



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



REGIONE ABRUZZO



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANCIANO-VASTO-CHIETI

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER  
MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
ANNO 2015**

# **LE URGENZE PSICHIATRICHE**

**A cura della docente in Medicina Generale dr.ssa Stefania Plessi**

## INDICE

• obiettivo generale	pag. 3
• obiettivi specifici	3
• introduzione	4
• psicosi acuta e delirio	5
• comportamento violento	11
• suicidio	13
• ansia e disturbi del pensiero e dell'umore	14
• alterazioni della personalità	19
• bibliografia	21

## **OBIETTIVO GENERALE**

fornire al Medico di Continuità Assistenziale le abilità per impostare correttamente il percorso di gestione della patologia psichiatrica che spesso si presenta come urgenza ed in ore notturne e festive

## **OBIETTIVI SPECIFICI**

- sviluppo della competenze e conoscenze sugli aspetti normativi, medico-legali, diagnostici e di primo intervento terapeutico, nonché sugli aspetti organizzativi locali
- condivisione delle modalità operative e comportamentali con le altre figure professionali (Psichiatri e altri Specialisti, Medici di Assistenza Primaria, Infermieri, Assistenti Sociali, ecc ...) coinvolte nel processo di presa in carico dei pazienti affetti da urgenze psichiatriche

## INTRODUZIONE

Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) deve confrontarsi sempre più spesso con pazienti che presentano problemi psichiatrici ad insorgenza acuta, sia come primo referente per i portatori di disagio o sintomi psichiatrici e per i loro familiari, sia in momenti successivi ad una non soddisfacente diagnosi e non efficace terapia (poste da altri colleghi), sia in occasione di improvvise ricadute di patologie ben trattate. Secondo alcune statistiche questo avviene per circa un terzo degli accessi.

Inoltre le ore notturne e festive possono presentare momenti di elevata criticità, in quanto sono chiusi i servizi abitualmente preposti alla gestione degli interventi psichiatrici a rischio, come atteggiamenti auto- ed eteroaggressivi e/o importanti disturbi comportamentali.

Occorre pertanto che egli sia in grado di conoscere:

- le espressioni psichiatriche acute per valutarne il grado di urgenza e i diversi livelli di intervento
- l'organizzazione dei servizi psichiatrici esistenti sul territorio
- gli aspetti medico-legali dell'intervento psichiatrico d'urgenza,

al fine di dar avvio al progetto terapeutico più appropriato per il paziente e al contempo non sovraccaricare i servizi psichiatrici.

Di norma il Medico per porre una diagnosi o un sospetto diagnostico in ambito psico-patologico si basa sulla classificazione nosografica del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) dell'American Psychiatric Association*, arrivato alla quinta edizione e comprendente più di 370 disturbi mentali, definiti in maniera multiassiale, cioè dalla combinazione di diversi parametri come la presenza o assenza di certi sintomi, la loro durata nel tempo, le conseguenze sulla vita di relazione, ecc. Il termine "disturbo", a cui di volta in volta si aggiungono i diversi aggettivi qualificativi per indicare le varie categorie diagnostiche psichiatriche, indica l'abolizione dei criteri ordinativi su base eziopatogenetica (con esclusione dei quadri secondari a patologie organiche o all'azione di sostanze). Esso presuppone l'idea di un ordine ipotetico, precostituito, che viene "disturbato" da eventi patologici.

L'approccio attuale è multidisciplinare, poiché la malattia mentale è in sé stessa multifattoriale e dipende da: patrimonio genetico, costituzione, vicende della vita, esperienze maturate, stress, tipo di ambiente, qualità di comunicazioni intra- ed extrafamiliari, individuale diversa plasticità dell'encefalo, peculiare modalità di reagire, opporsi e difendersi.

I seguenti comportamenti e patologie possono portare a urgenze psichiatriche:

- A. psicosi acuta e delirio**
- B. comportamento violento**
- C. suicidio**
- D. ansia e disturbi del pensiero e dell'umore**
- E. alterazioni della personalità**
- F. abuso di sostanze.**

Per l'**abuso di sostanze** rimando al pacchetto del corso 2014 per i Medici di Continuità Assistenziale "Trattamento delle intossicazioni acute con sostanze di abuso", scritto dalla dr.ssa Bonatti (MMG), dal dr. Fantini (psichiatra) e da me.

## A. PSICOSI ACUTA E DELIRIO

La **psicosi** è una condizione caratterizzata dalla presenza di:

- disturbi del contenuto del pensiero: **deliri e allucinazioni**
- gravi **disturbi formali del pensiero**
- **disturbi della psicomotilità e del comportamento.**

Può essere di origine organica (patologie mediche) o da abuso di sostanze (etilismo acuto, crisi di astinenza) o funzionale (disordine mentale primitivo).

Il MCA deve cercare di identificare la causa della psicosi (cfr. tabelle 3 e 4) e nella maggior parte dei casi la diagnosi di *disordine mentale primitivo* avviene per esclusione.

Il **delirio** è un disturbo del contenuto del pensiero che, secondo Jaspers, ha tre caratteristiche fondamentali:

- *assoluta certezza soggettiva*
- *inconfutabilità* delle idee, neanche di fronte a evidenze ed esperienze logiche contrastanti
- *assurdità del contenuto* con idee di persecuzione e riferimento ad esempio mistico nelle forme schizofreniche, gelosia nelle forme organiche secondarie ad alcoolismo, idee di grandezza e delirio erotomanico nel disturbo bipolare in fase maniacale, ecc ...

L' **allucinazione** è una percezione senza oggetto con caratteristiche di concretezza e di obiettività nello spazio esterno a sé, diversa dalle cosiddette **pseudoallucinazioni** che vengono obiettivate nello spazio interno (il paziente dice di sentire una voce senza suono nella testa o di sentire il suo pensiero, ecc ...). Entrambe possono essere: *visive, uditive, olfattive e somatiche*; nella schizofrenia sono più frequenti le allucinazioni uditive, nelle psicosi organiche quelle visive.

I **disturbi formali del pensiero** sono alterazioni della formulazione e organizzazione del pensiero, che vanno da una progressiva perdita dei nessi associativi tra le idee ad una vera e propria incoerenza, con perdita della logica e linguaggio disorganizzato o addirittura incomprensibile. Consistono in:

- *accelerazione ideica*: il pensiero appare tanto ricco di idee quanto labile ed è incapace di fissarsi su specifici contenuti, come nel disturbo bipolare in fase maniacale
- *rallentamento o inibizione del pensiero*: ha caratteristiche opposte alla precedente e rende l'eloquio difficoltoso e scarno, con tempo di latenza alle domande aumentato. E' spesso associato ad un rallentamento motorio e ad una diminuzione dell'espressività mimica, come nei disturbi depressivi
- *dissociazione*: disturbo tipico delle psicosi, caratterizzato dal venir meno dei nessi associativi tra le idee con conseguente linguaggio sempre meno logico e sempre più bizzarro e sconclusionato, fino a risultare completamente incomprensibile (cosiddetta *insalata di parole*). Nel pensiero dissociato possono inoltre esservi:
  - o *fusioni*: concetti, spesso insensati, risultanti dalla condensazione di due o più idee eterogenee
  - o *iperinclusioni*: inserimento in un pensiero logico di un concetto non appropriato
  - o *deragliamenti*: deviazione del corso del pensiero da un tema ad un altro senza rapporti apparenti.

I **disturbi della psicomotilità** sono dovuti alla compromissione della capacità di esprimere il proprio pensiero con un atto materiale congruo, ad esempio nella mimica e nella gestica e quindi di relazionare con gli altri. Sono rappresentati da:

- *abulia*
- *impulsività* con reazioni esagerate ed estemporanee a qualsiasi tipo di stimolo
- *arresto psicomotorio* fino alla *catalessia* (in cui è presente un grado estremo di inibizione dell'attività motoria, mancanza di reazione agli stimoli e indifferenza al mondo esterno, conservando piena lucidità di coscienza) e *catatonìa* (presenza di postura fissa con sembianze da statua, con immobilità, inespressività, inaccessibilità). L'inattività è però solo apparente, in quanto è invece sostenuta da un intenso impegno di opposizione negativista, che può andare dallo sforzo di tensione muscolare al mutismo e al rifiuto di alimentarsi. In tale quadri spesso si inserisce una fase espressiva, caratterizzata da atteggiamenti di tipo automatico e ripetitivo: stereotipie, ecolalia, ecoprassia, manierismi e smorfie. Tutti questi segni definiscono il quadro dello *stupore catatonico*, che può essere interrotto bruscamente da accessi parossistici, cioè scariche motorie che vanno dalle crisi di verbigerazione ad accessi di furore, spesso a carattere aggressivo e dalla cosiddetta agitazione catatonica, stato di turbolenza esplosiva, spesso di estrema violenza.

I **disturbi del comportamento** sono reazioni inappropriate a qualsiasi tipo di stimolo, per cui il paziente diviene violento, combattivo, depresso, maniacale o catatonico.

tab. 1 - Tipi di disturbi psicotici primitivi	
<b>Schizofrenia</b>	presenza da 6 mesi (meno di 6 mesi <b>disturbo schizofreniforme</b> ) con almeno 1 mese con 2 o più dei seguenti <i>sintomi positivi</i> : deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento afinalistico, oppure <i>negativi</i> : appiattimento affettivo, abulia, catatonìa - remissione incompleta e deterioramento crescente tra gli episodi – inizio tra i 17 e i 30 anni e peggioramento nei primi 5-10 anni fino a deterioramento mentale grave - prevalenza 1% in popolazione generale, 40-50% negli individui senza fissa dimora
<b>Disturbo schizoaffettivo</b>	presenza <i>contemporanea di alterazioni dell'umore (di tipo bipolare o depressivo) e schizofrenia, ma preceduti o seguiti</i> da almeno 2 settimane di deliri o allucinazioni senza rilevanti sintomi della sfera affettiva per poter differenziare questo episodio da un disturbo primario dell'umore con caratteristiche psicotiche
<b>Disturbo psicotico breve</b>	<i>durata da 1 giorno a meno di un mese con ritorno completo alla situazione normale</i> prima della malattia con il trattamento – non comune, tra i 20 e i 30 anni - psicosi <i>reattiva</i> a eventi fortemente stressanti o entro 4 settimane dal parto
<b>Depressione maggiore con caratteristiche psicotiche</b>	sintomi della depressione maggiore con allucinazioni e ideazioni illusorie di povertà e malattie, meno bizzarre di quelle della schizofrenia
<b>Mania acuta</b>	irritabilità e sintomi maniacali con allucinazioni e ideazioni illusorie, in genere di grandezza, meno bizzarre di quelle della schizofrenia – in anamnesi un pregresso episodio di depressione e talora altro episodio maniacale
<b>Disturbo psicotico condiviso</b>	in soggetto influenzato da qualcun altro con un delirio stabilizzato di contenuto simile

tab. 2 – Tipi di disturbi psicotici secondari

<b>Disturbo psicotico da condizione medica generale</b>	i sintomi psicotici sono una conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale
<b>Disturbo psicotico indotto da sostanze</b>	i sintomi psicotici sono una conseguenza fisiologica diretta di una sostanza d'abuso, di un farmaco o di una tossina

L'**anamnesi** è fondamentale, nella valutazione del paziente per cui occorre che il MCA, non conoscendo la storia clinica (come invece il Medico di Assistenza Primaria), raccolga informazioni da tutte le fonti possibili, cioè paziente, familiari e documentazione clinica su:

- esordio dei sintomi e loro durata
- situazione socio-familiare
- precedenti affezioni psichiatriche e terapie
- problemi medici cronici e farmaci
- uso di droghe.

tab. 3 - Cause trattabili di psicosi acuta

<p>CAUSE METABOLICHE</p> <p>disordini elettrolitici</p> <p>ipotiroidismo o ipertiroidismo</p> <p>morbo di Addison</p> <p>morbo di Cushing</p> <p>ipocalcemia o ipercalcemia</p> <p>deficit vitaminico</p> <p>disfunzioni ipofisarie</p> <p>gravi insufficienza renale ed epatica</p> <p>morbo di Wilson</p> <p>chetoacidosi diabetica o ipoglicemia</p>	<p>CAUSE NEUROLOGICHE</p> <p>ictus</p> <p>disordini convulsivi (lobo temporale o stati post-ictali)</p> <p>ematoma subdurale</p> <p>neoplasie cerebrali</p> <p>aneurismi e angiomi intracranici</p> <p>trauma cranico</p> <p>encefalopatia ipertensiva</p> <p>ascesso cerebrale e infezioni cerebrali</p> <p>idrocefalo</p>
<p>CAUSE CARDIOVASCOLARI</p> <p>ipossia o ipercapnia</p> <p>anemie in affezioni cardiache note</p> <p>insufficienza polmonare</p> <p>ipoperfusionione</p>	<p>CAUSE INFETTIVE</p> <p>sepsi generalizzata</p> <p>gravi infezioni vie urinarie e respiratorie, specie in anziani</p> <p>febbre tifoidea</p> <p>sifilide</p> <p>malattia dei legionari</p> <p>febbre bottonosa delle montagne rocciose</p> <p>malaria</p> <p>difterite</p> <p>reumatismo acuto febbrile</p> <p>infezioni HIV-correlate</p>
<p>ALTRE CAUSE</p> <p>febbre</p> <p>disidratazione</p> <p>ossido di carbonio</p> <p>collagenopatie</p> <p>depressione</p> <p>abuso di sostanze</p> <p>crisi di astinenza</p> <p>carenze sensoriale</p>	

tab. 4 - Farmaci che possono causare quadri psicotici	
AD AZIONE SU APP. CARDIOVASCOLARE digitale disopiramide metildopa captopril procainamide reserpina propranololo	MISCELLANEA corticosteroidi disulfiram antiblastici cimetidina cicloserina bromuri metalli pesanti L-dopa
ANTICONVULSIVANTI fenitoina etosuccimide primidone fenobarbitale	FARMACI DA BANCO antistaminici antitosse decongestionanti farmaci dimagranti (diete drastiche)
ANSIOLITICI diazepam clordiazepossido alprazolam clonazepam	ABUSO DI DROGHE alcool metanfetamina e anfetamina fenciclidina (PCP) psilobicina diserbanti cocaina acido dietilaminolisergico (LSD) mescalina marijuana
ANTIDEPRESSIVI amitriptilina doxepina imipramina	
ANTIBIOTICI isoniazide rifampicina	

L' **esame obiettivo** deve essere accurato. Oltre a *segni vitali* e temperatura, controllare:

- *Stato di vigilanza ed esame neurologico* con ricerca di eventuali deficit focali o mioclonie, suggestive rispettivamente per cause organiche o metaboliche
- Esame del *capo* con palpazione del cuoio capelluto per ricerca di eventuali segni di trauma (es. segno di Battle, cioè ecchimosi retroauricolare ed esame delle *orecchie* per escludere lesioni emorragiche del timpano e fuoriuscita di materiale, entrambi indicativi di frattura della base cranica)
- Esame degli *occhi* con attenzione al diametro pupillare, riflessi e movimenti, alla ricerca di
  - miosi marcata o pupille “a punta di spillo”, indicative di abuso di oppiacei, emorragie pontine o disordini metabolici
  - midriasi marcata o pupille dilatate, spie di abuso di sostanze simpaticomimetiche, droghe atropino-simili o anossia
  - nistagmo orizzontale o verticale, presente in uso dell'allucinogeno fenciclidina (PCP) e nistagmo rotatorio da anfetamine
  - edema della papilla ed emorragie retiniche al fondo dell'occhio per patologie organiche
- Esame del *collo* alla ricerca di:
  - rigidità da meningite o effetti collaterali extrapiramidali di farmaci antipsicotici



- eventuali traumi del rachide cervicale per immobilizzazione
- alterazioni vasi venosi e trachea, spia di lesioni apparato cardiovascolare e respiratorio
- noduli o neoformazioni tiroidee
- Esame del *torace* per escludere:
  - segni di polmonite, emo- o pneumotorace, insufficienza cardiaca o valvulopatie
  - alterazioni del ritmo cardiaco per disordini metabolici o stato tossico da farmaci, ad esempio la tachicardia per ipossia, sepsi, intossicazione o sindromi da astinenza
- Esame dell'*addome* per:
  - masse patologiche, ad esempio un aneurisma la cui iniziale perforazione si può manifestare con ipotensione arteriosa e cambiamento delle condizioni mentali
  - fegato ingrandito, spia di un'encefalopatia epatica
  - marcata dolorabilità, indicativa di occlusione, perforazione, emorragia o infezione
- Esame delle *condizioni mentali*, in particolare dell'orientamento temporo-spaziale, della memoria e delle funzioni intellettive con domande chiave, come ad esempio quelle suggerite da Rund (1983):
  - Come stai? In quale città ti trovi?
  - Che giorno è oggi? Quale giorno della settimana?
  - Quanti anni hai? Quando sei nato e dove?
  - Chi è il Presidente della Repubblica?

Se la psicosi è dovuta a farmaci, il paziente è scarsamente orientato, con alterazioni della memoria recente, presentando allucinazioni non uditive e variazioni dello stato di coscienza. I quadri psicotici primari sono invece caratterizzati da orientamento normale, allucinazioni uditive costanti, memoria recente ben conservata e disturbi cognitivi con lacune percettive.

Il **trattamento d'urgenza** nella psicosi acuta dipende dalle alterazioni che ne sono alla base.

Nelle **forme secondarie**, occorre il ricovero se il quadro non è chiaro o non è risolvibile con la terapia d'urgenza.

Nelle **forme primitive** il trattamento d'urgenza si serve di:

- *benzodiazepine* per via parenterale, specie il *lorazepam (Tavor,)* utile per ottenere una rapida sedazione; effetti secondari sono depressione respiratoria ed eccitazione paradossa, specie in età pediatrica e geriatrica
- *aloperidolo (Haldol, Serenase)* con minimi effetti collaterali su apparato respiratorio e circolatorio, ma frequenti **effetti collaterali extrapiramidali** (tremore, rigidità, scialorrea, **parkinsonismo**) e **distonie** (spasmi muscolari intermittenti di faccia e tronco)
- *prometazina cloridrato (Farganesse fl)* antistaminico per uso sistemico, indicato negli stati allergici e come sedativo-ipnotico
- *clorpromazina cloridrato (Largactil)* neurolettico tipico con affinità per i recettori dopaminergici D2 maggiore che per D1, modica affinità per i recettori serotoninergici 5HT-2, elevata attività adrenolitica, anticolinergica e antistaminica. Effetti collaterali sono l'ipotensione posturale, le aritmie, l'iperprolattinemia e le **discinesie tardive**, cioè movimenti involontari brevi e afinalistici della parte distale degli arti e del viso, concomitanti ad atti finalizzati o semi-finalizzati a mascherare il movimento involontario (**corea**) oppure movimenti contorti, spesso con posture alternanti degli arti prossimali, che si combinano variamente a formare un incessante fluire (**atetosi**). Con i neurolettici tipici un effetto collaterale raro (0.02-0.3%) ma gravissimo è la **sindrome neurolettica maligna** con ipertermia, rigidità muscolare, tachipnea, instabilità pressoria e tachicardia

- inizio di terapia con *antipsicotici atipici*, come *risperidone (Risperdal)*, *clozapina (Leponex)*, *olanzapina (Zyprexa)* con minimi effetti collaterali di tipo extrapiramidale. Con uso continuo olanzapina può dare aumento ponderale e **clozapina effetti su crasi ematica**
- in alternativa inizio terapia con un *neurolettico atipico derivato benzotiazepinico* come la *quetiapina (Seroquel)* con affinità maggiore per i recettori serotoninergici 5HT-2 che per i dopaminergici D2, buona per gli alfa-1adrenergici e H1 dell'istamina. E' metabolizzata nel fegato dal citocromo P450 (isoenzima 3A4) ed è pertanto sconsigliata la co-somministrazione con fluvoxamina e barbiturici. E' efficace e presenta una bassa incidenza di iperprolattinemia, di iperglicemia e di sintomi extrapiramidali ed è quindi meglio tollerata nelle età estreme e in preesistenti patologie coinvolgenti le vie dopaminergiche come il Parkinson e l'Alzheimer: Tutti gli atipici, essendo serotoninergici, possono talvolta provocare **alterazioni all'ECG del QTc** (intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca) e di conseguenza pericolose aritmie
- *ricovero volontario* in primo episodio acuto o in riacutizzazione instabile di psicosi cronica
- con paziente *non collaborante*, proposta (in base alle leggi n. 180/1978 e n. 833/1978) di **Trattamento Sanitario Obbligatorio(TSO)**, convalidata da un Medico della ASL (in genere psichiatra), a cui segue ordinanza di ricovero del Sindaco che va notificata entro 48 ore dal ricovero tramite messo comunale al Giudice Tutelare ed eseguita dai vigili urbani. Le condizioni in cui è ammesso il TSO sono:
  - alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti
  - che questi non vengano accettati dal paziente
  - che non vi siano le circostanze per adottare misure sanitarie extraospedaliere idonee.

In conclusione in caso di **paziente all'esordio della patologia**, a parte *forme clamorose* che non hanno dubbi diagnostici, si possono avere *forme subdole* per cui la patologia può essere misconosciuta e variamente etichettata (crisi adolescenziale, depressione, timidezza, ecc...) dal paziente stesso o dai familiari. Tuttavia sintomi come ritiro sociale, scarsa iniziativa, evitamento di contatti umani e anaffettività devono, in caso di crisi che determini l'intervento del MCA, porre questi in atteggiamento di sospetto e invitarlo a relazionare al Medico di Assistenza Primaria.

In caso di **paziente con patologia già diagnosticata in remissione e non in trattamento**, occorre reperire segni e sintomi di ripresa di malattia e comunicarli al Medico di Assistenza Primaria e allo Psichiatra di riferimento.

In caso di **paziente con patologia già diagnosticata in trattamento**, è necessario valutare la *adesione o non adesione alla terapia prescritta*, quest'ultima per effetti collaterali dei farmaci o non accettazione della malattia. Anche di questo il MCA dovrà informare il Medico di Assistenza Primaria e lo Psichiatra di riferimento.

Quindi il MCA si trova nelle urgenze psichiatriche in una posizione particolarmente delicata, poiché spesso non conosce, a differenza del Medico di Assistenza Primaria, il paziente, la sua storia e la sua famiglia e viene spesso consultato in momenti di *crisi all'esordio della patologia* (in forma clamorosa o subdola) con problemi di diagnosi differenziale e accettazione della malattia da parte di paziente e famiglia oppure in *riacutizzazione di patologia già diagnosticata in paziente aderente o no alla terapia*. Occorre quindi che **il MCA** effettui un attento esame della situazione di crisi, avendo ben chiari i **confini delle proprie competenze**: non è indispensabile un inquadramento diagnostico di tipo nosografico preciso e specifico (che sarà invece di pertinenza dello Psichiatra ai fini dell'impostazione di una terapia farmacologica mirata), ma è necessario **saper valutare la gravità e il grado di urgenza del problema**, dando priorità assoluta alla sicurezza del paziente e di chi gli sta vicino, operatori sanitari compresi e ricorrendo anche, se necessario, all'intervento delle Forze dell'Ordine e al ricovero volontario o coatto del paziente.

## B. COMPORTAMENTO VIOLENTO

La **violenza** viene definita:

- in via primaria come la manifestazione di atti finalizzati a indurre un danno fisico ad un'altra persona;
- in via secondaria come comportamenti tesi a danneggiare o distruggere proprietà altrui.

**Solo in alcuni casi i comportamenti violenti possono essere inquadrati come espressione di una condizione di interesse psichiatrico.**

I comportamenti violenti di interesse psicopatologico possono essere distinti, in una prospettiva di ricerca, di intervento clinico e di valutazione medico-legale in due categorie principali:

- comportamenti violenti **programmati**, che sono la conseguenza di una pianificazione precedente l'atto
- comportamenti violenti **impulsivi**, che non sono preceduti da una pianificazione dell'atto e più frequentemente si associano ad una patologia psichiatrica.

Nelle nosografie attuali i comportamenti violenti non vengono considerati in genere quadri clinici sindromici indipendenti e la violenza impulsiva di conseguenza rappresenta un sintomo e non un disturbo.

Può essere utile una distinzione tra comportamenti violenti definiti rispettivamente come *dipendenti o non dipendenti da un disturbo psichiatrico* riportato nei sistemi nosografici internazionali (DSM, ICD), o nell'ambito dei *disturbi di personalità* oppure espressione di una *condizione neuropatologica cerebrale*.

Le aree corticali, con funzioni prevalenti di coordinamento e di controllo sui comportamenti sono la corteccia prefrontale, orbito-frontale, del giro cingolato anteriore e dell'insula. Il principale organizzatore della risposta violenta è rappresentato dall'**amigdala** che integra gli input sensoriali e percettivi, in stretta connessione con le strutture sottocorticali ed in particolare con la **sostanza grigia peri-acqueduttale** e l'**ipotalamo**. Dalle ricerche eseguite si evidenzia:

- *ridotta attività 5HT encefalica globale*, da ipoattività dei recettori 5HT2 della corteccia prefrontale.
- ipoattività metabolica agli studi funzionali con PET e fRMN *della corteccia prefrontale*, che può presentare anche una riduzione volumetrica della sua sostanza grigia
- *iperattività delle strutture sottocorticali*, in particolare iperattività funzionale dell'*amigdala*, evidenziata con studi con PET e fRMN.

**Non esistono farmaci con indicazione specifica** del trattamento della violenza e questo è dovuto al fatto che, almeno per quanto riguarda la psichiatria, le Agenzie Regolatorie (FDA, EMA ed altre) approvano per l'immissione in commercio solo farmaci sperimentati su pazienti con disturbi o malattie previste dalle nosografie ufficiali (DSM, ICD). Poiché i comportamenti violenti sono oggi considerati **sintomi e non entità nosografiche indipendenti** di conseguenza non vi sono incentivi per le aziende per sintetizzare e/o sperimentare prodotti specifici per la violenza, che non hanno possibilità di essere approvati al commercio con questa indicazione.

Per questo motivo il trattamento farmacologico dei comportamenti violenti si basa sull'utilizzazione di molecole commercializzate con indicazioni per categorie nosografiche generali ma che hanno dimostrato in studi controllati post-marketing una specifica efficacia per la terapia dei comportamenti violenti. Gli studi controllati sono stati condotti su gruppi di soggetti considerati a rischio di comportamenti violenti, sulla base della storia clinica a prescindere dal loro inquadramento nosografico. Nell'urgenza sono in uso *neurolettici e benzodiazepine*.

## tab. 5 - Diagnosi differenziale della violenza

### DIAGNOSI PSICHIATRICHE PRIMARIE ASSOCIATE A VIOLENZA

stati maniacali bipolari  
stati paranoici  
schizofrenia  
personalità asociale  
personalità borderline con intossicazione

### PATOLOGIE CHE POSSONO INDURRE VIOLENZA

ipoglicemia  
uremia  
ipossia  
morbo di Cushing  
iponatremia  
encefalopatia epatica  
tireotossicosi  
stati post-ictali  
epilessia temporale  
infezioni, sanguinamenti, neoformazioni endocraniche  
tubercolosi  
morbo di Alzheimer  
ritardo mentale

### SOSTANZE CHE POSSONO PROVOCARE VIOLENZA

intossicazione e astinenza da etanolo (alcol)  
cocaina  
metanolo e glicole etilenico  
anticolinergici  
fenciclidina  
anfetamine  
acido dietil-aminolisergico (LSD)  
steroidi anabolizzanti  
glicocorticoidi  
derivati della feniletilamina  
antinfiammatori

## C. SUICIDIO

Non bisogna dare per scontato il binomio **suicidio-depressione o altre patologie psichiatriche, che si realizza solo nel 70%** dei casi. Talvolta il suicidio può verificarsi in assenza di franca patologia psichiatrica, ma è il risultato di fattori concorrenti e complessi come disturbi mentali con tratti patologici della personalità (impulsività, aggressività, alcoolismo ...), fattori sociali, esperienze di delusione e di perdita, malattie fisiche.

Nei Paesi Occidentali è tra le prime 10 cause di morte tra gli adulti delle comunità urbane. Le fasce di età più colpite sono l'adolescenza e la vecchiaia: oltre il 70% dei suicidi portati a termine riguarda persone ultrasessantenni, soprattutto uomini ed è la seconda causa di morte tra gli adolescenti.

Il **tentato suicidio** si verifica quando il paziente esegue atti che sono potenzialmente in grado di causare il decesso. Gli uomini generalmente portano a termine il suicidio più delle donne (che invece lo tentano più frequentemente), come anche i vedovi e i divorziati rispetto ai singoli o coniugati, soprattutto se senza prole.

Il **para-suicidio** è rappresentato da frequenti tentativi di autolesionismo non sufficienti a produrre lesioni mortali o da tentativi abbinati a certezza di poter essere tratti in salvo.

A parte quest'ultima situazione che rappresenta solo un modo bizzarro e drammatico per comunicare il proprio disagio, è buona regola tenere presente il principio che *ogni atto o minaccia di suicidio deve essere preso sul serio e il 20% dei soggetti che hanno tentato il suicidio ripete il gesto entro l'anno.*

In molti casi vengono dati dal paziente a familiari, sanitari ed amici avvertimenti delle sue intenzioni, che non sempre sono compresi.

Il MCA deve saper riconoscere i **fattori di rischio e i segnali di allarme**:

- personalità impulsiva, ostile e isolamento sociale
- storia familiare di suicidio o disturbo distimico o precedenti tentativi di suicidio
- perdita del ruolo sociale o di ideali
- momenti critici della storia familiare (recente perdita del partner, tracolli finanziari)
- malattia depressiva (specialmente a inizio e fine terapia)
- manifestazione di sensi di colpa, inadeguatezza e sfiducia
- preoccupazioni ipocondriache gravi e deliri su malattie fisiche
- psicosi con allucinazioni a tipo di "comandi"
- malattie fisiche croniche e invalidanti, specie in soggetti che hanno sempre goduto di buona salute
- abuso di sostanze psicotrope.

Ogni caso di comportamento suicida deve essere considerato una vera **urgenza** e il paziente deve essere **ospedalizzato**, sia per trattare le conseguenze fisiche che *per una valutazione psichiatrica per evidenziare eventuali condizioni psicopatologiche che richiedano un successivo intervento terapeutico specifico, oltre a quello sulla crisi.*

## D. ANSIA E DISTURBI DEL PENSIERO E DELL'UMORE

L'**ansia** è generata da ogni processo o sostanza che induce la secrezione di **noradrenalina dal locus ceruleus** nel tronco cerebrale del sistema nervoso centrale, determinando reazioni da parte del **sistema nervoso autonomo simpatico**. Le stime di prevalenza variano dal 2 al 20% a seconda delle casistiche, con inizio in media ai 25 anni ma con sintomi anche in età pediatrica (8-9%).

L'ansia può essere:

1. uno stato fisiologico naturale enfatizzato (ad esempio marcata ansia anticipatoria), che spaventa il paziente
2. una situazione reattiva ad un problema medico o ad abuso di farmaci o sostanze illecite
3. una condizione psichiatrica invalidante, come negli attacchi di panico o nello stress acuto o post-traumatico.

Nel primo caso, escluse con anamnesi ed esame obiettivo accurati le ipotesi del secondo caso che altrimenti richiedono inquadramento e trattamenti opportuni anche con eventuale ricovero ospedaliero, il MCA deve soprattutto *rassicurare* il paziente allo scopo di tranquillizzarlo ed evitare prescrizioni abbondanti di benzodiazepine, lasciando questo compito ad una eventuale successiva consulenza psichiatrica presso il Centro Salute Mentale (CSM) di riferimento.

Gli **attacchi di panico** comprendono i seguenti sintomi: palpitazioni, sudorazione, brividi, dispnea, senso di soffocamento, dolore toracico, nausea, vertigini, derealizzazione o depersonalizzazione con senso di catastrofe imminente. Gli attacchi di panico differiscono dall'**ansia generalizzata**, che è un'ansia protratta, perché i sintomi sono più gravi e compaiono in un definito lasso di tempo, di solito piuttosto breve, per poi risolversi, lasciando il paziente psicologicamente normale e produttivo. Sono di norma presenti condotte di evitamento per tutte le attività che possono provocare un attacco, come ad esempio nell'*agorafobia* (cioè timore di stare in luoghi aperti) non guidare e non uscire dalla propria casa per mesi o anni.

L'**ansia da stress acuto** è una reazione di paura, orrore e impotenza di persone esposte ad un evento traumatico con rischio di danno grave o di morte per sé stessi o per altri (incidente stradale, violenza sessuale, familiari di un bambino coinvolto in un trauma) e sintomi di ottundimento e distacco, derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia per i fatti correlati all'evento, flashback o sogni dell'incidente, ansia spiccata e impedimento in attività sociali e occupazionali. Nella maggior parte dei casi tali sintomi migliorano nell'arco di 12 mesi e lo stato mentale a tre mesi è altamente predittivo di quello ad un anno. Un intervento precoce di psicoterapia e supporto farmacologico presso il CSM può essere molto utile per ridurre la gravità e la durata di tali disturbi.

I pazienti con **ansia da stress post-traumatico** presentano, se esposti a situazioni che ricordano l'evento traumatizzante, una riacutizzazione dell'ansia che si manifesta con insonnia, esplosioni di collera, ipervigilanza, esagerata reazione di allarme e distacco dalla realtà.

In tutte queste situazioni è di notevole importanza saper far capire e accettare dal paziente le informazioni mediche e cioè che ad esempio la sudorazione, l'oppressione toracica e la dispnea non indicano un attacco cardiaco, ma sono *spia di problemi di salute su base psichiatrica o reattivi* a fattori sociali di stress presenti nella loro vita, come l'assistenza prestata ad un genitore anziano o la violenza domestica. Anche in questi casi il MCA può prescrivere piccole dosi di benzodiazepine ad azione breve, spiegando al paziente che l'uso cronico di esse può condurre a tolleranza e dipendenza ed invitando quindi il paziente a rivolgersi allo psichiatra del CSM per la opportuna terapia medica e/o psicoterapia.

La **depressione** è presente in almeno il 10% della popolazione e circa il 20% delle persone presenta un episodio di depressione in un determinato momento della sua esistenza, le donne più (20-26%) degli uomini (8-12%). Il 20% dei pazienti affetti da malattie croniche è depresso, così come il 15% degli anziani che vivono in comunità o peggio negli istituti; il 20% degli anziani depressi tenta il suicidio. Le **alterazioni dell'umore legate al cambio di stagione** sono il 10% di questi disturbi.

I criteri per definire la **depressione maggiore** comprendono almeno due settimane con umore depresso o perdita di interesse (apatia) o di piacere (anedonia), oltre a quattro dei sintomi seguenti:

- perdita o incremento rapidi del peso corporeo
- insonnia o ipersonnia
- agitazione o ritardo psicomotorio
- faticabilità o mancanza di energia
- sensazione di non valere nulla o di colpevolezza
- diminuita capacità di concentrazione o indecisione,
- ricorrenti pensieri di morte.

Questi sintomi devono dar luogo ad alterazioni funzionali e non essere dovuti ad un'affezione medica primitiva, ad assunzione di sostanze o ad un lutto, a meno di esordio più di due mesi prima. L'età media di inizio è intorno ai venti anni e, dopo un primo episodio, nel 60% dei casi si hanno ricadute, la cui percentuale di frequenza aumenta con il numero delle stesse. Sono interessate due strutture del sistema nervoso centrale: il **locus ceruleus** che libera norepinefrina nel sistema limbico e corteccia cerebrale e il **nucleo del rafe** nella zona mediana del cervello che libera serotonina verso le stesse sedi. Nei depressi si riscontrano *bassi livelli di norepinefrina e serotonina* e in particolare:

- turbe serotoniniche a livello della ghiandola pineale alterano il ritmo circadiano ed il sonno
- turbe serotoninergiche e noradrenergiche a livello ipotalamico causano disturbi dell'appetito
- alterazioni nell'ippocampo sono responsabili di problemi di memoria
- turbe nella corteccia cerebrale causano disturbi del pensiero astratto e della concentrazione.

La terapia farmacologica (da protrarsi per almeno un anno dopo risoluzione della sintomatologia per prevenire le ricadute) è con *antidepressivi triciclici* (potenziano l'effetto della norepinefrina, normalizzando il rapporto norepinefrina/epinefrina) e *inibitori selettivi della captazione della serotonina (SSRI)*. Utile la psicoterapia.

Le **turbe distimiche** sono caratterizzate da un periodo minimo di due anni di umore francamente depresso e da due dei seguenti sintomi: scarsità di appetito o bulimia, insonnia o ipersonnia, faticabilità, scarsa stima di sé, scarso potere di concentrazione, idee di disperazione. Queste turbe rispondono scarsamente ai farmaci e possono essere considerate più disturbi della personalità.

Le **sindromi bipolari** compaiono alla fine della seconda decade e presentano un secondo picco nella sesta. Sono presenti nell'1% della popolazione, con tentativi di suicidio nel 25% dei casi. Il 60% dei malati presenta associazione di alcolismo o tossicodipendenza. Sembra siano dovute ad una **instabilità del sistema limbico**, piuttosto che ad alterazioni di un neurotrasmettitore. Ne esistono due tipi.

- La sindrome bipolare di **tipo I** è caratterizzata da ricorrenti episodi di depressione maggiore con almeno un episodio pregresso di mania acuta. L'episodio maniaco tipico si presenta improvvisamente e si risolve in poche settimane o un mese, se trattato. Il 60% degli episodi di depressione maggiore si presenta prima o dopo l'episodio maniaco *senza intervalli di equilibrio dell'umore*. Gli episodi maniacali acuti, provocati o aggravati da farmaci o malattie (cfr. tabella 7), si presentano in tre stadi crescenti:
  - primo stadio: fase ipomaniacale con un misto di euforia ed irritabilità, parola straripante e spreco di energia con riduzione delle ore di sonno
  - secondo stadio: atteggiamenti di grandezza, tachipsichismo, facile distrazione, fuga di idee, impulsività, incremento della sessualità, evidente insonnia, atteggiamenti paranoici
  - terzo stadio che sconfinava nella psicosi con sintomi di agitazione, confusione, linguaggio incoerente, idee illusorie e allucinazioni.
- La sindrome bipolare di **tipo II** presenta episodi ricorrenti di depressione maggiore con almeno un episodio ipomaniacale senza una crisi maniaco completa. Questa ultima tipologia è trattabile ambulatorialmente e non richiede ospedalizzazione come la precedente. In

entrambi i casi terapia farmacologica di base con *litio* (blocca rilascio e degradazione di norepinefrina, inibisce rilascio dopamina e riduce sintesi acetilcolina e rilascio dell'acido gamma-aminobutirrico o GABA, responsabile dell'eccitabilità neuronale) o con *valproato* o *carbamazepina*. In fase maniacale acuta *aloperidolo* e *lorazepam*.

Nelle forme ansiose, depressive, distimiche e bipolari il compito del MCA è soprattutto la *ricerca delle cause di ansia* (tabella 6), una accurata *diagnosi differenziale dei disturbi dell'umore* (tabella 7) e la verifica dell'eventuale presenza di *effetti collaterali dei farmaci per la depressione e la malattia bipolare* (tabella 8).

tab. 6 – Comuni problemi medici che si mascherano come panico o ansia

PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI angina pectoris infarto del miocardio sincope scompenso cardiaco congestizio aritmie ipovolemia valvulopatie, in particolare prollasso mitralico	PATOLOGIE RESPIRATORIE asma broncopneumopatia cronica ostruttiva polmonite pneumotorace edema polmonare embolia polmonare insufficienza respiratoria
PATOLOGIE ENDOCRINE ipersurrenalismo ipocalcemia ipertiroidismo ipotiroidismo	FARMACI alcol (sospensione) anfetamine aminofillina anticolinergici
PATOLOGIE IMMUNOLOGICHE anafilassi lupus eritematoso sistemico	antipertensivi: reserpina e idralazina antitubercolari: isoniazide e cicloserina barbiturici (sospensione)
PATOLOGIE METABOLICHE anemia ipoglicemia iponatremia iperkaliemia ipertermia porfiria	benzodiazepine (sospensione) caffaina cocaina digitale (tossicità) dopamina adrenalina levodopa
PATOLOGIE NEUROLOGICHE acatisia encefalopatia tremore essenziale sindrome post-concussiva sindrome delle gambe senza riposo patologie convulsive, in particolare le forme temporali vertigini	lidocaina metilfenidato glutamato monosodico neurolettici FANS salicilati steroidi acido nicotinico fenilpropanolamina procarbazina
TUMORI SECERNENTI carcinoide insulinoma feocromocitoma	pseudoefedrina teofillina preparazioni tiroidee



tab. 7 –diagnosi differenziale dei disturbi dell’umore

DISTURBI PSICHIATRICI PRIMITIVI

depressione maggiore  
disturbi distimici  
disturbi bipolari (tipo I e tipo II)  
episodio di depressione maggiore  
episodi maniacali

DEPRESSIONE DOVUTA A PATOLOGIA MEDICA

dolore cronico  
ipertiroidismo e ipotiroidismo  
morbo di Cushing  
morbo di Addison  
morbo di Parkinson  
sclerosi multipla  
cancro del pancreas  
diabete mellito  
ictus  
ematoma subdurale  
convulsioni  
lupus eritematoso  
infarto del miocardio  
malattie virali

DEPRESSIONE INDOTTA DA SOSTANZE

barbiturici  
etanolo  
contraccettivi orali  
clonidina  
propranololo  
metildopa  
narcotici  
avvelenamento da piombo  
astinenza da cocaina  
astinenza da anfetamine  
astinenza da pillole per le diete

MANIA DOVUTA A PATOLOGIA MEDICA

morbo di Addison  
lupus eritematoso  
morbo di Cushing  
ictus  
immunodeficienza acquisita virale (AIDS)  
tubercolosi

MANIA INDOTTA DA SOSTANZE

tutti gli antidepressivi (specie se non con litio)  
stimolanti  
steroidi anabolizzanti  
L-DOPA  
caffeine  
isoniazide  
pillole per dieta

tab. 8 – Effetti collaterali di antidepressivi e litio

<p>ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• blocco dei recettori istaminici H1 con sedazione</li> <li>• blocco dei recettori alfa1 con ipotensione ortostatica</li> <li>• blocco colinergico con sedazione, deficit memoria, tachicardia e stati deliranti negli anziani</li> <li>• azione chinidino-simile sul cuore con blocchi e aritmie</li> <li>• aumento ponderale, disfunzione della sfera sessuale, riduzione dei movimenti rapidi degli occhi nel sonno o fase REM</li> <li>• in caso di brusca interruzione sindrome da astinenza con vertigini, cefalea, malessere generale, ipersudorazione, incubi notturni e scialorrea</li> </ul>
<p>SSRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alterazioni del QTc all'elettrocardiogramma</li> <li>• effetti anticolinergici comuni a tutti nel 3-5% con nausea, cefalea, insonnia, riduzione della libido, secchezza delle fauci + sindrome da serotonina (idiosincrasia per uso contemporaneo di destrometorfano e pseudoefedrina con conseguente eccesso di serotonina e confusione, ipomania, ipertensione, irrequietezza, mioclonie, diaforesi, tremori e talvolta ipertermia; regredisce con sospensione farmaco e lorazepam in vena)</li> <li>• fluoxetina: inibisce l'enzima citocromo P450, irrequietezza e ansia</li> <li>• sertralina: maggiori effetti collaterali gastrointestinali e meno epatici, maggiore rapidità di inizio azione e maggiore effetto sedativo</li> <li>• paroxetina: maggiore rapidità di inizio azione e maggiore effetto sedativo</li> <li>• venlafaxina: ipertensione diastolica (blocca anche la degradazione della norepinefrina)</li> </ul>
<p>LITIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• effetti gastrointestinali: nausea, vomito e diarrea</li> <li>• tremori e riduzione dei tempi di reazione</li> <li>• aumento dei granulociti neutrofili</li> <li>• poliuria</li> <li>• disforia</li> <li>• ipotiroidismo (2-15% dei pazienti) per interferenza con la sintesi di tiroxina, ipertrofia tiroidea benigna, tiroidite autoimmune (Shimizu et al., 1997); effetto insulino-simile per la capacità del litio di interferire con il metabolismo dei carboidrati</li> </ul>

## E. ALTERAZIONI DELLA PERSONALITA'

La personalità è l'insieme delle caratteristiche fisiche, mentali, emozionali e sociali che rendono unico l'individuo; tali caratteristiche sono prevedibili e relativamente stabili.

I **disturbi della personalità** sono tratti non flessibili e incapaci di adattamento, tali da causare un significativo disagio funzionale o un distress soggettivo. Non vengono diagnosticati fino ai 18 anni, poiché la personalità si forma nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza. Alla base delle **forme primitive** vi sono *fattori genetici, ambientali* (esperienze traumatiche nella prima infanzia) e *biologici* (bassi livelli di acido 5-idrossindolacetico, principale metabolita della serotonina e alti livelli di acido omovanilico, metabolita della dopamina, oltre a iperresponsività del sistema noradrenergico).

Nella tabella 9 sono elencate le **patologie mediche associate alle forme secondarie**.

La tabella 10 ne illustra i diversi aspetti e la diagnosi differenziale con altre patologie psichiatriche.

tab. 9 – patologie mediche associate a cambiamenti di personalità
neoplasie del sistema nervoso centrale
malattie cerebrovascolari
morbo di Alzheimer
epilessia
malattia di Huntington
infezioni del sistema nervoso centrale
malattie endocrine (ad esempio ipotiroidismo, iposurrenalismo, ipoglicemia)
malattie autoimmuni con interessamento del sistema nervoso centrale (ad esempio LES)
sclerosi multipla
traumi cranici

Le persone con disturbo di personalità hanno una sintomatologia persistente e causano grande stress nel loro ambiente sociale e sono anche per il MCA pazienti "difficili", la cui gestione tra minacce, richieste, asserzione di diritti e/o estrema dipendenza può davvero essere una prova impegnativa.

E'essenziale per il MCA:

- escludere o trattare direttamente o tramite ricovero ospedaliero problemi medici sottostanti (ad esempio malattie o traumi cranici) o sovrapposti (ad esempio overdose)
- effettuare un esame dello stato mentale e raccogliere la storia psichiatrica (anche da eventuali accompagnatori) con attenzione alla ideazione suicida, alla violenza e agli interventi utili in passato, particolarmente nell'antisociale e nel borderline
- ricordare che i sociopatici possono presentarsi con: malattie croniche sovrapposte come cirrosi, pancreatite e demenza per l'abuso prolungato di alcol e droghe e con malattie veneree e infezione da HIV come conseguenza di comportamenti sessuali a rischio; inoltre possono simulare malattie mediche o psichiatriche nel tentativo di ottenere narcotici o altri farmaci psicoattivi
- manifestare empatia per le sofferenze del paziente, ma stabilire limiti nel rapporto, poiché potrebbe avvenire che le pazienti istrioniche accusino di molestie sessuali i loro medici (usando la sessualità come difesa contro l'ansia associata alle malattie, all'invecchiamento e al declino dell'aspetto fisico)
- sapere che le alternative terapeutiche sono: se agitazione, basse dosi di benzodiazepine e neurolettici, entrambi a breve durata di azione e in tutti i casi indirizzo allo psichiatra per psicoterapia e/o trattamento farmacologico a lungo termine.

tab. 10 - diversi aspetti del disturbo di personalità

<b>tipi di disturbi</b>	<b>criteri diagnostici</b>	<b>caratteri clinici</b>	<b>diagnosi differenziale</b>
PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diffidenza</li> <li>• sospettosità,</li> <li>• timore di essere danneggiato/screditato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ipervigilante</li> <li>• polemico</li> <li>• litigioso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disturbi da illusione</li> <li>• schizofrenia</li> <li>• abuso anfetamina, cocaina, cannabis</li> </ul>
SCHIZOIDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• isolamento sociale</li> <li>• freddezza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scarso contatto visivo</li> <li>• distante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schizofrenia</li> <li>• autismo</li> </ul>
SCHIZOTIPICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• convinzioni peculiari</li> <li>• eccentricità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• linguaggio bizzarro e metaforico</li> <li>• idee di riferimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schizofrenia</li> </ul>
ANTISOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disprezzo e violazione dei diritti degli altri</li> <li>• assenza di rimorso</li> <li>• impulsività</li> <li>• aggressività</li> <li>• irresponsabilità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pigro, bugiardo, furbo, manipolativo</li> <li>• al MCA si presenta con minacce di suicidio/ sintomi somatici/ abuso sostanze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• abuso di sostanze</li> <li>• ritardo mentale</li> <li>• disturbo umore</li> <li>• comportamento antisociale (no patologia)</li> <li>• patologia medica</li> </ul>
BORDERLINE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• relazioni intense e instabili</li> <li>• invadenza</li> <li>• autolesività ricorrente</li> <li>• impulsività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• timoroso di abbandono</li> <li>• non controlla gli impulsi (sesso, guida, sostanze, alimenti)</li> <li>• disturbo di identità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disturbi umore</li> <li>• psicosi</li> <li>• disturbi dissociativi (personalità multipla)</li> <li>• abuso sostanze</li> </ul>
ISTRIONICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seduttività</li> <li>• drammaticità</li> <li>• relazioni superficiali</li> <li>• rischio autolesività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibile al flirt</li> <li>• molto emozionale</li> <li>• labile (collerico)</li> <li>• più comune in ♀</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatizzazioni</li> <li>• disturbi umore</li> </ul>
NARCISISTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grandiosità</li> <li>• bisogno di ammirazione</li> <li>• mancanza di empatia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autostima e relazioni fragili</li> <li>• intollerante a critica</li> <li>• arrogante,</li> <li>• si attribuisce diritti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disturbi bipolari, manie</li> <li>• assunzione di sostanze</li> </ul>
SFUGGENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ipersensibilità a critica, ma timore di rifiuto/ inadeguatezza</li> <li>• isolamento sociale, ma desiderio di relazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ansioso</li> <li>• preoccupato per timore di essere respinto</li> <li>• desideroso di piacere per essere accettato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fobia sociale</li> <li>• panico con agorafobia</li> </ul>
DIPENDENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• timore di solitudine e abbandono</li> <li>• sottomissione</li> <li>• indecisione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mancante di autostima</li> <li>• passivo e ansioso</li> <li>• tollera abusi per avere supporto/accettazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• panico</li> <li>• agorafobia</li> <li>• disturbi umore</li> <li>• ansia generalizzata</li> </ul>
OSSESSIVO-COMPULSIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rigidità, controllo e perfezionismo</li> <li>• rispetto delle regole</li> <li>• avarizia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• serio, inflessibile</li> <li>• ansia somatizzata e persistente maggiore di quanto opportuno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disturbi ossessivo-compulsivi</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA

- Frame S.: Approccio al delirio e alle patologie psichiatriche – Medicina d'emergenza di Howell J, Altieri M, Jagoda A, Prescott J, Scott J, Stair T - A Delfino Editore, 2005 – 89: 911-916
- Lane C.: Suicidio - Medicina d'emergenza di Howell J, Altieri M, Jagoda A, Prescott J, Scott J, Stair T - A Delfino Editore, 2005 – 90: 917-925
- Gharda-Ward S., Gharda-Ward G.: Disordini del pensiero e dell'umore - Medicina d'emergenza di Howell J, Altieri M, Jagoda A, Prescott J, Scott J, Stair T - A Delfino Editore, 2005 – 91: 926-937
- Griep A., Griep Z., Warren C., Williams T., Meyers M.L.: Ansietà- Medicina d'emergenza di Howell J, Altieri M, Jagoda A, Prescott J, Scott J, Stair T - A Delfino Editore, 2005 – 92: 938-046
- Griep A., Griep Z., Stern R., Hubeishy, Meyers M.L.: Alterazioni della personalità - Medicina d'emergenza di Howell J, Altieri M, Jagoda A, Prescott J, Scott J, Stair T - A Delfino Editore, 2005 – 93: 947-957
- Parisi G.: Ansia e paura – Medicina Generale di Caimi e Tombesi - UTET 2003 – 41: 441-447
- Visconti M.: La depressione – Medicina Generale di Caimi e Tombesi - UTET 2003 – 42: 448-461
- Parisi G.: La psicosi – Medicina Generale di Caimi e Tombesi - UTET 2003 – 43: 462-466