

Semeiotica psichiatrica= studio sistematico delle alterazioni psicopatologiche delle funzioni psichiche, tipo descrittivo.

Diagnosi differenziale= diagnosi per esclusione

Principi di terapia farmacologica psichiatrica:

La terapia farmacologica psichiatrica è un trattamento medico che utilizza farmaci per curare disturbi mentali come depressione, ansia, schizofrenia e disturbo bipolare. Questi farmaci, prescritti da uno psichiatra, agiscono principalmente modificando l'attività dei neurotrasmettitori nel cervello, come la serotonina e la dopamina, per alleviare i sintomi, migliorare la qualità di vita e prevenire le ricadute.

Come funziona

- **Azione sui neurotrasmettitori:** Gli psicofarmaci influenzano l'attività chimica nel cervello, in particolare quella dei neurotrasmettitori che regolano umore, pensiero ed emozioni.
- **Obiettivo terapeutico:** Mira a ripristinare un equilibrio chimico cerebrale alterato, correggere squilibri e mitigare i sintomi associati al disturbo psichiatrico.

Tipi di farmaci

- **1-Antidepressivi:** Utilizzati per la depressione e i disturbi d'ansia, alzano il tono dell'umore agiscono principalmente sulla serotonina. Efficaci anche per gli attacchi di panico e i disturbi ossessivo compulsivi. Tra i più famosi gli anti-MAO=a sostanze che inibiscono le monoamino ossidasi (MAO), enzimi che normalmente degradano neurotrasmettitori come la dopamina, la noradrenalina e la serotonina. Questi farmaci, noti anche come IMAO (inibitori delle monoamino ossidasi), vengono utilizzati principalmente come antidepressivi o nel trattamento del morbo di Parkinson, poiché aumentano la disponibilità di questi neurotrasmettitori. Es: sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, tritico, zoloft, prozac. Bloccano il re-uptake dei neurotrasmettitori sinaptici, alcuni hanno un azione selettiva per uno specifico neurotrasmettitore es. SSRI
- **2-Antipsicotici o neurolettici:** Prescritti per trattare la schizofrenia e il disturbo bipolare. Azione sedativa, riducono delirii e allucinazioni, favoriscono un miglior contatto con la realtà. Attività anti-istaminica, blocco dei recettori dopaminergici e attività anti-colinergica es: quietapina, olanzapina, risperidone.
- **3-Ansiolitici e ipnoinduttori:** Usati per ansia e disturbi del sonno, riducono ansia fino ad indurre il sonno, spesso per un uso a breve termine. Hanno azione sedativa, ansiolitica, ipnoinducente, anticonvulsivante perché aumentano l'inibizione GABA-ergica. Es benzodiazepine, lorazepam, diazepam
- **4-Stabilizzatori dell'umore:** Aiutano a controllare le fluttuazioni estreme dell'umore, tipiche del disturbo bipolare. Es: litio, facilita il meccanismo di riassunzione della noradrenalina a livello sinaptico.

Aspetti importanti

- **Prescrizione medica:** Solo uno psichiatra può valutare se la terapia farmacologica è appropriata e prescrivere il farmaco corretto, dopo un'attenta valutazione del paziente.
- **Approccio integrato:** Spesso, la terapia farmacologica è più efficace se associata ad altri interventi come la psicoterapia.
- **Non sempre a vita:** In molti casi, lo scopo è stabilizzare temporaneamente la condizione, permettendo al paziente di gestire la propria salute mentale con il supporto di altre terapie.
- **Importanza della supervisione:** È fondamentale seguire le indicazioni del medico, poiché alcuni farmaci possono richiedere un uso controllato e non vanno interrotti bruscamente per evitare effetti collaterali.

SSRI (Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)

TCA (Antidepressivi triciclici)

IMAO (vd sopra)

Malattia di parkinson: cura con LEVODOPA

La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa cronica che colpisce il sistema nervoso centrale, causando la progressiva degenerazione dei neuroni che producono dopamina. I sintomi motori principali includono tremore a riposo, rigidità muscolare, lentezza dei movimenti (bradicinesia) e instabilità posturale. Altri sintomi non motori, come disturbi cognitivi, ansia o depressione, possono comparire nel tempo.

Disturbi di personalità: sono alterazioni disfunzionali stabili e pervasive nel funzionamento della personalità- non producono necessariamente quadri psicotici o nevrotici-cmq rendono problematiche le relazioni affettive e l'adattamento alla realtà, i soggetti hanno un certo grado di stabilità, sono rigidi ed enfatizzano tratti presenti anche in soggetti normali, sono in grado di adattarsi all'ambiente esterno, sono ego sintonici (accettati dall'lo che non ne riconosce la patogenicità) e proteggono l'lo dal contatto con aree di sofferenza. Concetto di BORDELINE cioè area disfunzionale psichica a metà tra nevrosi e psicosi, caratterizzata da difese psicotiche (tipo negazione e proiezione) e problematiche di tipo narcisistico: impulsività e tendenza all'agito.

Suddivisi in 3 cluster:

cluster A strano – stravaganza, sfiducia nei cfr degli altri, chiusura, personalità *paranoide- schizoide e schizotipico*.

Disturbo *paranoide*: tendenza immotivata e invasiva ad interpretare le azioni della gente come volutamente minacciose, si chiude sulla difensiva e vede la realtà come persecutoria, senso di complottismo, stare sempre in guardia dagli altri, difficoltà a mettersi in discussione e ad accettare compromessi. Disturbo *schizoide*: indifferenza e ritiro dalle relazioni sociali, isolato, solitario ed eccentrico, capacità lavorativa migliore della capacità sociale es. nerd, segue diete stravaganti. Disturbo *schizotipico*: difficoltà nelle relazioni interpersonali per la presenza di eccentricità nel pensiero, percezione, aspetto e comportamento, convinzioni di tipo magico (esperienze di chiaroveggenza, telepatia) rapporto alterato con la realtà

cluster B drammatico, labilità emotiva, *istrionico-narcisistico-borderline-antisociale*

borderline: instabilità nelle relazioni interpersonali nell'umore e nell'immagine di sé, avidità affettiva e rabbiosa, alla ricerca di continue conferme esterne che sostengano la propria fragilità affettiva, sentimenti spesso di vuoto, intolleranza a solitudine e non accetta abbandono, spesso autoaggressività, usa o manipola gli altri- *disturbo istrionico*: teatralizza pensieri e sentimenti con reazioni emotive e comportamentali esagerate, esibizionista, vanitoso, seduttivo, superficiale, con emozioni mutevoli, necessita di continua conferma da parte degli altri- *d.narcisistico*: elevata immagine di sé, pervasiva grandiosità, necessità di essere ammirato, mancanza di empatia, non riconoscimento delle esperienze altrui. *antisociale*: tendenza alla trasgressione delle regole sociali e indifferenza e inosservanza dei diritti altrui, viola le norme con comportamenti irresponsabili e antisociali, incapacità di conformarsi alle norme, bassa capacità di inserimento nel mondo scolastico, lavorativo, facilità alla menzogna e alle risse, mancanza di rimorso per le proprie azioni

cluster C ansioso, elementi di inibizione, ansia, *dependente-evitante-ossessivo compulsivo*

d. evitante: inibizione sociale, timore dei giudizi altrui, sentimento di inadeguatezza, complesso di inferiorità, riluttanza ad entrare in contatto con gli altri, inibizione nelle relazioni intime, preoccupazioni di rifiuto o critica. Disturbo dipendente di personalità: eccessivo bisogno di essere accuditi, dipendenza e sottomissione e timore di separazione, incapacità di prendere decisioni in autonomia o di manifestare dissenso. **D.O.C.** eccessiva preoccupazione per ordine, efficienza, perfezionismo, inflessibilità mentale, indecisione continua, si perde l'obiettivo finale dell'attività, estremo perfezionismo che ostacola il completamento dei compiti. Ossessione= pensare continuamente ad una cosa/azione, idee egodistoniche e parassitarie che il soggetto vuole scacciare. Compulsione= spinta a dover ripetere una certa cosa o fare una certa cosa in continuazione per alleviare la tensione.

Tratti di personalità: caratteristiche stabili e prevedibili di un soggetto che si discostano dai limiti culturalmente attesi ma che non raggiungono la soglia di disfunzionalità di un disturbo di personalità.

Il DSM V ha unito i primi 3 assi (asse I disturbi psichici clinicamente rilevabili II dist. Di personalità e ritardo mentale e III disturbi fisici associati a disturbo mentale) asse IV problemi di tipo psicosociale-ambientale- fattori che contribuiscono allo sviluppo della malattia e V valutazione globale del funzionamento.

UMORE e AFFETTIVITÀ: atmosfera emotiva pervasiva e durevole, è fondo e sfondo. Stato emotivo globale con cui il mondo viene percepito, atmosfera emotiva durevole. Dimensione complessa della vita psichica in cui confluiscono aspetti emozionali, cognitivo, affettivi che "colorano" la vita. Tristezza e dolore sono sentimenti naturali, ma se diventano pervasivi, fissi non + modificabili dall'esterno, allora siamo in patologia. Umore depresso-maniacale-disforico (miscela di diversi sentimenti, insoddisfazione, irritabilità, ansia vissuti in successione rapida e incoerente).

Affettività come condizione emotivo-sentimentale soggettiva e variabile, capacità di provare emozioni e sentimenti in condizioni ambientali mutevoli, devono essere congrue con lo stimolo che le causa. Espressione di uno stato emotivo, emozione= manifestazione psicosomatica di tipo somatica + psichica+ comportamentale, rivolta ad eventi, situazioni mutevoli del mondo esterno o interno.

Disturbi dell'umore e consistono in periodi prolungati di eccessiva tristezza, umore eccessivamente elevato o entrambi. I disturbi dell'umore possono verificarsi negli adulti, negli adolescenti o nei bambini. I disturbi dell'amore sono bipolare o depressivo. L'ansia e i disturbi correlati non sono classificati come disturbi dell'umore, ma spesso precedono o coesistono con loro. Tristezza e gioia fanno parte della vita di ogni giorno. La tristezza è una risposta universale dell'uomo alle sconfitte, alle delusioni e ad altre avversità, mentre la gioia è una risposta universale al successo e ad altre situazioni incoraggianti. Il lutto, una forma di tristezza, è considerato una normale risposta emotiva ad una perdita, il termine lutto si riferisce specificamente alla morte di una persona cara. Tuttavia, in alcuni casi la risposta alla perdita è più persistente e invalidante, comprende sintomi che si sovrappongono a quelli del disturbo post- traumatico da stress e del disturbo depressivo maggiore e durano più di 12 mesi. Disturbo dell'umore quando la tristezza o l'euforia sono eccessivamente intense e persistenti e accompagnati da altri sintomi di disturbo dell'umore che soddisfano i criteri per un disturbo, riducono in modo significativo la capacità di funzionamento della persona. I disturbi depressivi sono caratterizzati dalla depressione, quelli bipolari sono caratterizzati da varie combinazioni di depressione e mania.

Depressione reattiva o cronica (distimia) non distacco da realtà, dipende dall'ambiente.

Depressione maggiore o endogena o psicosi maniaco depressiva, depressione grave, distacco dalla realtà, chiusura alle relazioni, perdita di interessi, poco dipendente da fattori esterni, buona risposta a farmaci antidepressivi. Depressione secondaria dovuta a malattie o farmaci.

La depressione

Disturbo bipolare- ciclotimia (disturbo bipolare minore ma di lunga durata)

Mania

Ansia: disturbi di ansia, stato abnorme di inquietudine, di pericolo imminente e indefinibile, paura senza oggetto, intensità e durata inappropriate allo stimolo che viene percepito come minaccia alla propria integrità e compromette le performance del soggetto. Tensione emotiva, reazione istintiva di difesa davanti ad una situazione di pericolo di natura indefinita, anticipa il pericolo per preparare il soggetto alla difesa o all'azione, ha componenti fisica e psichica, se sproporzionata è patologica. Per Freud ansia come meccanismo per difendere l'io, conflitto tra ES= istinto e ambiente sociale.

Fobia: correlato psicopatologico della paura, che sarebbe una reazione di fronte ad un evento minaccioso reale, la fobia è irrazionale, persistente e eccessiva, percezione distorta del pericolo, legata a situazioni o oggetti specifici, che il soggetto gestisce con evitamento o rassicurazione.

Panico (DAP): crisi d'ansia ad espressione somatica, breve ma molto violento (paura di stare per morire), il soggetto si blocca e perde il controllo su quanto succede. Disturbo da ansia generalizzata invece è ansia costante e persistente, non legata a circostanze, trattamento con terapia cognitivo comportamentale.

Dissociazione affettiva nella schizofrenia, scollegamento tra stimolo e risonanza emotivo affettiva (ride davanti ad una notizia tragica)

Emozione= reazione affettiva ad uno stimolo, insorgenza improvvisa e di breve durata.

MEMORIA: meccanismo per fissare, conservare e rievocare a livello cosciente informazioni acquisite dal mondo interno ed esterno ed immagazzinate nel cervello, si storicizzano gli eventi della propria storia. Funzione cognitiva per apprendere, conservare e riprodurre informazioni e conoscenze, acquisire, mantenere e usare abilità. Memoria in due parti: fissazione per registrare in modo stabile le informazioni e rievocazione: per riportare alla coscienza i contenuti del materiale fissato. I disturbi quantitativi della memoria di causa organica o psichica (personalità multiple, depressione, rimozione di ricordi troppo dolorosi)

Amnesie: perdita parziale o totale della capacità di fissare, archiviare e rievocare le esperienze passate.

Ipermnesia

COMPORTEMENTO= disturbi del comportamento. DCA (alimentare) Disturbi dell'istinto di autoconservazione (suicidio) disturbi del comportamento dell'autonomia (dipendenze) disturbi del comportamento sessuale e disturbi del comportamento sociale.

VOLONTÀ e PSICOMOTRICITÀ: espressione a livello comportamentale e dell'attività motoria degli impulsi di un soggetto, permette un collegamento relazionale con il mondo. Spinta all'agire, consapevolezza dell'agire, controllo sull'agire

Abulia

Impulso e impulsività come incapacità di resistere a ad un impulso e compiere azioni improvvisate

Catatonìa: stupor, mutismo, problema associato alla psicomotricità, disturbo grave

Catalessia: un sintomo della catatonìa, rigidità muscolare anche in pose scomode

Stereotipia

Tic, rapsus

ATTENZIONE: capacità di mantenere l'attività della mente focalizzata su un oggetto

COSCENZA: coscienza dell'io, coscienza di se stessi in un certo ambiente, capacità di individuare relazione e distinzione tra sé e ambiente circostante di interagire con l'ambiente, consapevolezza. Coscienza dell'io diverso dall'altro e dal mondo esterno, sentimento di attività, coscienza dell'identità dello scorrere del tempo e coscienza dell'unità e univocità del movimento. Integrazione tra tutte le funzioni cognitive del soggetto in relazione

all'ambiente esterno e al suo mondo affettivo, è attività unificante dell'esperienza. Coscienza è essere presenti a sé e al mondo esterno. **Stato crepuscolare** è un restringimento del campo fenomenico della coscienza per difetto di integrazione degli stati di coscienza, di identità e di memoria (fuga, sonnambulismo, personalità multiple, stati di trance o fenomeni di possessione)

Delirium (conseguenza di altra condizione esterna). Disorganizzazione dello stato di coscienza o confusione mentale, alterazione grave, viene meno la funzione integrativa della coscienza. Depersonalizzazione= alterazione della coscienza dell'io, esperienza di distacco e di estraneità vissuti dal soggetto nei confronti della propria interiorità psichica.

Dissociazione= perdita delle unità delle funzioni psichiche, rottura della associazioni tra le varie funzioni dell'io.

PERCEZIONE integrazione degli stimoli esterni attraverso gli organi di senso e le varie sensibilità con l'esperienza acquisita. Funzione cognitiva che mette in rapporto il soggetto con il suo ambiente.

Distorsioni sensoriali: modifica di intensità o di qualità dello stimolo (che rimane tale)

False percezioni, illusioni, allucinazioni: percezione nuova che porta ad una cosa percepita che in realtà è completamente diversa da quella effettivamente presente. **Illusione** come percezione alterata di uno stimolo esistente che viene trasformato e produce una cosa percepita nuova e non esistente nella realtà. **Allucinazioni**: percezioni false, che non hanno relazione con alcuna fonte reale di stimolo. Percezioni senza oggetto, associate ad un giudizio alterato della realtà che resiste ad ogni tipo di convincimento (delirio).

PENSIERO Elaborazione complessa che si fa della coscienza. Serve per organizzare le informazioni, per integrare le varie esperienze, funzione ideativa =produce idee e critica= produce giudizi.

Idea prevalente

Delirio: disturbo delirante, delirio persistente, centrato su un unico tema, non bizzarro sennò schizofrenia, possibili allucinazioni transitorie. Il funzionamento non è compromesso e il comportamento non è bizzarro, cioè se ci sono deliri non sono implausibili, nasce da un'interazione tra ambiente, personalità e una situazione scatenante, il soggetto attribuisce la colpa agli altri, proietta fuori la colpa per evitare la vergogna, continua ricerca delle "vere" intenzioni altrui. Delirio di persecuzione, di grandezza, di gelosia
Credenza personale falsa, basata su inferenza scorretta sulla realtà esterna e sostenuta fermamente a dispetto di prove ovvie. Disturbi dell'esperienza dell'io, viene meno la distinzione tra esterno ed interno.

INTELLIGENZA: capacità di risolvere problemi o adattarsi a nuove esigenze. Q.I rapporto tra età anagrafica ed età mentale. Demenza= compromissione progressiva che avviene nell'età adulta, deficit acquisito e spesso progressivo, decadimento, deterioramento, sindrome involutiva, demenza degenerativa primaria. Capacità che ha a che fare con adattamento ad ambiente, a situazioni nuove, = acquisire abilità e trarre profitto dalle esperienze. Oligofrenia= deficit intellettivo, poca intelligenza, ridotto sviluppo di funzioni globali. **RITARDO MENTALE**= deficit intellettivo stabile collegato ad una mancata acquisizione delle capacità

SCHIZOFRENIA: alterazioni di funzioni cognitive e percettive, del comportamento e dell'affettività, separazione delle funzioni mentali. Allucinazioni uditive, deliri bizzarri (essere controllati da una forza esterna) disordine di pensiero e linguaggio, mancanza di reattività.

NEVROSI: difficoltà nel superamento delle fasi evolutive dell'infanzia, il soggetto riconosce e accetta la realtà, ma fa fatica a gestire il proprio mondo pulsionale. Segni di disagio, tratti che inibiscono comportamenti sociali senza alterare il rapporto cognitivo con la realtà esterna o con la propria identità. Psiconevrosi ossessiva= D.O.C. è la peggiore delle nevrosi perché può portare ad un rapporto compromesso con la realtà.

PSICOSI: malattie che compromettono il rapporto con la realtà, attraverso disfunzioni in ambiti cognitivi, affettivi e comportamentali, se causa organica= psicosi esogene, se causa funzionale= psicosi endogene. Sono croniche, paranoia= deliri stabili, sistematizzati, persistenti che si sviluppano in modo chiaro e logico. Schizofrenia come forma + grave. Disturbi psicotici sono disturbi mentali gravi che comportano un'alterazione della capacità di interpretare correttamente la realtà.

Schizofrenia= scissione della mente: allucinazioni, eloquio disorganizzato e comportamento disorganizzato, appiattimento affettivo, deliri, perdita dell'unità della coscienza, dissoluzione del sé, permeabilità tra individuo e gli altri. Spettro schizofrenico come episodio depressivo maggiore, delirio, allucinazione, voci allucinatorie, deliri di controllo e influenzamento, eloquio inappropriato, comportamenti catatonici.

Disturbo ossessivo compulsivo: attività mentale e comportamentale continua, che occupa il soggetto per la quasi totalità del suo tempo, iper affaccendamento per allontanare contenuti mentali che lo infastidiscono e lo assediano, però attività inutile e di breve durata, il soggetto deve ripetere da capo le azioni, reattività volontaria finalizzata ma inconcludente. **Ossessivo**= frequente e costante, imperante sulla vita quotidiana. È presente l'atteggiamento critico, l'individuo riconosce l'ossessione come prodotto della propria mente, diverso dal delirio perché il delirio non è egodistonico e ha la convinzione assoluta della validità del proprio contenuto di pensiero, diverso da schizofrenia perché è consapevole che le proprie ossessioni non sono inserite dall'esterno ma sono un prodotto della mente. Compulsivo= sintomo espresso sul piano comportamentale con conseguenza di ossessione intenzionale, consapevole (diverso dal tic) è finalizzato a neutralizzare l'ansia o un evento ripetitivo e spesso ritualizzato. Per D.O.C., FOBIE TIC ottima la terapia cognitivo comportamentale.

DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI condizioni cliniche psichiatriche in cui la patologia si manifesta con sintomi psichici. Somatizzazione= modalità di sperimentare ed esprimere stati psicologici, disagio emozionale manifestato tramite il corpo. I sintomi non sono spiegati da processi fisiopatologici riconosciuti, alterazione del quotidiano, il sintomo + comune e + grave è il dolore. Sintomo somatico + pensieri eccessivi sulla gravità dei sintomi, alti livelli di ansia, impiego eccessivo di tempo per le preoccupazioni ad esso correlate.

DISTURBI DISSOCIATIVI disconnessione delle funzioni integrate della coscienza, dell'affettività, della memoria, dell'identità, della percezione dell'ambiente. Perdita dell'organizzazione e collegamento tra i vari ambiti della coscienza di sé con l'altro. Le cause possono dipendere da traumi, risposta di immobilità o resa, difesa della mente davanti ad eventi traumatici, fuga psicologica quando quella fisica non è possibile. Gli eventi vengono resi meno intensi con la depersonalizzazione o la derealizzazione, oppure inconsci con l'amnesia o frammentati con il disturbo da stress post traumatico, o non riconoscibili come propri nel disturbo dissociativo dell'identità.

Sintomi principali: de-personalizzazione, ossia sensazione di distacco dal proprio corpo, sentirsi strani e irreali, de-realizzazione: mancanza di familiarità del proprio ambiente fisico, amnesia: incapacità di ricordare e confusione di identità: conflitto riguardo la propria identità personale.

DID disturbo dissociativo dell'identità= personalità multiple, sono più stati di personalità distinti che nel paziente assunto in modo ricorrente il controllo del comportamento, disgregazione dell'identità, discontinuità nella percezione di sé, alterazione dell'affettività, del comportamento, della coscienza fino ad una vera e propria esperienza di possessione (le identità multiple si alternano prendendo il controllo).

AMNESIA DISSOCIATIVA: depersonalizzazione come sensazione di estraneità e distacco da se stessi, dal proprio corpo e dai propri processi mentali, ci si sente un osservatore esterno dei propri processi mentali. Derealizzazione0 il mondo esterno appare strano, estraneo irreali. Si curano con EMDR, farmaci SSRI.

LE TERAPIE PSICHIATRICHE e PSICOTERAPIE:

PSICANALISI- Freud, particolare modo di trattamento della sofferenza nevrotica, scienza dei processi psichici inconsci, psicologia del profondo e scienza dell'inconscio. Inconscio rimosso= meccanismo di difesa della rimozione, risultato della censura (=Super IO) che allontana dalla coscienza i contenuti pulsionali di amore-odio della vicenda edipica e che risultano inaccettabili per la coscienza. SINTOMO come formazione di un compromesso tra il mondo pulsionale e la censura. Il SOGNO è appagamento deformato di desideri rimossi perciò la sua decifrazione smaschererà le trappole linguistiche che hanno reso irricognoscibile il desiderio originario, è la via verso l'inconscio.

Inconscio strutturale= modo di essere psichico che si affianca a quello della coscienza, logica simmetrica. L'inconscio tratta come unitario ciò che il pensiero razionale divide, logica dell'inconscio ha la stessa forma dell'emozione, dell'infinito perché idealizza e infinitizza gli oggetti e l'inconscio è il livello più profondo della realtà emotiva.

Metodo psicanalitico= risolvere i sintomi attraverso la trasformazione delle aree più disarmoniche della realtà emotiva grazie ad una relazione affettivamente significativa, come quella con il terapeuta. Le terapie psicanalitiche derivano dalla psicanalisi ma sono diverse nella prassi.

Transfert= il paziente rivive sentimenti e desideri infantili originariamente riferiti alle figure genitoriali nella relazione con l'analista= provincia intermedia tra malattia e vita. Controtransfert= le reazioni emozionali conscie ed inconscie provate dall'analista.

PSICOLOGIA ANALITICA= JUNG, mentre Freud adotta un approccio causalistico, Jung usa un approccio finalistico ai problemi psichici, integrare l'esplorazione delle cause con la ricerca del senso, si cerca di individuare un percorso di integrazione tra conscio ed inconscio della psiche per realizzare il proprio potenziale. La LIBIDO è energia psichica indifferenziata per attuare il lavoro psichico, cioè la realizzazione delle potenzialità della persona, la libido deve essere trasformata grazie al simbolo, cioè qualcosa che rimanda a significati che vanno oltre l'esperienza personale, media il passaggio della libido da inconscio a coscienza permette di elaborare e integrare la tensione degli opposti. È attraverso il simbolo che l'inconscio può comunicare e arricchire la coscienza, permette l'individuazione = processo di sviluppo psichico che porta alla scoperta del sé e alla sua sostituzione dell'io al centro della psiche- e porta l'uomo oltre lo stato di natura= mettere insieme, unire l'io cosciente con la totalità dell'inconscio.

La "tensione degli opposti" in Jung è il concetto fondamentale che la psiche si basa sul conflitto tra forze contraddittorie, come conscio e inconscio, che non vengono annullate ma si uniscono in una tensione dinamica per generare energia psichica (libido) e guidare il processo di individuazione verso l'integrazione.

3 parti della psiche= IO (centro degli aspetti consci, base dell'identità personale) + PERSONA (aspetto sociale, media tra io e mondo esterno) + OMBRA (inconscio personale, parte oscura della ns personalità, non riconosciuta dall'ego cosciente).

INCONSCIO COLLETTIVO= è una parte della psiche umana universale e innata, contenente archetipi, ovvero simboli ed esperienze universali condivisi da tutti gli esseri umani attraverso le generazioni, principi che motivano la psiche, sono temi dati "a priori", pattern psichici fondamentali e comuni ad ogni uomo. Jung lo concepiva come uno strato profondo della psiche, distinto dall'inconscio individuale, che si manifesta in miti, sogni e comportamenti ricorrenti attraverso culture diverse. Gli archetipi (padre, madre, morte, nascita) sono le forme, le categorie universali che si trovano nell'inconscio collettivo, sono forse che si manifestano in modo identico in tutte le culture, sono visibili in miti e leggende e aiutano ad interpretare il mondo. Mito come chiave per comprendere la psiche profonda, la comprensione dell'inconscio collettivo è fondamentale per permettere l'individuazione. Simbolo dell'integrazione: I mandala rappresentano l'integrazione di coscienza e inconscio, dove gli opposti si incontrano e dialogano all'interno di una struttura ordinata. Simbologia di centro e totalità: Il centro del mandala rappresenta il Sé (l'archetipo che racchiude la personalità totale) e la sua circonferenza simboleggia la ricerca di un ordine che abbracci tutto.

L'obiettivo è stabilire una dialettica tra la psiche e l'inconscio, integrare i vari aspetti dell'inconscio e accedere all'inconscio collettivo, la guida alla soluzione è la psiche stessa del paziente, analisi dei sogni tramite amplificazione attuata in base alla conoscenza e alla cultura del terapeuta perché in grado di stabilire associazioni collettive con tutti gli elementi del sogno, ricorrendo agli archetipi, al mito e alle leggende. Incoraggiamento ad attività creative per esprimere il materiale inconscio, immaginazione attiva, il paziente impara a partecipare attivamente e consciamente alle proprie fantasie, dialogando con l'io e grazie al transfert con l'analista arriva ad una profonda relazione con il proprio sé. L'inconscio ora non è più un serbatoio con residui da scartare e impulsi inaccettabili, ma crea, porta del senso. Jung tiene conto dell'antropologia sociale e culturale, fornisce chiavi per interpretare un mondo desimbolizzato e apparentemente senza senso.

TERAPIE COGNITIVO- COMPORTAMENTALI: 3 ondate

COMPORAMENTISMO: condizionamento classico e operante, psicologia= scienza esatta, analisi dei comportamenti osservabili per modificare quelli disfunzionali e apprendere nuovi comportamenti adattivi. **Ruolo dell'ambiente:** L'ambiente è considerato il fattore predominante nel determinare il comportamento umano attraverso le esperienze passate e presenti **Apprendimento come associazione:** L'apprendimento è visto come il risultato dell'associazione tra stimoli e risposte, con il soggetto che sviluppa un repertorio di comportamenti in base alle interazioni con l'ambiente.

COGNITIVA: La visione cognitiva è una branca della psicologia che studia i processi mentali come pensiero, memoria e attenzione, considerandoli come un'elaborazione delle informazioni, fornisce un quadro teorico, predominanza del pensiero sull'emozione, non è l'evento che determina la reazione (che può essere standard o deviante) ma ciò che il soggetto pensa dell'evento a cui si affiancano emozioni e comportamenti, lo scopo è identificare i pensieri disfunzionali, visti come errori cognitivi che rendono difficile il cambiamento.

COGNITIVISMO: integra i due approcci precedenti, focus sui problemi presenti per capire il significato che il soggetto attribuisce a tali difficoltà, tecniche di ristrutturazione cognitiva connesse a tecniche comportamentali portarono alla terapia COGNITIVA= accettazione non giudicante delle proprie emozioni e loro regolazione sulla metacognizione (comprensione degli stati mentali propri e altrui che portano a intersoggettività e dialettica). **Focus:** sull'integrazione di pensieri, emozioni e comportamenti per creare un cambiamento duraturo, si applicano tecniche per modificare schemi di pensiero disfunzionali e comportamenti inappropriati, spesso attraverso "esperimenti" comportamentali tra una seduta e l'altra. Visione della Psicopatologia come stile di attaccamento insicuro, quando il genitore disattende in vario modo alle richieste di accudimento. La caratteristica della TCC (terapia cognitivo comportamentale) = alleanza terapeutica, limitata nel tempo e orientata ad uno scopo, cioè identificare, valutare e controbattere i pensieri e le convinzioni disfunzionali, tecniche per modificare il pensiero, metodo socratico, direttivo. Homework in cui il paziente propone i propri obiettivi, si identificano e modificano errori e distorsioni cognitive, ruolo attivo del paziente.

PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE per disturbi di ansia, anoressia, abuso da sostanze e attacchi di panico, disturbi somatoformi e psicosomatici. Limitato nel tempo, max 40 incontri per analizzare le angosce separative, focus ben delimitato, si circoscrive l'area problematica, ruolo attivo del terapeuta, rispetto alla neutralità nella psicanalisi, incalzante per attivare le emozioni e superare le difese, il terapeuta confronta e chiarifica, mentre in psicanalisi si interpreta, strumenti rivolti maggiormente alla vita cosciente.

PSICOTERAPIA INTERPERSONALE per risolvere problemi interpersonali, diversa dalle psicoterapie brevi che vogliono migliorare l'insight, l'uomo come risultanza delle sue relazioni interpersonali e delle sue interazioni culturali e ambientali, si affrontano i problemi interpersonali attuali chiarificando

gli stati emotivi ed esplorando strategie di adattamento nel contesto interpersonale. Atteggiamento attivo del terapeuta che incoraggia, rassicura e cerca notizie anamnestiche, eventi del passato per far acquisire strategie interpersonali più adeguate, terapia anche di gruppo, si cerca di individuare la diversa modalità relazionale anteriore e successiva all'episodio depressivo.

PSICOTERAPIA DI GRUPPO= rete relazionale, matrice che si crea nel gruppo, gli individui ne sono i punti nodali, la matrice è confine e contenitore nel quale gli individui ripercorrono le tappe del proprio sviluppo e ne correggono gli aspetti distorti. Kurt Lewin, dinamiche di gruppo.

TERAPIA FAMILIARE

BIOLOGICHE- psicofarmaci vd sopra

SHOCK: elettroshock aumenta la dopamina a livello centrale. Usato oggi per casi di depressione endogena, negli arresti psicomotori e negli scompensi psicotici, usato nei casi in cui il trattamento farmacologico non dia efficacia e non ci sia possibilità di aggancio psicoterapeutico: si favorisce una crisi convulsiva mediante stimolazione elettrica, lo stimolo deve essere il più vicino possibile al minimo sufficiente per scatenare una crisi.

NEUROMODULAZIONE NON INVASIVA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI alterazione reversibile delle attività del sistema nervoso erogando in specifiche aree target farmaci o impulsi elettromagnetici. Tecniche NIBS stimolano in maniera non invasiva l'encefalo utilizza campi magnetici o elettrici per influenzare l'attività cerebrale, rappresentando un trattamento per vari disturbi psichiatrici come depressione e disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). La tecnica più comune è la Stimolazione Magnetica Transcranica (**TMS**), che attraverso una bobina applicata sul cuoio capelluto modula l'attività dei neuroni e può essere personalizzata in base alle esigenze del paziente. Altre tecniche emergenti includono la Stimolazione Transcranica a Corrente Diretta (tDCS) e la Stimolazione Ultrasonica Focalizzata (TFAS). Stimolano il cervello senza chirurgia, a differenza dell'elettroshock che è una procedura invasiva.

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA: la costituzione dei servizi di salute mentale alternativi al manicomio si ispira alla psichiatria di comunità, cioè l'area della psichiatria che cerca di comprendere e trattare i disturbi psichiatrici in stretta connessione con il loro ambiente sociale, necessaria quando si apre la prospettiva di una cura possibile. Soprattutto per gli psicotici, con turbe che invadono la sfera dell'intimità della vita privata e poi l'ambiente sociale, sconvolgendo tutte le relazioni con gli altri. La riabilitazione psichiatrica sottolinea il trattamento delle conseguenze della patologia, piuttosto che della patologia in sé. Trattamento psicofarmacologico= i farmaci riducono l'acuzie però poi ci sono interventi psicoterapici (producono maggior consapevolezza, limitate se grave disabilità psichica) e la riabilitazione psichiatrica, orientata sulla realtà esterna del paziente, curare la propria persona, l'alloggio, il lavoro. Aiuta a recuperare le capacità bloccate o a sviluppare strategie di adattamento per raggiungere un grado di funzionamento migliore. Per migliorare la qualità della vita, aumentare la capacità del paziente di risolvere i propri problemi, intervenendo sulle abilità per migliorare la vita quotidiana

Social skill

Metacognition training (MCT) è un intervento psicologico che aiuta le persone a "pensare sul pensare" per migliorare la consapevolezza e la gestione dei propri processi mentali. Insegna a riconoscere e modificare le proprie distorsioni cognitive e i modelli di pensiero disfunzionali, per correggere bias cognitivi e ridurre la formazione di credenze patologiche in disturbi come ansia, depressione e psicosi.

Musicoterapia

Teatro terapia

Role play

Danza movimento terapia

Cognitive remediation therapy= training cognitivo per migliorare le funzioni cognitive CRT **Cognitive Remediation Therapy**, è una terapia di riabilitazione psichiatrica che si focalizza sul miglioramento del **funzionamento cognitivo**, agendo sui processi mentali piuttosto che sul loro contenuto. Utilizza esercizi specifici per aumentare la flessibilità mentale, l'attenzione e la pianificazione, con l'obiettivo finale di migliorare la vita sociale e quotidiana dei pazienti. Questo tipo di trattamento è efficace anche come integrazione ad altre terapie tradizionali. Aiuta i pazienti a modificare pensieri rigidi e a cambiare prospettiva+ Incrementa le capacità di attenzione (selettiva, sostenuta), memoria (soprattutto a lungo termine) e pianificazione (funzioni esecutive) e Sviluppa abilità metacognitive+ incoraggiare i pazienti a riflettere sul proprio modo di pensare.

Cogpack è un programma di riabilitazione neurocognitiva sperimentale che integra interventi di gruppo, progettato per migliorare funzioni come attenzione, memoria, abilità logiche e tempi di reazione. È un programma adattivo e flessibile, i cui esercizi si auto-regolano in base alle prestazioni dell'utente, modificando la difficoltà e scegliendo nuove attività a seconda dei risultati. Viene utilizzato in ambito clinico e di ricerca, soprattutto nella riabilitazione di pazienti con schizofrenia, per potenziare i deficit cognitivi e migliorare il funzionamento quotidiano.

Psicoeducazione La psicoeducazione è un intervento terapeutico che fornisce informazioni e strumenti a persone con disturbi psicologici e ai loro familiari, al fine di migliorare la comprensione e la gestione della patologia. L'obiettivo principale è aiutare i pazienti a riconoscere i sintomi, sviluppare strategie di coping e adottare comportamenti più funzionali, riducendo lo stigma e migliorando la qualità della vita.

Coping= strategie o meccanismi usati per affrontare e gestire difficoltà o stress

Obiettivo lavorativo—ergoterapia, lavoro con significato sociale, valore attribuito al senso del successo e delle abilità personali

Obiettivo abitativo: residenzialità protetta come:

SPDC= servizio psichiatrico di diagnosi e cura (reparto ospedaliero) per fase acuta del disagio psichico. Servizio di degenza volontaria o involontaria (con TSO) degli ospedali, qui viene praticata la contenzione.

CTRP-pazienti con patologie gravi ma con risorse attivabili, no insufficienze mentali, no personalità psicopatiche, no dipendenti da sostanze di abuso o persone aggressive

CA- per utenti con autonomia in alcune fasi della giornata però presenza di operatori della salute mentale

Gruppo appartamento- soggetti che hanno già fatto un percorso in CTRP o CA e che siano in grado di condurre attività occupazionali o lavorative.

REMS: legge 81/2014 Residenze per Esecuzione delle Misure di Sicurezza, ex ospedali psichiatrici giudiziari, solo quando la misura di sicurezza è il solo strumento per assicurare cure adeguate all'infermo mentale contenendone la pericolosità sociale. Strutture per il trattamento riabilitativo degli autori di reato affetti da patologie psichiatriche.

ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE: organizzazione integrata di unità operative che concorrono al conseguimento degli obiettivi di salute. Il direttore del DSM è nominato direttamente dal Direttore generale (D. Lgs 502/92 e 299/99).

-DPR 14.01.97 requisiti delle strutture psichiatriche

-2 livelli di assistenza: livello 1 consultazione e assistenza primaria livello 2 presa in carico per episodi di cura o progetti terapeutico riabilitativi personalizzati a lungo termine.

La regia del DSM è affidata al CSM, con visite psichiatriche, psicoterapie, terapie farmacologiche, assistenza infermieristica, colloqui.

Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale

1.collaborazione e consulenza per chi non necessita di cure specialistiche continuative

2. assunzione in cura per utenti con trattamento specialistico ma non complesso e multi professionale

3. presa in carico per trattamento integrato per utenti con bisogni complessi e con una valutazione multidimensionale PTI piano di trattamento individuale.

Il COLLOQUIO CLINICO è un'intervista tra medico e paziente volta a raccogliere dati su storia, sintomi pensieri e aspetti sociali e familiari per formulare una diagnosi e un piano di trattamento. Attraverso domande mirate, l'osservazione del comportamento e la creazione di una clima di fiducia, lo psichiatra valuta il disagio del paziente per comprendere la natura e decidere il percorso terapeutico più adatto, che può includere farmaci, psicoterapia o test psicologici. Gli obiettivi del colloquio clinico sono – raccolta di dati= acquisire informazioni sull'anamnesi personale e familiare, sui sintomi attuali, sul funzionamento del paziente nella vita quotidiana e sui suoi pensieri + -valutazione diagnostica= comprendere la situazione clinica e formulare una diagnosi accurata + -definizione del piano terapeutico più appropriato.