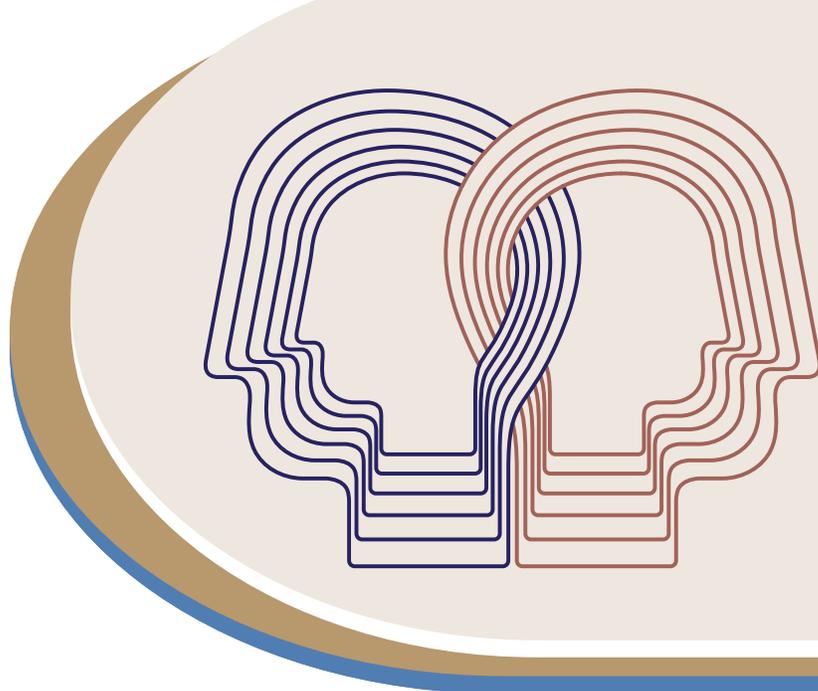


CAPITOLO

1



INTRODUZIONE ALLA PSICHIATRIA

Felice Iasevoli

Patologia mentale e salute mentale

La psichiatria si occupa di disturbi mentali. Nello specifico, le patologie psichiatriche sono disturbi delle abilità di processamento e integrazione delle informazioni e di esecuzioni di compiti (cognitivi, emotivi, comportamentali) complessi da parte del cervello. Tali disturbi, a loro volta, possono dipendere da cause multifattoriali che più frequentemente includono lesioni neurobiologiche, distorti costrutti psicologici o fattori ambientali. Tuttavia, anche le sostanze d'abuso, farmaci a scopo terapeutico e condizioni mediche generali che colpiscono primariamente o secondariamente il sistema nervoso possono causare disturbi di rilevanza psichiatrica.

La definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) identifica le patologie mentali, comportamentali e del neurosviluppo come sindromi caratterizzate da disturbi clinicamente significativi delle funzioni cognitive, della regolazione emotiva o del comportamento di un individuo. Questi disturbi, a loro volta, riflettono disfunzioni in processi psicologici, neurobiologici o del neurosviluppo che regolano il funzionamento mentale o comportamentale, e sono generalmente associati a disagio

individuale e ad alterazione del funzionamento personale, familiare, sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree rilevanti.

Speculare al concetto di patologia mentale è quello di salute mentale. In accordo all'OMS, per salute mentale si intende uno stato di benessere mentale che permette agli individui di adattarsi agli stress della vita, di realizzare le proprie abilità, di imparare e lavorare in maniera adeguata e di contribuire fattivamente al benessere della propria comunità. La salute mentale è una componente integrale della salute e del benessere individuale, che sostiene la nostra capacità individuale e collettiva di assumere decisioni, costruire relazioni sane e modellare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto basilare dell'essere umano ed è cruciale per lo sviluppo personale, sociale ed economico.

Oggi si può serenamente affermare che la psichiatria è una branca delle neuroscienze cliniche, la cui finalità è quella di studiare, diagnosticare e trattare le manifestazioni patologiche dovute ad un malfunzionamento del sistema nervoso e di promuovere (assieme ad altre discipline) la salute mentale. Questa visione è in connessione con l'enorme avanzamento tecno-

logico e di conoscenze avvenuto negli ultimi decenni nell'ambito della neurobiologia, ivi incluse il neuroimaging, la neurofisiologia, la biologica molecolare del sistema nervoso, la neuroendocrinologia, la neurofarmacologia, la genetica molecolare, l'epigenetica, le scienze umane.

Tuttavia, il ruolo cruciale, talora maggioritario dal punto di vista eziopatogenetico, dei meccanismi psicologici (il cervello è l'unico organo in grado di riflettere su se stesso) e dei condizionamenti ambientali, che si estrinsecano presumibilmente mediante meccanismi epigenetici sulla neurobiologia cerebrale, non può essere minimizzato. Tale considerazione è importante dal punto di vista terapeutico, per evitare di cedere a un riduzionismo farmacologico che espone al rischio di aspettative eccessive nel potere risolutivo dei farmaci e a pratiche di sovra-prescrizione ingiustificate. Ma tale considerazione è anche importante per impostare uno stile di vita e soprattutto delle politiche generali tese al conseguimento, mantenimento, preservazione e recupero della salute mentale nella popolazione generale, oltreché negli individui affetti da disturbi mentali. L'antica dicotomia tra il modello biomedico e il modello psicologico/sociale per spiegare la genesi dei sintomi psichiatrici e per impostare interventi terapeutici non ha più alcuna regione di esistere, è anacronistica, dannosa e controproducente per gli operatori della salute mentale come per le persone affette da disturbi mentali. La ricerca scientifica ci sta sempre più avvicinando ad un modello integrato e multifattoriale dei disturbi psichiatrici, il cui attore principale sono le funzioni cognitive ed affettive superiori del cervello ma la cui origine può risiedere molto lontano.

Diagnosi in psichiatria

Uno dei punti nodali dell'agire psichiatrico clinico è la modalità con cui viene effettuata la diagnosi. La comunità scientifica e clinica ha raggiunto un livello elevato di consenso circa la necessità che le diagnosi in psichiatria devono essere quanto più standardizzate possibile

e basarsi su criteri operativi chiaramente definiti. In relazione a questa impostazione concettuale, le diagnosi psichiatriche sono attualmente basate sul riconoscimento di specifici criteri diagnostici per patologie mentali, come accade in ogni altra branca della medicina. I criteri diagnostici sono codificati nei principali manuali diagnostici.

L'*International Classification of Disease (ICD)*, pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è il principale manuale diagnostico esistente, con codici e criteri diagnostici per tutte le patologie umane riconosciute. A maggio 2019 è stata pubblicata la sua undicesima edizione (ICD-11). Al suo interno, è presente un intero capitolo dedicato ai disturbi mentali.

Il Manuale Statistico e Diagnostico delle patologie mentali (DSM) viene invece pubblicato dalla American Psychiatric Association (APA). Nel 2013 è arrivato alla sua quinta edizione ed una ulteriore revisione del testo è avvenuta nel 2022 (DSM 5-TR). Il DSM è esclusivamente incentrato sui disturbi mentali e rappresenta il testo di riferimento per la psichiatria clinica in tutto il mondo, sebbene molti aspetti, concetti e la stessa impostazione ateoretica siano stati aspramente criticati da molti clinici e studiosi. Allo stato, con molti limiti e con la necessità di evitare dogmatici appiattimenti sui dettami del manuale, il DSM rappresenta un potente mezzo di unificazione e omogenizzazione della prassi, del linguaggio e della comunicazione psichiatrica nel mondo. L'obiettivo della riduzione della discrezionalità e della scarsa attendibilità/obiettività della diagnosi psichiatrica è stato ampiamente raggiunto dal DSM. Tuttavia, ciò è avvenuto a costo di una eccessiva semplificazione della complessità dei quadri clinici, del tentativo di categorizzazione di fenomeni psichici non facilmente iscrivibili in omogenei quadri diagnostici, e del ricorso eccessivo a diagnosi di comorbidità plurime, che sono l'effetto della eccessiva rigidità dei paletti diagnostici.

Tutto ciò considerato, i criteri diagnostici nel

DSM 5-TR (e anche nell'ICD-11) seguono una logica alquanto omogenea per porre la diagnosi:

- descrizione delle manifestazioni cliniche attuali e pregresse più caratterizzanti del disturbo, con un minimo di manifestazioni concomitanti esplicitamente richiesto in molti disturbi;
- specificazione della durata temporale minima delle manifestazioni cliniche, in molti disturbi;
- necessità di riconoscere un disagio personale clinicamente significativo e/o impedimenti del funzionamento in molteplici aree della vita personale e sociale del paziente;
- diagnosi differenziale con altre condizioni psichiatriche;
- diagnosi differenziale con condizioni mediche generali, disturbi comportamentali iatrogeni o dovuti all'effetto di sostanze a scopo ricreativo.

Per porre la diagnosi, è necessario che tutti i criteri diagnostici vengano rispettati. Inoltre, il DSM-5 include una serie di specificatori di decorso, di severità e di manifestazione clinica (ovvero qualifiche aggiuntive alla diagnosi di base) che servono a raffinare e personalizzare la diagnosi.

Fonti di informazione in psichiatria

Giungere alla diagnosi, secondo le modalità attuali, prevede un minuzioso esame clinico del paziente che si reca dal medico per un potenziale disturbo mentale. La valutazione psichiatrica clinica del paziente è particolarmente complessa e basata su una serie di tecniche, procedure e accorgimenti che hanno l'obiettivo da un lato di reperire quante più informazioni possibili e dall'altro di oggettivare la valutazione stessa, in maniera tale da ridurre al minimo la discrezionalità del giudizio clinico. Tali accorgimenti sono necessari in quanto al momento non sono ancora disponibili affidabili biomarker per guidare la diagnosi, come avviene in molte altre discipline mediche, e la diagnosi stessa è ancora effettuata mediante valutazione del fenotipo clinico. Proprio tale

difficoltà, associata alla estrema complessità ed eterogeneità di presentazione dei fenotipi comportamentali, rende ancora più necessario che il clinico abbia a disposizione e segua delle procedure rigorose di valutazione e formulazione di un giudizio diagnostico.

Il primo step procedurale è di avere chiaro quali possono essere le fonti di informazione circa lo stato mentale del paziente, in particolare quando si effettua la valutazione di un paziente in prima visita.

La fonte principale di informazione è il colloquio o intervista clinica con il paziente. Benchè il termine colloquio possa far pensare ad un ambito informale e poco professionale, nella realtà dei fatti il colloquio psichiatrico non ha nulla a che fare con una "chiacchierata", ma è invece un processo estremamente tecnico durante il quale il clinico usa una serie di espedienti procedurali per esplorare i diversi domini di funzionamento mentale che possono essere alterati nel paziente. Durante la valutazione clinica effettuata mediante il colloquio con il paziente, il clinico valuta soprattutto una serie di aspetti formali del comportamento, anche elicitando (con diverse tecniche) possibili manifestazioni comportamentali o alterazioni del pensiero che il paziente non ha manifestato spontaneamente. Nel capitolo sulla semeiotica psichiatrica verranno descritti i segni clinici nei diversi ambiti psicopatologici che il clinico esplora.

Oltre al colloquio con il paziente, molte altre fonti possono permettere di recuperare informazioni sullo stato mentale attuale del paziente e sull'andamento pregresso della patologia psichiatrica:

- **Colloquio con i familiari/caregiver del paziente.** Queste figure potrebbero rilevare alterazioni comportamentali di cui il paziente non si rende conto o che questi, per vari motivi, non riferisce. Qualsiasi informazione data o richiesta a terzi relativa al paziente deve seguire la normativa sulla privacy, ad esclusione di alcune condizioni eccezionali. Qualora il paziente si trovasse in condizioni di grave e acuta alterazione dello stato mentale oppure in condizioni di

alterazioni dello stato di coscienza (ad es. per intossicazione da sostanze), potrebbe essere addirittura necessario e salva-vita reperire informazioni da terzi nonostante non si abbia o non si possa acquisire l'auto-rizzazione del paziente.

- **Pregressi record clinici.** Cartelle cliniche, prescrizioni, referti ambulatoriali sono una fonte preziosissima di informazioni su antecedenti, esordio, decorso clinico della condizione psichiatrica, così come sull'orientamento diagnostico e sui trattamenti già effettuati. In tale senso può essere utile anche visionare certificazioni in possesso del paziente, come ad esempio gli esiti di valutazione di commissioni per invalidità o altri accertamenti medico-legali o assicurativi.
- **Raccordo con il medico di medicina generale (MMG)** o con precedenti specialisti, pubblici o privati, che hanno seguito il paziente.

La valutazione psichiatrica necessita di essere completata da ulteriori valutazioni:

- **Anamnesi farmacologica.** Utile innanzitutto come ulteriore orientamento diagnostico. Necessaria per impostare una terapia ragionata, che prenda in considerazione quanto già è stato fatto, come il paziente ha risposto ai trattamenti, quali effetti indesiderati si sono verificati.
- **Valutazione medica generale.** Anamnesi medica generale, esame obiettivo generale e presa visione di accertamenti laboratoristici e strumentali, così come di record clinici relativi a condizioni mediche generali sono step ineliminabili della valutazione psichiatrica. Difatti, i disturbi psichiatrici possono essere espressione secondaria di una condizione medica generale. Inoltre, il trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici impone una conoscenza dello stato medico generale, per minimizzare eventuali effetti collaterali e per personalizzare la terapia.

Un ultimo step che potrebbe essere preso in considerazione nel corso della valutazione psi-

chiatrica è l'esecuzione di scale di valutazione o di test psicodiagnostici.

L'esame obiettivo e la valutazione complessiva in psichiatria

La valutazione psichiatrica consta di due momenti concettualmente separati, sebbene questi stessi vengano di solito effettuati contestualmente:

1. l'esame di stato mentale;
2. l'anamnesi patologica psichiatrica prossima e remota.

La prima valutazione serve a identificare lo stato mentale attuale del paziente, ovvero nel momento stesso in cui avviene la visita. La seconda serve a ricostruire l'esordio e l'andamento della patologia psichiatrica nel corso del tempo.

La necessità di effettuare entrambe queste valutazioni è particolarmente rilevante quando si visita un paziente non noto. Successivamente, le visite di follow-up richiedono esclusivamente una valutazione dello stato mentale attuale del paziente.

È importante specificare che in psichiatria la diagnosi può essere concettualmente distinta in due tipologie: la diagnosi di stato o trasversale, cioè il quadro clinico attuale, e la diagnosi longitudinale o life-time, che identifica la patologia di cui il paziente soffre.

La valutazione della sola condizione trasversale può essere fuorviante. Un paziente potrebbe presentarsi per la prima volta dal clinico mentre è affetto da una grave depressione maggiore. Tuttavia, la valutazione longitudinale potrebbe permettere di riconoscere molteplici eventi pregressi maniacali e/o ipomaniacali. Quel paziente è affetto da disturbo bipolare e non da disturbo depressivo maggiore, e pertanto necessita di un approccio terapeutico estremamente diverso da quello di un depresso unipolare.

La modalità più adeguata per effettuare una diagnosi in psichiatria è dunque quella di valutare l'andamento longitudinale delle manifestazioni cliniche del paziente, partendo dal quadro trasversale che si sta osservando al

momento della visita ma considerando anche i quadri clinici pregressi.

L'esame di stato mentale è il vero esame obiettivo in psichiatria. È la disamina sistematica delle alterazioni psicopatologiche di un paziente in relazione a specifici domini sintomatologici e funzionali. Ciò significa che il medico deve esplorare, senza tralasciarne alcuno, una serie di ambiti del pensiero e del comportamento, alla ricerca di eventuali alterazioni.

I principali domini di valutazione sono:

- atteggiamento verso l'esaminatore (e altri soggetti, se presenti);
- aspetto generale, che include anche la psicomotricità;
- stato di coscienza;
- orientamento;
- attenzione e concentrazione;
- funzioni mnesiche e altre funzioni cognitive superiori;
- forma dell'eloquio;
- forma del pensiero;
- contenuto del pensiero;
- senso-percezioni;
- umore e affettività;
- ansia e manifestazioni somatiche dell'ansia;
- volitività e controllo degli impulsi;
- ritmo sonno-veglia;
- consapevolezza di malattia.

Per ognuno di questi ambiti, il clinico cerca di riconoscere i segni clinici che attestino la presenza di sintomatologia. I sintomi riferiti dal paziente possono essere indicazioni preziose, ma il loro valore in termini di attendibilità è nettamente inferiore rispetto ai segni obiettivi che un clinico mediamente esperto in semeiotica psichiatrica riesce a riconoscere durante l'intervista clinica.

L'esame di stato mentale consente di ricostruire il quadro clinico psichiatrico attuale, caratterizzato da associazioni più o meno costanti ed omogenee di specifiche alterazioni psicopatologiche in specifici domini comportamentali.

Per quanto possibile, lo psichiatra dovrebbe provare a ricostruire anche i quadri clinici pre-

gressi. Tuttavia, questa operazione sarà sempre viziata dall'impossibilità di effettuare un esame obiettivo attuale e dovrà basarsi esclusivamente sul riferito del paziente e del caregiver, con tutte le possibili distorsioni derivanti da ricordi non precisi o da ricostruzioni parziali o deliberatamente alterate.

Scale di valutazione in psichiatria

In assenza di chiari biomarker derivanti da specifici connotati genetici, indici laboratoristici o di neuroimaging, che possano sostenere la diagnosi psichiatrica, un ausilio prezioso nella valutazione clinica può derivare dalla esecuzione di scale di valutazione e/o test di varia natura. Sebbene nessuno di questi test abbia valore diagnostico indipendente, essi permettono di misurare quantitativamente una serie di aspetti comportamentali, consentendone una comparazione trasversale (ovvero relativamente ad una popolazione di non affetti) e/o una comparazione longitudinale (ovvero nello stesso paziente in diversi momenti del decorso).

I possibili strumenti testistici sono disparati e adattabili alle esigenze del clinico. In generale, le scale di valutazione possono essere autosomministrate (ovvero redatte dal paziente stesso che risponde ai quesiti) o etero-somministrate. In quest'ultimo caso, le scale di valutazione possono essere redatte da un care-giver del paziente, da operatori sanitari che monitorano il paziente, oppure più frequentemente dal clinico stesso contestualmente alla esecuzione della valutazione clinica. Le modalità di raccolta delle informazioni possono essere molteplici: può essere adottato uno schema di colloquio molto aperto oppure strutturato, cioè con una rigida sequenza di domande e procedure. Nella maggior parte dei casi, però, si usa un approccio semi-strutturato, cioè si parte da un canovaccio fisso di quesiti da porre al paziente e poi ci si muove in relazione all'andamento del colloquio.

Le possibili scale di valutazione possono abbracciare differenti scopi. Per indicarne solo alcuni:

- diagnosi categoriale, ad es. SCID e MINI, che richiedono una rigida intervista strutturata;
- valutazione della psicopatologia generale (SCL-90, BPRS);
- valutazione di uno specifico quadro sintomatologico nell'ambito di una condizione patologica (PANSS, Y-BOCS, HAM-D).

Tipologie particolari sono i test proiettivi della personalità (come l'MMPI o il test di Rorschach) o i test per la valutazione del quoziente intellettivo (WAIS). Di recente, sono molto utilizzati strumenti computerizzati o digitalizzati, anche con ausilio della realtà aumentata o virtuale, per la valutazione del funzionamento cognitivo e delle performance sociali dei pazienti.

Una descrizione esaustiva della tipologia e delle finalità delle scale di valutazione e dei test effettuabili sui pazienti è estremamente difficile, vista la gamma estremamente ampia di

strumenti per la misurazione delle performance mentali e delle funzioni psicologiche. Molti strumenti standardizzati sono in realtà pensati più per la ricerca che per le applicazioni nella realtà clinica quotidiana e una loro conoscenza rappresenta un requisito ultraspecialistico che esula dagli scopi di questo volume.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. Text Revision. DSM 5-TR. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina; 2023.
- ▶ Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. Collana: Progressi in psichiatria. Firenze: SEE; 2000.
- ▶ Prince M, Patel V, Saxena S, *et al.* No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859–77.
- ▶ World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.

CAPITOLO

2



SEMEIOTICA PSICHIATRICA

Felice Iasevoli, Annarita Barone

La semeiotica è la disciplina che spiega come individuare i segni e le costellazioni sintomatologiche mentali. Come riconosciuto dai grandi psicopatologi, i sintomi sono inestricabilmente indovati nella personalità e nella biografia del paziente e la loro enucleazione non è sempre agevole. Questo processo è però indispensabile per ricomporre successivamente le esperienze psicopatologiche nelle dinamiche di personalità e nella biografia del paziente.

La conoscenza della semeiotica psichiatrica è fondamentale per una corretta valutazione del paziente nel contesto dell'esame di stato mentale e della ricostruzione anamnestica della storia di malattia. La valutazione semeiotica si estrinseca in molteplici ambiti psicopatologici che verranno di seguito descritti.

Atteggiamento

È un sistema relativamente stabile di valutazioni positive o negative, sentimenti e tendenze all'azione nei confronti di oggetti sociali, che nel contesto dell'esame di stato mentale è rappresentato dall'esaminatore.

Durante il colloquio, il clinico esamina l'atteggiamento generale del paziente nei confronti

della situazione, la sua disponibilità al colloquio stesso e la disposizione verso l'esaminatore. In caso di altre persone presenti, (ad es. familiari, infermieri, collaboratori), il clinico può valutare se l'atteggiamento varia in relazione ai partecipanti.

Il paziente può mostrarsi accessibile e disponibile al colloquio, adeguato alla situazione e collaborativo nei confronti del medico; al contrario, può apparire diffidente, circospetto, rivendicativo, o addirittura irrispettoso di ogni regola formale fino alla franca ostilità verso il clinico.

Aspetto generale

Insieme di caratteristiche (somatiche, morfologiche, estetiche e psicomotorie) che definisce l'esteriorità di un individuo. Esso include vari ambiti: salutare, prossemica, cura del sé, igiene personale, abbigliamento. Tra gli elementi più significativi da considerare: caratteristiche fisiche rilevanti (ad es. una magrezza evidente), la congruità e adeguatezza al contesto, la manierata ed eccessiva raffinatezza, l'eccentricità, la trascuratezza, la meticolosità, la modificazione dell'aspetto corporeo.

Attività psicomotoria

Rappresenta un parametro fondamentale nella valutazione psichica diretta e consiste nell'espressione a livello motorio della vita di relazione e del mondo affettivo-pulsionale dell'individuo. Essa racchiude:

- **mimica:** insieme delle espressioni facciali che si accompagnano all'espressione verbale;
- **gestualità:** indica l'espressione non verbale mediante il corpo;
- **motilità:** riguarda l'attività motoria volontaria del soggetto.

L'attività psicomotoria può presentare alterazioni di tipo quantitativo e di tipo qualitativo.

Alterazioni quantitative

- Incremento dell'attività psicomotoria. Può essere:
 - **finalizzata** (ad es. frenetiche pulizie di casa, lavorare intensamente e senza sosta);
 - **afinalistica:** può essere segno di disorganizzazione, tensione, o di eccessiva mutevolezza con continuo cambio di obiettivi (ad es. camminare avanti e indietro nella stanza, compiere movimenti ripetitivi senza uno scopo specifico, intraprendere una nuova attività prima di averne conclusa una).
- Una condizione di iperattività motoria può anche essere definita eccitamento. L'eccitamento può passare attraverso vari stadi:
 - **irrequietezza:** difficoltà a mantenere la stessa posizione a lungo, difficoltà a concentrarsi (attenzione a distinguerla dall'acatisia, che è in genere involontaria e fastidiosa per il paziente);
 - **affaccendamento:** aumento dell'attività in maniera improduttiva;
 - **agitazione psicomotoria:** attività eccessiva e inadeguata;
 - **furore o crisi pantoclastica:** l'eccitamento si manifesta in aggressività e distruttività verso tutto ciò che circonda il soggetto;
 - **eccitamento catatonico:** iperattività motoria afinalistica, disorganizzata, con

meccanicità; tipicamente sussiste netta separazione e mancanza di contatto tra gli atti motori ed affettività e pensiero.

- Riduzione dell'attività psicomotoria: lentezza nell'iniziare le azioni, nell'eseguirle e nel completarle. Il paziente percepisce difficoltà nell'iniziare e portare avanti le attività spontanee. È spesso associata a bradipsichismo o a rallentamento del flusso del pensiero. È tipica, ma non esclusiva, delle depressioni endogene:
 - può giungere fino all'arresto psicomotorio, in genere definito stupor, le cui caratteristiche principali sono l'acinesia e spesso il mutacismo, in stato di coscienza lucida e vigile;
 - nello stupor catatonico, alle caratteristiche suddette si aggiunge la dissociazione con le componenti affettive e ideative;
 - lo stupor melanconico è tipico delle forme più profonde di depressione;
 - lo stupor emotivo è osservabile nelle forme iperemotive o come reazione psicogena da spavento o da trauma.

Alterazioni qualitative

- **Negativismo:** opposizione ostinata e volontaria ai comandi o alle richieste dell'interlocutore. Può essere passivo (resistenza ai comandi) o attivo (esecuzione di un movimento contrario). Forma particolare è il mutacismo, ovvero l'assenza di produzione verbale.
- **Ecoprassia:** imitazione dei gesti dell'intervistatore. L'ecolalia è il corrispondente segno per la componente verbale.
- **Puerilismo:** comportamento caratterizzato da modalità infantilistica di guardare e di muoversi.
- **Manierismi:** movimenti, gesti, posture, e smorfie con carattere strano e caricaturale, eccentrici, artificiosi e affettati.
- **Bizzarrie comportamentali:** comportamenti strani, incomprensibili, spesso inadeguati. Manierismi e bizzarrie comportamentali possono presentarsi in varie forme,