

# Problemi psichiatrici e disagio psichico



6 incontri  
tra il 29 aprile e il 24 giugno  
+ 1 incontro di simulazione con  
2 simulazioni complesse

# Obiettivi specifici-competenze

- Migliorare le capacità diagnostiche e di gestione di pazienti con grave disagio psichico in caso di depressione e psicosi, ma anche di pazienti con disturbi minori affetti da malessere quotidiano (nevrosi).
- Migliorare la propria conoscenza degli psicofarmaci ed il relativo corretto uso (autoformazione)

# Contenuti e articolazione del percorso

- Storia della psichiatria e dell'istituzionalizzazione del disagio psichico e della devianza: perché e quando la psichiatria è diventata una disciplina autonoma in ambito medico; rapporto tra devianza ed istituzionalizzazione della devianza; i cambiamenti in Europa e in Italia nell'ultimo secolo
- L'approccio non medico nell'esperienza di Valle Aperta (Val di Cembra TN): l'antipsichiatria incarnata nel territorio.

NOTA: questi moduli vengono effettuati nella sede di Valle Aperta

# Contenuti e articolazione del percorso

- ansia, depressione, psicosi e problemi di classificazione e competenze del MMG – prima parte
- ansia, depressione, psicosi, rapporti con il servizio pubblico e competenze del MMG – seconda parte
- psicoterapie e psicofarmacologia (nozioni)



# Psichiatria e disagio psichico in MG



Teorie in uso.  
La prima lezione  
29.04.15

3° anno  
Corso 2012 - 2015

# Le storie

- Domenica sera 20,30 arriva in GM una paziente della comunità “XXXXX”. Ha sempre vissuto lì. Ha schizofrenia. Lì ci sono solo 2 operatori su tre piani. Le persone entrano ed escono liberamente dalla struttura. La signora (38 anni) sta bene quando è in PS a xxx e per questo ingerisce e si introduce negli orifizi oggetti per accedere al PS.
- ERRORE: “tu stai bene, per andare in PS si deve star male”
- Mentre la dottoressa sta lavorando al PC apre l’armadio dei farmaci. Colluttazione. Arriva l’altra dottoressa in aiuto. Arriva anche l’operatore.
- Fiala di Talofen im
- Si concorda che X torna a piedi al maso, lei davanti, l’operatore e la dott.ssa dietro.
- Passa un’auto e si butta sotto: l’auto andava ai 20 all’ora non si fa nulla, ma a quel punto ...

# Le storie

- (caso noto all'aula) In GM paziente (50 anni) con disturbo ossessivo-compulsivo che chiama spesso la GM. Io abitualmente andavo, gli altri colleghi no. Lui aveva acquisito un po' di fiducia. Lavava per ore la bocca. Telefona la mamma: il figlio è sotto la doccia da 8 ore usando bottiglie di detergente. Erano già arrivati i vicini di casa e i parenti.
- Vado, anche se non era per me la sera giusta, ero molto nervosa. L'acqua usciva, mi sono sollevata i pantaloni e con tono aggressivo ho ingiunto a XX di aprire la porta. Ha aperto subito. Entro e chiudo il rubinetto, gli ingiungo di uscire.
- La terapia: alla fine della discussione ho buttato le pillole direttamente in bocca
- Fatto una fiala di EN

# Le storie

- Paziente psichiatrico grave distrugge la sala d'attesa della stazione.
- Tenta di sfondare la porta della GM inseguito da carabinieri e infermieri
- Si calma e va in PS: lo psichiatra lo fa scappare di nuovo dalla GM decidendo un TSO.
- La GM deve andare in PS per ascoltarlo.
- Lui accetta di essere ricoverato, ma accompagnato dalla GM in ambulanza

# Problemi di gestione

- Rifiuto del paziente
- La violenza
- L'ansia del contesto
- Gestire gli operatori coinvolti
- Trovare le risorse di rete

# Problemi di competenza e di ruolo

- Nell'urgenza NON ricerca della diagnosi
- Diagnosi (con approccio biografico) in situazioni non urgenti
- Invio
- Richiesta di aiuto: chi?
- Costruzione rete
- Conoscenza dei farmaci

# Impatto personale (emotivo)

- Sgradevolezza della persona
- Fastidio (necessità di tempo)
- Paura
- Violenza



# Strumenti utili (pratica olistica)

- Essere fuori dalla cerchia istituzionale
- Ascolto
- Riconoscere dignità al paziente (“sono arrabbiata”)
- Uso della conoscenza
- Uso della relazione
- Uso degli elementi biografici
- I farmaci



GESTIONE	COMPETENZA E RUOLO	IMPATTO PERSONALE	STRUMENTI UTILI
Il rifiuto del pz	Diagnosi in situazioni non urgenti	Paura	Uso della conoscenza
La violenza	Diagnosi: non necessaria nell'urgenza	Violenza	Uso degli elementi biografici
Gestire gli operatori sanitari	Invio	Sgradevolezza della persona	Uso della relazione
L'ansia del contesto	Contenere l'ansia	Fastidio	Ascolto
Il contesto come risorsa : LA RETE	Chiedere aiuto: a chi?	Tempo dilatato	Riconoscere dignità al paziente ("sono arrabbiata")
	Costruzione/ conoscenza della rete		Essere fuori dalla cerchia istituzionale
	Conoscenza dei farmaci		Farmaci



# Valle Aperta

22 maggio 2015

Anno 2012 - 2015

La comunità di Valle Aperta, dove docenti e discenti hanno trascorso una intera giornata come ospiti, è situata in Trentino, una casa in mezzo ai boschi della Valle di Cembra. L'Associazione – retta dal volontariato - promuove l'integrazione sociale di persone in stato di sofferenza mentale, offre il proprio servizio a soggetti che a causa del disagio psichico vivono forme di disadattamento e di emarginazione sociale. A tal fine Valle Aperta si propone di aiutare la persona sofferente a convivere meglio con se stessa e con la sua malattia, ma anche con i familiari e con il contesto sociale.

Tali obiettivi vengono perseguiti principalmente offrendo agli pazienti periodi di vacanza (2 settimane) durante i quali l'approccio alla persona è basato sull'accoglienza e su una metodologia ludica. Il gioco come strumento per promuovere e migliorare le relazioni e gli incontri.

# Storia della psichiatria

È una triste storia

Il più grande crimine perpetrato da uomini  
contro uomini.

Nei secoli i pazienti psichiatrici sono stati  
perseguitati. Soprattutto le donne.

Ultimo rogo del 1796 in Polonia.



Sartori - Valcanover 2015

# 1600 gli istituti della non ragione

contemporaneamente i matti venivano mostrati  
in gabbie nei mercati come monito a chi osasse  
abbandonare la retta via



Sartori - Valcanover 2015

Negli ospedali psichiatrici nessuno arrivava oltre i 40 anni perché vivevano in condizioni assolutamente disumane, tantissime persone tutte legate senza igiene.



Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015

# 1790 nasce il manicomio

È il primo tentativo di cura del malato di mente. Quindi il manicomio nasce con buoni intenti. Nasce il “trattamento morale”: iniziative per rieducare le persone alla convivenza civile, il lavoro e il rispetto reciproco. Pinel quasi annulla le contenzioni. Rinasce quindi la nosografia psichiatrica. Nosografia che era già stata descritta da Ippocrate per certe malattie in modo molto pertinente (es. l'isteria).



Sartori - Valcanover 2015



Sartori - Valcanover 2015

- Nell'ottocento in Europa nascono ovunque i manicomi. In una prima fase c'era una forte attenzione ad umanizzare l'assistenza, ma poi tornarono ad assomigliare a ciò che erano prima, agli istituti della non ragione.
- Gli psichiatri cominciarono a pensare che non valeva la pena stare a cercare di capire il malato, ma era meglio chiudersi in laboratori e sezionare cervelli.



Sartori - Valcanover 2015

# Il manicomio è funzionale alla società

- Serve a tenere segregati i soggetti non voluti.
- La psicoanalisi non ha influito nulla sul destino degli ammalati negli ospedali psichiatrici.
- **Il manicomio ha una forza sua intrinseca enorme** e mostrare con il pensiero e la riflessione che ci sono modi migliori non serve e non sconfigge questa forza.



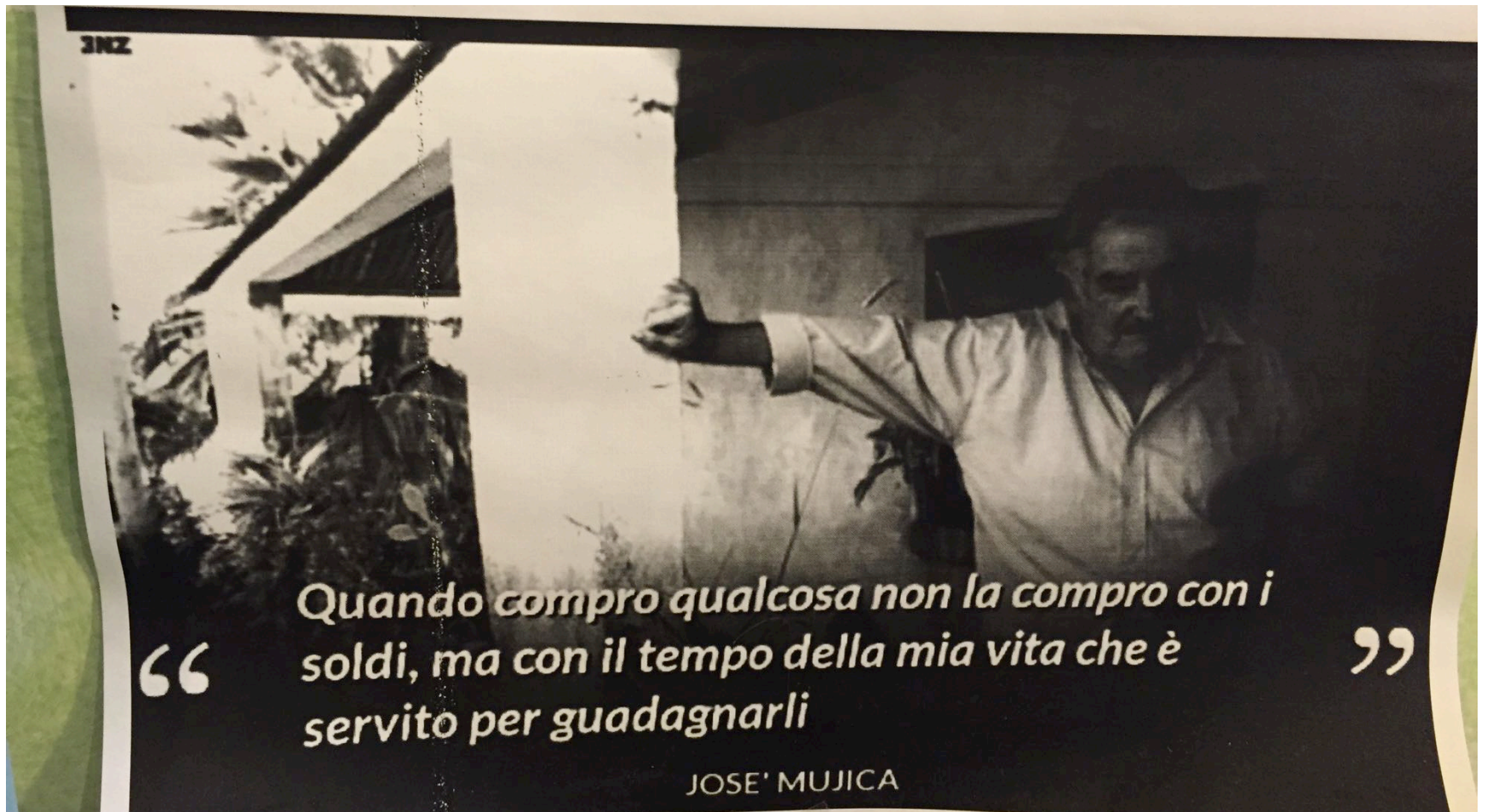
Sartori - Valcanover 2015



# Leggi

- L'Italia è l'ultimo stato a legiferare sul manicomio nel 1904. Legge che è rimasta in vigore fino al 1978.
- Legge 180 nel 1978

La più grande rivoluzione  
non violenta italiana  
è stata quella psichiatrica.







COLONIA  
INDEBILITATE  
NE DE  
SUCE  
VILE







Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





SCALA  
TERMOSENE  
CASTELLO  
CARRIOLA  
MIMESTRA  
GRITO  
CAVALLO



Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015









Sartori - Valcanover 2015



miglior le macchine lavastoviglie  
Attenzione in lavastoviglie  
macchine lavastoviglie  
della macchina lavastoviglie  
Caricamento del materiale











L'ESIZIO A TRONCA VERO  
... INSIEME PER UNO DEI PROBLEMI ...

IL SILENZIO

Dai Silenzi  
... viene ...









IL SILENZIO

IL NOSTRO F...  
D... E CHE...  
T... C...

IL SENZO...  
A TRON...  
NERO...  
... P...





Sartori - Valcanover 2015





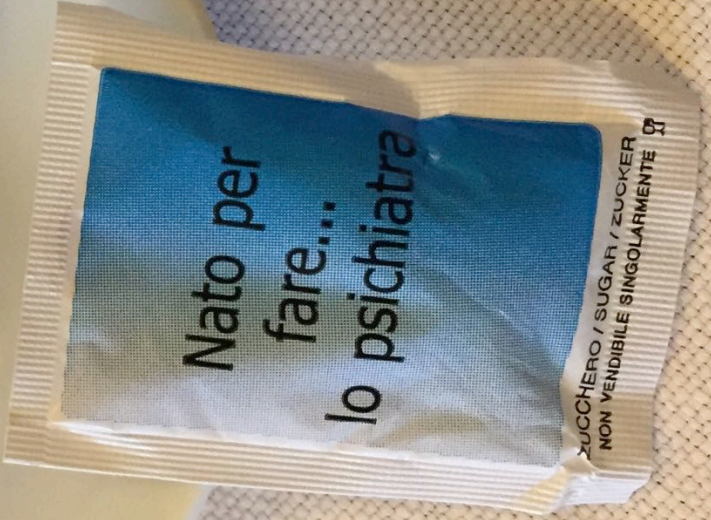
Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Nato per  
fare...  
lo psichiatra

ZUCCHERO / SUGAR / ZUCKER  
NON VENDIBILE SINGOLARMENTE



# POMERIGGIO: gli ospiti tra diagnosi e terapie

P.....

M....

A.....

M.....

R....

A.....

G.....

<b>O E</b>	<b>ASPETTO</b>	<b>BIOGRAFIA</b>	<b>DIAGNOSI</b>	<b>TERAPIA</b>	<b>NOTA</b>
	Rallentato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha mantenuto il suo MMG seguendolo negli spostamenti</li> <li>• Storia familiare ricca</li> <li>• Lavoro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia</li> <li>• Depressione maggiore</li> <li>• <i>Diagnosi reale: bipolare</i></li> </ul>	Depakin 500x2 En 2 1x2 Cymbalta 60 Olanzapina 5	Spiegazione su LITIO
	Non voleva socializzare con gli sconosciuti Venduto un braccialetto (contrattazione) Compulsività nel fumare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequentato villa S.Chiara (VR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione</li> <li>• Bipolare</li> <li>• Psicosi</li> <li>• <i>Diagnosi reale: schizofrenia paranoide</i></li> </ul>	(supposta: come sopra) Lorazepam 7,5 Olanzapina 10 Entumin 100	Ospite abituale, in passato molto delirante
	Ha ricordato molto bene i nostri nomi Un po' spento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canadese</li> <li>• Vive coi genitori</li> <li>• Dipinge (animali e nature morte)</li> <li>• Va in bici</li> <li>• Sorella morta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipolare</li> <li>• Depresso</li> <li>• Psicotico</li> <li>• <i>Diagnosi reale: schizofrenia paranoide</i></li> </ul>	Risperidone 6 mg	Tentato suicidio: da angoscia depressiva
	Moltissima memoria soprattutto per i numeri. Chiacchierone, euforico. Molto curato. Ha mangiato il bis di tutto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violenze in famiglia</li> <li>• Ha un fratello</li> <li>• Racconta della zia</li> <li>• Abita con altri ospiti a Rovereto</li> <li>• Qui gli piace di più</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicosi</li> <li>• Tipico bipolare in fase euforica</li> <li>• <i>Diagnosi reale: Disturbo paranoide di personalità</i></li> </ul>	Quetiapina 400 Halcion 0,25	
	Gli piacciono flebo, ospedali, intervento chirurgici. Desiderio di fare anestesista		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicotico ossessivo</li> <li>• <i>Diagnosi reale: ossessivo compulsivo</i></li> </ul>	Fevarin 300 Risperdal En 1	
	Parlato poco		Diagnosi reale: ritardo mentale con impoverimento ideo affettivo	Abilify5 Sertralina 200 Felison	
	Paura del buio, pioggia. Fobie Abbraccio forte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vive a Rovereto, frequenta il centro diurno</li> <li>• gemella</li> </ul>	Ansiosa Depressione Ossessiva Diagnosi: oligofrenica e sindrome dissociativa	Ziprexa 10 Entumin 15 gtt Diazepam	



Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015





# Mi presento

Abito a Perzen; All'Ospedale. Durante il giorno. Mi faccio la doccia. E dopo la doccia mi alzo; E quando cammino; per il corridor; prendo; la maniglia; della porta verde; e cammino; E poi entro dalla porta verde in refettorio; e poi entro nella porta; verde e cammino avanti; per il refettorio; E vado a camminare sul; corridore poi cammino avanti; sulle piazzole; Poi passo coi piedi e le scarpe; E poi cammino sul pavimento e poi cammino; E poi mi avvicino alla porta; Con un passo; e poi mi avvicino alla porta verda; E con il braccio; e la mano; la maniglia; della porta ...

S.T.





Sartori - Valcanover 2015





Sartori - Valcanover 2015



IL SILENZIO È  
NON PARLARE  
MA  
GIMO-

GRAZIE  
DI ESSERE  
CRISTIAN  
CUI

X SCRIVERE  
NON RUOTE

IL SILENZIO  
COMUNICA  
TANTE COSE  
DURANTE

mag. E. ...  
parola: abba

IL SILENZIO È L'ESSENZA  
PER TIRAR FUORI LE COSE  
NEGATIVE E RIEMPIRSI  
DI POSITIVITÀ  
TOGLIERE I BRUTTI RENSIERI

Stefano

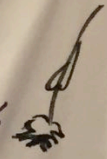
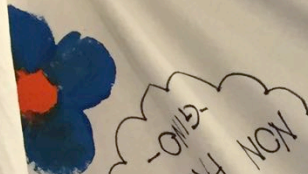
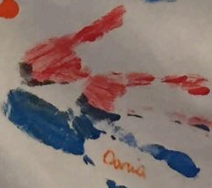
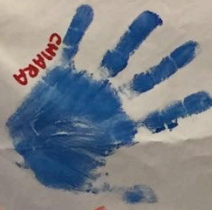
IL SILENZIO È STARE IN PACE CON  
SE STESSI

IVANO

UCCELLO DI MARE, SILENZIO DI MONTE  
LORENZO

IL SILENZIO  
È MAGICO

GIUSEPPE L.

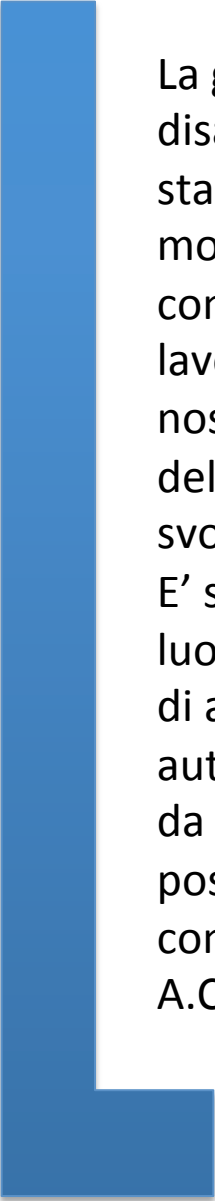


Grazie ancora per la bellissima giornata! L'esperienza alla Valle Aperta era bellissima! È un posto di vera accoglienza per tutte le persone che cercano un rifugio un abbraccio sincero lontano dal loro disagio. Le persone con un disagio psichico trovano lì una vera famiglia che li segue e li aiuta con chiacchierate, tante attività ricreative è davvero un vero sollievo una vacanza! Complimenti per tutta l'equipe per il lavoro meraviglioso che svolge.

Personalmente anche io essendo lì ho sentito il calore delle persone che ci lavorano mi ha dato davvero una sensazione di benessere vi ringrazio che ci avete fatto conoscere questa realtà

Grazie di cuore

K.S.



La giornata ci ha consentito di riflettere sul campo riguardo al disagio psichiatrico. La prospettiva era chiara: avere la possibilità di stare un giorno insieme agli ospiti della casa condividendo i momenti di convivialità (come il pranzo) in modo spontaneo e conoscere la storia della associazione, il suo progetto e metodo di lavoro in ambito psichiatrico. Ci siamo confrontati tra di noi sui nostri discorsi e incontri con le persone ospitate e con il direttore della struttura che ci ha mostrato nei dettagli il lavoro che svolgono.

E' stato molto interessante vedere come ci sia uno spazio e un luogo come questa Valle Aperta per periodi di vacanza ricreativa, di attività ludica e per questo utile a far mettere in gioco in modo autentico i partecipanti. Inoltre l'ambiente "selvatico" e circondato da bosco, ti porta a un contatto subito diretto con la natura del posto e anche gli animali in giardino fanno parte integrante della compagnia.

A.C.

Salve a tutti!

Scrivo per fare un breve resoconto della giornata che abbiamo passato insieme a Valle Aperta ed esprimere la mia soddisfazione.

Ho trovato l'esperienza estremamente interessante: al nostro arrivo gli ospiti erano momentaneamente assenti perché occupati in una delle loro attività sportive programmate, quindi, in attesa del loro rientro, siamo stati accolti dal responsabile della struttura Giorgio che ha dato il benvenuto e presentato la struttura.

Tutto mi è apparso estremamente curato ed organizzato, nulla è lasciato al caso ed ogni spazio ha una sua funzione dedicata alle esigenze degli ospiti o modellata in base alle loro richieste ed alle esperienze maturate nel tempo. La struttura porta in sé i segni della sua lunga ed interessante storia ed oggi le prime parole che mi vengono in mente per riassumerne l'essenza sono: accoglienza, rispetto e professionalità. Ed è così che siamo stati accolti anche noi visitatori dagli ospiti stessi della residenza. Al loro rientro, infatti, la nostra giornata è proseguita in loro compagnia durante un piacevole pranzo in cui, in realtà, sono stati loro ad accoglierci facendo presto scomparire ogni timore ed insicurezza.

Ognuno di loro è stato estremamente compito, educato ed ospitale. Ci hanno raccontato le loro storie, meno fortunate, ma alla fine non tanto diverse da quelle di qualsiasi altra persona e di come amino tornare negli anni a Valle aperta. La cosa non mi stupisce affatto: la stessa piacevole sensazione è rimasta anche in noi visitatori. Dovrebbero esistere più strutture di questo tipo e su di esse si dovrebbe investire anche aprendole più spesso agli ospiti, alle visite, alla popolazione come è stato per noi. Solo una esperienza come la nostra di una giornata in "piena integrazione" a Valle Aperta può, infatti, seriamente far comprendere l'importanza di una struttura come questa e del suo operato per la società.

L.S.



Se penso che quelle sono le stesse persone che chiamano o si recano in guardia medica a tutte le ore del giorno e della notte con quell'angoscia, quell' ansia irrefrenabile, con l'idea che sarebbe meglio morire mi viene da pensare che in qualche modo siamo colpevoli della loro malattia.

Appena li vediamo entrare in ambulatorio cerchiamo subito di classificarli come "malati psichiatrici con diagnosi di....." ; chiediamo che terapia prendono, pensiamo che magari non è quella giusta....e riusciamo solo ad aggiungere qualche goccia in più dei soliti medicinali e poi pensiamo..... "tanto sono pazzi"....

Quanti di noi penserebbe mai che il malato psichiatrico che entra nei nostri ambulatori abbia bisogno di vivere in uno spazio dove tutti lo rispettino, di ascoltare o suonare della musica, di dipingere, di parlare con una capra, di nuotare per stare bene con se stesso e per ritrovare un po' di pace...

"Valle aperta" accoglie questi uomini e queste donne ascoltandoli e valorizzandoli. Ho avuto l'impressione che quelle persone fossero davvero felici e fiere di raccontare le loro storie e di vivere in quella valle.

L'obiettivo del medico è spesso quello che di "ricreare" dei sani di mente ma forse, se cercassimo di accompagnare queste persone verso una stabilità, nel loro mondo, nella loro valle, nel loro mare, nella loro dimensione, forse allora saremmo davvero utili a qualcuno.

I.F.

# Problemi psichiatrici e disagio psichico



La depressione  
(di Baudelaire)

27 maggio 2015



# IL PRE-GIUDIZIO

- Stiamo affrontando un percorso sulla depressione
- Il fatto che venga da noi è una richiesta d'aiuto
- È un poeta famoso: se si suicida cosa succede a me?
- Se non è un poeta famoso, ma una casalinga?
- Ha senso fare domande sul contesto sociale a un poeta maledetto? E sulla famiglia?
- Forse ha un sottile piacere a esprimere questi sentimenti. Attenzione che ciò non esclude il rischio suicidario
- Metodo di indagine: classico da DSM?





## LA PROPOSTA DEL PAZIENTE

- ***Perché*** il paziente è venuto da me? Domanda esplicita
- Su quale piano si pone il paziente? Come vengo influenzato dal piano su cui si pone il paziente?
  - Biomedico
  - Sociale
  - Familiare



# IL CONTESTO

- Difficile calare nella realtà odierna i contenuti di un poeta degli inizi 900
- L'approccio può essere alla poesia o ad un paziente che porta a voce gli elementi contenuti nella poesia
- La socialità è assolutamente particolare, molto vivace, piena di interazioni con artisti "maledetti"



# Azioni

- Diagnosi differenziale con patologia neurologica: fare RMN cerebrale
- La relazione che si instaura nel qui ed ora con il paziente guida la decisione clinica di inquadramento diagnostico e decisione terapeutica



# Azioni

DOMANDE X CAPIRE	DOM. X TROVARE SOLUZIONI	FATTORI DI CONTESTO	AZIONI
Pensiero corrente? O poetico? SOFFRE?	Cosa da piacere?	Famiglia? Solo?	Terapia farmacologica (legata alle risposte)
Da quanto tempo? Come sta oggi?	Qualcosa in particolare che vorrebbe fare?	Lavoro?	Gruppo di auto mutuo aiuto
L'evoluzione nella giornata	Terapia: ev. rivalutarla	Amici? esce di casa?	Colloquio anche nostro
Sonno/appetito/ritmo di attività quotidiana	Sente bisogno di trovare una soluzione?		Supporto psicologico
Già in terapia?	Possiamo trovare qualcosa insieme per aiutarlo?		Invio allo psichiatra?
Episodi in passato? EVENTO SCATENANTE?	Ha pensato di parlarne con qualcuno/ne ha parlato?		Quale l'effetto della scrittura? Ev consigliarlo
Uso di sostanze?			
La poesia è un messaggio per gli altri?			
SUICIDIO?			

# Supporto diagnostico

## Disturbi dell'umore nel DSM-IV TR (APA, 2000)

Polarità dell'episodio	Episodio <ul style="list-style-type: none"><li>• depressivo</li><li>• maniacale</li><li>• (ipo)maniacale</li><li>• misto</li></ul>
Disturbi depressivi	Disturbo <ul style="list-style-type: none"><li>• depressivo maggiore (episodio singolo, ricorrente)</li><li>• distimico</li><li>• depressivo</li><li>• non altrimenti specificato</li></ul>
Disturbi bipolari	Disturbo <ul style="list-style-type: none"><li>• bipolare I</li><li>• bipolare II</li><li>• ciclotimico</li><li>• bipolare non altrimenti specificato</li></ul>
Altri disturbi dell'umore	Disturbi dell'umore <ul style="list-style-type: none"><li>• dovuti a patologie mediche generali</li><li>• indotti da sostanze non altrimenti specificati</li></ul>

# Supporto diagnostico: Disturbo distimico (DSMIV-TR)

- A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri, per almeno 2 anni.  
**Nota** Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile, e la durata deve essere di almeno 1 anno.
- B. Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi:
- 1) scarso appetito o iperfagia
  - 2) insonnia o ipersonnia
  - 3) scarsa energia o astenia
  - 4) bassa autostima
  - 5) difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
  - 6) sentimenti di disperazione
- C. Durante i 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) la persona non è mai stata priva dei sintomi di cui ai Criteri A e B per più di 2 mesi alla volta.
- D. Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore; cioè il disturbo non è meglio inquadrabile come Disturbo Depressivo Maggiore Cronico, o Disturbo Depressivo Maggiore, In Remissione Parziale.



# Supporto diagnostico: criteri per Disturbo distimico (DSMIV-TR)

**Nota** Prima dell'insorgere del Disturbo Distimico può esserci stato un Episodio Depressivo Maggiore, purché seguito da una totale remissione (nessun segno o sintomo per 2 mesi). Inoltre, dopo i primi 2 anni (1 anno per bambini o adolescenti) di Disturbo Distimico possono esserci episodi sovrapposti di Disturbo Depressivo Maggiore; in questo caso vengono poste entrambe le diagnosi se risultano soddisfatti i criteri per l'Episodio Depressivo Maggiore.

E. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale (pag. 393), Misto (pag. 396) o Ipomaniacale (pag. 399), né sono stati mai risultati soddisfatti i criteri per il Disturbo Ciclotimico

F. La malattia non si manifesta esclusivamente durante il corso di un Disturbo Psicotico cronico, come Schizofrenia o Disturbo Delirante.

G. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (ad es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).

H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

Ad Esordio Precoce: esordio prima dei 21 anni Ad Esordio Tardivo: esordio a 21 anni o più tardi.

Specificare (per i 2 ultimi anni di Disturbo Distimico):

Con Manifestazioni Atipiche (pag. 451).

## Supporto diagnostico: criteri per Episodio Depressivo maggiore (DSMIV-TR)

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

**Nota.** Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.

1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). **Nota** Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile

2) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri)

3) significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. **Nota** Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali

4) insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno

5) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)

6) faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno

## Supporto diagnostico: criteri per Episodio Depressivo maggiore (DSMIV-TR)

7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato)

8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri)

9) pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio .

B I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto (pag. 396).

C I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

D I sintomi non sono dovuti all'effetto diretto di una sostanza (per es, una droga di abuso, un medicamento) o di una condizione medica generale (per es. ipotiroidismo)

E I sintomi non sono meglio giustificati da Lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di due mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.



# Supporto diagnostico: criteri per Episodio Depressivo maggiore singolo (DSMIV-TR)

A. Presenza di un Episodio Depressivo Maggiore (pag. 387).

B. L'Episodio Depressivo Maggiore non è meglio inquadrabile come Disturbo Schizo affettivo, e non è sovrapposto a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.

C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale (pag. 393), un Episodio Misto (pag. 396) o un Episodio Ipomaniacale (pag. 399). Nota Questa esclusione non si applica se tutti gli episodi simil maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da un trattamento, oppure se sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

**Codificare lo stato dell'episodio attuale o più recente** (v. pag. 442):

0 Lieve

1 Moderato

2 Grave Senza Manifestazioni Psicotiche

3 Grave Con Manifestazioni Psicotiche

4 In Remissione Parziale / In Remissione Completa

9 Non Specificato

*Specificare (per l'episodio attuale o più recente):*

**Cronico (pag. 448)**

**Con Manifestazioni Catatoniche (pag. 448)**

**Con Manifestazioni Melancoliche (pag. 450)**

**Con Manifestazioni Atipiche (pag. 451)**

**Ad esordio nel post-partum**

## Supporto diagnostico: criteri per Episodio Depressivo maggiore ricorrente (DSM IV-TR)

A. Presenza di due o più Episodi Depressivi Maggiori (pag. 387).

**Nota** *Per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore.*

B. Gli Episodi Depressivi Maggiori non sono meglio inquadrabili come Disturbo Schizo affettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Di-sturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.

C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale (pag. 393), un Episodio Misto (pag. 396) o un Episodio Ipomaniacale (pag. 399).

**Nota** *Questa esclusione non viene applicata se tutti gli episodi simil-mania- cali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da farmaci, o rappresentano gli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.*

### **Codificare lo stato dell'episodio attuale o più recente (v. pag. 442):**

.0 Lieve .1 Moderato

.2 Grave Senza Manifestazioni Psicotiche .3 Grave Con Manifestazioni Psicotiche .4 In Remissione Parziale / In Remissione Completa .9 Non Specificato

### **Specificare (per l'episodio attuale o più recente):**

Cronico (pag. 448)

Con Manifestazioni Catatoniche (pag. 448)

Con Manifestazioni Melancoliche (pag. 448)

Con Manifestazioni Atipiche (pag. 451)

Ad Esordio nel Postpartum (pag. 453)

Specificare:

Specificazioni di decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico) (pag. 455)

Ad Andamento Stagionale (pag. 456)

# Simulazioni sul disagio psichico

24 giugno 2015

Dott.ssa Antonella con Raffaele

Dott.ssa Ekaterini con Adelina e Flavio



# Sono guarito !!!

MAI PIU' MEDICINE!  
SOLO ACQUA MIRACOLOSA



# Michele Tasso

Michele Tasso è un signore quarantenne, alto e muscoloso. Vive con la sorella di 5 anni più grande e un fratello. Fa il muratore.

Quattro anni fa la sua vita è cambiata: TSO (dopo una violenta aggressione alla sorella), neurolettici (Serenase – Aloperidolo compresse) e primi problemi sul lavoro.

E' assistito del dott. DiBase da tre anni. La scelta del medico è avvenuta dopo la dimissione dal TSO proposto dal precedente medico.

Con l'attuale medico si è instaurata una buona relazione improntata ad un atteggiamento molto cordiale e gentile, il paziente gli ha più volte espresso apprezzamento e fiducia.

Abitualmente Michele si reca in ambulatorio solo per le ricette e per qualche piccolo infortunio sul lavoro o un raffreddore, a volte un'otite.

Fino a quattro mesi fa, la qualità delle relazioni di Michele con familiari, compagni e datori di lavoro era abbastanza buona, il suo compenso psichico soddisfacente e prendeva regolarmente la terapia neurolettica.

Gli interventi del dott. Di Base riguardavano un controllo attento, ma passivo delle condizioni psichiche e un incoraggiamento alla compliance terapeutica.

Di controlli o colloqui con psichiatri, il paziente non ne voleva sentir parlare. Qualche volta accennava al barbaro trattamento che gli avevano riservato durante il ricovero in psichiatria.

Qualche mese fa Michele è stato operato di cisti pilonidale, rapidamente si è rimesso ed è tornato al lavoro, ma da vaghi e saltuari accenni dei parenti sembra che il suo equilibrio psichico abbia cominciato a vacillare. (litiga spesso con i compagni di lavoro, con la sorella; fa fatica ad essere puntuale sul lavoro ...)

# Il grido telefonico della sorella





# Inquietudine e sospetti in Michele



SI SI LEI E' MIA  
COMPLICE

DEVE  
FIDARSI DI  
ME !!!



# 50 gocce di aloperidolo

LE COGGE  
VANNO  
D'ACCORDO  
CON L'ACQUA  
MIRACOLOSA





# Tracce logiche della riflessione durante l'azione



1. Assecondare il delirio
2. Essere complice del paziente (= fare leva sul rapporto di fiducia)
3. Mossa vincente: unire le gocce all'acqua miracolosa
4. Evitare di parlare con la sorella al telefono con davanti il paziente: era pericoloso
5. La violenza era legata alla sospensione della terapia: la ripresa del farmaco avrebbe evitato il peggio

<b>STRATEGIA</b>	<b>VANTAGGI</b>	<b>SVANTAGGI</b>	<b>PERICOLI</b>
<b>Entrare nel delirio</b>	La terapia può entrare a far parte del delirio (vedi: acqua e gocce)	Essere “risucchiati” e coinvolti al punto che non si riesce a dare una risposta professionale	Ricatti o minacce
<i>Essere complici del paziente</i>	Gettare le basi per la compliance	Come sopra	Essere costretti a seguirlo contro i miei obiettivi clinici
<i>Puntare sulla costruzione/mantenimento della fiducia</i>	Gettare le basi per la compliance	Fermarsi alla soddisfazione di aver raggiunto l’obiettivo relazionale, dimenticando gli obiettivi clinici della consultazione	
<b>Riportare alla realtà</b>	Relazionarsi alla parte non psicotica del paziente	Si deve lasciar emergere e gestire il <b>conflitto</b> tra agenda del medico e agenda del paziente mettendo in dubbio la legittimità del delirio	Attenzione a valutare bene se il paziente è in grado di attingere alla propria parte “sana”
Gettare le basi per il follow up			
Indagare il contesto (il livello di violenza del contesto)			
Essere trasparenti	Azione parlante che fa sentire il paziente rispettato e trattato con onestà		

# Luisa Miller e il labbro leporino

Quando il delirio è molto strutturato e funzionale per la difesa del paziente ... il medico può esserne così sconcertato da non saper che fare ...



# La storia di Luisa

Luisa ha 52 anni, più di 20 anni fa le è stata diagnosticata una psicosi ed è seguita stabilmente dal Servizio di salute mentale. Vive in una residenza protetta e prende antipsicotici clozapina 100, 1 sera (Leponex) e benzodiazepine (Delorazepam 20 gtt sera)

E' paziente da anni del medico ma questa è una delle prime visite.

L'operatore ha preavvisato il medico (telefonicamente) che la paziente ha avuto una rettorragia, ma forse ha solo emorroidi anche perché ultimamente è un po' stitica.

# La paura della paziente





# ... la difesa





# Il piglio dell'assistente



# Lo sconcerto della dottoressa





SI VEDE  
BENISSIMO IL  
LABBRO  
LEPORINO !!!





# Oggi ho imparato che

- devo sempre ricordarmi di mantenere le distanze e non lasciarmi troppo coinvolgere dai problemi dei pazienti
- con il paziente psichiatrico bisogna essere sinceri e trasparenti! Il paziente capisce molto bene tutto!
- Devo cercare di assecondare i deliranti e non
- Quando osservi un quadro puoi trovarci dentro la tua storia e non di chi l'ha dipinto
- Bisogna cercare di sfruttare "gli argomenti appiglio" forniti dal paziente per poi concentrarsi sul problema centrale della consultazione
- Il paziente sente le mie emozioni
- È importante conquistare la fiducia del paziente
- Nelle consultazioni con il paziente psichiatrico certe volte servono delle strategie per uscire dal dialogo senza uscita per stabilire una utile interazione tra medico e paziente
- Il paziente con disagio psichico è complesso. Per una buona consultazione, evitare il muro contro muro dando risposta al problema principale del paziente

*Grazie e buona fortuna*

