



1

Visita e valutazione psichiatrica

Il paziente con disturbi psichici può entrare in contatto con il medico (o altro tipo di operatore) per iniziativa propria o per iniziativa di altri (familiari ad esempio). Esiste poi la possibilità, presente peraltro anche per altri tipi di malattie, che il paziente con disturbi psichiatrici acceda alle cure contro la sua volontà (in tal caso esiste una specifica legislazione che regola il ricovero o trattamento sanitario obbligatorio).

Una prima possibilità di contatto è quella con il proprio medico di 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 (osservano cioè un'alterazione del funzionamento).

Nel primo caso i sintomi e i segni che conducono alla visita sono sovente avvertiti nel corpo: difficoltà digestive, anomalie pressorie e del ritmo cardiaco, dolori vari, in particolare cefalee, stanchezza, disturbi del sonno e così via. Accade sovente, infatti, che uno stato di insoddisfazione o di tormento personale non venga correlato alla sintomatologia somatica presentata e venga confidato ad altre figure non professionali, come parenti o amici o ancora altre professionalità, il che spesso impedisce un corretto inquadramento diagnostico medico-psichiatrico, indispensabile non solo per individuare l'eventuale disturbo ma anche per poterlo escludere. Accade così frequentemente che quadri con prevalente sintomatologia somatica vengano esaminati da un punto di vista internistico, neurologico, esistenziale, ecc. ma non correttamente diagnosticati sotto il profilo psichiatrico, con ritardo colpevole di diagnosi e terapie mirate.

Il medico (qualunque sia la sua specializzazione o il suo ambito di intervento) deve essere formato e avere gli strumenti adeguati per almeno sospettare la presenza di una diagnosi di un disturbo psichiatrico e inviare, se necessario, il paziente all'attenzione dello specialista psichiatra. L'invio a uno psichiatra deve essere in tal caso accompagnato da una corretta spiegazione al paziente riguardo all'ambito in cui si muove la psichiatria, soprattutto per evitare il senso di vergogna che può derivare dall'indicazione ad effettuare una visita psichiatrica.

Il contatto con il medico può, in un secondo caso, avvenire anche in conseguenza di anomalie più specificatamente mentali e comportamentali: l'isolamento, sospettosità, crisi di agitazione, comparsa di aspetti depressivi o euforici dell'umore con correlati comportamentali di tipo abulico o iperattivo, l'insorgenza di idee bizzarre e così via.

Il medico di base deve formulare una prima diagnosi; se si sente preparato deve impostare una terapia (non aspecifica, ma mirata al disturbo che ha diagnosticato), oppure può appoggiare il caso a un collega specialista in psichiatria. Lo psichiatra deve a sua volta conoscere le condizioni mediche generali del paziente e deve formulare una diagnosi specialistica: l'individuazione e il corretto inquadramento dei disturbi psichiatrici non può prescindere dalla conoscenza dello stato di salute somatica del soggetto, dei farmaci che eventualmente assume e/o dell'uso di sostanze psicoattive.

■ Con quali strumenti si arriva a una diagnosi psichiatrica?

Lo strumento principe della diagnostica psichiatrica è il colloquio con il paziente. In psichiatria l'esame diretto, o con strumenti, del corpo del paziente si colloca in un secondo piano, complementare, rispetto al racconto del paziente stesso. Come abbiamo visto, è un racconto di sintomi somatici e psichici sui quali dobbiamo indagare con attenzione per coglierne il tipo, la gravità, il momento della comparsa, il decorso. È dall'insieme di questi dati che porremo diagnosi. Ma un aspetto caratteristico della psichiatria, e talvolta di maggiore difficoltà, è la differenziazione fra normale e patologico. 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. Quel che può essere definito un tono dell'umore fisiologico, una preoccupazione che non è sintomo d'ansia, una paura che non è fobia, un tasso di ritualità accettabile che non



configura un disturbo ossessivo-compulsivo, una bizzarria ideativa che non è un delirio, 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 grande aiuto clinico-pratico né le più profonde elaborazioni filosofico-psicopatologiche del sapere psichiatrico. Piuttosto, può essere d'aiuto il riferirsi a una compromissione del livello del funzionamento psicosociale dell'individuo rispetto al livello precedente, come specificato tra i criteri diagnostici del DSM, cioè Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'*American Psychiatric Association*, giunto nel 2013 alla sua quinta edizione, ulteriormente revisionata nel 2022 (DSM-5-TR).

Quanto detto costituisce il motivo vero per cui è indispensabile ascoltare con pazienza (e tempo) il racconto della vita del paziente, altrimenti sarebbe assai più proficuo rilevare unicamente i suoi sintomi. Ma le idee, gli affetti, i comportamenti patologici emergono su un *continuum* di idee, affetti, comportamenti normali e con essi coesistono. Non possiamo quindi che operare sulla base di differenze relative che presuppongono la conoscenza delle modalità di funzionamento globale del paziente, sia attuali che nel corso della sua vita.

Va ancora ricordata l'importanza dell'atteggiamento del medico che deve essere di ascolto partecipe, di identificazione nei vissuti del paziente per poterli cogliere appieno. Vanno evitati interventi eccessivi che possono alterare il genuino racconto del paziente stesso, incoraggiamenti banali che squalificano il medico e, sul piano emotivo, eccessiva partecipazione affettiva ed eccessiva freddezza. La prima può preoccupare il paziente sempre timoroso d'essere invaso, la seconda può far sentire il medico lontano e incurante. Va ricordato come questo atteggiamento di benevola neutralità sia da considerarsi opportuno e utile in ogni tipo di visita medica. Ad esso ci si può preparare con adeguati training formativi (vedi gruppi di discussione centrati sugli aspetti emotivi del rapporto medico-paziente). Operativamente si possono riassumere gli elementi utili alla diagnosi psichiatrica in necessari e complementari: i primi sono quelli senza i quali non è possibile concludere il giudizio con buona sicurezza, tra i secondi si riassumono tutti gli elementi che possono concorrere alla diagnosi ma che non sono fondamentali per arrivare alla diagnosi stessa. In altre parole, gli elementi complementari confermano o perfezionano la diagnosi ma su di essi la diagnosi non è del tutto fondabile. Gli elementi necessari sono quelli fondamentali per la diagnosi e da cui non si può prescindere per formularla. Gli elementi necessari per la diagnosi di

un disturbo psichiatrico e di cui si deve sempre tenere conto 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 psichici e somatici, i vissuti soggettivi, le convinzioni personali, la storia esistenziale sono gli 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 (ad esempio: *“sto benissimo, come non sono mai stato prima”, “non ho mai dormito così poco eppure non mi sono mai sentito così in forze”*).

Esame psichico diretto

L'attività psichica, per quanto possa apparire eccessivamente semplificativo, può essere distinta in funzioni differenti; queste tuttavia non vanno intese come separate fra loro ma sempre strettamente integrate. Nell'ambito del normale funzionamento psichico, tali funzioni sono strettamente correlate tra loro, ma è possibile comunque descriverle separatamente ed esaminarne possibili alterazioni. 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, da una riduzione lieve della lucidità, fino alla confusione mentale o alla perdita stessa delle attività mentali coscienti. Sul piano operativo, la valutazione dello stato di lucidità si effettua valutando l'orientamento del paziente su tre assi: orientamento personale (i riferimenti essenziali della propria condizione e della propria storia), orientamento spaziale e orientamento temporale;
- la *memoria*: la memoria può essere menomata sia nella capacità di acquisire nuovi ricordi (memoria di fissazione o a breve termine), sia nel conservare e riportare alla coscienza i ricordi acquisiti (memoria di rievocazione). Vi è poi la possibilità che sia disturbata la cosiddetta memoria “operativa” (*working*



memory) 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 (o dispercezioni), che vengono distinte in:
 - illusioni, nelle quali l'oggetto stimolo dell'organo di senso è presente ma è percepito in modo distorto (attribuzione di significato anormale a un oggetto reale percepito);
 - allucinazioni, nelle quali la percezione avviene in assenza dell'oggetto-stimolo (così il paziente "sente" voci, "vede" figure inquietanti, "sente" odori e gusti particolari, "avverte" sensazioni tattili insolite);
- 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 dei principi che presiedono alla strutturazione sintattica del pensiero e della costanza semantica;
- l'*affettività*: possono manifestarsi essenzialmente due forme di alterazione:
 - del "tono" dell'umore con abbassamento verso il polo depressivo o innalzamento verso il polo maniacale;
 - del sistema di allarme, con manifestazioni d'ansia in forma continua o in forma di attacchi di panico.

Elementi importanti e necessari possono emergere anche dalla valutazione clinica del comportamento del paziente. Per la valutazione del comportamento ci si avvale di elementi diretti (osservazione o racconto del paziente) ed eventualmente anche di elementi indiretti: informazioni da parte di familiari e conoscenti (bizzarrie, spese eccessive, chiusura, ecc.) che difficilmente il paziente riferisce. L'osservazione da parte dei familiari o di altre figure significative e quindi il resoconto di eventuali alterazioni del comportamento del paziente rispetto al consueto modo di relazionarsi dello stesso rappresentano in alcuni casi un elemento indispensabile per lo psichiatra per porre una corretta diagnosi.

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 (ricoducibili) a una malattia internistica o neurologica. Ad esempio: uno stato ansioso con l'espressione somatica dell'ansia può essere conseguenza di uno stato di tireotossicosi, uno stato confusionale (disorientamento rispetto al sé, nello spazio e nel tempo) può derivare da uno scompenso metabolico, una condizione depressiva può essere una manifestazione secondaria di un carcinoma pancreatico o il segno iniziale di una malattia parkinsoniana. Allo stesso modo, la diagnostica psichiatrica deve tener conto che esistono farmaci che possono modificare lo psichismo: oltre agli psicofarmaci in senso stretto, è fondamentale conoscere le alterazioni delle funzioni psichiche che possono essere dovute a trattamenti di altro tipo (cortisonici, interferone, tiroxina, estroprogestinici ad esempio). Infine, è sempre opportuno escludere o considerare l'eventuale assunzione da parte del soggetto di sostanze con attività psicoattiva (cocaina, amfetaminici, alcol, oppiacei).

Le informazioni che riguardano le condizioni mediche generali del paziente si desumono con tutti gli strumenti possibili: dal racconto del paziente stesso e dei suoi familiari, da documenti clinici, da informazioni ottenute direttamente da colleghi medici che conoscono il paziente. Lo psichiatra deve comunque farsi parte attiva in questo aspetto dell'indagine diagnostica effettuando la visita medica generale e la visita neurologica. Schematicamente si riassumono i motivi per cui la visita medica generale e l'esame obiettivo neurologico sono sempre consigliabili in un primo approccio al paziente psichiatrico con disturbi psichici:

- 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 (es. ipertiroidismo in caso di disturbo d'ansia);
- per valutare tipo e gravità dei sintomi somatici che fanno parte del disturbo psichiatrico diagnosticato (es. alterazioni del ritmo cardiaco in un disturbo d'ansia, funzionalità gastrointestinale in un disturbo somatoforme);
- per valutare le conseguenze fisiche di comportamenti anormali (es. anoressia, bulimia, etilismo);
- 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 (es. angina pectoris, ulcera



gastro-duodenale, stroke cerebrale) i fattori psichici possono avere una influenza significativa.

È evidente che a queste valutazioni dovranno concorrere i medici portatori delle competenze specifiche in causa.

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

- valutare i correlati biologici di un disturbo psichiatrico (utilizzate ad oggi soltanto in ambito di ricerca);
- monitorare i trattamenti psichiatrici (esempio: i controlli ematologici ed ematochimici nel trattamento con sali di litio).

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

- gli elementi riferiti da altri;
- i test e le scale di valutazione psicopatologica.

Elementi riferiti da altri

A prescindere dalle informazioni di carattere strettamente medico (che rientrano tra gli elementi fondamentali per una diagnostica psichiatrica), è possibile che siano disponibili informazioni sul comportamento del paziente, sugli atteggiamenti, sui vissuti o sulla storia esistenziale che provengono da terze persone (parenti stretti, conoscenti, terapeuti). Come sopra riportato, gli elementi riferiti da altri possono essere un utile contributo alla diagnosi che non deve essere però sopravvalutato: il significato di determinati comportamenti o il correlato emotivo delle varie situazioni esistenziali deve essere desunto fundamentalmente sempre dal paziente.

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 (WAIS – Scala d'Intelligenza per Adulti), test che misurano specifiche abilità (attenzione, concentrazione, memoria verbale, memoria visiva, abilità senso-motorie, ecc.) e questionari che orientano sulla diagnosi dei disturbi psichici. Questi ultimi sono particolarmente utili per definire la diagnosi secondo un preciso e determinato sistema di classificazione e diagnosi dei disturbi psichici: l'impiego di questi questionari avviene soprattutto nella ricerca sperimentale e in psichiatria forense o as-

sicurativa più che nella prassi clinica. Si citano a tal proposito l'Intervista Clinica Strutturata per il DSM (SCID) e il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) 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. Nel reattivo di Rorschach, ad esempio, il paziente viene messo di fronte a una serie di tavole (10 in tutto) che rappresentano delle macchie. Al paziente viene chiesto che cosa vede in ogni tavola oppure che cosa gli fa venire in mente: la variabilità individuale nelle risposte al test è molto elevata in quanto il paziente proietta su una figura neutra delle rappresentazioni mentali proprie e dei movimenti emotivi soggettivi. Le risposte del paziente vengono elaborate su una griglia che è tarata su base statistica, ma vengono anche interpretate dallo sperimentatore con una certa libertà sulla base del proprio modello teorico di riferimento.

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.

Un altro reattivo mentale molto noto, seppure un po' desueto negli ultimi anni, è il *Test di Appercezione Tematica* (TAT) che consiste in una serie di tavole che rappresentano delle scene varie di vita. Le situazioni e le espressioni dei personaggi sono di proposito indefinite; al paziente viene chiesto di interpretarle, di raccontare una storia per ogni tavola, cosa accade, come andrà a finire, i sentimenti dei personaggi, ecc. Anche in questo caso, l'interpretazione del test è in parte impostata su di un piano statistico e in parte è determinata dall'interpretazione dello sperimentatore.

Per quanto concerne le scale di valutazione psicopatologica, si tratta di strumenti convenzionali e validati su ampia scala che consentono al medico di ottenere una quantificazione della sindrome clinica che presenta il paziente. In genere sono state costruite e validate per un utilizzo terapeutico e non diagnostico: cioè non servono per formulare una diagnosi (che è sempre e innanzitutto clinica), quanto piuttosto per misurare a distanza di tempo l'effetto di uno specifico trattamento sui sintomi specifici del disturbo in questione. Esistono scale di autovalutazione (è il paziente che le compila) e scale di eterovalutazione, compilate dal medico sulla base dell'osservazione e del colloquio con il paziente. Ogni scala è composta di una serie di voci (*items*) che si riferiscono a uno specifico sintomo

**Tabella 1.1**

Principali scale di valutazione per i disturbi psichiatrici e relativa area di impiego clinico.

Scale di autovalutazione	Area esplorata
Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Ansia di stato e di tratto
Scala di autovalutazione della depressione di Zung	Depressione
Beck Depression Inventory (BDI)	Depressione
Scale di eterovalutazione	Area esplorata
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Psicopatologia globale
Scala di Hamilton per l'Ansia (HAM-A)	Ansia generalizzata, panico
Scala di Hamilton per la Depressione (HAM-D)	Depressione
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)	Disturbo ossessivocompulsivo
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Disturbi cognitivi, demenza
Eating Disorder Inventory (EDI)	Disturbi alimentari psicogeni
Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)	Schizofrenia

o segno e, per ogni voce, è richiesto di esprimere un punteggio che corrisponde a un livello diverso di gravità del sintomo (in genere il punteggio è codificato in modo tale da permettere a più osservatori indipendenti di misurare con la massima attendibilità e riproducibilità lo stesso segno/sintomo). 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 (farmacologico o psicoterapico) impostato. Alcune delle scale di valutazione più comunemente impiegate sono elencate nella **Tab. 1.1**.

Classificazione dei disturbi psichiatrici

Prima di procedere alla trattazione sistematica dei singoli disturbi psichiatrici è necessario fare alcune altre premesse. Come già ricordato precedentemente, il processo diagnostico in psichiatria (così come più in generale in medicina) parte cercando di distinguere una condizione patologica dalla normalità. Le diagnosi psichiatriche, che dal punto di vista dell'approccio al paziente sono fondate su tutti gli elementi di cui abbiamo parlato ampiamente nei paragrafi precedenti, sono, da un punto di vista diagnostico-epidemiologico, "costruite" seguendo due possibili approcci diversi che trovano

una codificazione nei due grandi sistemi classificatori delle malattie mentali attualmente utilizzati non solo in Italia ma nel mondo intero.

Il primo sistema è l'*International Classification of Diseases* (ICD), giunto nel 2019 all'undicesima edizione (ICD-11), 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 è molto vicino alla comune pratica clinica, ma porta a una variabilità nelle diagnosi psichiatriche tra operatori diversi e quindi non è utilizzato molto nella ricerca. Un secondo sistema diagnostico-classificatorio è quello già citato dell'*American Psychiatric Association*, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), attualmente alla sua quinta edizione revisionata (DSM-5-TR). Questo sistema si basa su criteri operativi, cioè su una serie predeterminata di criteri che devono necessariamente essere soddisfatti per poter giungere alla diagnosi di un disturbo psichiatrico. 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; in particolare per ogni diagnosi psichiatrica vi sono:

- **criteri sintomatologici** (un certo numero di segni o sintomi che formano il quadro psicopatologico);
- **criteri temporali** (i segni e i sintomi precedentemente riscontrati devono essere stati presenti per almeno un certo lasso di tempo, diverso da disturbo a disturbo);
- **criteri funzionali** (questi segni e sintomi, presenti per un certo periodo di tempo, hanno compromesso il funzionamento del paziente e/o creato disagio).

Questo approccio alla diagnosi è certamente molto rigido e per certi versi superficiale, ma ha il vantaggio della riproducibilità delle diagnosi ed è ampiamente utilizzato negli studi clinici e terapeutici.

I singoli disturbi sono poi classificati a seconda della funzione psichica prevalentemente coinvolta (alterata): i disturbi che comportano un'alterazione del sistema dell'allarme, ad esempio, sono classificati insieme nel capitolo dei *Disturbi d'Ansia e dei Disturbi Correlati a Traumi*; i disturbi in cui la funzione prevalentemente compromessa è l'affettività/tono dell'umore sono inseriti nel capitolo *Disturbi Depressivi e Disturbi Bipolari*; i disturbi caratterizzati da prevalenti alterazioni della percezione e del contenuto del pensiero formano il gruppo della *Schizofrenia e degli altri Disturbi Psicotici*, e così via.



Ci sembra utile, infine, sempre a proposito del modo di fare diagnosi in psichiatria, richiamare la necessità di seguire un approccio sequenziale.

Con questo intendiamo che il clinico deve partire, nel processo diagnostico, innanzitutto dalla diagnosi attuale: riconoscere quindi quale quadro psicopatologico è attualmente presente (ovviamente avendo innanzitutto riconosciuto che l'insieme dei sintomi e segni presentati costituisce un quadro psicopatologico e cioè si differenzia dalla normalità). Quindi occorre verificare da quando è presente il quadro psicopatologico presentato (*da quanti giorni/mesi sono riferiti i sintomi e presenti i segni che costituiscono il quadro e determinano la compromissione del funzionamento?*). Solo a questo punto si procede alla diagnosi longitudinale:

- *qual è la storia clinica di interesse psichiatrico del paziente?*
- *sono stati presenti nella sua vita episodi caratterizzati dalla stessa sintomatologia (ad esempio episodi affettivi, e in questo caso di quale polarità – solo depressivi maggiori o anche maniacali)?*
- *sono stati presenti episodi caratterizzati da sintomi/segni diversi, riferibili ad altra diagnosi psichiatrica (ad esempio riconducibili a una diagnosi di disturbo d'ansia in un soggetto che attualmente presenta una diagnosi di disturbo dell'umore)?*

Infine, ma solo dopo aver effettuato la diagnosi attuale e longitudinale, è necessario ricostruire la storia di vita del paziente valutando possibili correlazioni degli eventi di vita significativi del paziente con quella degli episodi di malattia.

Riteniamo che ricostruire la storia della vita del paziente dopo aver effettuato la diagnosi longitudinale aiuti il clinico ad assegnare più correttamente un significato ai singoli eventi significativi della vita di un individuo, sempre in relazione al disturbo da cui è affetto (tenuto conto che compito dello psichiatra è diagnosticare un disturbo per poter instaurare un corretto trattamento):

- *l'evento di vita (ad esempio una relazione extraconiugale di breve durata) è stato evento scatenante di un episodio affettivo (depressivo maggiore, che ha seguito la rottura della relazione, per esempio) o piuttosto prodotto del quadro psicopatologico, ovvero equivalente sintomatologico/alterazione del comportamento direttamente attribuibile al quadro psicopatologico (ad esempio relazione extraconiugale durante un episodio maniacale sostenuta da un aumento patologico dell'energia, del tono dell'umore, e del desiderio/interesse sessuale con riduzione della capacità di controllo degli impulsi)?*

Questo approccio trova un'utilità pratica clinica non solo perché permette di cogliere nel passato del paziente sfumate alterazioni del comportamento che magari si sono manifestate con eventi di vita e non sono state riconosciute come espressione di un'alterazione patologica (e che quindi adesso non vengono riferite come precedente anamnestico di interesse psichiatrico), ma consente anche ai pazienti di rielaborare vissuti di colpa, per esempio, alla luce di un disturbo psichiatrico che ha compromesso la loro vita relazionale o familiare o ancora lavorativa.

ATTIVITÀ

DOMANDE DI AUTOVALUTAZIONE		
<ol style="list-style-type: none"> Inquadra il QR-code con la fotocamera del tuo smartphone o tablet Scarica e rispondi alle domande di autovalutazione 		

VERIFICA DELLE CONOSCENZE		
<ol style="list-style-type: none"> Inquadra il QR-code con la fotocamera del tuo smartphone o tablet Scarica le risposte 		



2

Disturbi depressivi e disturbi bipolari

Il tono dell'umore rappresenta il correlato emotivo di fondo di tutte le nostre attività mentali, il colorito affettivo che condiziona in un modo o nell'altro la nostra esistenza. Nella vita di tutti i giorni, secondo il linguaggio comune, possiamo infatti dire di essere di buon umore o di cattivo umore, di essere su o di essere giù. Mentre compiamo qualsiasi attività, come pensare, ricordare o agire, il tono dell'umore di base presenta fisiologicamente oscillazioni dal ritmo più vario (minuti, ore, giorni): quindi, 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 che riconosciamo facilmente come caratteristico del soggetto, al di là di oscillazioni fisiologiche più o meno occasionali. Questo caratterizza il temperamento affettivo della persona, che viene inteso come dato fisiologico sostanzialmente stabile, correlato ad assetti neurobiologici. Tali assetti sono il risultato sia della dotazione biologica di base dell'individuo (eredo-costituzionale) sia di come questa dotazione si è plasmata nelle più precoci interazioni con l'ambiente, probabilmente già nella vita intrauterina. Sappiamo, soprattutto per induzioni ex-iuvantibus, che i neurotrasmettitori principalmente implicati nelle funzioni regolatrici del tono dell'umore sono la serotonina, la noradrenalina e la dopamina.

Sono stati descritti diversi temperamenti affettivi (temperamento depressivo, ipertimico, ciclotimico, irritabile). Una definizione articolata di temperamento e la descrizione delle più comuni disposizioni temperamentali (secondo diversi modelli) vengono affrontate nel capitolo sui disturbi di personalità, cui si rimanda.

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, in alcune occasioni, patologicamente alterato, ed è possibile identificare alcune varianti psicopatologiche: umore depres-

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

A questo punto risulta inevitabile porsi una domanda: se è vero che possono presentarsi fisiologiche oscillazioni dell'umore, come è possibile distinguerle dalle varianti psicopatologiche appena descritte?

Gli elementi fondamentali da valutare per stabilire che un quadro clinico di alterazione del tono dell'umore è patologico e che deve pertanto essere curato sono (Tab. 2.1):

- *l'intensità della manifestazione affettiva*, ovvero la gravità dell'espressione clinica: questa è determinata dal numero (molti sintomi e segni oltre all'umore deflesso, ad esempio) ed il tipo di sintomi che presenta il paziente;
- *l'inadeguatezza rispetto agli eventi e alle situazioni*: una reazione euforica ad un lutto, oppure una reazione di tristezza ad un lieto evento sono, alme-

Tabella 2.1

I criteri su cui si fonda la distinzione tra umore patologico e non. I primi cinque sono criteri fondamentali. I precedenti psichiatrici all'anamnesi, le scale di valutazione e i correlati biologici costituiscono elementi di orientamento clinico e di conferma della diagnosi.

Criteri Fondamentali
1. Intensità della manifestazione affettiva: numero e gravità dei sintomi
2. Inadeguatezza della reazione affettiva rispetto ad eventi/situazioni di vita
3. Qualità dell'umore (del vissuto affettivo)
4. Persistenza (durata continuativa) dei sintomi e dei segni riferibili alla reazione abnorme affettiva
5. Compromissione del funzionamento lavorativo e sociale
Criteri Di Conferma
6. Anamnesi (precedenti psichiatrici)
7. Scale di valutazione psicopatologica
8. Correlati biologici



no su un piano statistico, abnormi, inaspettate e a volte anche incongrue. Occorre, tuttavia, prestare attenzione alle variabili socio-culturali che possono spiegare reazioni emotive apparentemente incomprensibili: la devianza rispetto alla reazione psicogena più comune è relativa alla condizione socio-culturale 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*, cioè il tipo di vissuto che viene esperito può aiutare a definire un quadro patologico: nella depressione grave melanconica, ad esempio, il paziente non si sente propriamente triste, ma prova un sentimento diverso, al di fuori dell'esperienza umana consueta con vissuto di vera e propria interruzione del continuum esistenziale;
- 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.

Oltre ai cinque punti sopra esposti che sono i fondamentali indicatori di alterazione patologica dell'umore, la diagnosi di patologia e l'indicazione alla cura trovano ulteriori elementi di conferma da:

- i *precedenti anamnestici*
- i *risultati delle scale di valutazione*. Queste ultime sono strumenti che assegnano un punteggio di gravità a ciascun sintomo/segno del quadro clinico degli episodi affettivi, giungendo ad un punteggio finale unico che esprime la gravità complessiva del quadro. Sono strumenti con ovvi limiti d'impiego, ma che hanno una loro funzione soprattutto nella ricerca scientifica: essendo validati su ampia scala consentono un inquadramento convenzionale dei vari quadri sindromici;
- la presenza di *correlati biologici*.

Questi ultimi fattori hanno un valore di conferma della diagnosi ma, se assenti, non la escludono quando è presente la sintomatologia depressiva.

Eziologia

Possiamo immaginarci 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 nella norma.

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

- *depressione biologica*, primariamente 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 influenzi la psiche (depressione 1) e la psiche il cervello (depressione 2) sono trascurate, 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 che qui riassumiamo brevemente:

- esistono alterazioni del tono dell'umore che, sulla base dei criteri prima esposti, 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 possono essere o meno precedute da avvenimenti esistenziali negativi o da stati di conflittualità psicologica.

Nel caso in cui i quadri clinici di alterazione dell'umore e dei livelli di energia dell'individuo siano preceduti da eventi esistenziali, devono quindi essere visti come espressione 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 (è geneticamente determinata, anche se non conosciamo ancora quali e quanti geni possano contribuire a determinare la maggiore o minore vulnerabilità dell'individuo), ma i sistemi cerebrali che sottendono le alterazioni affettive risentono anche del numero di precedenti episodi effettivi. È