza, insonnia, ipersonnia, aumento dell'appetito.

AMFETAMINICI

L'assunzione può venire per:

- assunzione orale
- inalazione
- iniezione endovenosa

FARMACODINAMICA

Meccanismo neurobiologico di azione delle amfetamine è simile a quello descritto per la cocaina e si basa sull'aumentato rilascio a livello presinaptico delle catecolamine, soprattutto della dopamina.

INTOSSICAZIONE ACUTA E CRONICA

L'effetto dell'intossicazione acuta o cronica da amfetamine o altre sostanze stimolanti è simile a quello d'intossicazione da cocaina.

ALLUCINOGENI

Le droghe allucinogene si distinguono in naturali e sintetiche. Tali sostanze sono abitualmente assunte per via orale.

FARMACODINAMICA

Pur differendo parzialmente quanto a meccanismo farmacodinamico, gli allucinogeni agiscono prevalentemente come agonisti parziali sui recettori 5-HT₂ post-sinaptici.

INTOSSICAZIONE ACUTA

L'intossicazione acuta da allucinogeni serotoninergici si manifesta prevalentemente con alterazioni a carico della percezione. Le alterazioni percettive si accompagnano a stato di coscienza integro. I segni neurovegetativi di tipo simpatico consistono in:

- tachicardia,
- ipertensione,
- midriasi,
- annebbiamento del visus

Durante una fase d'intossicazione acuta l'individuo può vivere una situazione detta "bad trip"

INTOSSICAZIONE CRONICA

L'uso cronico di allucinogeni non è comune.

ASTINENZA

Gli allucinogeni non determinano una dipendenza fisica né sindrome di astinenza.

OPPIACEI

Gli oppiacei sono sostanze utilizzate anche come analgesici, anestetici, inibitori della tosse e antidiarroici. Li oppiacei si distinguono in naturali derivati dal papavero dell'oppio (oppiacei) e sintetici (oppioidi). Modalità d'assunzione:

- via inalatoria,
- via orale
- via endovenosa

FARMACODINAMICA

La particolare propensione nei confronti delle sostanze sembra sia correlata ad una vulnerabilità biologica.

INTOSSICAZIONE ACUTA

Nel soggetto normale l'assunzione determina un marcato viraggio del ton dell'umore verso il polo positivo. Il rischio di overdose è elevato in chi abbandona programmi residenziali perché dimenticano di aver perso la tolleranza farmacologica. L'intossicazione grave è caratterizzata da una triade sintomatologica:

- stato di coma
- costrizione pupillare
- depressione respiratoria fino al coma

La overdose da oppiacei è una condizione di estrema gravità che deve essere immediatamente trattata per il rischio di morte.

INTOSSICAZIONE CRONICA

L'assunzione determina un quadro psichico caratterizzato da stato di torpore, rallentamento psicomotorio, impoverimento fino all'apiattimento della vita affettiva, della volontà e perdita dei valori etici.

ASTINENZA

L'astinenza è caratterizzata da sintomi soggettivi quali stati d'ansia e/o irrequietezza, sensazione di dolorabilità, desiderio impellente di procurarsi la dose e sintomi oggettivi. I sintomi astinenziali compaiono in tempi diverso a seconda del tipo di sostanza cronicamente assunta.

Il trattamento dell'astinenza da oppiacei può essere affrontato nei seguenti modi.

- terapia sostitutiva con metadone
- terapia sostitutiva con buprenorfina
- impiego di farmaci non oppioidi per il controllo dei sintomi di iperattivazione neurovegetativa, del dolore, della nausea e della diarrea
- astinenza ultrarapida indotta

IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA HEROINA

La terapia farmacologica di mantenimento dell'astinenza può prevedere:

- trattamento con il metadone
- Trattamento di mantenimento con buprenorfina
- trattamento con naltrexone

Ogni intervento farmacologico va associato ad un intervento motivazionale o psicoterapico specifico. Sul piano psicosociale, la comunità terapeutica è il luogo e il modello d'intervento maggiormente proposto per la cura delle tossicodipendenze (S.E.R.T)

CAPITOLO 9.

DISTURBI CORRELATI ALL'ALCOOL

Il consumo di bevande alcoliche è diffuso nella società occidentale. Il consumo di bevande alcoliche è legato alle tradizioni gastronomiche e alla storia delle iniziative di gruppo o sociali. Il confine tra consumo non patologico e abuso è sottile e sfumato. Il motivo per cui il soggetto beve o la spinta personale a cercare 'alcohol determinano la differenza clinica. L'alcolismo rappresenta una risposta patologica a varie condizioni di disagio o di sofferenza, è una morbosa modalità di compensazione. Per alcuni casi c'è un disturbo psichiatrico come disturbo depressivo maggiore o disturbo d'ansia, in altri casi è nel contesto sociale che si trovano le cause principali dell'alcolismo.

I disturbi correlati all'ascolto si distinguono in

1. disturbi neuropsichiatrici che si possono anche distinguere per modalità d'esordio
 - acuto o subacuto
 - subdolo dopo assunzione cronica
2. disturbo sistemici:
 - disturbi gastrointestinali
 - disturbi ematologici
 - disturbi cardiovascolari

INTOSSICAZIONE DA ALCOL

L'intossicazione acuta comporta un quadro di alterazioni psichiche e comportamentali facili da riconoscere, lo stato di ubriachezza ha diversi gradi d'intensità. Sul piano psichico e comportamentale l'intossicazione determina un certo grado di disinibizione che può iniziare a manifestarsi già durante l'ingestione da alcool. In caso di intossicazione si può trattare il paziente con metadoxina che accelera il metabolismo dell'etanolo con la conseguente più rapida eliminazione dell'alcool ingerito. In caso di agitazione sono da preferire gli antipsicotici.

INTOSSICAZIONE IDIOSINCRASICA DA ALCOL (UBRIACHEZZA PATOLOGICA)

Ingestione di piccole o moderate dosi di alcool determina una condizione acuta caratterizzata da gravi alterazione psichiche e comportamentali con completa remissione non appena scendono i livelli plasmatici di etanolo e/o di acetaldeide. L'episodio termina in genere con un sonno prolungato e molto profondo da cui il soggetto si sveglia ricordando poco o nulla di quanto è accaduto

ASTINENZA

La sindrome da astinenza da alcool si manifesta nell'etilista cronico quando interrompe o riduce l'assunzione della sostanza da cui è dipendente e nei confronti della quale si è stabilita una tolleranza. I sintomi compaiono entro qualche ora e scompaiono nell'arco di qualche giorno salvo che la sindrome non diventi una forma complicata e sono:

- secchezza delle fauci
- tremore a livello delle mani
- nausea
- malessere generale
- agitazioni psicomotoria

Sul piano psichico e comportamentale:

- ansioso
- irritabile
- insonne
- alterazioni percettive

Il trattamento consiste nell'assistenza medica e psicologica, sul piano medico è utile reintegrare fluidi ed elettroliti e sul piano psicologico un rinforzo mediante incoraggiamento e rassicurazione.

DELIRIUM TREMENS (ASTINENZA COMPLICATA)

Fattori predisposti per il delirium tremens le condizioni che compromettono il fisico e lo rendono particolarmente indebolito. Il quadro clinico precipita nel giro di qualche ora dopo una fase clinica protratta di astinenza semplice. L'esordio è compreso entro le 24-48 dalla cessazione dell'assunzione dell'alcool, se viene trattata tempestivamente l'astinenza complicata dura al massimo qualche giorno e regredisce completamente entro 7-10 giorni. I sintomi sono:

- grave disturbo dell'attenzione
- disturbo dell'orientamento temporale e spaziale rispetto alla persona
- scompenso psichico
- allucinazioni visive
- crisi convulsive

La cura consiste in presidi di ordine medico-generale e i casi molto gravi necessitano di rianimazione, dal punto di vista psicofarmacologico si prediligono le benzodiazepine perché sedano il paziente controllando i sintomi dell'astinenza.

ALLUCINOSI ALCOLICA

È una condizione psicopatologica a insorgenza acuta o subacuta che può insorgere in una condizione di alcolismo cronico quando viene interrotta l'assunzione di alcolici. Le allucinazioni tipiche sono uditive, ma si possono riscontrare anche dispercezioni visive, olfattive o gustative. Ne possono derivare comportamenti con gravi conseguenze quali tentativi di suicidio o crisi pantoclastiche. In generale questo quadro clinico regredisce in qualche giorno.

PARANOIA ALCOLICA (DELIRIO DI GELOSIA)

Sindrome delirante cronica con prevalenza nettamente più elevata nel sesso maschile. Esordisce in forma subodora ed insidiosa e prosegue con decorso cronicizzante in soggetti che fanno uso cronico di alcool. C'è la convinzione patologica di gelosia nei confronti del coniuge o del partner. Si accompagna a una condizione di lucidità e non si fonda su allucinazioni. Il trattamento è difficile in quanto la resistenza di queste forme deliranti alle terapie antipsicotiche.

DISTURBO AMNESTICO ALCOLICO

Disturbo cognitivo-cronico che può interessare etilisti cronici. Consiste in un deficit progressivo della memoria: in un primo luogo viene interessata la capacità di fissazione dei ricordi successivamente viene colpita anche la capacità di rievocazione e di organizzazione dei ricordi. La possibilità di risoluzione o di arresto dell'evoluzione del deficit cognitivo è correlata alla tempestività con cui il paziente viene curato, alla possibilità di risolvere la dipendenza dall'alcool, l'età e alle condizioni generali.

DEMENZA ALCOLICA

Con il progredire delle alterazioni della memoria iniziano anche a manifestarsi i deficit delle funzioni simboliche. Il trattamento è di difficile impostazione perché il provvedimento principale risulta arduo e perché le possibilità di miglioramento sono limitate. Due sono i provvedimenti: medico-generalisti e management psicosocio-riabilitativo.

TERAPIA DELLA DIPENDENZA DA ALCOL

Gli obiettivi del trattamento sono:

- mantenimento dell'astinenza e nella prevenzione delle ricadute
- nella prevenzione delle complicanze dovuto all'uso cronico delle sostanze

TERAPIA MEDICA E FARMACOLOGICA

Trattamento farmacologici specifici possono essere ricondotti a meccanismi d'azione ed obiettivi tra loro diversi

1. Trattamenti avversativi:
2. Trattamenti anticraving e anticomulsivi

PSICOTERAPIA

La scelta del trattamento deve tenere conto:

- dell'eventuale presenza di disturbi psichici indotti dall'alcol
- eventuale concomitanza di altri disturbi psichici che hanno determinato l'insorgenza dell'etilismo
- dalle caratteristiche di personalità del soggetto
- delle sue caratteristiche personali

CAPITOLO 10. DISTURBI DI PERSONALITÀ

Una descrizione semplificata descrive la personalità come un sistema complesso di caratteristiche psicologiche profonde di un individuo che sono in gran parte inconsapevoli, stabili nel senso che non si possono mutare e che si esprimono automaticamente in ogni aspetto del funzionamento psichico. Gli aspetti biologici della personalità sono:

- temperamento: disposizione affettiva fondamentale e caratteristica di ogni persona, i tipi più comuni sono:
 - A. Temperamento depressivo o distimico: soggetto timido, si chiude in sé, insoddisfatto, tende al pessimismo
 - B. Temperamento ipertimico: soggetto intraprendente, molto attivo, estroverso, tende alla socialità
 - C. Temperamento ciclotimico: soggetto il cui tono affettivo è fluttuante
 - D. Temperamento irritabile o disforico: soggetto irascibile, spesso insofferente, insoddisfatto, reagisce con rabbia ad ogni difficoltà
- carattere: comprende gli aspetti psicologici acquisiti dall'esperienza mutata dai rapporti interpersonali, si sviluppa dal momento in cui il soggetto incomincia a interiorizzare e a far propri i complessi modelli di regole sociali del rapporto a cui appartiene

Secondo Cloninger sono tre le principali dimensioni:

- ricerca della novità: necessita alti livelli di stimolazione emozionale e la tendenza marcata alla esploratività, alla ricerca di stimoli
- evitamento del danno: riflette la maggiore o minore preoccupazione circa le potenziali conseguenze negative alle proprie azioni
- dipendenza della ricompensa: propensione individuale ad essere preoccupati e dipendenti rispetto alle reazioni degli individui al proprio comportamento

La personalità intesa come insieme delle disposizioni temperamentali e del carattere dell'individuo si sviluppa ed evolve dalla nascita sino all'età adulta.

I DISTURBI DI PERSONALITÀ

I disturbi di personalità comprendono un gruppo di condizioni psicopatologiche in cui emerge una modalità pervasiva e complessa di rapporto patologico con i propri vissuti soggettivi, con gli altri, con gli eventi esistenziali e gli accadimenti esterni. Un disturbo di personalità è caratterizzato da un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo.

Una personalità è patologica quando presenta tre livelli di devianza:

- statica: le sue reazioni emotive e comportamentali si discostano statisticamente da quello più frequentemente osservabili nella popolazione generale di riferimento. Il concetto di abnormità è statistico e non etico o di valore. La devianza statistica può manifestarsi sul piano cognitivo, affettivo, del funzionamento interpersonale, del controllo degli impulsi;
- funzionale l'individuo non riesce ad avere un funzionamento lavorativo, relazionale e sociale adeguato o in cui possa pienamente esprimere le proprie potenzialità intellettive;
- clinica: l'abnormità statistica e/o funzionale della personalità determina sofferenza o disagio all'individuo o agli altri.

Il pattern è abituale, stabile e di lunga durata, con esordio nella adolescenza e prima età adulta si manifesta nelle aree della cognitività, affettività, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi.

I diversi tipi di disturbo della personalità il DSM-5 ne propone 3 gruppi:

- cluster A: disturbi caratterizzati dalla stravaganza e dall'eccentricità, sono personalità patologiche che contengono degli elementi di dissociazione che non si traducono in sintomi:
 - disturbo paranoide di personalità
 - disturbo schizoide di personalità
 - disturbo schizotipico di personalità
- cluster B: disturbi di personalità caratterizzati dalla marcata espressività delle manifestazioni cliniche, c'è un'alterazione affettiva e/o del controllo degli impulsi:
 - disturbo antisociale della personalità
 - disturbo borderline di personalità
 - disturbo istrionico di personalità
 - disturbo narcisistico di personalità
- cluster C: disturbi di personalità caratterizzate dall'ansietà e da problemi di controllo emotivo, personalità patologiche riconducibili ai disturbi d'ansia per l'insicurezza che li contraddistingue, il timore di fondo e il controllo emotivo troppo scarso oppure ottenuto con forte repressione:
 - disturbo evitante di personalità
 - disturbo dipendente di personalità
 - disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

La coesistenza in uno stesso individuo di un disturbo psichiatrico e di una personalità patologica può essere interpretata in due diversi modi:

- il disturbo di personalità è una condizione patologica di base che ha contribuito come fattore predisponente allo sviluppo del disturbo psichiatrico di asse I
- il disturbo di personalità e il disturbo psichico di asse I sono epifenomeni della stessa condizione patologica, sono cioè differenti quadri clinici che si sovrappongono con analoghe eziopatogenesi

DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITÀ

È un disturbo essenzialmente caratterizzato da un anormale funzionamento interpersonale dovuto a eccessiva sfiducia e sospettosità con sentimenti e pensieri negativi che riguardano gli altri. Le altre persone vengono tendenzialmente percepite come aggressive, ostili, non amichevoli e ne derivano degli atteggiamenti improntati a diffidenza e sospettosità. Queste idee non si strutturano in vere e proprie idee deliranti persecutorie, poiché altrimenti la diagnosi sarebbe quella di psicosi. Il disturbo paranoide rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di episodi psicotici acuti.

DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

Anormale funzionamento affettivo e interpersonale che comporta distacco delle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressività emotiva sono soggetti isolati socialmente, freddi, poco reattivi sul piano emotivo e scarsamente interessati o addirittura insofferenti alle relazioni affettive ed ai rapporti sessuali.

DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITÀ

È un disturbo di personalità in cui sostanzialmente coesistono le caratteristiche essenziali di ideazione paranoide e chiusura relazionale e sociale con elementi di stravaganza in congruità di pensiero, emotiva o comportamentale.

DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

L'individuo con personalità patologica di tipo antisociale frequentemente non osserva le regole convenzionali e sociali, tende a delinquere, è aggressivo e talora violento, e manifesta uno scarso controllo degli impulsi. Fondamentalmente è un disturbo caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri. La sofferenza o il disagio soggettivo sono dovuti più alle conseguenze che dalle proprie azioni possono derivare che al rimorso per i propri comportamenti anormali.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Il disturbo borderline è una condizione psicopatologica complessa che si manifesta essenzialmente con un'anormale instabilità in vari ambiti. I rapporti interpersonali sono dominati da sentimenti esagerati e opposti di idealizzazione o di svalutazione, le reazioni emotive sono eccessive o sproporzionate, l'impulsività e l'aggressività non riescono ad essere sufficientemente controllate. Il rischio suicidiario in questi pazienti è più

elevato rispetto alla popolazione generale. Il trattamento comporta innanzitutto un intervento generale di gestione psichiatrica: in questi pazienti è fondamentale prevedere le crisi di scompenso psichico acuto per farvi fronte adeguatamente. Sul piano terapeutico in senso stretto, non esistono cure specifiche per questa indicazione.

ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

Si tratta di individui egocentrici, volutamente appariscenti, che ricercano attenzione da parte degli altri, manifestano atteggiamenti smaccatamente deduttivi, e che tendono alle manifestazioni emotive eccessive e alla drammatizzazione. Sono facilmente suggestionabili e affettivamente instabili.

DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

La personalità patologica con aspetti narcisistici è caratterizzata da un grandioso senso di sé, da un'eccessiva ricerca di ammirazione e stima, da sentimenti d'invidia, da atteggiamenti improntati a freddezza e/o arroganza.

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

Questo disturbo di personalità è caratterizzato da pervasivi sentimenti di inadeguatezza e di autosvalutazione che portano il soggetto ad isolarsi socialmente e ad evitare ogni situazione che lo fa sentire "alla prova" o in cui è sottoposto all'osservazione potenzialmente critica altrui.

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

Il disturbo dipendente di personalità è un disturbo in cui l'individuo tende a rapportarsi in modo patologico agli altri, con legami appunto di dipendenza e in cui manifesta un'eccessiva sofferenza per gli eventi di separazione e perdita. Ne risulta un atteggiamento eccessivamente sottomesso e adesivo, legato al bisogno di essere accuditi e al timore di essere abbandonati.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è caratterizzato da un'eccessiva preoccupazione per l'ordine, da una ricerca esasperata di perfezionismo, di efficienza e di inflessibilità. Nei pazienti con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo si assiste ad un tentativo esasperato di controllare gli eventi e, soprattutto, il rapporto con gli altri.

TERAPIA DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ

La cura dei disturbi di personalità è un argomento complesso e di difficile; trattazione per vari motivi:

- difficile stabilire in modo chiaro e univoco quali siano i risultati attesi e che cosa si intenda modificare o migliorarci
- la trattazione andrebbe condotta distinguendo a seconda del tipo di disturbo
- non esistono dati provenienti da sperimentazioni condotte con modelli sperimentali controllati su ampie casistiche.

Nella pratica clinica non è raro osservare che un paziente con un disturbo di personalità che non ha tratto sostanziale giovamento da un intervento psicoterapico prolungato, risponde positivamente alla somministrazione di un inibitore selettivo del reuptake della serotonina.

CAPITOLO 11. DISTURBI DA DEFICIT COGNITIVI

Tutte queste sindromi sono caratterizzate dalla compromissione delle funzioni cognitive. Il deficit cognitivo può essere dovuto a uno sviluppo intellettuale incompleto oppure si stabilisce in un individuo che prima del disturbo aveva un normale funzionamento. Nel primo caso si configurano i quadri psicopatologici di Disabilità Intellettiva. Nel secondo caso si parla di Disturbi Neurocognitivi, che comprendono una serie di sindromi eterogenee che si caratterizzano prevalentemente per la compromissione delle funzioni cognitive e che sono acquisiti piuttosto che evolutivi.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (RITARDO MENTALE)

La disabilità intellettiva o ritardo mentale è generalmente descritta in modo approfondito insieme ai disturbi del neurosviluppo e ai disturbi mentali dell'infanzia. L'interesse clinico della neuropsichiatria infantile al ritardo mentale è focalizzato all'intervento preventivo, alla diagnosi precoce dei nuovi casi e al trattamento tempestivo. L'interesse clinico della psichiatria dell'adulto ai pazienti con disabilità intellettiva consiste essenzialmente nell'individuare le forme di assistenza e di riabilitazione più idonee quando questi soggetti hanno ormai concluso il proprio sviluppo psicofisico.

Per ritardo mentale s'intende una condizione psicopatologica caratterizzata da un deficit del funzionamento sia intellettivo che della capacità di adattamento, ad esordio nel periodo dello sviluppo. Il ritardo mentale è pertanto una condizione psicopatologica che si stabilisce entro i 18 anni: l'individuo non raggiunge uno sviluppo completo delle funzioni cognitive e l'adattamento psicosociale è deficitario. I deficit del funzionamento adattivo si manifestano principalmente in tre ambiti:

- concettuale o didattico
- sociale
- pratico

Le disabilità intellettive sono in realtà un gruppo di sindromi molto diverse sia per le cause che le determinano che per il livello di gravità.

Dal punto di vista psicopatologico il ritardo mentale viene classificato a seconda del livello di gravità dell'insufficienza intellettiva e del conseguente disadattamento psicosociale. La quantificazione del livello intellettivo avviene con la valutazione e la misura del Quoziente Intellettivo (QI).

DISABILITÀ INTELLETTIVA (RITARDO MENTALE) LIEVE

Dal punto di vista clinico si esprime con dei deficit sensoriali e linguistici nei primi anni di vita che sono però molto lievi. È nell'età scolare che la disabilità intellettiva inizia a rendersi evidenti con difficoltà nell'apprendimento. Negli adulti sono riscontrabili deficit della funzione esecutiva, del pensiero astratto, dell'uso funzionale delle abilità scolastiche. I pazienti necessitano un trattamento psico-socio-riabilitativo e di supporto psicologico.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (RITARDO MENTALE) MODERATA

Pazienti con deficit motorio non grave, ma con un marcato deficit del linguaggio e dell'apprendimento. Il comportamento sociale e le capacità comunicative sono compromesse benché nell'ambito dei legami stretti possono sviluppare relazioni stabili e significative.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (RITARDO MENTALE) GRAVE

Si tratta in genere di soggetti con precoci e importanti deficit motori e linguistici e con impossibilità di raggiungere una condizione di autonomia. Il soggetto risulta incapace di comprendere il linguaggio scritto e i concetti su cui si basa la comunicazione semplice, il linguaggio è altamente compromesso per le limitazioni nell'utilizzo e nella comprensione dei termini e nell'impiego delle regole della grammatica e la comunicazione avviene in genere attraverso gesti. L'individuo richiede assistenza e sostegno in tutte le attività della vita quotidiana, quali lavarsi, vestirsi, mangiare, andare in bagno. Con adeguati training riabilitativi possono acquisire la capacità di esprimere alcune rudimentali cognizioni linguistiche con estrema povertà di linguaggio. Questi soggetti necessitano ovviamente di assistenza e di continuo sostegno psicologico.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (RITARDO MENTALE) GRAVISSIMA

Si tratta di soggetti dotati di un QI inferiore a 20 e con precoci e grossolani deficit sensoriali. Si tratta di casi fortunatamente rari: meno del 2% della totalità dei disturbi dello sviluppo intellettivo. Necessitano di vivere in un ambiente protetto e con assistenza continuativa adeguata.

DELIRIUM

Il delirium è una condizione psicopatologica a esordio acuto più raramente subacuto, caratterizzata da un'alterazione dell'attenzione della consapevolezza con eventuale compromissione delle funzioni cognitive.

EPIDEMIOLOGIA

Il delirium è una condizione psicopatologica piuttosto frequente che interessa soprattutto la psichiatria d'urgenza e la psichiatria di consultazione all'interno degli ospedali generali.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il sintomo principale è la confusione mentale comporta un'alterazione dell'orientamento nello spazio, dell'orientamento nel tempo e dell'orientamento personale. Il pensiero del paziente in stato di delirium è caratterizzato da alterazioni formali: nei casi più lievi i nessi associativi si allentano, nei casi più gravi i pensieri sono frammentari e si susseguono senza alcun tipo di legame logico. In corso di delirium sono possibili alterazioni dell'eloquio o del linguaggio, le illusioni sono tipiche e di tutti i tipi. L'umore del paziente è quello di una persona che perde i propri rassicuranti punti di riferimento.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Il ciclo sonno-veglia è in genere del tutto alterato con insonnia notturna e talora sonnolenza diurna. In alcuni casi, le manifestazioni comportamentali alterate possono aggravarsi notevolmente con comparsa di crisi acute di agitazione psicomotoria oppure di stati con sintomi catatonici.

EZIOPATOGENESI

Le cause del delirium possono essere tutte quelle condizioni mediche generali o da intossicazioni che determinano una sofferenza cerebrale acuta. Elementi psicogeni possono contribuire a determinare lo stato di delirium o a scatenarlo.

ESORDIO E DECORSO

Il delirium si stabilisce in modo improvviso, nell'arco di qualche ora o al massimo di qualche giorno che si manifesta con tipiche oscillazioni della gravità della sintomatologia e che ha un decorso transitorio. Nella maggior parte dei casi c'è un recupero totale mentre in altri casi si assiste alla progressione del quadro sintomatologico fino a crisi epilettiformi, coma o morte.

TERAPIA

Il trattamento richiede una gestione congiunta con medici di medicina generale o di altre specialità. Un primo approccio consiste nel rimuovere farmaci che potenzialmente contribuiscono allo stato di disorientamento, quali anticolinergici, sedativi, ipnotici e ansiolitici, oppiacei. Dal punto di vista psichiatrico occorre impostare una terapia specifica per i sintomi confusionali. Le benzodiazepine sono controindicate perché possono aggravare lo stato confusionale.

DEMENZE (DISTURBI NEUROCOGNITIVI MAGGIORI)

Le demenze sono un gruppo di disturbi, eterogenei per eziopatogenesi e per decorso clinico nel tempo caratterizzati da deficit cognitivi multipli e da compromissione delle funzioni intellettive superiori. I sintomi da deficit cognitivo comprendono sempre un disturbo della memoria concomitante a un disturbo delle funzioni simboliche e/o esecutive.

DEMENZA DI ALZHEIMER

La demenza di tipo Alzheimer comprende sia la Malattia di Alzheimer propriamente detta che è la forma clinica ad esordio nel presenio, che la demenza degenerativa primaria ad esordio senile. Sul piano clinico non è più molto considerata la distinzione a seconda dell'età d'esordio.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza della demenza di Alzheimer è piuttosto elevata e aumenta con l'età. Un altro fattore di rischio per la malattia di Alzheimer è costituito dai traumi cranici.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il decorso clinico del disturbo è uno degli elementi clinici importanti e spesso dirimenti nella diagnostica differenziale con altre demenze. La demenza di Alzheimer comporta innanzitutto un disturbo della memoria e dell'apprendimento. È di comune riscontro nella persona anziana il fatto che ripeta più volte dei concetti appena espressi: questo è dovuto al fatto che non ricorda di averlo appena detto.

Nella demenza di tipo Alzheimer, ai disturbi della memoria che si accompagnano dei disturbi delle funzioni esecutive complesse che possono anch'essi venir evidenziati già in fase d'esordio con appositi test. La consapevolezza del disturbo nei pazienti è scarsa all'inizio e tende poi a scomparire del tutto con il progredire del deterioramento. La diagnosi del disturbo è essenzialmente clinica con l'ausilio delle valutazioni psicometriche e delle indagini neuroradiologiche.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE-COMPLICANZE

La comorbidità con i disturbi dell'umore è una condizione frequente nella demenza di Alzheimer: la depressione maggiore può talvolta costituire il sintomo iniziale o premorboso dell'involutione demenziale. I soggetti con demenza possono presentare dei disturbi dell'orientamento e frequentemente si sovrappongono al disturbo demenziale dei veri e propri episodi di delirium. Anche deliri e allucinazioni possono comparire nel decorso della demenza di tipo Alzheimer: più il disturbo è avanzato e più i deliri sono frammentari e poco sistematizzati. I temi deliranti più frequenti sono quelli persecutori, di riferimento e di nocumento.

ESORDIO E DECORSO

La demenza di Alzheimer è tipicamente caratterizzata da un esordio dei sintomi insidioso e da una progressione del danno. Si riconoscono tre fasi nella progressione del processo demenziale:

- la fase prodromica: può durare da alcuni mesi a più di un anno. La demenza di tipo Alzheimer si caratterizza per un'insorgenza lenta, graduale e subdola della compromissione della memoria a breve termine
- la fase di stato: può avere una durata variabile dai 3 ai 7 anni; in questa fase [a diagnosi non pone particolari dubbi in quanto la sintomatologia è piuttosto evidente. Il decorso nella fase di stato è comunque lentamente progressivo, talora intervallato da apparenti soste (fasi plateau) che comunque non sono mai stabili e durature.
- la fase terminale: il paziente è ormai costretto a letto, defedato, con una progressiva tendenza alla cachessia e particolarmente soggetto a sviluppare patologie infettive polmonari, cutanee, vescicali, che conducono spesso all'ictus in pochi mesi.

CORRELATI BIOLOGICI

Nella demenza di Alzheimer si osserva dal punto di vista macroscopico e strutturale una progressiva atrofia della corteccia cerebrale che interessa tutta la corteccia in modo diffuso e simmetrico. Dal punto di vista microscopico, nel tessuto cerebrale del paziente con malattia di Alzheimer si osservano, post-mortem, una serie di alterazioni istologiche caratteristiche.

TERAPIA

Non esiste al momento una terapia specifica e risolutiva per la demenza di tipo Alzheimer. La terapia ha come obiettivo di rallentare la progressione del declino delle funzioni cognitive, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, consentendo un miglioramento seppur parziale delle prestazioni del paziente. I farmaci approvati per la demenza di Alzheimer appartengono a due distinte classi con meccanismo d'azione diverso: inibitori dell'acetilcolinesterasi e antagonisti del recettore per il glutammato NMDA. Nel primo caso si tratta di sostanze che inibiscono l'enzima acetilcolinesterasi e che aumentano perciò la disponibilità di acetilcolina a livello sinaptico. L'efficacia degli inibitori dell'acetilcolinesterasi si manifesta nella stabilità della sintomatologia per circa un anno, dopodiché la progressione del declino in genere riprende anche se con minore velocità rispetto all'assenza di trattamento.

Il rationale dell'impiego della memantina consiste nella possibilità di bloccare l'effetto "tossico" dell'eccessivo rilascio di glutammato per morte neuronale che avviene nelle fasi avanzate della malattia, che condurrebbe ad ulteriore danno per morte neuronale da "intossicazione" glutammatergica. La memantina, bloccando i

recettori NMDA, agirebbe prevenendo un eccesso di stimolazione glutammatergica e quindi proteggerebbe la cellula neuronale. La memantina risulta efficace anche sui sintomi comportamentali associati alla demenza, quali agitazione psicomotoria e aggressività, irritabilità e labilità emotiva, allucinazioni visive. Nel paziente è inoltre opportuno trattare i sintomi e i disturbi psichici sovrapposti.

DEMENZA VASCOLARE (DEMENZA MULTIINFARTUALE)

La demenza vascolare è determinata da una sofferenza cerebrale multifocale per un processo multiinfartuale su base arteriosclerotica.

EPIDEMIOLOGIA

La demenza vascolare è considerata una forma di demenza meno comune rispetto alla malattia di Alzheimer, lievemente più frequente nei maschi che nelle femmine. I fattori di rischio riconosciuti per la demenza vascolare sono gli stessi identificati per le patologie cerebrovascolari: ipertensione arteriosa, diabete, fumo, obesità, ipercolesterolemia, fibrillazione atriale.

MANIFESTAZIONE ESSENZIALI

Nella demenza vascolare la personalità del paziente è maggiormente conservata e che la consapevolezza del disturbo è più a lungo mantenuta. Il quadro sintomatologico della demenza vascolare viene talora definito come una manifestazione "a scacchiera": si può osservare il deficit selettivo di alcune funzioni cognitive accanto al mantenimento completo di altre. Questo è dovuto al fatto che la perdita di funzioni è correlata alle lesioni multiinfartuali e non ad un diffuso ed omogeneo processo degenerativa come avviene nella demenza di Alzheimer. Gli aspetti che differenziano in modo significativo la demenza vascolare da quella di tipo Alzheimer sono: il decorso del disturbo, con esordio dei sintomi e progressione del declino temporalmente associato a ictus e/o episodi ischemici transitori, o comunque con bruschi peggioramenti della sintomatologia, la presenza di manifestazioni neurologiche associate e i correlati neuroradiologici delle lesioni multiinfartuali.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Sono di comune riscontro nella demenza vascolare dei segni neurologici o delle vere e proprie sindromi neurologiche. Sono anche di comune riscontro segni obiettivi e/o storia clinica di arteriosclerosi, ipertensione arteriosa, valvulopatie, diabete, dislipoproteinemie.

Il disturbo psichiatrico che più frequentemente complica la demenza vascolare è senza dubbio la depressione.

ESORDIO E DECORSO

L'esordio della demenza vascolare è tipicamente acuto: un episodio subconfusionale o confusionale, un'amnesia globale transitoria, un deficit acuto delle funzioni simboliche. L'esordio subdolo ed insidioso è più raro e non è tipico di questa forma di demenza. Il decorso della demenza multiinfartuale è caratteristico: fluttuante con episodi acuti di aggravamento che regrediscono lasciando ogni volta una condizione di base ulteriormente compromessa.

TERAPIA

Anche per la demenza su base vasculopatica il trattamento specifico del deterioramento cognitivo non è attualmente possibile. Il danno cognitivo già stabilizzato non è pertanto curabile se non con interventi di tipo psicosocioriabilitativo. Il controllo dei fattori di rischio arteriosclerotico e la cura delle patologie correlate con la demenza multiinfartuale possono prevenire, rallentare o arrestare il disturbo.

DEMENZA DOVUTA A INFEZIONE DA HIV

Le manifestazioni cliniche più caratteristiche di questa forma di demenza sono i disturbi della memoria di fissazione associati a rallentamento ideativo e a difficoltà di concentrazione. Apatia e ritiro sociale si presentano anche frequentemente. In alcuni casi, infine si riscontrano manifestazioni deliranti e/o allucinatorie.

DISTURBI NEUROCOGNITIVI LIEVI

Il termine disturbo neurocognitivo lieve è stato recentemente introdotto per delineare una serie eterogenea di condizioni cliniche caratterizzate da modesto declino cognitivo rispetto ad un precedente livello di prestazioni, in uno o più domini cognitivi, ma che non è tale da interferire con l'indipendenza del soggetto nelle attività quotidiane. L'individuo quindi non mostra un deterioramento del funzionamento indipendente, ma il mantenimento dei livelli di funzionamento quotidiano richiede uno sforzo maggiore al soggetto con la messa in atto di strategie di adattamento rispetto ai deficit cognitivi.

CAPITOLO 12. TERAPIE PSICHIATRICHE

I disturbi mentali consistono in percezioni, idee, affetti che provocano sofferenza all'individuo e sono alla base di determinati comportamenti che ostacolano il funzionamento personale e sociale; tali comportamenti sono fonte di ulteriore sofferenza e disadattamento e rinforzano i contenuti mentali patologici o ne innescano dei nuovi.

Come possiamo modificare tali condizioni?

- agendo direttamente sul correlato biologico dei processi psichici, il cervello, tramite gli psicofarmaci e, in un futuro, con la terapia genetica quando questo permetterà di ovviare a quelle precoci strutturazioni neuronali patologiche che predispongono alla malattia mentale.
- interagendo con le produzioni psichiche e con i comportamenti patologici al fine di modificarli.
- creando condizioni ambientali che agiscano positivamente sui disturbi.

Mentre il primo approccio può far riferimento alla metodologia biologico-medica, gli altri due approcci presentano ben più marcate difficoltà ad essere inquadrati nei concetti nell'ambito dei quali opera la scienza: falsificabilità delle ipotesi di base, standardizzazione del metodo, ripetibilità delle condizioni sperimentali, verifica dei risultati e valutazione di efficacia. Il secondo approccio è quello che va sotto il nome di psicoterapia. Le due grandi modalità di azione della psicoterapia sono:

- l'intervento sui contenuti e sui vissuti del paziente, mediante un rapporto instaurato tra il paziente e una o più persone,
- l'intervento su comportamenti patologici, al fine di eliminarli sostituendoli con altri più funzionali.

Il terzo approccio è quello che individua nelle modificazioni socio ambientali i provvedimenti terapeutici.

TERAPIE PSICOFARMACOLOGICHE

ANTIDEPRESSIVI

Farmaci il cui effetto clinico elettivo è quello di elevare il tono dell'umore patologicamente depresso. In un soggetto non depresso, gli antidepressivi non sono in grado di modificare il tono dell'umore. Per la loro proprietà di innalzare il livello del tono dell'umore patologicamente abbassato questi farmaci sono impiegati nelle varie forme cliniche di depressione unipolare e in associazione agli stabilizzatori del tono dell'umore possono essere impiegati nel trattamento degli episodi depressivi maggiori bipolari.

Schematicamente possiamo distinguere i farmaci antidepressivi con azione di inibizione delle monoaminossidasi (IMAO) e i farmaci antidepressivi con azione di inibizione della ricaptazione (reuptake) delle monoamine; tra questi ultimi si distinguono gli antidepressivi triciclici, farmaci che esplicano l'azione di blocco in modo non selettivo unitamente ad altre azioni recettoriali, dai farmaci con inibizione selettiva della ricaptazione di specifiche monoamine.

INIBITORI DELLE MONOAMINOSSIDASI (IMAO)

Il meccanismo d'azione prevede l'inibizione delle monoaminossidasi (MAO), enzimi mitocondriali che sono situati nella cellula presinaptica e sono deputati alla catabolizzazione di tutte le monoamine.

Negli anti-MAO tradizionali (tranilcipromina) il blocco enzimatico non è selettivo e non è reversibile. Non selettivo significa che il farmaco blocca sia le MAO di tipo A che quelle di tipo B: le prime sono più

elettivamente coinvolte nella patogenesi della depressione e sono localizzate a livello cerebrale, mentre le seconde sono a prevalente localizzazione periferica. La reversibilità comporta che l'azione inibitoria sugli enzimi sia di breve durata e venga meno con la sospensione della somministrazione del farmaco. Gli inibitori irreversibili bloccano le MAO ed è necessario che la cellula re-sintetizzi nuovi enzimi per poter tornare ad un normale funzionamento. Attualmente l'impiego degli IMAO è assai limitato per problemi di tossicità e per le restrizioni alimentari e farmacologiche cui il soggetto in trattamento deve sottoporsi.

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI

Gli antidepressivi triciclici, denominati così per la loro struttura chimica organica contenente tre anelli aromatici.

Meccanismo d'azione

L'azione farmacodinamica consiste nel blocco della proteina trans-membrana che è deputata alla ricaptazione delle monoamine con conseguente aumento della loro concentrazione a livello della fessura intersinaptica. Una volta rilasciate nello spazio intersinaptico, le monoamine devono essere eliminate in qualche modo per rendere nuovamente disponibile il terminale sinaptico ad un nuovo potenziale d'azione. I meccanismi di "controllo" sono molteplici:

- A. innanzitutto i neurotrasmettitori possono legarsi a recettori selettivi posti sulla membrana pre-sinaptica, il cui legame determina l'attivazione di una cascata di mediatori intracellulari il cui esito finale è di inibire l'ulteriore rilascio delle vescicole sinaptiche nel terminale sinaptico;
- B. nella ricaptazione del neurotrasmettitore da parte del terminale o bottone pre-sinaptico, e questo avviene tramite specifiche proteine trans membrana. Una volta all'interno della cellula, i neurotrasmettitori sono raccolti nuovamente all'interno delle vescicole e resi disponibili per il rilascio sotto stimolo di un altro potenziale d'azione;
- C. degradazione del neurotrasmettitore ricaptato all'interno della cellula pre sinaptica tramite le MAO prima che venga depositato nuovamente all'interno delle vescicole pre sinaptiche.

Il meccanismo d'azione in acuto dei farmaci antidepressivi triciclici consiste nel bloccare in maniera non selettiva le proteine deputate alla ricaptazione di tutte le monoamine; questo, sempre in acuto, si traduce nell'aumento delle concentrazioni intersinaptiche di neurotrasmettitore, che prolunga la sua azione sui recettori post sinaptici. In un secondo tempo, questa ipersollecitazione dei recettori dovuta alla maggiore disponibilità di neurotrasmettitore provoca, come meccanismo di compenso, una regolazione degli stessi che consiste nella riduzione della loro espressione sulla membrana post sinaptica.

Al fenomeno della down-regulation che avviene a livello dei recettori di membrana, segue una cascata di eventi intracellulari post-sinaptici che giungono fino alla modificazione dell'espressività genica con effetti che possono perdurare al di là del tempo di assunzione del farmaco. Le differenze fra i singoli farmaci triciclici dipendono dalla diversa (maggiore o minore) incisività del singolo composto nel bloccare la ricaptazione delle diverse monoamine, vi possono inoltre essere differenze tra il composto e il suo principale metabolita nella capacità di bloccare diverse monoamine.

Impiego clinico

- disturbo depressivo maggiore
- disturbo distimico e altre depressioni minori
- disturbo di panico
- disturbo ossessivo-compulsivo

INIBITORI SELETTIVI DEL RECAPTAKE DELLA SEROTONINA (SSRI)

- la selettività d'azione sul sistema serotoninergico
- l'estrema varietà di sindromi cliniche che possono trarre beneficio dal trattamento con questa classe di farmaci.

Impiego clinico

Gli SSRI sono oggi farmaci di prima scelta in diversi quadri clinici:

- disturbi depressivi unipolari;

- disturbo di panico;
- disturbo d'ansia sociale;
- disturbo d'ansia generalizzata;
- disturbo da stress post-traumatico
- disturbo da stress acuto;
- disturbo ossessivo-compulsivo;
- disturbi dell'alimentazione, soprattutto bulimia nervosa.

Si ritiene la fluoxetina il farmaco maggiormente disinibente ed attivante del gruppo; la paroxetina è lievemente meno attivante; più sedativi sono la fluvoxamina, la sertralina ed il citalopram., La fluoxetina è il farmaco più studiato per il trattamento della bulimia.

La sertralina, il citalopram e l'escitalopram hanno il vantaggio di interferire meno con la farmacocinetica degli altri farmaci e risultano perciò preferibili nei pazienti che debbano assumere politerapie.

Gli SSRI sono farmaci generalmente ben tollerati: gli effetti collaterali precoci più comuni sono la dispepsia e la nausea. Nel lungo termine sono frequenti gli effetti collaterali sessuali e l'incremento di peso, che è diverso da farmaco a farmaco. Unica controindicazione è la somministrazione in pazienti concomitantemente trattati con IMAO.

INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DELLA NORADRENALINA (NARI)

Si tratta di sostanze speculari agli SSRI: l'azione selettiva d'inibizione del reuptake è in questo caso sull'attività noradrenergica. L'efficacia clinica è più evidente nelle forme di depressione unipolare in cui prevale l'inibizione psicomotoria. La reboxetina è il capostipite di questo gruppo di sostanze. È generalmente ben tollerata: transitoriamente, in fase iniziale di trattamento, può dare ipotensione e tachicardia, insonnia, ritenzione urinaria.

INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DELLA SEROTONINA E DELLA NORADRENALINA (SNRI)

Si tratta di farmaci con una duplice azione di inibizione selettiva del reuptake (serotonina e noradrenalina). L'effetto antidepressivo è dovuto ad un'azione farmacodinamica vicina a quella dei tricyclici. Fanno parte di questa classe: venlafaxina e duloxetina.

INIBITORI SELETTIVI DEI REUPTAKE DELLA DOPAMINA E DELLA NORADRENALINA (DNRI)

Il bupropione esercita la sua attività inibendo la ricapitazione della dopamina della noradrenalina. Agisce come antagonista dei recettori dell'acetilcolina di tipo nicotico. L'attività antidepressiva è legata all'inibizione della ricapitazione. È particolarmente indicato nelle forme di disturbo depressivo unipolare caratterizzate da inibizione psicomotiva e anedonia marcata

ALTRI ANTIDEPRESSIVI

Antidepressivi noradrenergici e serotoninergici specifici (NaSSA)

Farmaci ad azione singolare: incrementano la trasmissione noradrenergica e serotoninergica attraverso il blocco dei recettori alpha2-adrenergici centrali sinaptici.

Benzamidi sostituiti

Antipsicotici che agiscono sul sistema dopaminergico con meccanismo d'azione duplice in relazione con la dose: a basso dosaggio sono antidepressivi e ad alto dosaggio hanno funzione antipsicotica.

Inibitori del reuptake della serotonina e antagonisti della serotonina (SARI)

il trazodone a basso dosaggio prevale l'azione ansiolitica e sedativo ipnotico, a dosaggi superiori è un inibitore della ricapitazione della serotonina

Agomelatina

Antidepressivo caratterizzato da un'azione agonista sui recettori della melatonina M1 e M2 ed un'azione antagonista sui recettori serotoninergici 5-HT_{2C}. L'unica precauzione d'impiego riguarda il monitoraggio della funzionalità epatica, in quanto è stato segnalato un incremento delle transaminasi associato alla agomelatina.

STABILIZZATORI DELL'UMORE

Con il termine stabilizzatori dell'umore si comprendono farmaci appartenenti a classi farmacologiche diverse ma che condividono due proprietà fondamentali:

- 1) trattare un episodio acuto affettivo senza indurre o favorire lo switch ad episodio di opposta polarità
- 2) prevenire nel lungo termine ricorrenze affettive.

SALE DI LITIO (CARBONATO DI LITIO)

Il litio è uno dei più importanti presidi terapeutici in psichiatria. In Italia è preparato e commercializzato come sale carbonato. Non sono noti a tutt'oggi i meccanismi farmacodinamici per mezzo dei quali il litio esplica le proprie azioni cliniche. Il fatto che il litio sia uno stabilizzatore di membrana, che moduli la funzionalità serotoninergica e noradrenergica e che riduca il tono dopaminergico, non è sufficiente a chiarire come in effetti funzioni questo farmaco.

Il litio è lo stabilizzatore del tono dell'umore per eccellenza, in quanto mostra, in monoterapia, un'efficacia nel trattamento acuto degli episodi ipomaniacali e maniacali, nel trattamento acuto degli episodi depressivi maggiori bipolari, e nella profilassi delle ricorrenze affettive sia espansive sia depressive maggiori: l'efficacia nel prevenire gli episodi euforici è molto buona, minore è la capacità del litio di prevenire gli episodi di depressione bipolare. Negli episodi depressivi maggiori unipolari viene impiegato solo per le forme resistenti: l'aggiunta di sali di litio potenzia l'efficacia degli antidepressivi.

Come si somministra il carbonato di litio

Il carbonato di litio è commercializzato in Italia in capsule da 150 e da 300 mg. Non esiste una indicazione valida per tutti della dose orale minima efficace, in quanto esiste una estrema variabilità individuale nell'assorbimento ed escrezione del litio. Prima di somministrare il litio occorre sottoporre il paziente ad una serie di indagini diagnostiche per valutare la funzionalità cardiaca, renale, tiroidea e paratiroidea. Si sceglie il dosaggio iniziale a seconda del peso dell'individuo, dell'età, della gravità del quadro clinico da curare. Il litio raggiunge lo steady-state in 5 giorni per cui la prima litiemia va eseguita dopo 5 giorni dal raggiungimento di una dose stabile. Quando si è stabilizzata la litiemia può essere controllata ogni 3-6 mesi.

ACIDO VALPROICO

L'acido valproico è un farmaco anticonvulsivante che possiede azione stabilizzatrice dell'umore. In monoterapia, appare efficace nel trattamento acuto degli episodi ipomaniacali, maniacali, con una latenza d'azione minore rispetto al litio. Il valproato raggiunge lo steady-state in 3-4 giorni. Gli effetti collaterali sono:

- sonnolenza
- nausea
- vomito
- inappetenza

CARBAMAZEPINA

Farmaco anticonvulsivante e stabilizzatore dell'umore. Usato per il trattamento della mania e degli episodi espansivi con caratteristiche mistiche e dei disturbi bipolari e schizoaffettivi, controllo dell'agitazione e dei comportamenti violenti.

LAMOTRIGINA

La lamotrigina è un farmaco anticonvulsivante e uno stabilizzatore dell'umore. Ha dimostrato un'efficacia, in monoterapia, nel trattamento profilattico del disturbo bipolare, con maggiore incisività nel prevenire episodi depressivi maggiori bipolari. Nel trattamento acuto degli episodi espansivi non è efficace e non è indicata. L'azione in acuto antidepressiva è modesta e lenta. L'efficacia della lamotrigina nel prevenire episodi

depressivi maggiori bipolari rende questo farmaco particolarmente interessante perché l'efficacia clinica di altri stabilizzatori è soprattutto nella cura e nella profilassi degli episodi euforici. È quindi comune pratica associare la lamotrigina ad un altro stabilizzatore, ad esempio il litio. La lamotrigina riduce l'azione eccitatoria del glutammato interferendo con i canali del sodio. Il farmaco necessita di una lenta titolazione per evitare soprattutto la grave e potenzialmente fatale sindrome di Stevens-Johnson (una severa forma di eritema multiforme), il cui rischio è in verità piuttosto remoto ma dipendente dalla velocità di titolazione

ANTIPSIKOTICI DI SECONDA GENERAZIONE

L'olanzapina è il primo antipsicotico di nuova generazione che si è dimostrato efficace non solo nel trattamento acuto della mania e dell'ipomania, ma nel prevenire, in monoterapia, episodi di entrambe le polarità.

Gli antipsicotici di seconda generazione che hanno dimostrato, in monoterapia, un'azione stabilizzatrice sono:

- olanzapina,
- quetiapina,
- aripirazolo,
- risperidone
-

Tutti gli antipsicotici di seconda generazione che hanno dimostrato un'azione di stabilizzazione nel disturbo bipolare possono essere tranquillamente associati ai cosiddetti stabilizzatori classici.

ANSIOLITICI E IPNOINDUCENTI

_Sono compresi sotto questa definizione farmaci il cui effetto clinico è quello di ridurre lo stato d'ansia e/o di indurre il sonno.

BENZODIAZEPINE

Le azioni comuni a tutte le benzodiazepine sono quella ansiolitica, sedativa, ipnoinducente, miorilassante ed anticonvulsivante. In psichiatria le benzodiazepine si impiegano principalmente per il loro effetto ansiolitico ipnoinducente ; in alcuni casi viene anche sfruttata l'azione sedativa. Le benzodiazepine agiscono aumentando la trasmissione sinaptica GABAergica che ha un'azione inibitoria sulla liberazione di altri neurotrasmettitori.

Per quanto concerne i disturbi d'ansia, l'impiego delle benzodiazepine è stato ridimensionato negli ultimi anni: le benzodiazepine non sono più considerate il trattamento elettivo o principale di questo gruppo di sindromi cliniche. L'effetto sedativo delle benzodiazepine può essere utile anche nel trattamento dell'agitazione psicomotoria del paziente schizofrenico o con disturbo maniaco.

Il trattamento con benzodiazepine deve essere impostato secondo alcune fondamentali direttive:

- 1) Indicazione clinica.
- 2) Scelta della sostanza
- 3) Dose giornaliera.
- 4) Durata del trattamento.

ALTRI FARMACI

- ***Buspirone***
- ***Zolpicone***
- ***Zolpidem***
- ***Zaleplon***

ANTIPSIKOTICI

Farmaci il cui effetto clinico è quello di ridurre o annullare i sintomi psicotici, hanno un'azione antagonista sui recettori dopaminergici post-simpatici D2.

ANTIPSIKOTICI CLASSICI (NEUROLETTICI)

Tutti i neurolettici sono farmaci dopamino-antagonisti. Il blocco dei recettori postsinaptici D2 determina l'effetto antipsicotico. L'azione antipsicotica dei neurolettici si manifesta soprattutto sui sintomi positivi e in parte su quelli disorganizzati. Gli effetti collaterali dovuti al blocco D2 a livello neurologico: si tratta essenzialmente di sintomi extrapiramidali. L'effetto sedativo è il risultato di una serie di azioni recettoriali: la sedazione deriva dall'azione antiistamica. Le principali indicazioni d'impiego sono:

- trattamento della confusione mentale
- trattamento dell'agitazione psicomotoria e dei comportamenti aggressivi e violenti.
- trattamento dei sintomi psicotici

ANTIPSIKOTICI DI NUOVA GENERAZIONE

1) ANTAGONISTI DELLA DOPAMINA E DELLA SEROTONINA (SDA)

Gli antagonisti della dopamina sono composti in cui si combinano l'attività antagonista sul sistema dopaminergico (blocco D2) e l'azione antagonista sui recettori 5-HT_{2A} della serotonina. L'effetto è quindi di stimolare la via del glutammato, che determina ulteriore stimolo di rilascio di dopamina da parte della via mesocorticale, già di per sé iperattiva nella schizofrenia e responsabile dei sintomi positivi. Alcuni farmaci antipsicotici di nuova generazione possiedono prevalente azione SDA e pertanto vengono considerati in tale sottogruppo: risperidone, paliperidone e ziprasidone.

2) ANTIPSIKOTICI AD AZIONE RECETTORIALE MULTIPLA (MARTA)

Questi antipsicotici hanno un profilo di azione multirecettoriale in parte responsabile dell'effetto terapeutico e degli effetti collaterali: clozapina, olazapina, quetiapina e asenapina.

3) AGONISTI DOPAMINERGICI PARZIALI: L'ARIPIPRAZOLO

L'aripiprazolo è un antipsicotico che presenta un meccanismo d'azione singolare e innovativo: non si tratta infatti di un antagonista della dopamina e della serotonina, ma di un agonista parziale dei recettori dopaminergici D2 e dei recettori serotoninergici 5-HT_{1A}. Un agonista parziale è un farmaco che esplica una attività intrinseca a livello del recettore cui si lega, ma minore rispetto al ligando endogeno, l'aripiprazolo è efficace nel mantenimento della remissione dei sintomi psicotici.

4) ANTAGONISTI SELETTIVI D2-D3: AMISULPRIDE

L'amisulpride è una benzamide sostituita che agisce come antagonista selettivo sui recettori dopaminergici post-sinaptici D2 e D3. I principali effetti collaterali dell'amisulpride sono imputabili all'azione di blocco dopaminergico a livello tuberoinfundibolare a livello nigrostriatale.

(ALTRE PARTI DEL CAPITOLO SUL LIBRO)

CAPITOLO 13.

LEGISLAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Legge 180 del 1978 cosiddetta Legge Basaglia ha segnato un punto di svolta fondamentale per l'assistenza psichiatrica non solo italiana. L'assistenza psichiatrica è attualmente regolata dalla legge del 23 dicembre 1978 n. 853 ("Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale") che ha recepito la legge del 13 maggio 1978 n. 180 ("Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori"). I punti qualificanti della legge 180/78 sono:

- l'omologazione del paziente psichiatrico ai malati con altre patologie
- il superamento dell'istituzione Ospedale Psichiatrico come luogo centrale e unico di cura dei disturbi mentali, con spostamento del fulcro dell'assistenza psichiatrica sul territorio.

I principi fondamentali della attuale legislazione psichiatrica sono:

- 1) l'assistenza psichiatrica è strutturata in ambito territoriale e consiste in attività di cura e di prevenzione.
- 2) Il ruolo dell'ospedale nella cura dei disturbi mentali è attualmente molto ridimensionato: l'ospedale è un luogo di cura transitorio, per gli stati acuti e opera in collegamento stretto con le strutture territoriali. Il reparto psichiatrico non è un luogo di cura a sé stante, è uno dei luoghi di cura, tra l'altro secondario

rispetto al Centro di Salute Mentale, ed è parte integrante della struttura territoriale di assistenza psichiatrica in cui è inserito. I posti letto per l'assistenza ospedaliera sono rigorosamente controllati e ogni singolo reparto di psichiatria ha un numero limitato di posti letto (15 posti letto al massimo). Questa definizione di un numero di posti letto limitato garantisce una adeguata assistenza al malato psichiatrico

- 3) Il paziente è titolare del diritto alla salute, riconosciuto come bene personale ed inviolabile dell'individuo. Pertanto non è possibile un trattamento che non preveda il consenso allo stesso da parte del paziente se non per precisa disposizione di legge.

Il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) viene quando sussistono tutte e tre le seguenti condizioni:

- A. il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- B. gli stessi non vengono accettati dall'infermo;
- C. non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Si sottolinea quindi che è possibile effettuare un T.S.O. così come previsto dalla legge esclusivamente se esistono alterazioni psichiche. La convalida è valida solo se è effettuata da un medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a garanzia del paziente.

È da sottolineare che il T.S.O. è un atto sanitario, proposto e convalidato da due medici, e disposto infine dal sindaco in quanto massima autorità sanitaria locale.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Per ogni azienda sanitaria locale è prevista l'organizzazione di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) come centro coordinatore di tutta l'assistenza psichiatrica del territorio di riferimento. All'interno del modulo si individuano le seguenti strutture costitutive del DSM, con specifici e differenziati compiti:

- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Strutture semi-residenziali
- Strutture residenziali

CAPITOLO 14. PSICHIATRIA E MEDICINA GENERALE

MMG= medico di medicina generale.

I marcati cambiamenti dei modelli organizzativi nella salute mentale a partire dagli anni '70 del secolo scorso hanno poi ulteriormente puntualizzato la necessità di un'interazione e un'integrazione specifica tra psichiatria e medicina generale. Il concetto stesso di community psychiatry ha messo a fuoco la definizione di una disciplina specialistica, la psichiatria, che ha, come attività principale, il trattamento dei gravi disturbi psichiatrici nell'ambito territoriale attraverso servizi ambulatoriali. Lo sviluppo della consultation-liaison psychiatry focalizza la propria attenzione alle complicità psichiatriche delle patologie mediche, ha favorito il dialogo tra psichiatria e medicina generale.

I DISTURBI PSICHICI NELLA MEDICINA GENERALE

La necessità di un lavoro di collegamento e integrazione costante tra medicina generale e psichiatria riguarda la elevata prevalenza di disturbi psichiatrici nel setting della medicina generale.

MORBILITÀ PSICHIATRICA NELLA MEDICINA GENERALE

I dati più noti inerenti la prevalenza di disturbi psichici nel setting della medicina generale derivano certamente dallo studio internazionale promosso dalla WHO, il WHO Collaboration Study of psychological Problems in General Health Care, condotto in 14 paesi attraverso lo screening di oltre 26.000 persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni e una valutazione più specifica attraverso intervista strutturata psichiatrica secondo i criteri diagnostici dell'ICD-10, tradotta in tredici lingue diverse, di oltre 5000 persone selezionate dalla popolazione suddetta con follow-up a tre mesi e a un anno di distanza.

Il progetto ha prodotto uno dei più importanti database che ha permesso di esplorare la natura dei disturbi psichici dei pazienti nella medicina generale, la loro associazione con disturbi fisici, il comportamento verso la malattia e la disabilità nel tempo, oltre a descrivere le modalità attraverso le quali i pazienti presentano i

loro sintomi di disagio, le risposte terapeutiche del medico e i relativi percorsi di cura. Le condizioni psicopatologiche più frequenti sono risultate rappresentate dai disturbi depressivi, dai disturbi d'ansia con aspetti di ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico e agorafobia e altri disturbi, tra cui neurastenia, disturbi alcol-correlati, disturbo da somatizzazione e distimia.

Dati significativi in psichiatria e medicina generale indicano che le forme di ansia, depressive, di somatizzazione, nonché le forme sottosoglia determinano conseguenze importanti in termini di disabilità riduzione della qualità della vita, incremento dei costi sanitari in termini di richieste di esami e accertamenti.

MORBILITÀ PSICHIATRICA IN PAZIENTI CON PATOLOGIE MEDICHE

La morbilità psichiatrica in pazienti affetti da patologie mediche estremamente alta la diagnosi e i complessi trattamenti medico chirurgici per diverse malattie, specie se ad andamento cronico, quali patologie oncologiche, cardiovascolari, neurologiche, respiratorie, reumatologiche, renali, determinano un maggior rischio di comparsa di disturbi psichici rispetto alla popolazione generale.

Un punto importante nell'ambito della medicina generale riguarda l'insieme delle modalità attraverso la quale i sintomi possono essere variamente percepiti, valutati e agiti dalle persone, come comportamento verso la malattia e che si collega alla percezione di salute delle persone, alla tempestiva ricerca di cure e trattamenti, di utilizzo dei servizi sanitari e di aderenza terapeutica.

MORBILITÀ MEDICA IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI

Un punto importante che deve mettere in allerta un medico di medicina generale riguarda la relazione tra condizione psichica o i trattamenti psichiatrici e salute fisica dei pazienti. I disturbi dell'umore, i disturbi di ansia e i disturbi dello spettro schizofrenico sono correlati a comportamenti a rischio per la salute quali uso e abuso di tabacco e alcool, uso di sostanze stupefacenti, sessualità promiscua, scarsa igiene alimentare o dieta scorretta, scarsa cura del sé che si sono dimostrati associati ad un aumentato rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari e polmonari, tra le cause di morte più frequenti in questa popolazione.

Un ulteriore aspetto riguarda la difficoltà che i pazienti con patologie mentali possono avere ad accedere alle cure fisiche in maniera egualitaria rispetto alla popolazione generale. I dati più recenti relativi alle patologie di area psicotica e dell'umore indicano come l'impiego di farmaci antipsicotici per la loro specifica azione antidelirante e anti-allucinatoria, incrementi il rischio di sindrome metabolica.

AREE SPECIFICHE DI INTEGRAZIONE TRA PSICHIATRIA E MEDICINA GENERALE

- geriatria
- oncologia
- psiconcologia
- medicina palliativa
- lutto complicato
- depressione post-partum.

I PROBLEMI DEL RICONOSCIMENTO E DEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI NELLA MEDICINA GENERALE

Uno dei punti maggiormente dibattuti nell'ambito della medicina generale è rappresentato dalle capacità di riconoscimento di analisi, decodifica, interpretazione della sintomatologia presentata dai pazienti che accedono a servizi, quindi del loro riconoscimento in termini diagnostici. La diagnosi mancata o ritardata porta a mancati o ritardati trattamenti, con effetti negativi sulla qualità di vita, sulla salute in generale inclusa la salute fisica, sulle relazioni interpersonali, sul contesto sociale in senso lato, inclusa l'area lavorativa, sull'utilizzo incongruo dei servizi sanitari e, quindi, sulle costi sociali.

BARRIERE E RESISTENZE ALL'APPROCCIO PSICOSOCIALE IN MEDICINA

Esistono delle barriere che possono essere legate a fattori legate al medico e al paziente e anche barriere più generali:

- clinico
- socio-ambientali

- culturale
- organizzativo
- stigma/discriminazione/ pregiudizi sulle malattie mentali

Gli inadeguati finanziamenti dedicati alla salute mentale e scarsità di risorse umane con evidente sproporzione tra risorse umane dedicate alla medicina del corpo e quelle dedicate alla medicina della mente rappresentano un problema.

I SISTEMI DIAGNOSTICI PER I DISTURBI PSICHICI IN MEDICINA GENERALE

L'adattamento alla medicina generale dei sistemi di classificazione tradizionalmente impiegati in psichiatria, in particolare il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), dell'American Psychiatric Association e l'International Classification of Diseases della WHO.

ABILITÀ E COMPETENZE COMUNICATIVE E RELAZIONALI

È chiaro che il momento diagnostico, inclusivo dell'applicazione di strumenti ad intervista o questionari di screening, non può essere svincolato dalla capacità del medico di instaurare una comunicazione efficace col proprio assistito e i suoi familiari. È sufficiente qui ricordare che alcuni elementi di base della comunicazione sono rappresentati dalla capacità di rispettare l'altro, sospendendo il giudizio, l'ascolto attivo, la capacità di esprimere emozioni positive e di incoraggiamento, l'impiego di domande aperte che favoriscano l'apertura del paziente, l'attenzione al linguaggio non verbale, la capacità di elicitare i problemi, l'uso corretto del silenzio, la focalizzazione sui problemi del paziente in un'ottica biopsicosociale, l'impiego di tecniche di empatia e la capacità di fornire consigli, informazioni o rassicurazioni in maniera comprensibile per il paziente.

INTERVENTI

Una volta effettuata la diagnosi in una cornice biopsicosociale come indicato è necessario per il medico intervenire in funzione delle caratteristiche del disagio che il proprio assistito presenta.

I MODELLI DI INTEGRAZIONI TRA MEDICINA GENERALI E LA PSICHIATRIA

Nella valutazione di Goldberg e Gournay, diverse possono essere le modalità per le quali il MMG può intervenire in maniera specifica nella propria pratica clinica e che riguardano:

- i disturbi a possibile risoluzione spontanea ma degni di attenzione clinica che meritano un intervento di supporto psicologico, più che di un intervento strutturato psichiatrico, ma con attenzione alla loro evoluzione
- i disturbi mentali tendenzialmente meno severi e a minor disabilità con buona risposta ad interventi farmacologici e psicologici, che possono essere gestiti interamente all'interno della medicina generale;
- altri disturbi frequenti con modesta o nulla risposta al trattamento farmacologico e buona risposta al trattamento psicologico, raramente gestiti dal MMG, per i quali diversi dati indicano la possibilità di un ruolo più significativo del MMG.

Per i disturbi mentali severi, ad andamento cronico e associati ad alta disabilità (ad es. schizofrenia, disturbi bipolari), risulta coinvolto per definizione l'ambito specialistico psichiatrico, per quanto abbia importanza anche il MMG nell'integrazione su diversi aspetti, tra cui, ad esempio, come si è detto, quelli relativi alla salute fisica.

Modelli di integrazione:

1. rappresentato dalla possibilità di impiegare risorse da parte della psichiatria finalizzando al meglio il training del MMG
2. rappresentato dal modello di consultation-liaison, nel quale al training del medico si associa il ruolo più costante di un medico psichiatra che entra in una relazione educativa e consultiva con il MMG finalizzata al supporto nel trattamento di singoli casi, ma senza fondamentalmente l'invio da parte del MMG al medico psichiatra.
3. rappresentato dalla presa in cura collaborativa, che congiunge il modello del training e quello di consultation-liaison associandolo alla presenza di una figura quasi-specialistica che è in contatto con i pazienti ed entra in collegamento con il MMG e il medico psichiatra al fine di migliorare la qualità delle cure.

4. sostituzione/invio, ovvero della organizzazione di un appropriato percorso di invio specialistico, nel quale la responsabilità primaria della gestione del caso passa dal MMG allo specialista psichiatra che prende in cura il paziente con i relativi trattamenti integrati all'interno dei servizi di salute mentale.

Tali modelli prevedono:

- un livello di presa in cura semplice;
- un livello di consultazione sul caso
- un livello di consulenza
- un livello di episodio di cura condivisa.

CAPITOLO 15. **PSICOGERIATRIA**

La psicogeriatra ha come obiettivo quello di migliorare le competenze dello specialista nel riconoscimento della specificità della psicopatologia della terza età, di garantire un affinamento dei criteri di diagnosi, e la costruzione e validazione di strumenti utili ai fini di screening e di monitoraggio e infine alla costruzione di modelli di intervento psicologici efficaci ed efficienti per le persone che stanno invecchiando. La presenza di patologie concomitanti, specialmente croniche, aumenta, inoltre, le prescrizioni dei farmaci da assumere e di conseguenza le interazioni farmacologiche, che possono portare ad un'aumentata incidenza di effetti collaterali.

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

EPIDEMIOLOGIA

La depressione è un disturbo relativamente comune nella popolazione geriatrica.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Sebbene la sintomatologia depressiva nell'anziano, in assenza di malattie concomitanti, mantenga sostanzialmente caratteristiche comuni a quella delle altre fasce di età, occorre considerare che esistono sintomi più frequenti nella depressione dell'anziano rispetto alle forme che esordiscono in altre epoche della vita.

Ai sintomi depressivi classici si possono associare aspetti che derivano, di volta in volta, da condizioni stressanti ambientali e dall'invecchiamento del SNC. La depressione nell'anziano è contraddistinta da un'evidente compromissione cognitiva, con deficit di attenzione, di memoria e di concentrazione anche gravi, fino al punto da presentarsi come un disturbo "pseudo-demenziale".

La maggior parte degli episodi depressivi diagnosticati nell'anziano è costituita da recidive di disturbi dell'umore precedentemente insorti. In questi casi la sintomatologia tende ad essere più "tipica" e il decorso assume meno di frequente un andamento cronico. Nel caso invece in cui la depressione compaia per la prima volta deve essere valutato accuratamente il ruolo degli eventuali disturbi medici e neurologici associati.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

Una delle sfide del trattamento dei pazienti anziani è la determinazione di quali sintomi siano dovuti a malattie fisiche o alla somministrazione di altri farmaci e quali siano attribuibili alla depressione. Negli anziani, la depressione è associata ad un elevato livello di disabilità, di comorbilità medica, un maggiore utilizzo dei servizi sanitari e un aumentato tasso di mortalità e di suicidio.

ESORDIO E DECORSO

La prognosi a lungo termine è scadente con un quarto dei pazienti che ha una ricaduta entro l'anno. La depressione nell'anziano, determina maggiore disabilità rispetto all'adulto in termini di comorbilità psichiatrica e riduzione della qualità di vita. La prognosi peggiore potrebbe essere legata anche alla minore ricerca di trattamento o alla difficoltà di gestione degli stessi. La guarigione parziale è spesso accettata come obiettivo del trattamento, determinando un'elevata prevalenza di depressione persistente.

TERAPIA

Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina hanno superato gli antidepressivi. Per gli SSRI nell'anziano le dosi iniziali dovrebbero essere la metà di quelle usuali. La maggior parte dei pazienti anziani depressi rispondono ai trattamenti antidepressivi, sebbene alcuni anziani possano mostrare una risposta più lenta rispetto ai pazienti più giovani. Gli effetti collaterali particolarmente problematici degli SSRI per gli anziani sono: l'ipotensione ortostatica, i disturbi della conduzione cardiaca, il sanguinamento, la stipsi e la ritenzione urinaria, la disfunzione cognitiva e l'iponatremia. Per quanto concerne i trattamenti non farmacologici della depressione nell'anziano vanno ricordati la psicoterapia, la terapia elettroconvulsivante (ECT) e la stimolazione magnetica transcranica (TMS).

IL DISTURBO BIPOLARE

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

I sintomi più evidenti del disturbo bipolare sono sicuramente gli episodi depressivi e quelli maniacali. Dal punto di vista clinico, è necessario che queste manifestazioni siano compresenti ma alternate e abbiano un'intensità tale da costituire un forte impedimento allo svolgimento delle attività quotidiane.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

La late onset mania è spesso associata ad una aumentato rischio di comorbidità somatiche. In particolare disturbi neurologici, quali demenza e disturbi cerebrovascolari, hanno una elevata incidenza. Tra le ipotesi eziopatogenetiche accreditate per il disturbo bipolare, c'è l'ipotesi vascolare, che mette in relazione un danno di tipo cerebrovascolare con l'insorgenza di un episodio maniacale.

ESORDIO E DECORSO

I late onset bipolar tendono ad avere meno e più lievi episodi maniacali, con una tendenza ad avere più un umore irritabile che un umore elevato. I pazienti anziani tendono ad avere uno spazio maggiore tra un episodio depressivo ed uno maniacale, che si può verificare anche a distanza di anni. Inoltre, spesso gli anziani hanno avuto da uno a tre episodi depressivi prima dell'episodio maniacale.

TERAPIA

La terapia del paziente anziano bipolare segue le stesse indicazioni che per il trattamento del disturbo bipolare come da linee guida internazionali.

LE PSICOSI

EPIDEMIOLOGIA

La schizofrenia colpisce lo 0,3 % dei soggetti sopra i 65 anni, tuttavia la maggior parte dei pazienti con schizofrenia in età avanzata è affetto da schizofrenia cronica. In tali soggetti i sintomi negativi possono persistere o peggiorare durante l'invecchiamento, mentre i sintomi positivi spesso si riducono di frequenza ed intensità.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

La schizofrenia nell'anziano è caratterizzata solitamente da deliri paranoidei e allucinazioni uditive, con minore prevalenza dei sintomi negativi rispetto all'adulto.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

La comorbidità con problematiche fisiche ha un ruolo importante. In particolare va ricordato l'impatto della sindrome metabolica e delle problematiche neurologiche.

ESORDIO E DECORSO

I sintomi positivi della schizofrenia tendono ad essere meno gravi, l'uso di sostanze meno frequente. Le ospedalizzazioni sono più frequentemente legate a problematiche fisiche rispetto a ricadute psicotiche. I farmaci antipsicotici devono essere utilizzati con cautela. Gli interventi psicosociali sono molto utili nel migliorare il funzionamento globale di tali soggetti. Nel formulare, quindi, un piano di trattamento occorre equilibrare il trattamento farmacologico con antipsicotici con programmi di natura psicosociale.

TERAPIA

In Italia sono attualmente in commercio sette antipsicotici atipici:

- aripiprazolo,
- dozapina,
- olanzapina,
- paliperidone,
- quetiapina,
- risperidone,
- ziprasidone.

IL DELIRIUM

EPIDEMIOLOGIA

Sindrome caratterizzata da un'alterazione dello stato di coscienza e una compromissione globale delle funzioni cognitive che si sviluppano in un breve periodo di tempo e che comprende vari disturbi

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

Il segno caratteristico del delirium è una disfunzione cognitiva acuta, uno stato confusionale caratterizzato da una rapida insorgenza e da disturbi della sfera cognitiva che possono avere un andamento fluttuante nel corso della giornata, con disorientamento temporale-spaziale, alterato stato di coscienza e disturbi deliranti e allucinatori. In alcuni pazienti anziani, il delirium precede la comparsa di un'altra malattia e può essere la manifestazione precoce della demenza.

ESORDIO E DECORSO

Il Delirium può persistere per alcune settimane o presentare un andamento ingravescente oppure può facilmente recidivare, oppure può non regredire.

TERAPIA

Lo scopo principale e prioritario del trattamento del Delirium è quello di risolvere il più tempestivamente possibile ogni fattore causale o concausale di ordine medico generale o neurologico. I farmaci di scelta sono rappresentati da antipsicotici ad elevata potenza.

LE DEMENZE

EPIDEMIOLOGIA

I disturbi cognitivi sono caratterizzati da un'alta prevalenza nella popolazione anziana e da un elevato costo economico e sociale. Le demenze rappresentano nei paesi occidentali una priorità assistenziale destinata ad assumere proporzioni progressivamente maggiori nei prossimi anni.

MANIFESTAZIONI ESSENZIALI

La triade sintomatologica della malattia di Alzheimer, ma anche degli altri tipi di demenza, è costituita dalla riduzione delle funzioni cognitive, dal manifestarsi di sintomi comportamentali e dalla riduzione dell'autonomia della vita quotidiana.

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE COMPLICANZE

La principale manifestazione associata alla demenza è rappresentata dai cosiddetti sintomi comportamentali e psicologici associati alle demenze (BPSD). I BPSD possono essere definiti come alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza. I BPSD interferiscono pesantemente con la gestione familiare del paziente. Tali disturbi, compromettono l'autonomia decisionale del paziente e lo rendono incapace di esprimere la propria volontà. In particolare i sintomi psicotici alterano il rapporto del soggetto con la realtà e possono essere causa di condotte pericolose per la propria integrità psicofisica.

ESORDIO E DECORSO

La storia naturale della demenza prevede una serie di stadi che implicano una gestione terapeutico-farmacologico notevolmente diversa ed un carico assistenziale crescente.

Nella fase iniziale della malattia i sintomi sono i seguenti: minimo disorientamento temporale, difficoltà nel ricordare eventi recenti, difficoltà a trovare le parole con relativa conservazione della capacità di comprensione, aprassia costruttiva per disegni tridimensionali, ansia/depressione/negazione di malattia, difficoltà sul lavoro, assenza di alterazioni motorie.

La fase intermedia è caratterizzata dai seguenti sintomi: disorientamento spazio-temporale, deficit di memoria di entità moderato-grave interferente con le attività quotidiane, chiaro disturbo del linguaggio, aprassia costruttiva, aprassia ideativa e ideomotoria, aprassia dell'abbigliamento, agnosia, alterazioni comportamentali bradicinesia, segni extrapiramidali, necessità di essere stimolato alla cura della propria persona.

La fase terminale comporta la presenza della seguente sintomatologia: completa perdita delle abilità cognitive con difficoltà nel riconoscere volti e luoghi familiari, perdita del linguaggio fino a gergo semantico o mutismo, rigidità, bradicinesia, crisi epilettiche, mioclono, aggressività e wandering, completa perdita dell'autosufficienza per lavarsi, vestirsi e alimentarsi, incontinenza sfinterica.

TERAPIA

La terapia si basa sull'uso di farmaci sintomatici che migliorano la performance cognitiva in pazienti con forme lievi/moderate di AD.