

DOMANDE ESAME PSICOLOGIA

1. Che cos'è la psicologia e di che cosa si occupa?

Psicologia deriva dal greco 'psychè' (anima o soffio vitale) + 'logos' (discorso meditato e razionale) = discorso meditato e razionale intorno all'anima, al soffio vitale.

Si interessa e studia il funzionamento psichico (mentale ed affettivo) ed il comportamento dell'uomo sia come singolo individuo, sia come appartenente ad un gruppo. (psicologia sociale).

Comprende due grandi aree:

- psicologia sperimentale/ricerca: il suo scopo è quello di accrescere conoscenze su natura e funzionalità dell'uomo (come una macchina). Le ricerche e gli studi: psicologia generale, psicologia dell'apprendimento, psicologia dello sviluppo, psicofisiologia, psicofisica, psicologia sociale, psicologia linguistica, psicopatologia, psicologia medica, psicologia clinica, psicosomatica, psicologia della salute, ecc..
- psicologia applicata: il suo scopo è quello di comprendere 'perché l'uomo funziona in un certo modo e non in un altro' e aiutare il soggetto/gruppo a migliorare il proprio adattamento nel mondo (nella società): psicologia clinica, psicologia dello sviluppo, psicologia della salute in particolare (+ tutte le altre discipline psicologiche).

2. Che cos'è la psicologia della salute e di che cosa si occupa?

(definizione) La psicologia della salute è una branca della psicologia che rappresenta l'insieme dei contributi specifici (scientifici, professionali, formativi) della disciplina psicologica in:

- promozione e mantenimento della salute.
- prevenzione e trattamento della malattia.
- identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate.
- analisi e miglioramento del sistema di cura della salute ed elaborazione delle politiche della salute.

Fornisce contributi teorici e metodologici (applicativi) importanti e specifici su:

- TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE, ovvero sul mantenimento della salute e del benessere.
- PREVENZIONE e TRATTAMENTO DELLE MALATTIE.

3. Che cos'è l'ICD-10?

ICD, (International Classification of Diseases) è un sistema diagnostico che riguarda tutte le specialità mediche anch'esso di derivazione americana, ma legato alla WHO (World Health Organization).

Le malattie sono ordinate in gruppi sulla base di criteri definiti in 22 capitoli:

La ICD-10 è la decima revisione della classificazione ICD, ossia la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati.

(il capitolo 5 include disturbi psichici e comportamentali di natura organica (F00-F09), dovuti all'uso di sostanze psicoattive (F10-F19) disturbi affettivi (F30-F39), nevrotici (F40-F48), legati a disfunzioni fisiologiche (F50-F59), disturbi della personalità (F60-F69), dello sviluppo psicologico (F80-F89), e comportamentali (F90-F98).

Tra le malattie: Schizofrenia (F20), e i vari Ritardi Mentali (F70-F79) e i Disturbi dell'apprendimento (F81.1-F81.9)

4. Che cosa si intende quando parliamo di promozione della salute?

Insieme pianificato di dispositivi educativi, politici, ambientali, organizzativi, che promuovono azioni e condizioni di vita utili alla salute degli individui, gruppi e comunità; può essere considerata un'azione sinergica tra educazione alla salute e politiche relative alla salute che ne garantiscono la realizzazione".

Secondo l'OMS (1984): "La promozione della Salute è il processo che permette alla persona di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute".

Secondo la CARTA DI OTTAWA: "La promozione della salute è il processo che conferisce alla popolazione i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possano, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri desideri e, dall'altro evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo.

La salute è una RISORSA della vita quotidiana; non come "fine della vita".

5. Contenuti principali della Carta di Ottawa.

Nel 1986 in occasione della prima conferenza internazionale sulla promozione della salute è stata creata la Carta di Ottawa (che prende il nome dal luogo in cui si è tenuta la conferenza).

Ha come obiettivo: il benessere psico-fisico della persona.

In questo documento la promozione alla salute viene definita come un processo che conferisce alle popolazioni i mezzi di assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla. Inoltre definisce le condizioni preliminari della Salute ovvero: la pace, un tetto, il nutrimento e un reddito.

Sostiene che per promuovere la salute si debba elaborare una politica pubblica per la salute, creare degli ambienti favorevoli, rinforzare l'azione comunitaria, sviluppare le attitudini personali e riorientare i servizi sanitari.

6. Definire salute e malattia.

MALATTIA: Stato morboso specifico caratterizzato da

- Sintomi o sindromi specifiche.
- Eziopatogenesi (cause: Fattori Biologici + Fattori Psicologici + Fattori Sociali/relazionali + Fattori Culturali).
- Decorso della malattia (andamento tipico della malattia).
- Prognosi (esito, aspettative, previsioni su una determinata malattia, in funzione di un trattamento).

SALUTE: (definizione data dall'OMS 1948) stato di complesso benessere fisico, psichico e sociale e non meramente "assenza di malattia".

7. Caratteristiche principali del modello biomedico.

- I processi biologici sono separati da quelli psicologici e sociali e sono gli unici responsabili della genesi della malattia (per ogni malattia esiste una causa biologica primaria; i problemi sociopsicologici non sono considerati cause potenziali di malattia e non vengono considerati nel processo diagnostico), per "spiegare" e trattare la malattia è sufficiente individuare le cause biologiche (Riduzionismo del Modello Biomedico).
- Enfatizza il potere degli operatori sanitari (medici, infermieri, oss, no psicologi ed educatori).
- Considera il corpo è come una macchina; la malattia è un suo guasto.
- Pone al centro di tutto le cause biologiche ("agenti patogeni": es. infezione).
- Si tratta di un Modello lineare, meccanicistico basato sulla causa/effetto.
- Offre poco all'azione preventiva (perché non tiene conto dei fattori psicologici e sociali; tutto si riduce alla prevenzione in senso biologico, es. "fare attenzione a virus e batteri").

8. Il modello biomedico e il modello biopsicosociale.

Il modello biopsicosociale tiene conto di tutti i fattori Biologici, Psicologici e Sociali/relazionali. (Ambiente, Società, Cultura, Rapporti/Relazioni, personalità)

Anche definito: "modello ecologico globale" (o "Olistico") e modello sistemico o multifattoriale.

La Malattia/Salute è intesa come risultato/effetto di tutti i fattori.

Questo modello ritiene che la diagnosi medica debba considerare l'interazione di tutti i fattori (biologici, psicologici e sociali).

Promuove l'approfondimento non solo del quadro organico, biologico, fisico, sommativa, ma anche del livello psicologico e sociale, (orientandosi a considerare la salute globale della persona, nel proprio ambiente di vita).

per modello biomedico vedi domanda prima

9. Quali sono stati i motivi principali che hanno favorito la diffusione del modello biopsicosociale?

La psicologia abbraccia il modello biopsicosociale.

I 3 motivi principali che hanno favorito la diffusione di questa nuova disciplina:

- 1) **Cambiamento dei quadri patologici** registrati negli ultimi anni nei Paesi Occidentali (in passato le più probabili cause di morte/mortalità erano *Malattie Infettive soprattutto acute*: polmonite, tubercolosi, epatite, colera, tifo, peste ecc. Oggi invece le principali cause di morte sono *Malattie croniche non trasmissibili (MCNT)*, malattie cardiovascolari e oncologiche (infarto, ictus, cancro), diabete, o condizioni conseguenti a esperienze traumatiche soprattutto incidenti stradali.
- 2) **Fattori economici**: costi eccessivi nella gestione delle malattie (Cura e trattamento) da parte del Servizio Sanitario Nazionale Pubblico e privato. Conducono gli Stati a investire maggiormente i fondi sulla prevenzione e sulla promozione della salute piuttosto che sulla cura, trattamenti molto più costosi.
- 3) Lo sviluppo stesso della psicologia.

10. (anche domanda 11 (prev. primaria), 12 (prev. secondaria), 13 (prev. terziaria), 14 (differenza tra primaria e secondaria), 15 (differenza tra primaria e terziaria)) Descrivere brevemente le 4 fasi di intervento: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e assistenza.

Per PREVENZIONE PRIMARIA si fa riferimenti ad interventi finalizzati alla promozione e al mantenimento della salute, e prevenzione di malattie effettuati su persone sane.

Si tratta di interventi utili a prevenire/evitare la comparsa/sviluppo di una malattia, non solo interventi di carattere prettamente sanitario ma soprattutto di tipo sociale/relazionale, volti a ottimizzare le condizioni di vita dell'individuo e a garantire il mantenimento della salute nel tempo.

La prevenzione primaria comprende: campagne vaccinali, eventi pubblici per promuovere la salute, interventi di bonifica ambientale e campagne pubblicitarie sulla promozione della salute.

Per PREVENZIONE SECONDARIA si fa riferimento all'intervento che viene fatto subito, nell'immediato, durante la fase iniziale della malattia. Si interviene per:

- Prevenire l'aggravamento della malattia e la cronicizzazione.
- Aumentare le probabilità di guarigione.
- Ridurre i tassi di mortalità.
- Promuovere la salute.

La prevenzione secondaria non si attua solamente in ambiti sanitari ma anche in ambienti di vita quotidiana del soggetto.

Ci sono diversi tipi di prevenzione secondaria: prevenzione dell'aggravamento della malattia, prevenzione della mortalità e prevenzione della cronicizzazione.

Per PREVENZIONE TERZIARIA si fa riferimento al riadattamento e alla riabilitazione. Si attua quando il soggetto ha una malattia conclamata generalmente cronica e ha lo scopo di permettere all'individuo di mantenere il suo funzionamento fisico, psichico e sociale e migliorarlo.

Spesso il soggetto ha perso il suo precedente funzionamento fisico, psichico e sociale, questo tipo di prevenzione ha la funzione di:

- recupero delle funzioni danneggiate o perdute
- inserimento/reinserimento nella società.

L'intervento può essere di tipo: riabilitativo (volti quindi a recuperare le funzioni perdute o danneggiate) o preventivo (che previene l'aggravamento della malattia, l'isolamento sociale, l'emarginazione, la mortalità, la qualità di vita).

Gli strumenti utilizzati:

- tecniche riabilitative
- gruppi AMA (auto-mutuo-aiuto)
- sostegno psicologico
- educazione terapeutica
- psicoterapia (individuale o di gruppo)

per ASSISTENZA si fa riferimento all'intervento rivolto a persone in uno stadio irreversibile di malattia. In casi in cui quindi non è possibile adottare metodi di prevenzione.

Lo scopo è quello della sorveglianza e della tutela di persone particolarmente bisognose di dipendenza, per lo più persone invalide (gravi riardi mentali, dementi, deliranti cronici stabilizzati gravi, altri soggetti con malattia cronica grave).

L'assistenza può rivolgersi a casa del malato oltre che in istituzioni specifiche come reparti ospedalieri, ambulatori, case di cura o di ricovero...

Gli strumenti utilizzati sono il sostegno psicologico e l'assistenza (e include anche l'assistenza e il sostegno alla famiglia).

16. quali sono i principali strumenti utilizzati nella prevenzione primaria.

Gli scopi della prevenzione primaria sono la prevenzione della malattie e la promozione della salute, per attuarli gli strumenti utilizzati sono:

- informazione/sensibilizzazione: attraverso volantini, incontri pubblici, campagne pubblicitarie, campagne vaccinali, mass media/tv, pubblicazione di articoli, dati, risultati delle ricerche ecc..
- educazione alla salute: attraverso istituzioni sanitarie, contesti sociali, scuole, biblioteche, parrocchie...
- counseling psicologico: strumento che attraverso l'uso della relazione facilita lo sviluppo delle risorse personali migliorando la conoscenza di sé.

17. l'educazione alla salute.

L'educazione alla salute è un'attività volta a sviluppare/accretere conoscenze, abilità, capacità psichiche mentali/affettive, sociali/comportamentali che aiutino l'individuo e la collettività a controllare comportamenti, stile di vita, abitudini investendo in prima persona nel proprio benessere, nella salute, nella qualità della propria vita.

È il principale strumento utilizzato per promuovere la salute e prevenire le malattie.

18. Che cos'è la personalità e a che cosa facciamo riferimento quando utilizziamo la "metafora della casa"?

La personalità è l'organizzazione psichica globale, esteriore e profonda, che si esprime con i sentimenti, capacità cognitive, comportamenti, modalità relazionali e introspettive specifiche.

La struttura interna di una qualsiasi persona (sia normale che disturbata) può essere equiparata ad una casa, costituita quindi da proprie fondamenta, strutture portanti e non portanti e varie caratteristiche particolari.

In questa casa vi possono essere elementi di fragilità o punti deboli a carico di una di queste caratteristiche che, a seconda della loro essenzialità per la solidità o la funzionalità della casa stessa, possono portare a piccoli inconvenienti che la rendono poco godibile fino a rischi veri e propri per il mantenimento della sua funzione o per la sua stessa conservazione.

19. il modello del cambiamento trans-teorico.

Cambiare significa rompere schemi mentali e comportamentali precostituiti e consolidati, ma anche “costruire nuovi schemi mentali e comportamentali”.

Il modello trans-teorico del cambiamento di James Prochaska e Carlo di Clemente è principalmente utilizzato per problemi di dipendenza. Si tratta di un metodo di intervento utilizzato per promuovere il cambiamento in diversi contesti della promozione della salute (alimentazione, attività fisica, prevenzione di incidenti sul luogo di lavoro, disassuefazione da fumo, gioco compulsivo, ecc.).

È basato sull'individuazione e spiegazione di fasi (o stadi) e sui processi del cambiamento. Tiene conto di aspetti temporali e dinamici, degli insuccessi (oltre che dei successi).

Il cambiamento è inteso come processo dinamico, che avviene secondo una sequenza ciclica, con passaggio da una fase ad un'altra. Tali passaggi sono articolati nel tempo.

Questo modello prevede 5 fasi:

- PRECONTEMPLAZIONE (persona non consapevole e non intenzionata a cambiare, manca la motivazione).
- CONTEMPLAZIONE (La persona prende consapevolezza del problema, della sua condizione di Salute o Malattia, della necessità di cambiare; pensa al cambiamento; potrebbe cambiare entro 6 mesi; senza assumersi ancora impegni precisi).
- DETERMINAZIONE (o “FASE DELLA PROGETTAZIONE”). La persona inizia a pianificare il cambiamento.
- AZIONE (La persona agisce, mette in atto il cambiamento, compie cambiamenti comportamentali e abbandona stili di vita e abitudini precedentemente consolidati).
- MANTENIMENTO (mantenere nuove modalità, nel tempo).

Il modello sottolinea che il cambiamento è un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo.

20. la motivazione.

La motivazione è un'emozione, può essere considerata come una Spinta/Energia che porta a raggiungere determinati risultati, inoltre è il motore delle nostre azioni; ha origine dalla percezione di un bisogno e dalla volontà di soddisfare tale bisogno.

Le sue caratteristiche sono: incostanza, instabilità, variabilità (non sempre presente).

È la forza per il cambiamento, la ragione per cui compiamo determinate azioni e per come lo facciamo (in parte), per tale motivo è fondamentale cercare di mantenerla o accrescerla.

Esistono vari tipi di motivazione, se la motivazione ha origine dall'interno della nostra persona è chiamata intrinseca, al contrario se deriva da ragioni esterne al nostro 'io' allora la motivazione è denominata estrinseca. In qualsiasi tipo di attività sono coinvolte entrambe, anche se in misura diversa.

In ambito clinico/sanitario viene valorizzata e sfruttata molto la MOTIVAZIONE in quanto gioca un ruolo fondamentale nei processi curativi-riabilitativi ecc.

21. Le teorie dei bisogni o teoria della motivazione umana.

La teoria dei bisogni è stata proposta nel 1954 da Abraham Maslow sotto forma di modello motivazionale basato su una “gerarchia di bisogni”.

La soddisfazione dei bisogni più elementari (bisogni fisiologici) è la condizione per fare emergere i bisogni di ordine superiore (di sicurezza, di appartenenza sociale e di amore, di stima, di autorealizzazione personale).

Questi bisogni sono classificati in 5 tipologie.

- 1) BISOGNI FISIOLGICI i quali sono direttamente connessi alla sopravvivenza. Hanno un livello di intensità più pressante. Sono importanti fin dalla nascita.
- 2) i BISOGNI DI SICUREZZA emergono in seguito alla soddisfazione dei bisogni fisiologici e comprendono la stabilità, la dipendenza, la protezione, la libertà dalla paura, la Salute.
- 3) BISOGNI DI APPARTENENZA E DI AFFETTO (amicizia, affetto familiare, intimità sessuale)
- 4) BISOGNI DI STIMA sia da parte di sé stessi che degli altri (autostima, autocontrollo, realizzazione, rispetto reciproco, di prestigio e apprezzamento sociale).
- 5) BISOGNI DI AUTOREALIZZAZIONE bisogno di realizzare sé stessi in vari ambiti e occasioni, necessità di sentirsi appagati.

22. Autoefficacia e autostima.

Autoefficacia secondo la definizione proposta da A. Bandura (1990) è la convinzione che si ha delle proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati.

Ha origine dal riconoscimento delle proprie capacità ma non è la misura di quest'ultime, infatti l'autoefficacia è la convinzione che le persone hanno di quello che riusciranno o saranno in grado di fare.

L'autoefficacia è un concetto diverso dall'Autostima. Quest'ultima infatti rappresenta il Giudizio di valore, positivo o negativo, sulla propria persona (indipendentemente dal riconoscimento delle proprie capacità).

Autoefficacia riguarda le proprie capacità, Autostima invece riguarda la propria persona ma, a volte, può dipendere dall'autoefficacia.

23. Autoefficacia e locus of control.

Il locus control, ovvero “luogo di controllo” per la percezione del controllo degli eventi e delle situazioni di vita. Esistono 2 tipi di locus control:

- INTERNO: quando l'individuo attribuisce a sé stesso il controllo sugli eventi e situazioni della vita. Persone con loc interno sentono la responsabilità dei propri comportamenti in tutto quello che accade.
- ESTERNO: quando l'individuo attribuisce il controllo degli eventi e delle situazioni di vita (anche Salute e Malattia) a fattori esterni (es. il destino, il fato, la sorte). Persone con loc esterno non sentono tale responsabilità. Non credono nella possibilità di poter controllare e condizionare la loro condizione di Salute.

Il loc è un atteggiamento mentale in grado di influenzare/condizionare pensieri, azioni, emozioni/affetti, comportamenti, sentimenti; tutti gli eventi, sia positivi che negativi”.

Ha una ricaduta sul piano decisionale delle responsabilità degli individui, che possono credere profondamente di poter contribuire o no sulle proprie condizioni di Salute, influenzando o no il processo di cambiamento.

24. Definire la percezione ed indicare qual è il più importante disturbo della percezione.

La percezione è un'attività psichica cognitiva complessa deputata all'integrazione di stimoli provenienti dall'esterno attraverso gli organi di senso e delle varie sensibilità, con l'esperienza acquisita.

Il più importante disturbo della percezione sono le allucinazioni ossia falsificazioni percettive in mancanza di stimolo esterno.

Possono essere allucinazioni visive, uditive, olfattive, gustative, somatiche/tattili. Normalmente “espressione di patologia psicotica o di disturbo organico”.

25. Teorie dell'oblio o della perdita delle tracce mnestiche.

Le teorie dell'oblio, o perdita delle tracce mnestiche, sono tre:

- 1) TEORIA DEL DECADIMENTO COGNITIVO ossia con il passare del tempo i normali processi metabolici del cervello provocano un decadimento della memoria (le tracce di ciò che si è appreso si disintegrano fino a scomparire del tutto).
- 2) TEORIA DELL'INTERFERENZA, quando si dimentica per effetto del passare del tempo, per inattività di certi contenuti mentali che non vengono utilizzati, e per effetto delle “nuove informazioni/conoscenze” acquisite che vanno ad interferire con le vecchie (già precedentemente immagazzinate).
- 3) TEORIA DELL'IMPOSSIBILITÀ DEL RECUPERO sostiene che non è tanto il ricordo ad essere perduto, ma la capacità di accedere al ricordo.

La Teoria psicoanalitica (Freudiana) parla di dimenticanze, atti mancati, amnesie, e ritiene che eventi associati a problemi emotivi (traumi), possono essere soggette ad un oblio pressoché totale, per effetto della rimozione.

26. Che cos'è il delirium e qual è il quadro clinico del delirium?

Il delirium è la forma più grave del disturbo della coscienza, si tratta di uno stato confusionale acuto e transitorio da causa organica, ossia la massima disorganizzazione dell'attività psichica con frammentazione dei processi psichici che appaiono slegati e sconvolti (intelligenza, memoria, percezione, pensiero affetti/emozioni/sentimenti).

Le cause organiche del delirium sono: Intossicazione da sostanze, Astinenza da alcool., Infezioni sistemiche, Encefalopatie metaboliche, Malattie cardio-vascolari e Malattie neurologiche.

I sintomi caratteristici del delirium (quadro clinico) sono:

- Disorientamento spazio-temporale - Disturbi dell'identità
- Disturbi della memoria con falsi ricordi e falsi riconoscimenti
- Incapacità fissare tracce amnestiche; presenza di confabulazioni (riempimento della memoria)
- Disturbi dell'interpretazione dei fatti/eventi - Pensiero incoerente e frammentario - Facies perplessa (tipica) o perplessità ansiosa
- Reazioni affettive incongrue con anomalie dell'umore - Riduzione vigilanza, lucidità con scadimento cognitivo globale - Disturbi percettivi (possibili allucinazioni e illusioni)
- Delirio confuso
- Difficoltà a capire e a rispondere alle domande
- Alterazioni del ritmo sonno-veglia
- Stato sognante e delirio professionale (nel delirium tremens)
- Perdita del senso del tempo (la coscienza del confuso è ridotta al puro presente)
- Gravi fenomeni vegetativi e alterazioni dell'equilibrio idrolitico (sudorazione, tremori grossolani, disidratazione e febbre)
- Tracciato EEG rallentato
- Ridotta o aumentata attività psicomotoria

27. Delirium tremens.

Il Delirium Tremens è la Sindrome da astinenza alcolica o da eccessivo abuso di alcoolici. Può essere dovuta anche ad altre cause, diverse dall'alcolismo. Generalmente però colpisce i soggetti che hanno sospeso l'assunzione di alcool (in genere a distanza di 3-4 giorni dalla sospensione). E' uno stato confusionale acuto e transitorio (Delirium) da causa organica.

Può essere dovuto anche a: “eccessivo abuso di alcoolici” (o a cause diverse dall'alcolismo).

Quadro clinico caratterizzato da sintomi tipici dello stato confusionale con:

- disorientamento spazio-temporale
- deficit cognitivi globali (disturbi della memoria, amnesie, falsi ricordi e falsi riconoscimenti; disturbi del linguaggio/eloquio, attenzione, concentrazione, pensiero, percezione...)
- disturbi percettivi (allucinazioni) specialmente visive, a volte "combinata" come microzoopsie.
- Delirio confuso e delirio professionale
- Facies perplessa o perplessità ansiosa
- Pensiero ed eloquio confuso (frammentato, illogico, incomprensibile)
- Affettività incongrua
- Alterazione del ritmo sonno-veglia (disturbi della vigilanza o del sonno)
- Irrequietezza fino all'agitazione psicomotoria
- tendenza alla perseverazione (ripetizioni di risposte a precedenti domande)
- tremori diffusi, generalizzati in tutto il corpo (mani, braccia, gambe, ecc....)
- nausea
- Sete
- Febbre
- Tachicardia
- Sudorazione ed ipertensione
- Si possono avere crisi epilettiche

28. Delirium post-operatorio.

Esordisce in genere dai 3 ai 5 giorni dopo un intervento chirurgico importante ed è determinato da più fattori concausali quali:

- deprivazione di sonno
- deprivazione sensoriale
- dolore fisico
- presenza di disturbi metabolici
- riduzione della ventilazione polmonare
- uso di farmaci (soprattutto "di più farmaci")
- presenza di febbre

Soprattutto nei pazienti:

- sottoposti a interventi chirurgici d'urgenza (non adeguatamente preparati psicologicamente all'intervento)
- prendono più di 5 farmaci prima dell'intervento
- sono in gravi condizioni generali prima dell'intervento
- hanno più complicanze post-operatorie (per motivi diversi)
- hanno una storia di altri episodi precedenti di delirium post-operatorio
- si presentano all'intervento già in stato confusionale
- sono affetti da deficit sensoriali (visivo o uditivo)
- hanno oltre i 60 anni
- sono alcoolisti cronici
- sono affetti da danno cerebrale o malattie fisiche e croniche

29. Altre forme di delirium oltre al delirium tremens e delirium post-operatorio.

Altre forme di delirium oltre al delirium tremens e delirium post-operatorio sono:

- Il DELIRIUM IN PAZIENTI GERIATRICI: Pazienti oltre i 60 anni, se ricoverati in ospedale, possono presentare un quadro confusionale.

Le cause possono essere: malattie neurologiche (es. demenza), maggior uso di farmaci che vengono metabolizzati più lentamente, disturbi metabolici e cardiovascolari, cambiamento di ambiente e delle attività abituali, ritmi e orari diversi di quelli di casa, mancanza dei soliti punti di riferimento (persone, ambiente), isolamento e silenzio, nuove relazioni obbligatorie, timori e preoccupazioni per lo stato di malattia, tipo di intervento e tipo di trattamento.

- DELIRIUM ACUTO: Quadro confusionale molto grave dovuto forse ad una iper-reazione di tipo allergica, su alcuni "terreni di predisposizione" (es. alcoolismo, disturbo psicotico...).

Caratterizzato da: gravità del quadro confusionale, forte agitazione, grave deperimento organico generale con implicazioni biologiche importanti.

Può comparire:

- nel corso dell'evoluzione di una psicosi.
- a seguito di intervento chirurgico.
- durante il puerperio e malattie ginecologiche.
- malattie infettive e influenza.

- 30. (anche domanda 30) ENCEFALOPATIA DI WERNICKE è un quadro confusionale dovuta a lesioni organiche (ipotalamo, nucleo del tronco, corpi mammillari). La causa è l'alcoolismo cronico. Spesso evolve in Sindrome di Korsakoff (o "Disturbo amnesico persistente").

Caratterizzata da:

1) amnesia 2) falsi ricordi 3) falsi riconoscimenti e disturbi della memoria a breve e lungo termine.

Inizia con un quadro confusionale progressivo caratterizzato da:

- torpore (pigrizia fisica e mentale)
- disturbi del sonno
- a volte: allucinazioni
- a volte: agitazione

Segni obiettivi sono:

- paralisi oculare con diplopia (visione doppia)
- ptosi palpebrale (caduta delle palpebre)

31. Definire brevemente i deliri e indicare quali sono le differenze tra loro.

Delirium Temens: Sindrome da astinenza alcolica o da eccessivo abuso di alcoolici. Generalmente però colpisce i soggetti che hanno sospeso l'assunzione di alcool. E' uno stato confusionale acuto e transitorio (Delirium) da causa organica.

Delirium post-operatorio: in genere compare dopo 3 o 4 giorni dopo un intervento chirurgico.

Ecefalopatia di Wernicke: Quadro confusionale dovuta a lesioni organiche (ipotalamo, nucleo del tronco, corpi mammillari) con causa: alcoolismo cronico. Spesso evolve in Sindrome di Korsakoff (o "Disturbo amnesico persistente").

Delirium in pazienti geriatrici: Pazienti oltre i 60 anni, se ricoverati in ospedale, possono presentare un quadro confusionale.

DELIRI DEPRESSIVI:

Deliri di colpa (depressione maggiore): o di "auto-accusa" à nella depressione maggiore: il soggetto è convinto di aver commesso gravi colpe o mancanze o che sia lui il responsabile di tutto quello che di negativo accade.

Deliri di rovina (depressione maggiore): il soggetto avverte è convinto che il mondo vada incontro a distruzioni, catastrofi, guerre, epidemie. Il futuro viene visto con tinte apocalittiche e senza alcuna speranza di salvezza per sé e per la propria famiglia.

DELIRI DI PERSECUZIONE :

Deliri di riferimento: paranoia: il soggetto vive fatti di realtà e situazioni esterne come riferite in modo specifico a lui.

Deliri di veneficio paranoia e schizofrenia; il soggetto è convinto che gli altri lo vogliono avvelenare.

Delirio di influenzamento o di controllo: schizofrenia, il soggetto è convinto che il proprio corpo o i propri pensieri siano guidati, diretti, agiti, controllati o condizionati da forze esterne.

DELIRI SOMATICI:

Deliri di trasformazione corporea: schizofrenia, il soggetto avverte una trasformazione dei propri organi.

Delirio ipocondriaco paranoico: paranoia; il soggetto è estremamente convinto di avere una malattia. Vive con l'unico scopo di ricercare medici e cure che lo possono guarire.

Delirio ipocondriaco depressivo depressione; soggetto convinto di avere malattia. Sente il corpo come contenitore di morte, sentito, spesso, come già in putrefazione", non cerca medici.

DELIRIO DI GRANDEZZA:

Delirio megalomano: mania, schizofrenia, paranoia, disturbo bipolare nella fase maniacale, schizofrenia, paranoia; legati ad una "ipervalutazione" delle proprie capacità, identità e ad un "senso di onnipotenza" "il soggetto che può fare qualsiasi cosa".

DELIRI PASSIONALI

Delirio di gelosia o "Sindrome di Otello"; paranoia e dei soggetto alcolisti cronici; il soggetto è convinto che il proprio partner tradisca o che abbia tradito.

DELIRI MISTICI: schizofrenia a contenuto mistico o religioso. "il soggetto crede di essere il messaggero o il profeta di Dio", oppure "di rappresentare l'incarnazione i Cristo o di avere le stigate"...

32. Le emozioni.

L'emozione è la reazione fisica e psichica in risposta alla presenza di uno stimolo, importante per chi lo percepisce.

Le emozioni sono caratterizzate da due componenti:

- 1) Componente fisica: modificazione dei processi fisiologici, risposta fisica/somatica.
- 2) Componente psichica: modificazione dei processi psichici e comportamentali.

Le emozioni possono essere di 2 tipi:

- Positive (Gioia, Allegria, Felicità...): fanno stare bene.
- Negative (Paura, Angoscia/Ansia, Rabbia, Disprezzo, Tristezza, Sconforto, Depressione, Colpa, Disgusto, Vergogna, Imbarazzo...): provocano disagio e malessere.

Emozioni positive ampliano il ns. modo tipico di pensare e di fare, spingendoci ad essere più curiosi, interessati, creativi e più a contatto con gli altri.

Le emozioni negative restringono il ns. modo tipico di pensare e di stare al mondo. Tutti gli esseri umani provano e condividono emozioni, indipendentemente dalla cultura di appartenenza.

33. Definire paura e ansia e indicare quali sono le differenze tra loro.

La paura segnala la presenza di un pericolo esterno. E' funzionale alla salvaguardia dell'individuo e della specie (Darwin: processo di adattamento), e da vita a due tipi di reazione:

- Attacco
- Fuga

L'ansia segnala la presenza di un pericolo interno (intrapsoichico), in genere inconscio. Non può utilizzare le 2 reazioni difensive viste per la paura, (non essendo possibile fuggire da se stessi o attaccare qualcosa di interno, intrapsoichico dove sta già avvenendo una lotta tra parti psichiche = CONFLITTO).

Casi particolari in cui paura ed angoscia si confondono sono le reazioni nei confronti di malattie somatiche, e nelle fobie. Nelle fobie, l'oggetto temuto è collocato all'esterno, ben riconoscibile ed oggettivabile; tuttavia la fobia non è altro che il frutto dello spostamento (meccanismo difensivo) con cui l'individuo tenta di resistere, in risposta al pericolo interno, (intrapsoichico) intollerabile spostato all'esterno (sull'oggetto fobico). In caso di malattia fisica: vi è una minaccia all'interno (intrapsoichica) con caratteristiche di pericolo esterno. Interno ed esterno si confondono in quanto il pericolo esterno (la malattia) ha anche precisi collegamenti con il Sé del soggetto, la sua identità, la sua percezione del corpo (minaccia intrapsoichica/interna)

34. La depressione

stato emotivo/affettivo caratterizzato da abbassamento del tono dell'umore, accompagnato generalmente da un rallentamento più o meno marcato di molte funzioni cognitive (attenzione, percezione, ideazione, vigilanza, memoria) e da un rallentamento della psicomotricità.

Esistono diversi tipi di depressione: Depressione Nevrotica, Psicotica, Reattiva, Mascherata, Ansiosa, Unipolare/Bipolare.

Sintomi della depressione: Deflessione tono dell'umore e tristezza fino a disperazione, Pessimismo, Dolore morale; Scarsa autostima (autosvalutazione); Senso di inutilità; Sentimento di colpa; Vissuti di rovina; Inadeguatezza; Indegnità; Anedonia (incapacità a provare piacere); Apatia dolorosa (il paziente soffre una mancanza sentimenti); Senso di oppressione; Talora ansia intensa; Riduzione dell'interesse e piacere in tutte o quasi tutte attività; Riduzione del desiderio sessuale; Ipocondria; Abulia (inibizione della volontà, inerzia); Astenia (stanchezza, mancanza di energie, di forze); Rallentamento psicomotorio o agitazione; Rallentamento o povertà ideativa; Disturbo dell'attenzione; Difficoltà a concentrarsi; Idee prevalenti su temi negativi e rivolti al passato; Pensieri di morte; Scarsa progettualità per il futuro; Rappresentazioni spiacevoli; Riduzione delle attività e dei contatti sociali; Anoressia e perdita di piacere per il cibo; Possibili abbuffate; Ipoestesia (spegnimento percettivo) o iperestesia (con senso di fastidio per gli stimoli); Derealizzazione e depersonalizzazione (disturbi della Coscienza dell'Io: senso di distacco, mancata familiarità, estraneità, irrealità); Insonnia o ipersonnia; Disturbi digestivi o cardiovascolari; Riduzione o aumento ponderale; Nei casi di psicosi depressiva: deliri e allucinazioni (congrui con il tono dell'umore) e sintomi confusionali.

Tanto più grave e profonda è la depressione, tanto più il soggetto si ritira nella sua angoscia, riducendo i contatti con l'esterno e con la realtà (fino al delirio: colpa/rovina); investe la propria corporeità, si impoverisce nelle proprie funzioni fino ad arrivare ad uno stato di arresto vero e proprio (stupor melanconico o arresto depressivo caratterizzato da immobilità, mutacismo, con una mimica ed uno sguardo da cui traspare tutta la profondità dell'angoscia depressiva).

Spesso accompagnata sintomi somatici e comportamentali: insonnia, stipsi, cefalea, dolori fisici/somatici, disturbi sessuali, disturbi alimentari, dolore cronico, acting, iperattività...

35. Lo stress

Lo stress caratterizza la vita di ogni individuo (scuola, lavoro, rapporti sociali, familiari, amicizie, rapporti di coppia, eventi, situazioni, ecc).

Non è facile stabilire esattamente cosa è stress perchè tutto è stress.

La definizione di stress è "esperienza/situazione negativa" ma non sempre è generato da un'esperienza negativa/sgradevole, infatti anche eventi positivi che richiedono un processo di adattamento sono fonte di stress, quindi lo stress è un processo di adattamento messo in atto dall'individuo che si deve adattare all'ambiente che è in continuazione mutazione.

Queste situazioni vengono denominate Stessor (o Agenti stressanti"), ne esistono di diverse tipologie più o meno gravi. La reazione delle persone a queste situazioni (risposte da stress) variano da individuo a individuo, si hanno modificazione dei processi fisiologici e psicologici.

Dipende molto dalle caratteristiche della personalità/Struttura di personalità, soprattutto dal modo con cui le persone percepiscono/valutano le situazioni/eventi della vita (processi cognitivi e demotivi).

Quando una persona stabilisce che quanto richiesto le da una data situazione è superiore alle sue capacità e risorse, quella persona esperisce uno stato di stress (collegato al senso di autoefficacia e ad una valutazione cognitiva rispetto alla propria persona, alle proprie capacità e risorse).

Stressor (Agenti stressanti): Qualsiasi stimolo (Situazione, evento, esperienza di vita) percepita come pericolosa/minacciosa per il soggetto sul piano fisico, psichico e sociale".

Tipi di stressor:

- Eventi traumatici: Situazioni di estremo pericolo.
- Cambiamenti di vita: lutti, divorzi, trasferimenti, matrimonio...
- Altri eventi: problemi di vita quotidiana.

