

PSICOPATOLOGIA : INTERPRETATIVA E DESCRITTIVA

La psicopatologia è lo studio sistematico dei processi psichici, dei comportamenti e delle esperienze “non normali”.

- a) La psicopatologia INTERPRETATIVA si basa su assunti interpretativi di costrutti teorici (teorie cognitive, comportamentali, psicodinamiche ecc)
- b) La psicopatologia DESCRITTIVA si basa sulla categorizzazione delle esperienze così come *descritte* dal paziente (*osservazione fenomenologica* = valutazione empatica dell'esperienza soggettiva) e *osservando* il suo comportamento (quindi si divide a sua volta in osservazione ed empatia = “sentirsi nei panni di un altro”)

Per usare lo strumento dell'empatia si fanno domande precise per poi dare al paziente un resoconto della sua esperienza e verificare che la riconosca come sua: la fenomenologia non può occuparsi dell'inconscio perché il paziente non è in grado di descriverlo.

Secondo Jasper, la psicopatologia è quella disciplina che prescinde da qualsiasi spiegazione teorica e analizza le modalità e la forma con cui l'esperienza si realizza.

Secondo lui “comprendere” in senso statico significa usare l'empatia per descrivere in dettaglio in cosa consista esattamente per lui quel determinato sentimento che sta provando.

“Comprendere” in senso genetico è il capire i sentimenti del paziente in termini di azioni.

“Spiegare” in senso statico si limita a occuparsi della percezione esterna osservando un evento.

“Spiegare” in senso genetico è descrivere una catena di eventi e perché seguano quella sequenza.

Per formulare una valutazione scientifica è necessario:

- 1) Ricevere uno stimolo sensoriale
- 2) Percepire
- 3) Osservare
- 4) Annotare
- 5) Codificare
- 6) Formulare ipotesi

Il rapporto è la modalità d'interazione che il paziente stabilisce durante il colloquio clinico.

Sviluppo = esperienza comprensibile nei termini della storia della persona

Processo = imposizione di un evento dall'esterno

MALATTIA E SINDROME

Non esiste una vera definizione del termine “malattia” perché non ci può essere una reale e netta distinzione tra salute e malattia.

MALATTIA = se il disturbo ha una causa chiara

SINDROME = se il disturbo ha una costellazione di segni e sintomi non riconducibili ad un'unica

causa. La relazione tra il sintomo e la causa patogena non è evidente, come nel caso della malattia

DISEASE E ILLNESS

DISEASE = processo patologico con origini organiche, caratterizzato da una serie di sintomi che possono influenzare l'intero corpo o parte, e che ne danneggia il funzionamento

ILLNESS = esperienza soggettiva di malessere

DISTURBO MENTALE

Nel DSM IV-TR il disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome psicologica clinicamente significativa che si presenta in un individuo ed è associata a un disagio (es: sintomo algico, doloroso), a disabilità o un'importante limitazione di libertà. Attenzione però, non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es: politico, religioso, sessuale), a meno che sia il sintomo di una disfunzione dell'individuo.

Il disturbo (disorder) può causare distress (aspetto negativo di stress, opposto a eustress, aspetto positivo di stimolazione fisiologica) e malfunzionamento in una serie di aree della vita e può essere dovuto a fattori psicologici, sociali, genetici, chimici ecc.

Un disturbo ha infrequenza statistica (anormale), viola le norme sociali (deviazione di uno standard accettato di comportamento, es: prostituzione), crea disagio individuale (ragione per cui la maggior parte delle persone chiede aiuto), causa un'incapacità o disfunzione (in qualche ambito di vita il funzionamento della persona è compromesso a causa del disturbo di cui soffre, ma non si applica a tutti i disturbi, es: il travestitismo) ed è imprevedibile (sofferenza e incapacità devono risultare sproporzionate dalla situazione stressogena).

Con infrequenza statistica si intende che il gruppo più forte o dominante determina ciò che è considerato normalità e non fornisce basi per distinguere tra deviazioni della norma desiderabili e indesiderabili (es: QI 150).

Alcune patologie non violano le norme sociali e le differenze culturali influiscono su ciò che viene quindi considerato norma sociale.

Non tutti i disturbi psicologici si associano ad angoscia e sofferenza (come nella psicopatologia ad esempio), inoltre è soggettiva (alcuni considerano tollerabili situazioni che per altri sono invivibili).

SALUTE MENTALE = (Strupp e Hadley) valutata secondo il punto di vista della società, dell'individuo e del professionista; (Wakefield) definita dalla prospettiva dell'evidenza biologica e da quella dei valori sociali.

DISTURBO MENTALE = disfunzione (fallimento di un meccanismo mentale) dannosa (per l'impatto sulla società)

Ciò che differenzia la normalità dalla patologia sono la continuità, la rigidità, la persistenza, l'impermeabilità ecc.

In inglese la parola "normale" è usata con almeno quattro significati diversi: la norma di *valore*, la

norma *statistica*, la norma *individuale* e la norma *tipologica*. L'anormalità tipologica è un termine

necessario per descrivere quelle situazioni in cui una condizione è vista come normale in tutte e tre le accezioni precedenti e tuttavia rappresenta un'anormalità

SINTOMI E SEGNI (SINTOMO PRIMARIO E PATOGNOMICO)

SINTOMO = descrizione del paziente di un fenomeno anormale (es: sentirsi agitato)

SEGNO = oggettiva e osservabile indicazione di un disturbo, dato accertato con l'esame obiettivo del clinico (es: tachicardia)

Questa distinzione è medica, per quanto riguarda fenomeni relativi allo stato mentale invece essa non viene fatta. Sintomo è la descrizione del paziente di qualcosa che gli crea disagio sia di un'esperienza mentale che appare patologica al clinico.

Il sintomo può essere quindi qualcosa di cui il paziente si lamenta (es: sentimento di infelicità) oppure un elemento di descrizione fenomenologica di cui non si lamenta (es: allucinazioni uditive).

Un sintomo è diagnostico se si verifica in una certa condizione ed è frequente.

Sintomo primario = da cui derivano gli altri

Comorbidità = possibilità che esistano contemporaneamente nello stesso soggetto più disturbi appartenenti a diversi "spettri" di malattia e che si manifestano in maniera varia, alcuni possono essere trans-nosografici.

Sintomo patognomico = che consente di riconoscere indiscutibilmente una malattia, essendoci associato univocamente

Sintomo patognomico perfetto = presenza è certezza, assenza è assenza

Sintomo patognomico imperfetto = presenza è certezza, ma assenza non è assenza

Perché un sintomo sia usato in senso diagnostico, il suo verificarsi deve essere tipico di quella condizione e la sua presenza deve essere relativamente frequente.

NOSOLOGIA E NOSOGRAFIA

NOSOLOGIA = studio e classificazione dei disturbi psichici

NOSOGRAFIA = descrizione dei disturbi psichici

EZIOLOGIA, EZIOPATOGENESI E PROCESSO EZIOPATOGENETICO

EZIOLOGIA = causa della malattia o disturbo; disciplina che si occupa dello studio sistematico delle cause delle malattie o disturbi

EZIOPATOGENESI = processo di insorgenza di una patologia

PROCESSO EZIOPATOGENETICO = processo responsabile del processo di insorgenza (eziopatogenesi)

EPIDEMIOLOGIA = studio della prevalenza e dell'incidenza di "eventi"

PREVALENZA = proporzione di "eventi" presenti in una popolazione in un dato momento

INCIDENZA = numero di nuovi "eventi" in un dato lasso temporale

SINDROME = (Greco: sindromos) coincidenza

FORMA E CONTENUTO

FORMA = modo in cui si presenta il contenuto (es: "sento uscire dal rubinetto una voce che mi dice che il mio vicino di casa sta andando sulla luna", forma = percezione uditiva falsa)

CONTENUTO = percezione, sentimento, credenza, rappresentazione, ecc (contenuto = il vicino di casa sta andando sulla luna, come allucinazione uditiva)

Il sintomo di allucinazione uditiva è indicatore diagnostico di una schizofrenia, mentre il contenuto specifico no.

Il contenuto è fondamentale per il paziente e può essere compreso nel contesto della sua situazione di vita.

Un contenuto può presentarsi in diverse forme: es, un contenuto ipocondriaco (sensazione ansiosa di disturbi fisici spesso inesistenti) può manifestarsi come allucinazione uditiva, "hai un cancro", come delirio (credenza irrealistica che non cede davanti alle evidenze), o come idea prevalente/dominante (contenuto di pensiero che domina su tutti gli altri).

COMPRENDERE E SPIEGARE

Se prendiamo in considerazione l'esperienza soggettiva dell'altro, ovvero individuando come gli eventi psichici derivino l'uno dall'altra, possiamo comprendere tutti i comportamenti.

Costrutto teorico = modello esplicativo basato su processi che vengono inferiti dai dati di realtà, ma non direttamente osservabili (es: costrutto di perfezionismo).

COSCIENZA

La coscienza è uno stato di consapevolezza di sé e dell'ambiente; si riferisce innanzitutto alla consapevolezza interiore dell'esperienza e fa riferimento al soggetto che reagisce intenzionalmente agli oggetti.

Baars parla di "teatro della coscienza", un palcoscenico dove va in scena la vita individuale e l'attenzione illumina aspetti parcellari.

Brentano classifica la rappresentazione come presenza dell'oggetto, il giudizio come affermazione o negazione e il sentimento come amore o odio.

L'inconscio secondo **Jasper** è qualcosa che non è un'entità interna e non si manifesta come

esperienza. Nella clinica è presente nella malattia cerebrale, in una persona che dorme e in una vigile e sana, che però è cosciente solo di certe parti dell'ambiente circostante interno ed esterno.

Certi processi mentali sono diventati coscienti (preconscio di Freud).

I processi preconsce sono automatici, mentre quelli coscienti sono flessibili e strategici.

La coscienza ha tre dimensioni:

1) *vigilanza* = facoltà di rimanere deliberatamente svegli, quando si potrebbe essere

assonnati o addormentati (arousal); è una forma di attenzione diffusa all'ambiente circostante, che ci consente di essere attenti in maniera indifferenziata ma anche dirigere l'attenzione verso oggetti specifici, inoltre è fluttuante perché si modifica in condizioni di ansia o divertimento

2) *lucidità* = consapevolezza piena di tutte le sensazioni interne o esterne in un dato momento, dimostrata nella chiarezza di pensiero su un argomento specifico

3) *coscienza di sé* = capacità di avere esperienza di sé e consapevolezza, quando il soggetto critica il suo stesso pensiero, istinto o affetto (**Baudin**)

Aggernaes ha definito lo *stato di coscienza patologico* (DSC): se la persona non può tornare intenzionalmente e stabilmente nella sua condizione usuale, e se gli altri dall'esterno non possono ricondurlo alla condizione normale con semplici procedure interattive.

La coscienza è in un continuum, dalla veglia piena fino al coma: può verificarsi un abbassamento quantitativo dello stato di coscienza.

NORMALE, OBNUBILAMENTO, SONNOLENZA, TORPORE, COMA, MORTE

Gli stati di coscienza anormali sono caratterizzati da una riduzione della stessa (anche se a volte ci sono condizioni di aumentata consapevolezza, come avviene negli innamoramenti e sotto l'effetto di allucinogeni).

I livelli di abbassamento quantitativo della coscienza sono (esclusa quella *normale*, che è vigile e lucida):

- 1) L'*obnubilamento*, i cui sintomi sono sonnolenza e ridotta consapevolezza dell'ambiente con deterioramento dell'attenzione (per alterazioni organiche delle funzioni)
- 2) La *sonnolenza*
- 3) Il *torpore*, i cui sintomi sono la caduta in un sonno se lasciato senza stimolazioni sensoriali, rallentamento delle azioni ed eloquio impacciato (in seguito a intossicazione da sostanze con effetti depressogeni sull'organismo)
- 4) Il *coma*, i cui sintomi sono l'assenza di risposte verbali o reazioni a stimoli dolorosi, con una respirazione lenta (da segni fisici che culminano fino alla morte cerebrale)
- 5) La *morte*

DELIRIUM, FLUTTUAZIONI DELLA COSCIENZA, CONFUSIONE (DEL PENSIERO), STATO CREPUSCOLARE, AUTOMATISMO, STATO SOGNANTE O ONIROIDE, STUPORE, MANIA À POTU (INTOSSICAZIONE PATOLOGICA)

Modificazioni qualitative, invece, della coscienza sono:

- 1) Il *delirium*, i cui sintomi sono illusioni e allucinazioni, deliri persecutori, anomalie dell'umore (il *delirium tremens* si verifica in stati di astinenza da abusi alcolici)
- 2) Le *fluttuazioni della coscienza*, i cui sintomi si verificano anche in soggetti normali nel sonno in stati di affaticamento e sono illusioni e allucinazioni nella tarda sera (dopo l'uso di droghe, negli epilettici e negli stati di delirium)
- 3) La *confusione del pensiero*, i cui sintomi sono il modo di pensare confusionario (sintomo preminente nella psicosi tossica acuta, per via dell'uso della cannabis)
- 4) Lo *stato crepuscolare*, i cui sintomi sono un'epilessia improvvisa e atti violenti inattesi, con stati onirici, deliri o allucinazioni (nell'epilessia)
- 5) L'*automatismo*, che è un'azione compiuta senza consapevolezza (Fenwick) ed è estraneo al carattere dell'individuo, che non ne ha memoria (nello stato epilettico)
- 6) Lo *stato sognante od orinoide*, i cui sintomi sono allucinazioni visive, uditive e tattili, e oscillazioni emotive fino al terrore o alla piacevolezza (a causa di un trauma cranico)

- 7) *Lo stupore*, i cui sintomi sono la scomparsa delle funzioni relazionali e lo sguardo vagante (a causa di lesioni, nella schizofrenia, nelle psicosi affettive e nell'isteria)
- 8) *La mania à potu (intossicazione patologica)*, i cui sintomi sono un comportamento violento, sonno prolungato, amnesia (a seguito di assunzione di alcol, sintomo di astinenza)

ATTENZIONE

VOLONTARIA e INVOLONTARIA

L'*attenzione* è la focalizzazione attiva o passiva della coscienza di un'esperienza:

- 1) Attenzione volontaria = quando il soggetto focalizza l'attenzione su un evento
- 2) Attenzione involontaria = quando un oggetto attrae l'attenzione del soggetto senza un suo sforzo consapevole

La *concentrazione* è il mantenimento della focalizzazione della coscienza su un'esperienza e si distingue dall'attenzione perché è soggettiva la descrizione.

Secondo Taylor quando una persona è vigile, muove l'attenzione liberamente da un oggetto a un altro; quando è assorta, l'attenzione è quasi assente.

Stati anormali della consapevolezza e attenzione:

- 1) Meditazione trascendentale = quando la persona è assorta e risulta in un quadro di sonnolenza
- 2) Trance = indotta da suggestioni

SONNO ORTODOSSO e PARADOSSO

Il *sonno ortodosso* si divide in 4 stadi, in cui avviene una normale attività riflessa:

Stadio 1 - frequenze miste senza movimenti oculari rapidi

Stadio 2 - 12/14 cicli al secondo

Stadio 3 - attività con onde di elevata ampiezza

Stadio 4 - quota rilevante di attività con onde di elevata ampiezza

Nel *sonno paradossoso* (o REM = Rapid Eye Movement) assieme alle frequenze miste si verificano movimenti rapidi degli occhi, che sono associati al sogno.

I *sogni* sono un evento psichico in cui il limite tra il sé e il non sé diventa indefinito e si ha una perdita del senso del tempo. Perché il sogno divenga sintomo, deve essere investito da un effetto spiacevole.

L'*orientamento* è la capacità di una persona di sapere cos'è reale nella propria situazione rispetto al tempo, spazio e persone.

Il *disorientamento* è associato ad un abbassamento del livello di coscienza o un disturbo della memoria: può essere indicativo di una sindrome cerebrale acuta o di un deterioramento cronico organico.

L'*ipnosi* è uno stato di coscienza differente dalla normale veglia: secondo Merskey è simile all'isteria. Per essere indotta, il soggetto deve voler collaborare.

Le caratteristiche dell'ipnosi, secondo Marcuse, sono: il soggetto cessa di fare i propri programmi, l'attenzione è sulla voce dell'ipnotista, vengono accettate delle distorsioni, la suggestionabilità aumenta, il soggetto mette in atto con disinvoltura regole insolite, spesso c'è amnesia postipnotica (il soggetto non ricorda).

Il soggetto resta ipnotizzato finché l'ipnotista si mantiene entro i limiti che trova accettabili, altrimenti esce dallo stato ipnotico.

INSONNIA: PRECOCE E TARDIVA

L'insonnia è uno stato di insoddisfazione per la durata e la qualità del sonno.

- 1) L'insonnia precoce è la difficoltà ad addormentarsi ed avviene in persone con stato di allerta alto, ansiose o eccitate
- 2) L'insonnia tardiva avviene nella fase depressiva della malattia affettiva, in cui la persona si sveglia spesso di notte e si riaddormenta leggermente e ad intervalli; altrimenti si sveglia presto e non riesce a riaddormentarsi

IPERSONNIA

E' un significativo aumento del sonno notturno, oppure si manifesta con episodi di sonnolenza durante il giorno.

SONNAMBULISMO

Di solito si verifica nei bambini e si tratta di un vagare senza meta e di un comportamento senza senso e ripetitivo per pochi minuti. Solitamente la persona non ricorda di aver camminato.

NARCOLESSIA

Si verifica di solito nell'adolescenza e persiste per tutta la vita: sono brevi periodi di sonno che compaiono in modo irresistibile durante il giorno.

CATAPLESSIA

E' spesso associata alla narcolessia: la persona cade a terra a seguito di un'improvvisa perdita di tono muscolare, provocata da forti emozioni.

DEPERSONALIZZAZIONE

AUTOPSICHICA, SOMATOPSICHICA, ALLOPSICHICA O DEREALIZZAZIONE

E' l'alterazione della coscienza di sé e del corpo (Dugas e Moutier): il corpo e/o il mondo esterno appaiono modificati, si ha una sgradevole qualità del sentimento, sentimento di irrealtà, esperienza di "come se" (contrariamente al delirio, perché si ha consapevolezza della soggettività, secondo Le Goc-Diaz) per cui il proprio corpo è cambiato. L'lo e il suo ambiente sono percepiti come una cosa sola. E' associata a disturbi dell'umore, in cui si ha una perdita della stima di sé come sintomo preminente. La *desomatizzazione* è la localizzazione di questo sintomo in uno degli organi (grandezza o qualità).

La *deaffettività* è il sentimento di perdita della capacità di provare emozioni.

Il vedere se stessi in un'altra persona non è depersonalizzazione.

La depersonalizzazione è un'esperienza individuale, ma che ha conseguenze sociali.

L'ipotesi di Mayer-Gross afferma che la depersonalizzazione sia una risposta preformata funzionale del cervello: i livelli più elevati delle funzioni cerebrali sono persi per primi, lasciando ininterrotta l'attività dei livelli più bassi. Qualche volta la depersonalizzazione deriva da stati organici autoindotti, che si verificano dopo un'ingestione di alcol o droghe.

Secondo Wernicke, a seconda dell'oggetto di estraneità si divide in:

- 1) *Autopsichica* = sentimento di non appartenenza all'lo dei contenuti di coscienza
- 2) *Somatopsichica* = sentimento di non appartenenza all'lo di tutto il corpo, o parte
- 3) *Allopsichica (o derealizzazione)* = sentimento di irrealtà riferita al mondo esterno

Secondo il DSM-IV è un'esperienza ricorrente di sentirsi distaccato o un osservatore esterno del sé, il test di realtà è intatto, causa disagio clinicamente significativo nel funzionamento sociale, lavorativo o in alte aree e non si manifesta esclusivamente nel corso di un altro disturbo mentale e non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o a una condizione medica generale.

I sintomi della depersonalizzazione sono: senso di distacco da quanto sta intorno, sensazione di trasformazione, sentimento di irrealità da sé, sentimento di non unicità e preoccupazione rispetto al proprio stato.

La persona si sente come un manichino, l'esordio si ha più frequentemente nell'adolescenza, i soggetti hanno personalità premorbose con tratti di dipendenza, iperemotività e sensibilità particolare a eventi stressanti. Può presentarsi come caratteristica della depressione, nevrosi ossessiva, ansia e schizofrenia. Il disturbo che la provoca può essere organico, ambientale, psicotico o esistenziale.

I sintomi della derealizzazione sono: sensazione di trasformazione di realtà, stranezza dell'ambiente circostante (es: "come dietro un muro di vetro"), sensazione di artificialità delle cose.

MEMORIA

IMMEDIATA (O SENSORIALE), A BREVE TERMINE (O DI LAVORO O PRIMARIA), A LUNGO TERMINE (SECONDARIA)

La memoria è la capacità di riprodurre un'esperienza passata, riconoscerla e localizzarla nello spazio. E' una disfunzione del lobo temporale. E' il fondamento del modello teorico-clinico della psicoanalisi. Alcune alterazioni della memoria avvengono al di fuori del controllo e della coscienza. Nelle demenze i disturbi mnesici sono il sintomo più importante.

La memoria viene distinta sulla base del tempo per cui viene conservata l'informazione:

- 1) *Memoria immediata (sensoriale)* = trattiene notevoli quantità d'informazione in entrata per un breve tempo (iconica, memoria che consente di trattenere una certa quantità di informazioni di tipo visuale e/o spaziali che vanno a collocarsi nella memoria recente, circa 200 msec; ecoica, memoria sensoriale uditiva, ha un'importanza fondamentale nella comprensione del linguaggio verbale, circa 2000 msec), correlata con l'attenzione
- 2) *Memoria a breve termine (primaria o di lavoro)* = ha uno span di attenzione di 6-7 contenuti, dai 15 ai 30 sec
- 3) *Memoria a lungo termine (secondaria)* = la sua durata copre la maggior parte della vita ed è molto ampiacomposta a sua volta da un *sistema dichiarativo (memoria esplicita)*, che si suddivide in *memoria semantica* (parole e simboli) ed *episodica* (accadimenti specifici autobiografici) e *non dichiarativo (memoria implicita)*; la dimenticanza può avvenire per la perdita delle informazioni o nella capacità di richiamarle

La memoria va comunque incontro a decrementi, evidenziabili dalla quarta decade di vita.

PROCESSO MNEMONICO: REGISTRAZIONE (O FISSAZIONE), RITENZIONE (O IMMAGAZZINAMENTO O ARCHIVIAZIONE), RIEVOCAZIONE, RICHIAMO, RICONOSCIMENTO

- 1) *Registrazione (fissazione)* = capacità di aggiungere nuovo materiale al magazzino della memoria, processo di apprendimento durante cui il materiale viene presentato ripetutamente
- 2) *Ritenzione (immagazzinamento o archiviazione)* = capacità di conservare conoscenze che possono essere richiamate alla coscienza
- 3) *Rievocazione* = capacità di accedere all'informazione immagazzinata, cioè saper riportare alla coscienza attuale l'esperienza passata
- 4) *Richiamo* = ritorno alla coscienza di informazioni immagazzinate
- 5) *Riconoscimento* = sentimento di familiarità del materiale richiamato

Alterazione della registrazione: capacità di comprendere le percezioni nel loro contesto, interpretarle, unirle e formare associazioni.

Deficit di registrazione sono: amnesia anterograda e palinsesto (amnesia alcolica o black-out alcolico), segno dello stabilirsi della dipendenza alcolica.

Alterazione della ritenzione: divisa in memoria immediata, recente e remota. Un deficit nella memoria recente è un segno precoce delle demenze senili, multinfartuali (forma di demenza vascolare, danni a funzioni mentali causati da un ictus) e presenili.

Alterazione della rievocazione: secondo Zangwill esistono 2 diversi tipi di amnesia, l'*amnesia diencefalica (Sindrome di Korsakov)* ed è definita Sindrome Amnestica se causata da abusi alcolici, altrimenti Sindrome Organica Amnestica, c'è amnesia grave, manca consapevolezza, negazione, inabilità e confabulazione; nell'*amnesia ipocampale* c'è amnesia grave, consapevolezza e giudizio, manca la confabulazione.

Alterazioni del richiamo: caratteristiche di disturbi psicogeni.

Alterazioni del riconoscimento: déjà-vu e jamais vu sono difetti di natura affettiva, sentimenti di familiarità o meno rispetto a eventi che accadono per la prima volta e che non sembrano mai accaduti.

MEMORIA PROCEDURALE (O IMPLICITA), MEMORIA DICHIARATIVA (O ESPLICITA) che si divide in MEMORIA EPISODICA E SEMANTICA

Il sistema non dichiarativo della memoria a lungo termine è composto dalla *memoria procedurale*, che è *implicita*, inconscia e accessibile solo con performances, quindi di conoscenze acquisite.

La *memoria dichiarativa* è *esplicita*, cosciente e riguarda episodi di tutti i giorni e può essere espressa verbalmente o tramite immagini: la memoria episodica si riferisce a eventi situati nello spazio e nel tempo, quella semantica riguarda fatti e informazioni generali.

DISTURBI QUANTITATIVI: IPERMNESIA (e ipomnesia) E AMNESIA con causa PSICOGENA e ORGANICA (che si dividono in ANTEROGRADA E RETROGRADA)

Ipermnesia = aumento quantitativo delle capacità mnesiche, può essere permanente (in soggetti molto dotati intellettualmente o transitoria in seguito a particolari stati emotivi (es: ansia) e deliranti

Ipomnesia = indebolimento delle capacità mnesiche

Amnesie = deficit di memoria, generalmente in seguito a un evento patologico (es: trauma cranico) per *cause psicogene* (nel corso di disturbi psichiatrici) e *organiche* (o *propriamente dette*, associate a patologie organiche del cervello)

Le amnesie si dividono in: *anterograde* (alterazione della registrazione, fallimento del recupero di informazioni acquisite DOPO l'esordio del disturbo clinico) e *retrograde* (alterazione della ritenzione, perdita di memoria di eventi che precedono il fattore scatenante, in genere dura 30 min)

Sembra che l'elettroshock causi disturbi solo temporanei della memoria.

DISTURBI QUALITATIVI: ALLOAMNESIE E PSEUDOMNESIE (Déjà VU e JAMAIS VU O

PARAMNESIA D'IDENTIFICAZIONE)

Pseudomnesie = sentimento di familiarità normalmente associato alle esperienze già vissute che si verifica anche quando un evento viene sperimentato per la prima volta (déjà-vu) oppure, esperienza che il soggetto sa di avere già fatto, ma che non associa all'appropriato sentimento di familiarità (jamais vu o paramnesia di identificazione)

Sono entrambi esperienze normali e comuni, ma anche sintomi dell'epilessia del lobo temporale o di disturbi cerebrovascolari.

Allomnesie = ricordi incompleti, falsati in funzione della tematica affettiva (es: rievocazione pessimistica del passato nei pazienti depressi), sono illusioni della memoria

CONFABULAZIONE: SINDROME DI KORSAKOV (DA IMBARAZZO e FANTASTICA)

E' una falsificazione della memoria in uno stato di coscienza lucida. Nella *Sindrome di Korsakov* può assumere 2 forme: *confabulazione da imbarazzo* (in cui il paziente cerca di coprire le sue perdite di memoria evidenti, con una scusa convincente per il suo recente comportamento) e la *confabulazione fantastica* (in cui il paziente descrive spontaneamente esperienze avventurose inventate, trascendendo il difetto di memoria). E' frequente nella schizofrenia.

Un paziente che confabula è molto suggestionabile e ciò dipende dall'obnubilamento della coscienza. Sembra che le confabulazioni siano esperienze reali prese al di fuori del loro ordine cronologico, quindi è probabile che vengano ricordate lontane fantasie ma che non si ricorda che si tratta di fantasie anziché di realtà.

PERSEVERAZIONE

E' segno patognomico di malattia cerebrale organica ed è una risposta appropriata al primo stimolo, ma rimane identica a un secondo stimolo, rispetto a cui è del tutto inappropriata invece.

ALTERAZIONI AFFETTIVE: DIMENTICANZA SELETTIVA e FALSIFICAZIONE DELLA MEMORIA,

Dimenticanza selettiva = è soggetta all'influenza dello stato affettivo (la dimenticanza normale è determinata dall'interferenza) nella memoria stato-dipendente, umore-dipendente e i casi di PTSD (disturbo post-traumatico da stress) si tende all'oblio e alla distorsione della memoria nel tempo per eventi imbarazzanti; ricordiamo gli eventi piacevoli più facilmente di quelli spiacevoli, e questi più facilmente di quelli neutri

Falsificazione della memoria = nella "*pseudologia fantastica*" (menzogna plausibile e disinvolta) le affermazioni false sono spesso grandiose ed esagerate; il paziente sembra credere alle proprie risposte e si trova nelle personalità istrioniche (persone con emotività eccessiva e ricerca di attenzione, con seduttività inappropriata e bisogno eccessivo di approvazione), antisociali, in crisi esistenziali, nella sindrome di Munchausen (persone che fingono la malattia o un trauma psicologico per attirare attenzione e simpatia verso di sé), in disturbi organici, nella schizofrenia (ricordo accurato, ma distorto il significato)

Il disturbo dell'umore è una disfunzione del lobo temporale.

PARAMNESIA (LEGGE DI RIBOT), CRIPTOAMNESIA, FUGA DISSOCIATIVA (ISTERICA), SINDROME DI GANSER, PERSONALITA' MULTIPLA, FALSE MEMORY SYNDROME

(DICHIARAZIONI A RETICOLO)

La *paramnesia* è l'inaccuratezza del ricordo: è una caratteristica tipica dei disturbi affettivi (es: depressione, in cui i ricordi vengono falsificati in direzione negativistica).

Legge di Ribot = i ricordi più vecchi vengono ricordati meglio di quelli più recenti, in quanto la memoria degli eventi recenti viene perduta prima di quella degli eventi passati

Criptoamnesia = non ricordare che si sta ricordando (non so di ricordare qualcosa, credo di farlo o pensarlo per la prima volta), es: dire o scrivere cose convinti di esserne gli autori, ma si sta involontariamente plagiando

Fuga dissociativa (isterica) = perdita d'identità, assunzione di un'identità falsa da poche ore fino a settimane, con amnesia dissociativa

Sindrome di Ganser = secondo Enoch e Trethowan ha 4 caratteristiche principali

- 1) risposte approssimative (si sceglie una risposta palesemente falsa, come una deliberata omissione della risposta esatta, es: "Quante zampe ha una pecora?" "5")
- 2) ottundimento della coscienza
- 3) conversione somatica
- 4) pseudoallucinazioni

I Ganseriani sono amnesici rispetto al loro comportamento, a causa della reazione isterica dissociativa

Personalità multipla = spesso considerata iatrogena (prodotta dall'uso di farmaci, dal medico per interesse o usata dai pazienti in procedimenti penali), e di solito si ha una completa amnesia per una o più personalità

False memory syndrome = vittime di esperienze traumatiche possono recuperare ricordi secondari. Brewin sostiene essere possibile il recupero di ricordi veritieri da un'amnesia completa, ma è anche possibile che siano inesatti o del tutto falsi.

Nel 1992 nasce la False Syndrome Foundation per difendere genitori accusati di abusi sessuali sui figli (*dichiarazioni a reticolo*): certi ricordi possono essere impiantati attraverso un processo di suggestione anche, i soggetti tipici sono le donne.

AMNESIA DISSOCIATIVA, DEPRESSIONE MAGGIORE

Amnesia dissociativa = il paziente è incapace di ricordare importanti avvenimenti della propria storia (rara, breve e con remissione spontanea), a causa di eventi stressanti

Depressione Maggiore = difetti di concentrazione, soprattutto quando è richiesto un elevato livello di concentrazione, per ciò che concerne la memoria

TEMPO

Alterazioni del senso del tempo sono un indicatore sensibile che qualcosa non va bene nell'individuo (concetto di sé e della sua relazione col mondo).

DELL'OROLOGIO E INDIVIDUALE

Il *tempo dell'orologio* è oggettivo, quantizzabile ed indipendente dal sé emotivo; contrariamente, il *tempo individuale* è soggettivo ed è l'esperienza di come sembra che il tempo passi.

Entrambe le percezioni possono essere alterate nei disturbi psichiatrici.

DISTURBO DELLA MEMORIA E VALUTAZIONE DELLA DURATA

Nel *disturbo della memoria* una persona non ricorda quel che è successo nell'intervallo di tempo intercorrente rispetto a un evento, che è collocato quindi nell'immediato passato.

La *valutazione della durata* è un difetto della capacità di valutare in modo corretto la durata del tempo.

DISORIENTAMENTO SULL'ETA'

E' un correlato clinico del difetto intellettivo della schizofrenia cronica.

PERDITA DEL SENTIMENTO DI REALTA'

E' un tipo di depersonalizzazione: la persona non è in grado di valutare in modo accurato lo scorrere del tempo, ma non c'è un difetto di memoria, non ha l'impressione che il tempo stia passando e che le cose stiano accadendo.

RITMI BIOLOGICI: CIRCADIANI, MENSILI, STAGIONALI

I ritmi circadiani negli esseri umani sono di 25 ore, ma di solito vengono influenzati dagli stimoli esterni, come la luce del sole.

I cicli mensili sono ad esempio il ciclo mestruale nelle donne.

Le variazioni stagionali sono state inizialmente associate all'esordio di episodi di malattie mentali.

PERCEZIONE

La patologia della percezione è una disfunzione del lobo temporale.

La percezione è una funzione psichica in grado di organizzare le sensazioni date dalla stimolazione degli organi di senso e integrarle con l'esperienza.

Stimolo esterno -> Recettore sensoriale -> Registrazione corticale -> Confronto con altri messaggi in memoria -> Correlazione con altri messaggi in altre aree sensoriali -> Riconoscimento del messaggio sensoriale e attribuzione di significato -> Proiezione della percezione -> Percezione

La sensazione è la prima fase di ricezione delle informazioni dall'esterno: perché gli stimoli visivi vengano percepiti devono essere resi significativi.

Taylor identifica 3 fasi dopo la percezione:

- 1) Insieme di sensazioni produce un campo, cioè il contenuto di un'esperienza esistenziale
- 2) Percezione sensoriale, come configurazione sensoriale senza riconoscimento
- 3) Percetto significativo, cioè un'entità riconosciuta come qualcosa di familiare

RAPPRESENTAZIONE E PERCEZIONE

La *rappresentazione (o immagine)* è l'attivazione di esperienze percettive in assenza dello stimolo che le evoca.

Le *percezioni*, invece, non dipendono dalla volontà dell'individuo e sono più obiettive e concrete.

Secondo **Jasper** le rappresentazioni sono: soggettive (carattere immaginario), interiori, indefinite, incomplete e solo con alcuni dettagli, prodotte continuamente perché si sgretolano, volontarie e prodotte con attività.

Le percezioni, invece, sono: oggettive (carattere corporeo), esteriori, definite, complete e con tutti i dettagli, costanti (possono essere facilmente mantenute), involontarie e accettate passivamente.

SENSOPERCEZIONE E IMMAGINAZIONE

La nostra consapevolezza degli oggetti sperimentata come reale è la *sensopercezione*. Per poter percepire devo essere in grado di distinguere me stesso come distinto di fronte all'oggetto della percezione: il sé può essere sia soggetto che percepisce, sia oggetto di percezione.

L'*immaginazione*, invece, viene creata volontariamente e quindi non viene percepita come reale. Grazie all'introspezione riusciamo a distinguerle, ma nella vita reale sono mescolate.

PERCEZIONI ABNORMI: DISTORSIONI SENSORIALI O PERCETTIVE, FALSE PERCEZIONI

Distorsione sensoriale (o percettiva) = un oggetto reale viene percepito in modo distorto (deformato); l'oggetto viene correttamente riconosciuto, ma si discosta dalla sembianza consueta

Falsa percezione = viene percepito qualcosa che non esiste nella realtà

DISTORSIONI SENSORIALI (PERCETTIVE)

PALINOPSIA

E' la persistenza di un fenomeno visivo che superi i termini consueti di esposizione dell'evento reale nel mondo esterno.

MACROPSIA O MICROPSIA

Si ha quando le dimensioni di un oggetto vengono percepite più grandi o più piccole della realtà (se avviene in un solo emicampo visivo si dice emimicropsia/emimacropsia)

METAMORFOPSIA: PARAPROSOPOPSIA (per i volti)

E' un'alterazione della forma dell'oggetto percepito, per i volti si dice *paraprosopopsia*.

IPERESTESIA VISIVA

E' l'alterazione dell'intensità, della qualità e della tonalità dei colori.

ACROMATOPSIA

E' l'assenza della percezione cromatica.

DISCROMATOPSIA

E' una perversione della percezione dei colori.

TELEOPSIA E PELOPSIA

La teleopsia è la percezione di un oggetto più distante della realtà e si contrappone alla pelopsia, nella quale un oggetto sembra più vicino della realtà.

ALLOESTESIA

E' la percezione di un oggetto in una posizione diversa da quella reale.

AKINETOPSIA

E' l'alterazione della percezione del movimento: è presente anche nella

derealizzazione, in cui si ha una sensazione di irrealtà del campo visivo.

PALINACUSIA

E' la persistenza dei suoni percepiti.

IPERACUSIA

E' l'amplificazione della modalità uditiva: in emicranie, depressione, stati post-sbornia è frequente.

DISSOCIAZIONE DELLE PERCEZIONI

E' un fenomeno raro, che avviene in stati tossici e nella schizofrenia: il paziente è incapace di formare le solite connessioni tra 2 o più percezioni, per esempio come quando si guarda la televisione, fra quella visiva e quella uditiva.

FALSE PERCEZIONI

PSEUDOALLUCINAZIONE

E' una forma volontaria? di rappresentazione mentale interna (generalmente visiva) e non delirante. Contrariamente all'allucinazione può essere considerata una particolare forma di rappresentazione mentale, è difficile che assuma un significato psicopatologico.

Possono essere visive, uditive e tattili e non sono patognomiche di alcuna patologia, né necessariamente psicopatologiche. Per esempio le voci sentite da pazienti depressi od ossessivi sono descritte come tali, ma chiaramente riconosciute in realtà come un proprio pensiero.

ALLUCINOSI

E' una percezione senza oggetto, riconosciuta dal paziente, che riesce a criticarla e riconoscerne la natura deviante. E' esterna, ma la sua giustificazione di realtà è correggibile con la logica e l'evidenza. Contrariamente alla pseudoallucinazione ha quasi sempre un significato patologico.

Come l'allucinazione, è una percezione senza oggetto, a carattere fisico, ma contrariamente all'allucinazione è ridotta di strutturazione, interessa i campi visivi e uditivi, c'è certezza soggettiva, ma discutibile, la correggibilità è accettata di fronte a critica ed evidenza, quindi la sua impossibilità viene riconosciuta, non si ha sempre carattere autocentrico e le sue cause sono quasi sempre organiche.

L'allucinazione, invece è elevata di strutturazione, interessa tutti i campi sensoriali, c'è certezza soggettiva indiscutibile, non c'è correggibilità nemmeno di fronte ad evidenze e critiche, la sua impossibilità non è riconosciuta, ha quasi sempre carattere autocentrico (è frequente il riferimento al paziente per quanto riguarda il contenuto o il significato) e le sue cause sono prevalentemente non organiche.

ILLUSIONI: DA COMPLETAMENTO, EMOTIVE (O AFFETTIVE), PAREIDOLICHE O PAREIDOLIE

E' una distorsione di un oggetto esterno reale e può avere carattere delirante, perché non correggibile con la critica e l'evidenza. E' un mescolamento di percezioni riprodotte dalla fantasia del soggetto con percezioni normali, indistinguibili le une dalle altre.

Illusioni da completamento = dimostrano il "principio della chiusura" della Gestalt, per cui si tende a completare un assetto familiare ma non del tutto definito e dipendono dalla disattenzione

Illusioni emotive (o affettive) = possono essere comprese solo nel contesto dell'umore dominante

Illusioni pareidoliche (pareidolie) = vengono viste delle immagini a partire da forme non strutturate; sono le uniche che vengono acuite dall'attenzione, anziché vanificate, in quanto le fa diventare più specifiche. Esse vanno distinte dalle interpretazioni percettive erranee (non influenzate dall'emotività), dalle allucinazioni funzionali (quando una certa cosa è necessaria per la produzione, ma questa non consiste nella trasformazione della sensazione) e dalle interpretazioni fantastiche (o elaborati sogni ad occhi aperti)

ALLUCINAZIONE: UDITIVE, GUSTATIVE, VISIVE, TATTILI, OLFATTIVE, IPNAGOGICHE E IPNOMORFICHE, FUNZIONALI, RIFLESSE, DELIRIUM TREMENS. AUTOSCOPICHE (AUTOSCOPIA NEGATIVA E SINDROME DI CAPGRAS O DELIRIO DEI DOPPI), NEGATIVE, TELEOLOGICHE. SOMATICHE: SUPERFICIALI, CINESTETICHE, VISCERALI

Deriva dal latino "alucinatus", che significa "vagare con la mente". È una percezione senza oggetto, derivante da una fonte interna di informazioni ma giudicate scorrettamente provenienti da una forma esterna; contrariamente all'allucinosi, non è correggibile né criticandola, né di fronte all'evidenza e il contenuto è prevalentemente di autoriferimento (connotazione delirante).

Secondo **Slade** un'allucinazione si riconosce tramite 3 criteri essenziali:

- 1) Esperienza simil-percettiva in assenza di stimolo esterno
- 2) Impatto di una percezione reale
- 3) Involontaria e non controllabile

Secondo **Horowitz** si riconosce tramite 4 criteri:

- 1) Contenuti mentali in forma di immagine
- 2) Deriva da fonti interne
- 3) Viene valutata erroneamente come sorgente da fonte esterna
- 4) Si verifica in modo intrusivo

Secondo **Bentall**, in parte, derivano dal bisogno di preservare la propria autostima, fallendo nel distinguere tra sorgenti esterne d'informazione ed interne.

Secondo **Pancheri** le allucinazioni condividono con i deliri:

- 1) La certezza soggettiva
- 2) La falsità dell'esperienza
- 3) La non correggibilità
- 4) Il carattere autocentrico

Secondo **Aggernaes** il senso di realtà delle allucinazioni si fonda su 6 caratteristiche:

- 1) Si distingue il percepire con gli organi di senso dall'immaginare
- 2) Hanno una rilevanza per le proprie emozioni
- 3) Appaiono oggettive (ripetibili allo stesso modo con altri sensi)
- 4) L'oggetto è considerato esistente, anche se nessun altro lo esperisce
- 5) Sono esperienze involontarie
- 6) Non dipendono dal fatto di trovarsi in uno stato mentale insolito ed il soggetto ne è consapevole

Le allucinazioni si differenziano dalle sensazioni normali per la mancanza della "non privatezza", cioè la consapevolezza che chiunque con facoltà percettive normali

potrebbe percepire la stessa cosa, infatti nelle allucinazioni il soggetto crede di essere l'unico a esperire.

I pazienti sanno differenziare le esperienze percettive reali e le loro esperienze allucinatorie (**Spitzer**).

“Sentire delle voci” è un modo di dire inventato dai pazienti (**Wernicke**) e il 40% considera le voci più simili a quella del linguaggio interiore piuttosto che a quello parlato o ascoltato.

Allucinazioni uditive = sono voci spesso bisbigliate o sussurrate, ma ben riconoscibili, spesso con contenuti allusivi, insultanti o minacciosi, altre volte commentano i comportamenti o i pensieri del paziente. Sono assenti nei disturbi deliranti, mentre nella schizofrenia dicono ad alta voce il pensiero del soggetto. Negli stati organici acuti sono “**allucinazioni elementari**”, cioè suoni non strutturati (ronzii, fischi, rumori vari, musica) come in donne anziane colpite da sordità.

Le voci vengono esperite come esterne a sé e possono essere maschili, femminili, singole o multiple, note o ignote. Metà dei soggetti riescono a controllarle, grazie a strategie mentali e comportamentali (*coping* = reazioni mutevoli a sfide normative o a eventi di vita quotidiana stressanti).

A volte le allucinazioni acustiche sono affiancate da quelle visive, che altro non sono che interpretazioni deliranti di percezioni visive normali.

Le allucinazioni uditive sono “**sintomi di primo ordine**” della schizofrenia, cioè sintomi che comunemente si trovano in essa.

In genere sono di minaccia (schizofrenia), espansività (mania), colpa (depressione) o sessualità.

Allucinazioni visive = hanno una maggiore specificità e solitamente carattere elementare e autocentrico, ma inferiore a quello delle allucinazioni uditive. Negli stati organici ci può essere un effetto “esplosione” nel campo visivo destro a causa di granuloma tubercolare sinistro o lesioni (perdita della visione a colori, emianopsia omonima, dislessia, alessia, cecità corticale). Non sono presenti nella schizofrenia. Può essere presente in soggetti anziani con deficit gravi visivi, privi di aspetti psichiatrici (Sindrome di Charles Bonnet = la persona sotto tali allucinazioni riferisce di osservare persone minuscole, ferme o in movimento, simili a dei fantasmi)

Il **delirium tremens** è una sindrome organica acuta dovuta ad astinenza alcolica: assieme ad un'alterazione grave dell'umore tra stati di cupo terrore ed una folle comicità, da illusioni pareidoliche (che tende a ricondurre a forme note oggetti o profili, naturali o artificiali, dalla forma casuale) in allucinazioni lillipuziane visive e tattili (piccoli animali, insetti od omini).

Nelle **allucinazioni autoscopiche** il paziente vede se stesso nello spazio esterno (nelle depersonalizzazione e depressione). Nelle allucinazioni autoscopiche “**negative**” il paziente non si vede nello specchio.

La **Sindrome di Capgras** (o delirio dei doppi), invece, è la convinzione che le persone care al paziente siano state rimpiazzate da replicanti, alieni o semplicemente da impostori a loro identici, quindi non un'alterazione della percezione, ma un errore di riconoscimento delirante.

Allucinazioni somatiche:

- 1) **Superficiali** = termiche (caldo/freddo), aptiche (toccamento, la “formicazione” è la sensazione che piccoli animali camminino sopra o sotto la pelle e può essere associata a deliri di infestazione), idriche (fluidi), parestetiche (sensazioni di

- punture)
- 2) *Cinestetiche* = sensazioni di arti in movimento o muscoli contratti (nella schizofrenia e nella sindrome di astinenza da benzodiazepine)
 - 3) *Viscerali* = false sensazioni dagli organi interni (dolore, pesantezza), come il "koro" nell'Estremo Oriente, che è la convinzione della retrazione dei propri genitali, fino a scomparire

Allucinazioni olfattive = l'odore può essere buono o cattivo, esterno o relativo a se stessi (attribuire a se stessi un cattivo odore può essere pericoloso per il rischio suicidario), una forma moderata può essere l'antropofobia, cioè la paura della **gente** e dei **contatti sociali**

Allucinazioni gustative = sapori persistenti o più bizzarri, nella schizofrenia (assieme a deliri di veneficio, cioè il credere di essere stati avvelenati) e nella depressione i sapori possono scomparire o diventare sgradevoli

Allucinazioni ipnagogiche e ipnopompiche = si presentano rispettivamente nelle fasi di addormentamento e di risveglio e possono essere visive, uditive o tattili. Caratterizzano una sindrome con la narcolessia, la cataplessia e l'ebbrezza da sonno

Allucinazioni funzionali = quando è necessario uno stimolo esterno per provocarla, quando l'organo sensoriale interessato è stimolato (per esempio, allucinazioni uditive evocate da un rumore);

Allucinazioni riflesse = forma allucinatoria della sinestesia, rappresentazione di uno stimolo in un canale sensoriale che produce una rappresentazione in un altro senso, riferite a un organo di senso diverso da quello stimolato (per esempio, allucinazioni uditive evocate da uno stimolo visivo)

Allucinazioni negative = mancanza di percezione di un oggetto esterno reale (esistente), possono essere indotte con l'ipnosi

Allucinazioni teleologiche = sono acustiche, voci che danno consigli e suggerimenti utili al paziente

Valutazione quantitativa delle allucinazioni:

- stadio 0 = critica della passata esperienza allucinatoria
- stadio 1 = critica oscillante dei passati episodi allucinatori
- stadio 2 = presenza di allucinazioni, critica oscillante
- stadio 3 = saltuarie allucinazioni, no critica
- stadio 4 = allucinazioni in momenti di inattività, no critica
- stadio 5 = assillanti, continue e no critica

-Il paziente non ha insight sulla natura patologica delle allucinazioni.

-Bisogna porre domande concrete, come: "Sente delle voci?"

-Di solito si riesce a convincere un paziente che non c'è nessun altro in grado di esperire le sue allucinazioni, ma non significa che accetti essere non reali, ma col trattamento può diventare più recettivo.

-Se insiste nel sostenere la veridicità delle sue allucinazioni, bisogna considerare la gravità dei suoi sintomi. Talvolta disprezza chi è incapace di percepirle, in questi casi non va contrastato.

-Bisogna cercare di capire se il paziente è consapevole che le allucinazioni appartengono

esclusivamente a lui, chiedendogli: “C’è qualcun altro in grado di sentire le voci? Pensa che io potrei sentirle?”.

-I pazienti che accusano il clinico di mentire quando nega di sentire le voci in genere soffrono di deliri persecutivi e possono diventare pericolosi.

-Bisogna lasciare al paziente la possibilità di spiegare perché pensa che gli altri neghino le sue esperienze e non concordino con lui.

-Se, invece, si sospetta che il paziente senta le voci, ma rifiuti di ammetterlo, chiedere: “Che cosa le hanno detto le voci stamattina?”.

-Anche se il paziente definisce “folli” le sue allucinazioni, potrebbe non aver insight, ma aver capito che gli altri considerano “folli” le sue allucinazioni.

-Chiedergli cosa pensi della natura delle sue allucinazioni e si accettino come vere le sue spiegazioni deliranti.

-Cercare di proporgli di cercare interpretazioni alternative a quella delirante, facendogli valutare quanto ritiene realistiche quelle alternative

-Se ritiene le sue convinzioni deliranti più reali, gli si dice che è legittimo, ma che bisogna sempre ricordare che sono possibili anche altre interpretazioni negative.

-Proporgli un intervento mirato ad alleviare le sue sofferenze, senza specificare che comprenderà la natura patologica delle voci, perché per lui sono vere e necessarie.

INTERPRETAZIONI PERCETTIVE ERRONEE E FANTASTICHE (o ELABORATI SOGNI AD OCCHI APERTI)

La fantasia è volontaria: il soggetto riesce a raccogliere differenti percezioni riprodotte secondo differenti modalità sensoriali e in momenti diversi per creare un sogno ad occhi aperti (unica esperienza attuale complessa di fantasia).

EMIANATTENZIONE

E’ l’incapacità di rappresentare e prestare attenzione a quanto è contenuto in una metà del campo percettivo.

DELIRI

-PRIMARI E SECONDARI

-VERI DELIRI: AUTOCTONI, PERCEZIONI DELIRANTI, ATMOSFERA DELIRANTE, RICORDI DELIRANTI

-TEORIA DELL’ATTRIBUZIONE SOCIALE

-DELIRI DI PERSECUZIONE

-DI PREGIUDIZIO

-GELOSIA MORBOSA (O DELIRIO DI INFEDELTA’)

-DELIRI EROTICI

-FALSI RICONOSCIMENTI DELIRANTI: SINDROME DI CAPGRAS, SINDROME DI FREGOLI, SINDROME DI INTERMETAMORFOSI, SINDROME DEI DOPPI SOGGETTIVI

-DELIRI DI GRANDEZZA PRIMARI

-RELIGIOSI

-DI COLPA E INDEGNITA’

-DI POVERTA’ E NICHILISTICI (DI NEGAZIONE)

-IPOCONDRIACI: CONDIZIONE DI KORO

-DI INFESTAZIONE

-FOLLIA COMUNICATA: IMPOSÉE, COMMUNIQUÉE, INDUITE, SIMULTANÉE

-DELIRI DI CONTROLLO: IDEA PREVALENTE E PARANOIE