

1

Psicopatologia generale

Alessandro Minutillo, Gabriele Panza, Paolo Brambilla, Marcella Bellani

L'attività medica è fondamentalmente un agire pratico (clinico), nei confronti dello stato di malattia del paziente.

In questo capitolo riassumiamo dal punto di vista operativo l'esecuzione dell'**esame psichico**, richiamando le nozioni basilari della psicopatologia descrittiva (semeiotica psichiatrica), cioè il modo in cui i sintomi e segni sono riconosciuti e denominati così da fornire un linguaggio il più possibile comune alla pratica della clinica psichiatrica. Per una miglior comprensione dei fondamenti psicopatologici qui accennati, consigliamo lo studio del Capitolo 1 del *Manuale di psichiatria clinica*.

L'esame psichico

Lo scopo della raccolta dell'anamnesi psicopatologica e dell'esame psichico è quello di ottenere il maggior numero di informazioni sulla storia e l'evoluzione della patologia psichica del paziente per poter arrivare a definire un quadro sindromico diagnosticabile. L'esame psichico presuppone la conoscenza almeno dei concetti basilari della psicopatologia (v. Cap. 1 del *Manuale di psichiatria clinica*).

Parte I, osservazionale (ovvero dati di evidenza)

1. Coscienza

La prima cosa che colpisce l'esaminatore è la possibilità di stabilire il contatto col paziente. In particolare, si valuta lo stato di coscienza in termini quantitativi (v. Cap. 1, paragrafo 2 del *Manuale di psichiatria clinica*). La coscienza, infatti, è individuata dai tre parametri *spazio, tempo e sé*, e le condizioni necessarie affinché non sia alterata sono che la vigilanza sia lucidamente attiva e che l'ampiezza del campo di coscienza sia adeguato alle circostanze in cui il soggetto è posto.

Elementi lessicali di definizione sintomatologica

Coscienza lucida, ben orientata oppure alterata (alterazioni quantitative, dall'ipervigilanza alla normale vigilanza, dall'ottundimento fino al coma).

2. Aspetto, cura del sé e mimica facciale

Si considera il livello igienico del paziente, la modalità di vestirsi e più in generale la cura che il paziente ha della propria immagine. Questo serve per inferire circa la relazionalità e il tipo di sottocultura a cui il paziente si richiama. Si può certo comprendere che se siamo di fronte a un signore in giacca, cravatta e mocassini, profumato, abbiamo un soggetto assai diverso da uno coperto di tatuaggi e piercing. Tali elementi danno l'idea della sottocultura di appartenenza ma possono anche essere indicativi dello stato psichico del soggetto. Accenniamo brevemente, solo per rammentarli, all'importanza degli aspetti fisici/ costituzionali come cicatrici e la tipologia di queste. Ad esempio, le braccia di un paziente con personalità borderline possono essere disseminate di cicatrici e/o cheloidi.

Elementi lessicali di definizione sintomatologica

- **Aspetto e cura del sé:** età apparente, condizioni igieniche, livello di cura della persona, tatuaggi eventuali, abbigliamento/trucco che possono essere adeguati, trascurati, trasandati, bizzarri, eccentrici, appariscenti.
- **Mimica facciale:** normoespressa, normorappresentata, fatua, assente, partecipe, immobile, inespressiva, ipermodulata, iperespressiva, ipoespressiva, teatrale, improntata a tristezza, ansiosa, sospettosa, perplessa, euforica.

3. Atteggiamento e capacità di rapporto

Sempre tra le prime cose che colpiscono l'osservatore c'è il modo con cui il paziente situa il proprio corpo nello spazio e la consapevolezza che ha di esso. Lo span delle alterazioni motorie in psichiatria va dalla catatonìa all'agitazione con aggressività e atti di violenza verso se stessi, gli oggetti e gli altri.

Elementi comuni lessicali di definizione sintomatologica

- **Atteggiamento e capacità di rapporto:** collaborante, cooperativo, controllato, inquieto, passivo, reattivo, coartato, rigido, disinibito, sprezzante, sfidante, minaccioso, aggressivo, evasivo, teatrale, sospettoso, ostile, a disagio, servile.
- **Contatto visivo:** mantenuto, non mantenuto, sfuggente, intermittente.

4. Psicomotricità

Valuta la motilità spontanea del paziente nell'ambiente di osservazione.

Elementi comuni lessicali di definizione sintomatologica

Eccitazione psicomotoria, immobilità, rallentamento, presenza di stereotipie, manierismi, irrequietezza, tremori, spasmi; presenza di tic, blocco, affaccendamento, negativismo, catalessia, catatonìa (che va dall'eccitamento catatonico all'arresto psicomotorio all'arresto psicomotorio; aspetti della catatonìa sono: posturing, flessibilità cerea, stupor catatonico, rigidità catatonica).

Parte II, colloquio clinico (cioè dati relazionali)

5. Stato di coscienza

Indagabile tramite quesiti volti a definire lo stato di coscienza, ossia l'orientamento sui tre parametri spazio/tempo/sé. Si può inoltre valutare l'orientamento sul parametro d'oggetto (cioè l'altro da sé).

Elementi esemplificativi di definizione sintomatologica

Alterazioni *qualitative* come il delirium, lo stato crepuscolare, lo stato oniroide; fenomeni di depersonalizzazione (autopsichica, somatopsichica), derealizzazione/alterazione della coscienza sul parametro d'oggetto. Le alterazioni *quantitative* (dall'obnubilamento fino al coma) sono invece suggestive di una patologia "organica" dell'encefalo, verosimilmente più di competenza neurologica che psichiatrica).

6. Pensiero/ideazione e linguaggio

Come già visto, in psicopatologia si desume che pensiero e linguaggio coincidano, cioè che i concetti espressi rappresentino i contenuti del pensiero. I parametri da esaminare nella valutazione sono tre: contenuto, forma e flusso (si veda il capitolo riguardante pensiero e linguaggio). Nella valutazione del linguaggio si considereranno due componenti: quella propriamente espressiva e quella ideativa (pensiero).

Elementi comuni lessicali di definizione sintomatologica

- **Componente espressiva/eloquio:** spontaneo/da stimolare, affettato, manierato, povero, logorroico, esitante, inceppato, incoordinato, tono vocale iper/ipomodulato/monocorde, tipologia di timbro vocale, disturbi della produzione del linguaggio come disfasia, disartria, afonia/disfonia, accelerazione/rallentamento, mutismo, presenza di verbigerazioni.
- **Pensiero**
 - *Disturbi della forma:* circostanzialità, tangenzialità, deragliamento, fuga delle idee, allentamento dei nessi logici, insalata di parole, presenza di ecolalia, palilalia, criptolalia.

- *Disturbi del contenuto*: deliri (strutturati, elementari/spunti deliranti, lucidi/confusi, primari/secondari, tematiche del delirio, ecc.), ossessioni, fobie, idee prevalenti, pensiero di tipo dereistico, pseudologia fantastica, ruminazioni, rimuginazioni, tematiche monotone, interpretatività, presenza/assenza di ideazione anticonservativa (ovvero dell'unità affetto-pensiero).

7. Affettività

Elementi esemplificativi di definizione sintomatologica (v. Capitolo 1 Paragrafo 5 del Manuale di psichiatria clinica):

- *umore* (espanso, deflesso, euforia, irritabilità, reattività, apatia, anedonia, collera, ecc.);
- *emotività* (coartata, labile, iperespressa, normoespressa, sintona/dissintona, ecc.);
- *presenza di ansia* (psichica e/o somatizzata) e/o angoscia.

Utile, se ricorrono le circostanze, testare il paziente per il livello di rischio autolesivo/suicidario con l'ausilio delle scale psicometriche (*Scale for Suicide Ideation*, SSI).

8. Percezione

Elementi di definizione sintomatologica (v. Capitolo 1 Paragrafo 3 del Manuale di psichiatria clinica)

Normale/patologica, normale e con fenomeni dispercettivi (allucinazioni, illusioni, pseudoallucinazioni), libera da errore.

9. Capacità cognitivo/mnesiche

Si formalizzano in quattro aspetti: attenzione, concentrazione, memoria, comprensione. Sono gli elementi alla base del MMSE (*Mini Mental State Examination*).

Per ciò che attiene all'esame psichico, è rilevante la memoria immediata, recente e remota (per altri aspetti più specifici si rinvia ai testi di neurologia).

10. Insight

Di fondamentale importanza, è la coscienza di malattia: può essere sufficiente, parziale, assente. Viene valutato esaminando il grado di consapevolezza *del proprio disturbo psichico* e della *necessità di un trattamento*.

11. Comportamento

Già nella parte osservazionale si esamina, ma anche nella parte del colloquio si può rilevare e approfondire. Ad esempio, riguarda ciò che attiene alla capacità di controllo/discontrollo degli impulsi (che possono essere e.g. autolesivi e/o eteroaggressivi).

12. Sonno

Profilo ipnico regolare o meno (ipersomnia, insonnia iniziale/centrale/terminale/globale). Il disturbo del sonno è molto spesso presente in molti disturbi psichici, come i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore. È un aspetto importante da valutare, in quanto una sua alterazione può essere frequentemente il segno iniziale di scompenso (ad es. l'insonnia nelle fasi maniacali del disturbo bipolare).

2

Aspetti medico-legali in psichiatria e psichiatria forense

Gabriele Panza, Alessandro Minutillo, Lorenzo Pelizza,
Gaia Sampogna, Andrea Fiorillo, Paolo Brambilla

La psichiatria forense è una branca delle scienze mediche che studia i risvolti medico-legali della psichiatria e le problematiche forensi che si affrontano in campo penale e civile nel caso di soggetti affetti da disturbi mentali.

Breve glossario

Capacità giuridica. L'art. 1 del Codice Civile 1 (c.c.) afferma che: “la capacità giuridica si acquista al momento della nascita” ed è l'idoneità di un soggetto a essere titolare di diritti e di doveri. Quindi, condizione necessaria e sufficiente perché l'uomo sia giuridicamente capace è che nasca e che sia vitale. La capacità giuridica è il presupposto della capacità di agire”.

Capacità di agire e maggiore età. La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa (art. 2 c.c.). La capacità di agire si definisce come il potere che un soggetto ha di compiere, in modo valido, atti e negozi giuridici; essa è condizionata dal raggiungimento della maggiore età e da un adeguato grado di funzionamento psichico.

Obbligo giuridico. Deriva dalla capacità giuridica, ed è il potere di imporre, attraverso norme, il rispetto dei diritti e dei doveri così come stabilito dalle leggi.

Diritto. È l'insieme delle leggi, che mutano a seconda dei contesti sociali e delle circostanze storiche. In ogni caso, è riconosciuta una partizione delle leggi stesse secondo il diritto privato e il diritto pubblico.

- Diritto pubblico. Codifica le regole che disciplinano l'interesse collettivo e si suddivide in: diritto costituzionale, diritto finanziario, diritto amministrativo, diritto penale e diritto penale processuale.

- **Diritto privato.** Codifica le norme che disciplinano e sanciscono gli obblighi e i diritti rientranti nella sfera degli interessi dei singoli. Esso comprende: il diritto civile e in sostanza tutte le altre forme di diritto che disciplinano, in vari campi di attività, i rapporti fra singole parti.

Stato di necessità (art. 54 c.p.). Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Imputabilità. L'art. 85 c.p. definisce i criteri di imputabilità per chi commetta un fatto illecito e le condizioni di punibilità del soggetto.

La norma afferma che “nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e volere”.

Limitazioni dell'imputabilità (artt. 85; 88; 89 c.p.) e *della capacità di agire* (artt. 404; 414; 415 c.c.). Sia la capacità di agire che l'imputabilità riconoscono delle limitazioni dovute a patologia psichica, stabilite dai Codici Civile e Penale. Compito dello psichiatra forense è quello di valutare i soggetti sotto giudizio attraverso una “perizia” (CTP, consulenza tecnica d'ufficio e CTP, consulenza tecnica di parte). Tale strumento ha il fine di evidenziare le condizioni di malattia del soggetto che ne limitino la libertà/capacità di giudizio o la capacità di intendere e volere nell'agire.

REMS. Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Ha sostituito nel 2015 l'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG).

L'amministratore di sostegno (ADS)

TAB. 2.1 – Caratteristiche dell'amministratore di sostegno.

Chi è

È una figura istituita dall'ordinamento giuridico italiano per quelle persone che, a causa di una menomazione fisica o mentale, sono impossibilitati – anche parzialmente o temporaneamente – a provvedere ai propri interessi

Continua

TAB. 2.I – Segue**Chi lo nomina**

Viene nominato, con decreto, dal Giudice Tutelare del luogo di residenza o domicilio

Chi può richiederlo

Per richiedere l'amministrazione di sostegno si deve presentare un ricorso. Il ricorso può essere proposto:

- dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato;
- dal coniuge; dalla persona stabilmente convivente; dai parenti entro il quarto grado; dagli affini entro il secondo grado; dal tutore o curatore; dal pubblico ministero.

Che funzioni può svolgere

È il Giudice Tutelare a definire ogni volta, nel decreto di nomina:

- gli atti che rimangono di competenza esclusiva del beneficiario (fra questi, sono sempre compresi quelli necessari a soddisfare le esigenze della vita quotidiana);
- le attività da compiersi necessariamente con l'assistenza dell'Amministratore di Sostegno;
- le azioni per cui è previsto dal Giudice Tutelare un potere disgiunto e indipendente tanto dell'Amministratore quanto del Beneficiario;
- gli atti assegnati alla competenza esclusiva dell'A.d.S.

Si distingue quindi tra "assistenza" e "rappresentanza" e, riguardo a quest'ultima, tra rappresentanza non esclusiva ed esclusiva.

- *Assistenza*: l'A.d.S. è incaricato di affiancare solamente il soggetto debole, senza sostituirlo del tutto, nella conduzione di determinate attività
- *Rappresentanza*: l'A.d.S. è chiamato a sostituire del tutto il beneficiario, con riguardo alle operazioni o agli atti che sono specificati dal Giudice nel decreto di nomina.
 - *Rappresentanza esclusiva*: i negozi in questione non possono in nessun modo essere compiuti dal beneficiario, deve provvedervi solo l'amministratore.
 - *Rappresentanza non esclusiva*: l'amministrato può porre in essere un certo atto o un gruppo di atti, operando di sua volontà e in maniera del tutto indipendente.

Ruolo particolare nell'ambito della psichiatria

Tra gli atti personali del beneficiario in cui interviene l'A.d.S rientra il potere di rilasciare il consenso informato per le cure sanitarie, comprese quelle attinenti alla salute mentale – ovviamente solo nei casi di trattamento sanitario volontario (per TSO e ASO non è previsto, per definizione, il consenso).

Procedura del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

1. In esito alla valutazione di qualsivoglia medico, sussistendo sintomi psichici come da art. 34 L. 833/78, viene stilato un primo certificato (proposta di ricovero in TSO);
2. la massima autorità sanitaria della città (il sindaco), che riceve la proposta di TSO, dispone una seconda valutazione da parte di un secondo medico che, in questo caso, **deve** essere un medico dipendente Servizio Sanitario Nazionale;