

In quanto disciplina appartenente al campo della Medicina, la psichiatria si fonda sull'individuazione di processi patologici. In medicina generale, una malattia ben definita è diagnosticabile quando se ne può costruire l'eziologia e la patogenesi, dal momento che gran parte dei disturbi psichiatrici non hanno certezze nell'individuazione dei meccanismi eziopatogenetici, la classificazione in questo settore rimane largamente sindromica.

Per sindrome s'intende una patologia diagnosticabile attraverso precisi segni e sintomi che mostri un'omogeneità di decorso che manifesti una deviazione rispetto ad una norma considerata il funzionamento fisiologico dell'organismo. Il termine "segno" indica un fenomeno oggettivo che il diagnosta considera come indicatore di un processo patologico: esempio è l'affettività inappropriata o il rallentamento psicomotorio. Il "sintomo" è un fenomeno soggettivo avvertito dal paziente, per conoscerlo è necessaria la collaborazione del soggetto, ad esempio nel caso delle allucinazioni. I sintomi hanno sempre un senso per il paziente, è compito dello psichiatra comprenderlo.

La **Psicopatologia Generale** descrive e classifica le alterazioni psichiche ed i comportamenti che si manifestano nei diversi disturbi psichiatrici; ad una psicopatologia puramente descrittiva se ne contrappone una che **Jasper** definì <**Comprensiva**>, che cerca cioè di indagare con metodo introspettivo i vissuti dei pazienti. I progressi della statistica hanno portato a pensare la malattia come uno scostamento dalla norma – statistica – per una data popolazione, questa prima imperfetta definizione ha condotto **Scadding** ad ipotizzare la caratteristica che pone il malato in posizione di **Svantaggio Biologico**.

La diagnosi, in psichiatria, mantiene il suo rilievo se considerata un modo di prendere in considerazione la persona diagnosticata in tutta la sua complessità, dovrebbe essere un modo per tener conto delle implicazioni ambientali oltre che biologiche e soggettive. Il suo valore sociale di "etichettatura" con le conseguenze che impone al malato e alla di questi famiglia, sia in termini di profezia di vita che in termini di relazioni, andrebbe comunque ponderato dal terapeuta.

Si distinguono due macro divisioni della procedura di diagnostica psichiatrica: una diagnostica categoriale che parte dai disturbi, identificati in entità indipendenti, ha il vantaggio di essere chiara e pragmatica e lo svantaggio della rigidità, inoltre, si complica di fronte a casi di comorbidità.

La diagnosi dimensionale procede con l'assegnazione di una serie di dimensioni o assi tramite misurazioni quantitative, meno usata in quanto più complessa.

Per essere accettata, la diagnosi deve corrispondere a criteri di validità – ossia che valuti esattamente la patologia che intende valutare – e attendibilità, ovvero che sia riproducibile dallo stesso clinico anche in momenti diversi o da parte di altri clinici.

Le classificazioni psichiatriche tuttora in uso, derivate da quelle del XIX secolo, riconoscono il primato alla malattia, considerata entità a sé stante, con una propria causa, una serie di manifestazioni tipiche, un decorso e una prognosi. (visione platonica, nella visione aristotelica, centrale è il malato).

Emil Kraepelin, verso la fine dell'800, unì infatti nell'unica l'ebefrenia e la paranoia, tenendo conto dell'omogeneità del

decorso, oltre che dei sintomi ed intuendo la natura ciclica della mania e della depressione, le unificò nella **Psicosi Maniaco Depressiva**.

Il sistema kraepeliniano crebbe nel tempo fino ad includere tutta la gamma dei disturbi psichiatrici di cui all'epoca si era preso coscienza; se l'ideologia di Kraepelin, l'impossibilità di trovare su queste basi le alterazioni anatomiche nelle malattie psichiatriche, lo condusse a un criterio sindromico per la classificazione, centrato cioè sulla classificazione dei sintomi.

Agli inizi del '900 su tali classificazioni intervenne **Bleuler** che ridefinì la Dementia Praecox in **Schizofrenia**, mettendo al centro la scissione.

Secondo **Bleuler** l'evoluzione della schizofrenia ammetteva una possibilità di remissione, inoltre egli distingueva i sintomi fondamentali da quelli accessori; ad esempio per la schizofrenia il sintomo fondamentale l'autismo, mentre deliri e allucinazioni, accessori. Bleuler era stato profondamente influenzato dalla psicoanalisi, l'idea di poter indicare i sintomi fondamentali e accessori, implica che l'osservazione psicopatologica deve essere completata su quanto sta a fondamento della patologia, sulla struttura oltre che sul sintomo.

L'orientamento all'analisi della struttura diviene definitivo con la **Psichiatria Dinamica** che propose la possibilità di diagnosi strutturale, ricostruendo, cioè, la struttura e il nucleo di base della personalità: conflitti e meccanismi di difesa concorrono nel tempo a produrre strutture che determinano, orientano i significati dell'individuo, ogni disturbo è l'esasperazione quantitativa di dinamiche presenti in ognuno di noi.

Un disturbo psichiatrico può essere l'esito di un conflitto che deriva dall'inconscio o da deficit di strutture psichiche, la cui carenza mina il senso di integrità personale e induce a richieste eccessive o aberrate all'ambiente circostanze per compensare.

I sistemi diagnostici oggi utilizzati derivano dal **DSM I** (1952), classificazione che seguiva il concetto di reazione derivato dall'approccio psicobiologico di **Adolph Meyer**, il quale considerava il disturbo psichiatrico come un adattamento a fattori psicobiologici, biologici o di altra natura.

La grande svolta si è avuta con il **DSM III** nel 1980, quando si è abolita la diffusissima terminologia strutturale di origine psicoanalitica, considerata troppo legata alla postulazione di strutture intrapsichiche non dimostrabili, al suo posto è stata introdotta una terminologia considerata neutra e ateorica. Altra novità del DSM III è l'introduzione di criteri operativi per ciascuna diagnosi; i criteri di tale DSM e delle sue successive evoluzioni, si basano sulla descrizione che deve essere di immediata comprensione al clinico, indipendentemente dal suo specifico orientamento.

Le diagnosi secondo il DSM sono multi assiali, prendono cioè in considerazione diversi livelli di problematicità, inquadrando le osservazioni diagnostiche in dimensioni distinte dette <Assi>, coerente con l'idea che i disturbi sono realtà cliniche, il DSM non tende a costruire una diagnosi unica che renda conto della situazione globale del paziente, ma rende possibili diverse diagnosi che si costruiscono per tramite i cinque assi:

Asse I - Sindromi Cliniche - vere e proprie patologie psichiatriche della tradizione



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Disturbi che permeano tutta la personalità del soggetto, non è

Asse III - Disturbi Fisici –

Asse IV – Fattori scatenanti

Asse V – Funzionamento Globale

La multi-assialità mira a un completo inquadramento e alla progettazione di trattamenti terapeutici integrati.

DISTURBI PSICOTICI E LORO NATURA

Il termine <Psicosi> sta ad indicare una situazione anormale della mente in cui si osserva perdita di contatto con la realtà; tale termine fu introdotto nel 1845 e con **Kraepelin** si trasformò in categoria generale in cui inquadrare i più gravi disturbi da lui individuati : *dementia praecox* e *psicosi maniaco depressiva*.

Jaspers giudicava lo stato psicotico come impermeabile a quella che definiva “*psicopatologia comprensiva*”, il sintomo è psicotico quando un osservatore non è in grado di comprenderlo.

La distinzione fra psicosi e nevrosi è stata per molto tempo fondamentale in psichiatria, in quanto poneva distinzione fra due modalità radicalmente diverse del funzionamento mentale. In particolare, nella concezione freudiana la nevrosi ammette un investimento di cariche libidiche verso oggetti esterni, sia pure in maniera conflittuale, mentre nella psicosi l’investimento è tutto virato verso lo stesso soggetto.

Se la psicosi è allora caratterizzata dalla perdita di contatto con la realtà, la nevrosi si caratterizza come disturbo di minor gravità in cui il rapporto con il reale è conservato e, pertanto i sintomi sono generalmente egodistonici.

Fin dai tempi delle prime classificazioni è stato comunque evidente che non tutti i disturbi diagnosticabili erano annoverabili nelle due macro distinzioni nevrosi/psicosi; ciò condusse gli autori psicoanalitici a parlare di <**disturbi di carattere**>, disturbi, cioè, privi di veri e propri sintomi ma tali da modificare il carattere del soggetto. Più recentemente tali disturbi sono entrati nella nosografia ufficiale come **Disturbi della Personalità**, meritano per la loro importanza e rilevanza sul piano sociale, un asse dedicato sul DSM e ad oggi la rilevanza diagnostica pone distinzione fra sindromi cliniche e disturbi della personalità.

Molti autori di scuola psicoanalitica, tra cui **Otto Kernberg**, hanno distinto diversi modelli di organizzazione di personalità, come quello dell’organizzazione nevrotica, psicotica, borderline; quest’ultima, da non confondere con il Disturbo Borderline di Personalità del DSM IV, presuppone un’integrazione del Sé deficitaria, ampio uso di meccanismi di difesa basati sulla scissione. Si realizza un quadro clinico in cui un’identità con sintomi assai gravi coesiste con un buon esame della realtà.

SCHIZOFRENIA

SINTOMI NEGATIVI	SINTOMI POSITIVI
<i>ABULIA</i>	<i>DELIRI</i>
<i>ALOGIA</i>	<i>ALLUCINAZIONI</i>
<i>ANEDONIA</i>	<i>ATTIVITA' MOTORIA</i>
<i>AFFETTIVITA'</i>	<i>DISFUNZIONI BIZZARRE</i>
<i>ASOCIALITA'</i>	
<i>CATATONIA- IMMOBILE E RIPETITIVA</i>	
<i>COMPROMISSIONE IGIENE E CURA PERSONALI</i>	

I Sintomi sopra elencati devono esser presenti almeno da sei mesi in forma passiva e esser comparsi per un mese in forma attiva ai fini della Diagnosi di Schizofrenia.

Sotto tipi di Schizofrenia

Disorganizzata

Per Kraepelin forma Ebefrenica, il comportamento è disorganizzato e non finalizzato ad uno scopo, l'eloquio pure disorganizzato, il dialogo incoerente, accompagnato sovente da neologismi e crasi, il tutto con atteggiamenti di ilarità e stupidità. Spesso l'affettività è appiattita e l'emotività altalenante.

Catatonica

I disturbi sono tipici della Schizofrenia : attività motoria bizzarra, ecolalie, stupor catatonico.

Schizofrenia Paranoide

I deliri sono quelli di persecuzione , anche di grandezza e gelosia, si accompagnano ad allucinazioni uditive, i pazienti sviluppano idee di riferimento incorporando eventi ordinari all'interno di un sistema delirante. Conservano comunque la capacità di risposta sul piano emozionale e l'eloquio NON E' DISORGANIZZATO.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Non soddisfa i criteri delle prime tre, ci sono sovrapposizioni di sintomi e segni.

Dimissione di Pazienti Schizofrenici

Brown, prima di rilasciare pazienti schizofrenici, tenne colloqui con i familiari per verificare le espressioni di ostilità o l'eccessivo coinvolgimento emotivo nei confronti degli stessi, ne nacque uno studio e la variabile dei comportamenti famigliari venne definita **Espressione dell'Emozione – E.E.**

Fecero ritorno in ospedale il 58% dei pazienti con famiglie con più alto livello misurato di E.E. rispetto a quelli con famiglie che avevano registrato livelli normali della stessa variabile, la percentuale di riammissione per questi fu soltanto del 10%.

Disturbo Schizofreniforme

I sintomi sono gli stessi della schizofrenia, durano però soltanto da uno a sei mesi e al termine di tale periodo c'è remissione

Disturbo Psicotico Breve

Dura da un giorno ad un mese ed è causato da gravissimo stress

Disturbo Delirante

Il Disturbo Delirante è totalmente diverso dalla Schizofrenia, anche se i sintomi possono essere confusi: Il Paziente è angosciato da pensieri persecutori come paranoie, gelosie, erotomanie, TUTTAVIA NON PRESENTA ELOQUIO DISORGANIZZATO O ALLUCINAZIONI E I DELIRI SONO MENO BIZZARRI.

E' stato più volte osservato che i criteri diagnostici rendono difficile la diagnosi in quanto impossibile trovare informazioni davvero attendibili che riguardino l'adolescenza o la prima età adulta. I disturbi di personalità sono diagnosticati quasi esclusivamente sull'osservazione diretta e su un'anamnesi paragonabile a quella con cui si diagnosticano i disturbi in Asse I.

Alcuni autori sostengono che la discriminazione dei diversi disturbi è difficoltosa e lo è oltremodo il trattamento in quanto trattasi di modificare tratti che fanno parte della stessa identità, quindi fortemente egosintonici. Per ciò i soggetti con tali disturbi non ricercano il trattamento, oppure, una volta iniziato, non hanno motivazioni sufficienti per concluderlo.

Il **DSM IV- TR** suddivide i Disturbi di Personalità in tre **Cluster** in base ad analogie nella sintomatologia e nei comportamenti:

Cluster A – stravagante (Odd Cluster) comprende i disturbi **paranoide, schizotipico e schizoide**, con modalità di pensiero affini alla psicosi.

Cluster B – drammatico (Dramatic Cluster) comprende i disturbi **istrionico, narcisistico, antisociale e borderline** con compromissione soprattutto della regolazione affettiva e del controllo degli impulsi.

Cluster C – ansioso (Anxious Cluster) comprende i disturbi ossessivi – compulsivi, evitante, dipendente e il disturbo NAS, con sintomatologia prevalente timorosa e ansiosa.

Criteri di Diagnosticabilità

Cluster A:

Disturbo Paranoide :

- Sospettosità e mancanza di fiducia nel prossimo, gelosia

Disturbo Schizoide:

- Non desidera relazioni sociali o non ne trae alcun piacere, il soggetto appare insensibile non manifesta tenerezza per gli altri, non ha vita sessuale o non è interessato ad averne, sono soggetti indifferenti a lodi o critiche, molto solitari e riferiscono di aver mai avuto forti emozioni.

Disturbo Schizotipico:

- Difficoltà di relazione interpersonale, appiattimento affettività e innalzamento della sospettosità, eccessiva ansia sociale, possono avere superstizioni o convinzioni di essere chiaroveggenti e telepatici, l'eloquio è caratterizzato da uso di parole insolite ed è poco chiaro.

Disturbo della Personalità di tipo borderline:

- Instabilità delle relazioni interpersonali, nell'umore e nell'immagine di sé, emozionalità imprevedibile e con cambiamenti repentini, - da rabbia a idealizzazione e viceversa - , comportamento autolesivo come la promiscuità sessuale, l'abuso di cibo e alcool, uso di droghe ed eccitanti, spese folli. Le personalità borderline non hanno sviluppato senso di sé non hanno punti fermi per quanto riguarda valori, ideali, scelte professionali, non sopportano di stare soli ed esigono costantemente l'altrui attenzione. Se sono sotto stress presentano ideazioni paranoide e sintomi dissociativi.

Disturbo della Personalità Istrionica:

- (ex personalità isterica) comportamenti eccessivamente drammatici e teatrali per cercare di attirare l'attenzione, usano spesso l'aspetto fisico, il bisogno di essere al centro dell'attenzione è una difesa da sentimenti di disistima per sé.

Disturbo della Personalità Narcisitico:

- Ideazione grandiosa di Sé e delle proprie capacità, richiede ammirazione iperbolica degli altri, interazioni con mancanza di empatia e sentimenti di invidia, arroganza, convinzione di godere di speciali diritti.

Disturbo della Personalità Antisociale:

- Distacco emotivo, egoismo privo di rimorsi, impulsività, irresponsabilità, contravvenienza a tutti i principi sociali etici e morali.

Cluster C :

Disturbo della Personalità Evitante :

- Paura della critica, del rifiuto, della disapprovazione, terrore della derisione e instaurazione della difesa di evitamento delle relazioni.

Disturbo della Personalità Dipendente:

- Non sussiste la fiducia in Sé stessi, questi soggetti sono passivi, lasciano le decisioni agli altri, non entrano mai in contrasto per paura di perdere le relazioni o l'altrui approvazione, si sentono a disagio quando sono soli in quanto hanno forte bisogno di accudimento, sono incapaci di fare richieste.

ompulsivo:

- Perfezionista, attento ai minimi dettagli, osservatore pedissequo di regole e degli orari. L'attenzione al particolare è tale da non portare a termine alcun progetto, ha difficoltà a prendere decisioni per timore di sbagliare, le relazioni con gli altri sono scadenti in quanto impongono che venga tutto svolto a modo loro. In genere sono rigidi, formali, seri e inflessibili, anche avari.
- Il Disturbo di Personalità Ossessivo- Compulsiva si distingue dal Disturbo Ossessivo Compulsivo in quanto il primo non ha né ossessioni, né compulsioni.

Riepilogo

Disturbi di

Personalità

Cluster A Odd/Bizzarri Cluster B Dramatic Cluster C Nevroticism

DISTURBO PARANOIDE	DISTURBO ANTISOCIALE	DISTURBO EVITANTE
DISTURBO SCHIZOIDE	BORDERLINE	DISTURBO DIPENDENTE
DISTURBO SCHIZOTIPICO	NARCISISTICO	DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO
	ISTRIONICO	

Disturbi Dissociativi

Amnesia Dissociativa :

L'informazione non viene perduta definitivamente, il riacquisto dell'informazione è subitaneo come la perdita.

Fuga Dissociativa :

perdita mnestica più estesa, la persona si allontana da casa, cambia identità e personalità senza interrogarsi rispetto al proprio passato e alla propria incapacità di ricordare.

Disturbo di Personalizzazione:

Grave alterazione della percezione di Sé, senso di distacco ed estraneità da Sé stesso, il paziente ha l'impressione di muoversi in un sogno, si percepisce come un automa, si percepisce al di fuori del corpo.

Questo tipo di disturbo è analogo a quello che registrano i pazienti affetti da Schizofrenia, la differenza è che il paziente con Disturbo di Personalizzazione lo descrive <come se...>, al contrario lo Schizofrenico lo avverte come reale.

Disturbo Dissociativo di Identità



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

due identità distinte e totalmente indipendenti l'una dall'altra.

Disturbi Somatoformi

Disturbo Algico

Dismorfismo Corporeo

Ipocondria

Disturbi dell'Umore

Fisiologia: Bassa Noradrenalina e Serotonina

Gli antidepressivi tricilici impediscono la ricaptazione della Sero e della Nora

Gli inibitori MAO impediscono alle Monoamminossidasi la disattivazione di Nora e Sero

Mania : stato emotivo caratterizzato da euforia intensa ma infondata, accompagnata da irritabilità, iperattività, logorrea, fuga di idee, distraibilità, piani grandiosi ed inattuabili. E' uno stato che può durare giorni o mesi, qualunque tentativo di placare il paziente scatena rabbia e reazioni furiose.

Depressione : Stato emotivo di grande tristezza ed apprensione, sensi di colpa, disturbi del sonno che vanno dall'insonnia all'ipersonnia, perdita di interesse e anedonia.

Fisiologia: Alta Noradrenalina

Depressione Maggiore o Unipolare



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

presenti in maniera continuativa da almeno due settimane e

umore depresso quasi tutto il giorno, perdita di interesse, anedonia, disturbi del sonno, alterazione delle attività come letargia o iperattività, disturbi dell'appetito, stanchezza, difficoltà di concentrazione, pensieri di morte o suicidio.

Disturbo Bipolare

Presenza di umore euforico e/o irritabile con almeno tre sintomi fra i seguenti:

aumento attività, loquacità insolita, fuga di idee oppure impressione di successione rapida di pensiero, autostima ipertrofica, distraibilità, imprese con possibili conseguenze pericolose, catatonia.

Se si inseriscono deliri ed allucinazioni si avvia la Diagnosi di Psicosi.

Disturbi di Umore Cronici

Sintomatologia presente da almeno due anni consecutivi, non tanto grave da portare a diagnosi di depressione maggiore o episodio maniacale.

Disturbo Ciclotimico

Frequenti periodi di depressione e altri di IPOMANIA

Disturbo Distimico

La persona è cronicamente depressa