

L'Anamnesi Psichiatrica

1. Dati identificativi
2. Principale disturbo
3. Storia della malattia attuale:
 - A. Esordio
 - B. Fattori precipitanti
4. Malattie pregresse:
 - A. Psichiatriche
 - B. Internistiche
 - C. Storia di abuso di alcool o altre sostanze
5. Storia personale (anamnesi):
 - A. Prenatale e perinatale
 - B. Prima infanzia (fino a 3 anni)
 - C. Seconda infanzia (fra 3 e 11 anni)
 - D. Tarda infanzia (dalla pubertà all'adolescenza)
 - E. Età adulta
 1. Storia lavorativa
 2. Storia coniugale e relazioni affettive
 3. Storia scolastica
 4. Servizio militare
 5. Religione
 6. Attività sociali
 7. Attuale situazione di vita
 8. Storia legale
 - F. Storia psicoessenziale
 - G. Storia familiare
 - H. Sogni, fantasie e valori

La relazione medico-paziente: Il colloquio psichiatrico

- Un colloquio è sostanzialmente una conversazione, cioè un dialogo tra due persone e quindi una modalità di comunicazione reciproca.
- Alcune caratteristiche del colloquio psichiatrico, però, ne fanno una forma molto particolare di conversazione e lo rendono significativamente diverso dalla comunicazione quotidiana.
- Una corretta impostazione del colloquio con ogni nuovo paziente è da intendersi come parte integrante di una valutazione diagnostica: lo scopo del colloquio non si esaurisce nell'acquisizione di informazioni sulla storia passata del paziente, ma consiste essenzialmente nella comprensione di come questi si sente e costituisce una premessa indispensabile per una diagnosi corretta e un trattamento efficace.

La relazione medico-paziente: Il colloquio psichiatrico

- Il medico deve dimostrare:
 - partecipazione
 - attenzione (distanza ottimale)
 - di saper focalizzare quello che il paziente dice e come lo dice
 - capacità di ascolto (ascoltare con un terzo orecchio): rilevare le modalità caratteristiche di espressione verbale, di selezione e progressione degli argomenti, di capacità di rispondere adeguatamente alle domande poste, di accompagnarle in modo sintonico emotivamente con la mimica e la gestualità
 - atteggiamento di ascolto piuttosto che inquisitorio
 - di saper assumere informazioni specifiche attraverso domande particolari con la necessità di lasciare spazio al paziente di esprimersi spontaneamente e liberamente
 - di saper limitare al minimo indispensabile i propri interventi, perché così facendo si possono ottenere 2 importantissimi elementi conoscitivi:
 - a) constatare le modalità con cui spontaneamente il paziente affronta la relazione interpersonale;
 - b) constatare le proprie reazioni emotive suscitate dal paziente.

Esame psichico

Quadro clinico attuale (al primo colloquio ed alle successive osservazioni)

1- Disponibile o non disponibile al colloquio:

- chiede di parlare
- collaborativo
- eventuale insistenza
- parla poco e malvolentieri (reticente)
- mutacico (silenzio volontario)
- si rifiuta

2- Curato o non curato nella persona:

eventualmente descrivere abbigliamenti bizzarri, non adeguati all'età o alla stagione o al sesso

3- Mimica del volto e gestualità:

ridotta - aumentata - grimaces
improntata a: ansia, angoscia, tristezza, paura, irrequietezza, allegria, meraviglia o altro

4 - Coscienza, attenzione, vigilanza:**Stato di coscienza:**

- lucido e orientato nel tempo, nello spazio, verso la propria persona o terzi
- confuso
- tipo di alterazione (onirico, oniroide - depersonalizzazione)

Disturbi della strutturazione della coscienza (Disturbi qualitativi della coscienza)

- **disorientamento** (non sa la data, l'anno, ha difficoltà a trovare la camera, a riconoscere le persone, ecc.)
- **stato confusionale** (sono presenti disorientamento, distraibilità, disturbi mnestici, incoerenza ideativa)
- **stato crepuscolare** (restringimento del campo di coscienza con polarizzazione su pochi contenuti ideaffettivi, orientamento abbastanza conservato, condotta relativamente finalizzata in relazione alla polarizzazione ideativa, percezione distorta del mondo circostante)
- **stato oniroide** (il paziente sembra oscillare tra una percezione dell' ambiente relativamente corretta e l'intrusione, per lo più ad ondate, ad esperienze simili a contenuti del sogno)

Disturbi della coscienza dell' io

- **depersonalizzazione somato-psichica** (sensazione di estraneità riferita al proprio corpo)
- **depersonalizzazione auto-psichica** (sensazione di estraneità riferita al proprio pensiero)
- **depersonalizzazione allopsichica o derealizzazione** (sensazione di estraneità riferita alla realtà esterna)

Disturbi dell' attenzione

- distraibilità (l' attenzione è continuamente deviata da stimoli irrilevanti)
- difficoltà di concentrazione (vi è difficoltà a mantenere a lungo l' attenzione su un dato compito)

5 - Memoria:**Capacità mnestiche**

- valide ed efficienti o no

A) Disturbi quantitativi

- **ridotte (ipomnesie)** (per quanto attiene la memoria di fissazione, di rievocazione; amnesie anterograde o retrograde)
- **aumentate (iperpniesie)**
- **alterate (paramnesie)**

- Amnesie:

- transitorie
- permanenti
- globali
- lacunari
- retrograde (precede l' evento patogeno)
- anterograde (segue l' evento patogeno)
- selettive o psicogene (riguarda eventi di particolare significato affettivo o conflittuale)

B) Disturbi qualitativi o Paramnesie**5 - Memoria:**

Disturbi del riconoscimento: fenomeno del déjà-vu e del déjà-vecu (falsi riconoscimenti di situazioni presenti "vissute" come già viste o già vissute)

Disturbi del richiamo

- falsificazioni retrospettive (deformazione di ricordi esistenti per lo più su base affettiva)
- confabulazioni (falsi ricordi prodotti in corso di lacune mnestiche)
- pseudologia fantastica (invenzione di ricordi per lo più a contenuto grandioso ed esagerato)
- criptomnesia (ricordo che viene esposto come fatto o idea nuova)

6 - Capacità noetiche (intellettive, ideative) e **attentive:**

Valutare se le capacità noetiche intellettive, ideative e attentive sono adeguate o non adeguate a livello socioculturale

7 - Percezioni:

Assenza o presenza di fenomeni dispercettivi: descrivere di che tipo (allucinazioni uditive, visive, psichiche, cenestopatie, illusioni) se sono verbalizzate o no.

- **illusioni** (disturbo qualitativo per cui lo stimolo sensoriale viene interpretato in modo erroneo, caratteristica dell' illusione è la possibilità di correzione più o meno immediata dello stimolo percettivo)
- **paraoidolia** (elaborazione percettiva costruttiva fantastica di stimoli sensoriali indefiniti es. una nuvola è percepita come un animale)
- **allucinosi** (il soggetto è in grado di riconoscere la natura patologica non accettandola come percezione reale, è una allucinazione criticata)
- **pseudoallucinazioni o allucinazioni psichiche:** quando sono riferite provenire dallo spazio interno soggettivo
- **allucinazioni uditive:**
- **elementari** (suoni inanimati: cigolii, ronzii, fischi)
- **complesse** (colloquio di voci)
- **imperative** (allucinazioni uditive il cui percepito allucinatorio è costituito da voci che danno ordini, divieti ecc.)
- **parafasiche** (incomprensibile bisbiglio)

7 - Percezioni:

- **allucinazioni visive:**
- elementari** (lampi di luce, fosfeni)
- complesse** (scene complesse, statiche od animate)
- allucinazioni zooptiche** (il percepito allucinatorio è costituito da insetti o animali molto piccoli)
- **allucinazioni somatiche**
- allucinazioni cenestesiche o pseudopercezioni somatiche** riguardano la sensibilità corporea o viscerale in genere (sensazione di umido, caldo, freddo, scosse elettriche, sensazione di movimento degli organi interni)
- **gustative e olfattive:** si sentono sapori ed odori inconsueti, per lo più spiacevoli
- **allucinazioni riflesse** (lo stimolo di un organo di senso scatena allucinazioni in un altro organo di senso)
- **allucinazioni funzionali** (allucinazione che insorge solo quando la struttura interessata è in quel momento attiva cioè allucinazioni che insorgono solo ad occhi aperti e scompaiono ad occhi chiusi)
- **allucinazioni extracampiche** (insorgono al di fuori del campo sensoriale interessato come vedere dietro alle spalle)
- **allucinazioni ipnagogiche ed ipnopompiche** (insorgono rispettivamente durante il periodo dell' addormentamento o del risveglio)
- **autoscopia** (visione della propria immagine corporea proiettata all' esterno)
- **allucinazioni negative** (manca la percezione di uno stimolo reale)

8. Il Linguaggio :

rivela in genere il flusso del pensiero, ma non sempre vi è totale corrispondenza.

L' accelerazione ideativa può essere così elevata da trasformarsi in mutismo

- **logorrea**= aumento dell' eloquio spontaneo difficile da interrompere
- **eloquio poco fluente**
- **povertà di eloquio**= riduzione di eloquio spontaneo con risposte brevi, poco elaborate
- **povertà del contenuto**
- **aumentata latenza di risposta**
- **schizofasia**= insalata di parole
- **ecolalia**= ripetizione automatica di frasi o parole dello interlocutore
- **neologismi**= parole neofornate
- **paralogismi**= parole usate con significato diverso dal significato comune

9. Disturbi formali del pensiero:

- **Corso:** rallentato (bradipsichismo) - accelerato (tachipsichismo) - dissociazione (alterazione dei nessi associativi)
- **Condensazione** (due o più frammenti di idee si fondono in una nuova idea bizzarra)
- **Deragliamento** (le idee deviano in direzione non apparentemente collegata con il concetto di partenza)
- **Barrage** (interruzione del flusso ideico)
- **Iperinclusione** (nel tema di un pensiero logico si inseriscono idee o concetti non pertinenti o impropri)
- **Risposte di traverso** (non pertinenti)
- **Tangenzialità** (risposte non attinenti o del tutto irrilevanti)
- **Circostanzialità** (pensiero lento ricco di dettagli irrilevanti che rendono prolisso il discorso)
- **Fuga delle idee** (pensiero accelerato con impulso a parlare associazioni casuali, innescate da stimoli esterni, per assonanza)
- **Perseverazione** (un pensiero persiste oltre il contesto che lo ha innescato)
- **Pensiero concreto** (difficoltà dei processi di astrazione e di sintesi nella formulazione di ipotesi, nell' uso di simbolismi, nell'interpretare proverbi)
- **Pensiero ossessivo** (idee fobiche, immagini, impulsi, pensieri)

10. Ideazione:

piuttosto ricca e politematica
piuttosto povera (oligo o monotematica)
formalmente corretta o no
coerenza logica
pensiero frammentario
condensazioni
risposte a cotè (di traverso, ecc.)

11. Contenuti del pensiero: - deliranti (specificare il tema)- depressivi - ossessivi**disturbi del contenuto:**

ideazione prevalente

delirio (lucido o confuso , elementare o sistematizzato):

delirio primario: è un delirio inderivabile, autoctono

percezione delirante (percezione corretta a cui viene aggiunto un significato abnorme, in genere autoriferito e di grande rilevanza personale es: vedo un campanile e ciò vuol dire che sono chiamato ad una grande missione)

interpretazione delirante (percezione corretta a cui viene attribuito un significato abnorme)

intuizione delirante (idee sorte improvvisamente alla mente del soggetto, senza alcun rapporto con la realtà, vengono accettate come verità incontestabile)

11. Contenuti del pensiero:

delirio secondario (persecutorio, di riferimento, di rivendicazione, di veneficio, di influenzamento, mistico, di gelosia, espansivo di grandezza, genealogico, erotomanico, di inventorio), depressivo (idee di rovina, di colpa, ipocondriache, di negazione, negazione+dannazione+immortalità= **Sindrome di Cotard**)

falsi riconoscimenti deliranti (Errate identificazioni di persone su base delirante)

palinognostico (convincimento di riconoscere estranei come parenti o amici)

Sindrome di Capgras (persone note (familiari) vengono ritenute impostori)

Sindrome del sosia (una persona si ritiene sostituita dal suo sosia)

Sindrome di intermetamorfosi (una persona si è trasformata in un'altra)

Sindrome di Fregoli (si identifica una persona familiare, di solito il presunto persecutore, in vari estranei che rappresenterebbero quindi lo stesso individuo sotto vari camuffamenti)

12. Affettività:

Umore: eutimico, depresso, euforico, sereno, fluttuante

Depressione

Tristezza vitale (impressione di malessere fisico globale di dolore e pena indicibili avvertite in tutto l'organismo)

Apatia (abulia= riduzione volontà / astenia= riduzione forze)

Ambivalenza affettiva (cariche affettive di segno opposto)

Labilità affettiva (facile variazione dell'umore per stimoli di scarsa entità)

Inadeguatezza affettiva (atteggiamento non corrispondente allo stimolo)

Anedonia (incapacità a provare piacere)

Alexitimia (mancanza di parole per esprimere le emozioni)

Disforia (aumentata tendenza al malumore, irritabilità e pessimismo)/**ipomania**

Mania

Moria (variazione subeuforica dell'umore con tendenza alle fredde insipide, alla futilità al motteggio, ai giochi di parole)

13) Partecipazione emotiva alle circostanze attuali ed ai contenuti di coscienza: adeguata

- non adeguata:

- quantitativamente (intensa, ridotta; variata, stabile)

- qualitativamente (asintona oppure autismo)

14) Ansia:

- assente

- presente (ansia libera (generalizzata), somatizzata - irrequietudine, paura, panico - attacchi di panico)

15) Fobie**Fobie da situazione**

agorafobia= paura luoghi aperti

claustrofobia= paura dei luoghi chiusi

acrofobia= paura dei luoghi elevati

gefirofobia= paura di attraversare ponti

aerofobia= paura di volare

eremofobia= paura di essere soli

nictofobia= paura della notte

tropofobia= paura di muoversi o fare cambiamenti

dromofobia= paura dei mezzi di locomozione

ereutofobia= paura di arrossire

nosofobia= paura delle malattie

tafofobia= paura di essere sotterrato vivo

triskaidecafobia= paura del numero 13

amatofobia= paura della polvere

idrofobia= paura dell'acqua

keranofobia= paura dei tuoni

sciofobia= paura delle ombre

Fobie di animali

apifobia= paura delle api

sfecsofobia= paura delle vespe

musofobia= paura dei topi

ofidiofobia= paura dei serpenti

batracofobia= paura dei rettili

cinofobia= paura dei cani

ginofobia= paura delle donne

rupofobia= paura dello sporco

dei contatti

odinefobia= paura del dolore

biennofobia= paura delle sostanze

viscide

pirofobia= paura del fuoco

thalassofobia= paura del mare

astrapofobia= paura dei fulmini

sitofobia= rifiuto di alimentarsi

16. Comportamento psicomotorio:

- eccitamento o agitazione psicomotoria, crisi pantoclastiche,

- arresto psicomotorio, catatonìa (pose statuarie), catalessia,

- automatismi al comando (esecuzione passiva e acritica di ordini anche senza senso),

- negativismo (resistenza, mancata risposta o risposta di tipo opposto a stimoli esterni; nel negativismo passivo il soggetto non esegue l'ordine, nel negativismo attivo fa esattamente il contrario di quanto richiesto),

- manierismo (comportamenti caratterizzati da artificiosità, goffaggine, enfasi e bizzarria),

- stereotipie (ripetizione monotona di gesti o atti)

- ecoprassia (imitazione passiva di movimenti altrui),

- ecomimia, paleocinesie (iterazione più o meno ritmica e stereotipata di gesti e atteggiamenti arcaici come il dondolarsi, l'oscillare, la suzione ritmica ecc.),

- fuga,

- tendenze auto od eteroaggressive,

- azioni coatte, cerimoniali, rituali, condotte di evitamento

17. Problemi istintuali: accennare a eventuali tendenze auto o eteroaggressive**18. Eventualmente cenno al comportamento** Nota: accenno al comportamento

in reparto: alimentazione, adattabilità, sonno, accettazione della terapia, ecc.

Suicidio: Definizione

- Il suicidio è la morte autoprovocata intenzionalmente, è l'atto cosciente di autoindursi l'annullamento, un malessere multidimensionale di un individuo che necessita di risolvere un problema per il quale tale atto è percepito come la soluzione migliore.
- Non è un atto casuale o senza senso: al contrario rappresenta la via d'uscita da un problema o da una crisi che causa invariabilmente un'intensa sofferenza.
- E' associato a necessità frustrate o non soddisfatte, a sentimenti di impotenza e di disperazione, a conflitti ambivalenti tra sopravvivenza e stress insopportabile, a un restringimento delle opzioni di scelta percepite e a una necessità di fuga

Fattori associati al rischio di suicidio

Ordine	Fattore
1	Età (45 anni o più)
2	Alcoolismo
3	Irritazione, rabbia, violenza
4	Pregresso comportamento suicida
5	Sesso maschile
6	Resistenza ad accettare aiuto
7	Attuale episodio depressivo più lungo del normale
8	Precedente trattamento psichiatrico con ricovero ospedaliero
9	Recente lutto o separazione
10	Depressione
11	Perdita di salute fisica
12	Disoccupato o pensionato
13	Solo, vedovo o divorziato

Disturbi medici e mentali associati ad aumento del rischio di suicidio

- AIDS
- Amnesia
- DDAI
- Disturbo Bipolare
- Disturbo Borderline di Personalità
- Delirium
- Demenza
- Disturbo distimico
- Disturbi della condotta alimentare
- Disturbi del controllo degli impulsi
- Disabilità dell'apprendimento
- Depressione maggiore
- Disturbo di panico
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbo Schizoaffettivo
- Schizofrenia
- Disturbo da uso di sostanze

Storia, segni e sintomi di rischio di suicidio

- Precedente tentativo di suicidio o fantasie suicide
- Ansia, depressione, esaurimento
- Disponibilità di mezzi per il suicidio
- Preoccupazione per le conseguenze del suicidio sui membri della famiglia
- Discorsi di idee suicide
- Stesura di testamento, rassegnazione dopo una depressione agitata
- Vicinanza di una crisi esistenziale, come un lutto o un imminente intervento chirurgico
- Storia familiare di suicidio
- Intenso pessimismo o sensazione di disperazione

Valutazione del rischio di suicidio

Variabile	Alto rischio	Basso rischio
Profilo demografico e sociale		
Età	Superiore a 45 anni	Inferiore a 45 anni
Sesso	Maschile	Femminile
Stato Civile	Divorziato o vedovo	Sposato
Occupazione	Disoccupato	Occupato
Relazioni interpersonali	Conflittuali	Stabili
Retroterra familiare	Caotico o conflittuale	Stabile
Salute		
Fisica	Malattia cronica	Buona salute
	Ipocondria	Benessere
	Eccessiva assunzione di sostanze	Scarso uso di sostanze
Mentale	Grave depressione	Lieve depressione
	Psicosi	Nevrosi
	Grave disturbo di personalità	Personalità normale
	Abuso di sostanze	Bevitore sociale
	Disperazione	Ottimismo

Valutazione del rischio di suicidio

Variabile	Alto Rischio	Basso Rischio
Attività Suicida		
Idee suicide	Frequenti, intense, prolungate	Infrequenti, a bassa intensità, temporanee
Tentativi di suicidio	Tentativi multipli	Primo tentativo
	Pianificato	Impulsivo
	Salvataggio improbabile	Salvataggio inevitabile
	Inequivocabile volontà di morire	Primaria volontà di cambiamento
	Comunicazione interiorizzata (autorimprovero)	Comunicazione esteriorizzata (rabbia)
	Disponibilità di mezzi letali	Disponibilità di mezzi a bassa letalità (o disponibilità non diretta)

Valutazione del rischio di suicidio

Risorse		
Personalì	Scarsa efficienza	Buona efficienza
	Scarsa consapevolezza	Buona consapevolezza
	Affetti non disponibili e poco controllati	Affetti disponibili e ben controllati
Sociali	Scadente rapporto	Buon Rapporto
	Socialmente isolato	Socialmente integrato
	Famiglia non coinvolta	Famiglia preoccupata



