

Patologia	Sottogruppo	Caratteristiche	Diagnosi differenziale	Terapia	Test e strum. valutaz.
<b>1 - Dist. Spettro Schizofrenia</b>				Consulenza psichiatrica x somministr. farmaci. Interventi pluridisciplinari: farmacologici, psicologici, educativi e assistenza sociale, eventuale trasferimento in comunità x assistenza costante. In alternativa seguirli nei centri diurni.	- Osservaz. e anamnesi clinica dei sintomi; - informaz. fornite da famiglia e contesto sociale.
	<b>Catatonìa</b>	Dist. psicomotorio e diminuz. attività motoria e contatto.			
	<b>Schizofrenia</b>	<p><b>Criteri.</b></p> <p>A) Deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi;</p> <p>B) liv. funzionamento (lavoro, relazioni, cura di sé) inf. al liv. prima dell'esordio;</p> <p>C) i segni persistono per almeno 6 mesi, di cui 1 i sintomi soddisfano A;</p> <p>D) <i>dist. schizoaffettivo</i> e <i>dist. dep. o bipolare</i> (psicotici) sono esclusi;</p> <p>E) il dist. non è conseguenza di abuso di sostanze o altra condiz. medica.</p> <p style="text-align: center;">Disturbi connessi alla schizofrenia</p>	<p>Da distinguere dal <i>dist. umore</i> (psicotico) e dal <i>dist. schizoaffettivo</i>, nel quale l'alteraz. dell'umore è concomitante ai sintomi della fase attiva, deliri e allucinazioni presenti per almeno 2 settimane.</p> <p>Dal <i>dist. schizofreniforme</i> i sintomi devono esserci da almeno 1 mese e meno di 6 mesi.</p>		
		Dist. Delirante	Almeno 1 mese di deliri non bizzarri.		
		Dist. Psicotico breve	Sintomi = a quelli della schiz. x almeno 1 giorno max 1 mese.		
		Disturbo Schizofreniforme	Sintomi uguali a quelli della schiz.; assenza deterioramento funz. glob. (durata da 1 a 6 mesi)		
		Disturbo schizoaffettivo	1 episodio alteraz. umore e sintomi della schiz.; ricorrono insieme		

			preceduti/seguiti 2 sett.; deliri e allucinazioni.		
		Dist. psicotico x farmaci	Sintomi schizofrenici conseguenti ad abuso di farmaci		
		Dist. psicotico altra condiz. medica	Sint. schiz. da patologie mediche organiche		
		Dist. spettro schiz. e dist. psicotici altra specificaz.	Disagio grave aree scolastica/lavoro/sociale il clinico ne spiega la ragione.		
		Dist. spettro schiz. e altri dist. psicotici	Disagio grave aree scolastica/sociale/lavoro il clinico non indica la ragione		
<b><u>2 - Disturbi bipolari e correlati</u></b>				Contenimento e stabilizzazione umore attraverso setting con riferimenti stabili (supporto e collaborazione). Eventuale invio a uno psicoterapeuta per riorganizzazione del sé e consultazione psichiatra per somministrazione farmaci	
	<b>Dist. Bipolare I</b>	<u>Criteria.</u> A) almeno 1 <i>episodio maniacale</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• umore elevato espanso/irritabile e aumento attività finalizzata o energia, x almeno 1 settimana;</li> <li>• alteraz. umore o &gt; attività almeno 3 dei seguenti sintomi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. autostima ipertrofica o grandiosità;</li> </ol> </li> </ul>	É diverso da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• schizofrenia;</li> <li>• dist. schizoaffettivo;</li> <li>• dist. Delirante.</li> </ul> Tali dist. sono caratterizzati da sintomi psicotici senza sintomi affettivi.		- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati); - Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale; - WAIS, x funzionamento cognitivo globale; - MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici; - Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. diminuito bisogno sonno;</li> <li>3. maggiore loquacità;</li> <li>4. fuga idee;</li> <li>5. distraibilità;</li> <li>6. aumento attività psicomotoria;</li> <li>7. coinvolgimento attività dannose.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alteraz. umore e grave compromissione funz. sociale/lavorativa. Eventuale ospedalizzazione;</li> <li>• episodio non attribuibile ad abuso sostanza o altra condiz. medica.</li> </ul> <p>B) episodio maniacale e DM non è spiegato da altro dist.</p>			
	<b>Dist. Bipolare II</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) soddisfatti criteri per almeno 1 episodio ipomaniacale, e 1 episodio DM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ipomaniacale, sintomi = al dist. maniacale ma l'episodio non compromette funz. sociale e lavorativa o ospedalizzaz. e di durata almeno di 4 gg.;</li> <li>• DM, 5 sintomi presenti per almeno 2 settimane che cambiano il funz.: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. umore depresso;</li> <li>2. diminuz. interesse e piacere per le attività;</li> <li>3. perdita/aumento peso non per dieta;</li> <li>4. diminuz./aumento appetito;</li> <li>5. insonnia o ipersonnia;</li> <li>6. aumento o diminuz. psicomotricità;</li> </ol> </li> </ul>	<p>È diverso da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schizofrenia;</li> <li>• dist. schizoaffettivo;</li> <li>• dist. delirante.</li> </ul> <p>Tali dist. sono caratterizzati da sintomi psicotici senza sintomi affettivi.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</li> <li>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</li> <li>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</li> <li>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici</li> <li>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</li> </ul>

		<p>7. faticabilità o mancanza energia;</p> <p>8. sentimenti autosvalutaz. e colpa eccessivi;</p> <p>9. ridotte capacità: pensare, concentrarsi, indecisione;</p> <p>10. pensiero di morte, ideaz. suicidaria.</p>			
	<b>Dist. Ciclotimico</b>	Periodi alternanti di dep. e ipomania.			
<b>3 - Dist. Depressivi</b>			<b>■DM - Dist. Distimico</b> Il DM si differenzia dal Distimico per gravità, cronicità e persistenza. Nel DM l'umore depresso è presente x almeno 2 settimane, mentre nel Distimico deve essere presente x almeno 2 anni. DM e Distimico non condividono i sintomi.	- Intervento di sostegno; - approfondire esperienza lutto; - esplorazione vissuti di perdita; - consultare lo psichiatra x eventuali farmaci (ATC anti-depressivi triciclici e IMAO o anti-depressivi non triciclici o di II generazione (SSRI, selective serotonin reuptake inhibitors); - invio a Psicoterapeuta per psicoterapia ad orientamento psicodinamico .	- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati); - Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale; - WAIS, x funzionamento cognitivo globale; - MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici; - Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.
	<b>Dist. Depresione Maggiore (DM)</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) Almeno 5 dei seguenti sintomi presenti x almeno 2 settimane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umore depresso per la &gt; parte del giorno;</li> <li>• diminuz. interesse/piacere x le attività;</li> <li>• perdita/aumento peso; diminuz./aumento appetito;</li> <li>• insonnia/ipersonnia;</li> <li>• agitaz. aumento/diminuz. psicomotricità;</li> <li>• faticabilità o mancanza di energia;</li> <li>• eccessivi sentimenti autosvalutaz. e colpa;</li> <li>• ridotte capacità: pensare, concentrarsi e decidere;</li> <li>• pensieri di morte ricorrente e ideaz. suicidaria.</li> </ul> <p>B) i sintomi causano compromissione del funz. sociale, lavorativo e di altre aree;</p>	<b>■DM - Dist. Schizoaffettivo</b> Nello Schizoaffettivo i sintomi sono presenti x 2 settimane ma riguardano deliri o allucinaz. senza sintomi depressivi.		<p>Test specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CDQ (scala di misuraz. dep.), non vincolato ad un approccio;</li> <li>- BDI (Beck Depression Inventory), vincolato all'approccio Cognitivo Comportamentale.</li> </ul> <p>Nel caso della Dep. Post-Partum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPDF (Edinburgh Postnatal Depression Scale, di Cox).</li> </ul>

		<p>C) l'episodio non è causa di abuso di sostanze o altra condiz. medica;  D) non c'è maniacalità o ipomaniacalità.</p>			
	<b>Dist. Dep. persistente o distimia</b>	<p><u>Criteri.</u>  A) Umore depresso quasi tutti i giorni x almeno 2 anni (bambini e adolescenti umore dep x almeno 1 anno);  B) almeno 2 dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• scarso appetito o iperfagia;</li> <li>• insonnia o ipersonnia;</li> <li>• scarsa energia;</li> <li>• bassa autostima;</li> <li>• difficoltà di concentrazione;</li> <li>• sentimenti di disperazione.</li> </ul> <p>C) nei 2 anni di malattia il dep. presenta i criteri A e B x + di 2 mesi alla volta;  D) non è presente un episodio maniacale o ipomaniacale e dist. ciclotimico;  E) i sintomi non sono conseguenti a effetti da abusi di sostanze o altra condiz. medica;  F) i sintomi causano compromissione funz. sociale, lavorativo o di altre aree.</p>			
	<b>Dist. Disforico premenstruale</b>	<p><u>Criteri.</u>  A) Durante i cicli mestruali presenti almeno 5 sintomi prima delle mestruaz.:  B) presenza di 1 dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• marcata labilità affettiva;</li> <li>• irritabilità o rabbia;</li> <li>• umore depresso;</li> <li>• ansia e tensione.</li> </ul> <p>C) ai suddetti sintomi deve essere presente in aggiunta 1 dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diminuito interesse attività;</li> <li>• difficoltà di concentrazione;</li> <li>• mancanza di energia;</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• inappetenza o sovralimentazione;</li> <li>• ipersonnia o insonnia;</li> <li>• senso di sopraffazione;</li> <li>• sintomi fisici (dolore muscolare).</li> </ul> <p>D) i sintomi interferiscono su lavoro/scuola, e altre attività o nella relazione con gli altri;</p> <p>E) Alterazione sintomi altro disturbo.</p>			
<b><u>4- Dist. D'Ansia</u></b>				L'intervento sarà improntato a sostenere la persona nel potenziare la sua autonomia e sviluppare un senso di sicurezza.	
	<b>DAG - Dist. d'Ansia Generalizzata</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) Ansia e preoccupazioni eccessive x almeno 6 mesi verso eventi o attività;</p> <p>B) ansia e preoccupazione associate a 3 dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• irrequietezza;</li> <li>• facile affaticamento;</li> <li>• difficoltà concentraz./vuoti di memoria;</li> <li>• irritabilità;</li> <li>• tensione muscolare;</li> <li>• alterazione sonno;</li> </ul> <p>D) ansia e preoccupaz. x sintomi fisici causano disagio funz. sociale, lavorativa o altre aree;</p> <p>E) non conseguente a effetti fisiologici di una sostanza o altra condiz. medica.</p>	<p>■ <u>DAG - ansia non patologica</u></p> <p>Nel DAG le preoccupazioni non sono controllabili, sono + pervasive, pronunciate e fastidiose, e sono di &gt; durata.</p> <p>■ <u>DAG - Dist. Ossessivo:</u></p> <p>Nel Dist. Ossessivo le preoccupaz. sono accompagnate in misura &lt; da sintomi fisici.</p> <p>Inoltre, i pensieri del Dist. Ossessivo riguardano probl. del quotidiano relativi a situazioni egodistoniche.</p>		
	<b>Fobia Specifica</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) Paura o ansia per un ogg./situazione specifici;</p> <p>B) Situazioni o oggetto fobici vengono evitati o sopportati con paura o ansia;</p> <p>C) paura o ansia sproporzionate rispetto alla realtà del pericolo;</p>	<p>■ <u>Fobia specifica - Fobia sociale.</u></p> <p>Nella F. spec., l'ogg. che spaventa, e provoca paura/allarme, non è dovuto a situazioni di esposiz. in pubblico.</p> <p>■ <u>Fobia specifica - DOC:</u></p>		

		<p>D) paura/ansia/evitamento perdurano per 6 mesi o più;</p> <p>E) paura, ansia o evitamento provocano disagio o compromissione funz. sociale, lavorativo o altre aree</p> <p>F) i sintomi non sono conseguenze di effetti fisiologici dovuti a sostanze o altra condizione medica</p>	<p>La F. spec. non mette in atto rituali di difesa e non vi sono ossessioni nei confronti dell'ogg. fobico.</p> <p>■ <u>Fobia Specifica - DAP con Agorafobia:</u> La F. Spec. non presenta ansia pervasiva, ma paura verso ogg. e situaz. specifiche. Nel DAP con Agorafobia la paura ha un'insorgenza improvvisa e inaspettata rispetto alla F. Specif. dove la paura è continua.</p>		
	<b>Fobia sociale</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) Paura o ansia verso situaz. sociali o prestazioni dove l'individuo è esposto al giudizio egli altri;</p> <p>B) paura/ansia/evitamento perdurano per 6 mesi o +;</p> <p>C) paura/ansia/evitamento provocano disagio o compromissione funz. sociale, lavorativo o altre aree;</p> <p>D) i sintomi non sono conseguenze di effetti fisiologici dovuti a sostanze o altra condizione medica.</p>	<p>■ <u>Fobia Sociale - DM</u> Nella DM l'evitamento è accompagnato da umore depresso, mentre nella Fobia Soc. questo non avviene.</p> <p>■ <u>Fobia Sociale - Dist. Schizoide</u> Nello schizoide la persona non ha interesse a socializzare, e il suo isolamento non è dovuto a paura.</p> <p>■ <u>Fobia Sociale - DAP</u> Nel DAP ci possono essere attacchi dovuti a situazioni specifiche (tunnel, treno in galleria), mentre nella F. Soc. sono legati a situazioni sociali, e da soli si assicurano maggiormente.</p>		
	<b>Agorafobia</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) Paura o ansia relativi ad almeno 2 situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uso trasporti pubblici;</li> <li>• trovarsi in spazi aperti o chiusi (negozi, teatri, cinema);</li> <li>• stare in fila o tra la folla;</li> <li>• essere fuori casa da soli;</li> </ul>	<p>■ <u>Agorafobia - DM</u> L'agorafobico tende all'isolamento e al ripiegamento su se stessi senza umore depresso.</p> <p>■ <u>Agorafobia - Dist. Personalità</u> (evitante e dipendente).</p>		

		<p>B) timore per queste situazioni, perché si teme che non si possa fuggire o che non è disponibile il soccorso;</p> <p>C) l'agorafobia provoca sempre paura o ansia e necessita di un accompagnatore;</p> <p>E) paura o ansia sproporzionate rispetto al reale pericolo;</p> <p>F) paura ansia ed evitamento devono durare x almeno 6 mesi;</p> <p>G) paura ansia o evitamento provocano disagio o compromissione funzionamento sociale o altre aree;</p> <p>H) se presente altra condizione medica, paura, ansia o evitamento sono eccessivi.</p>			
	<b>Dist. Panico</b>	<p><u>Crteri.</u></p> <p>A) Attacchi di panico inaspettati e frequenti. Compaiono improvvisamente paura o disagio intensi e sono caratterizzati da almeno 4 dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;</li> <li>• sudorazione;</li> <li>• tremori fini o grandi scosse;</li> <li>• dispnea o sensaz. di soffocamento;</li> <li>• sensazione di asfissia;</li> <li>• dolore o fastidio al petto;</li> <li>• nausea o disturbi addominali;</li> <li>• sensazione di vertigine, instabilità o svenimento;</li> <li>• brividi o vampate di calore;</li> <li>• parestesie;</li> <li>• derealizzaz. o depersonalizzaz.;</li> <li>• paura di perdere il controllo o impazzire;</li> <li>• paura di morire;</li> </ul>	<p><u>DAP - altre condiz. mediche.</u></p> <p><u>DAP - Fobia Sociale</u></p> <p>Il panico può scatenarsi in situazioni dove la persona è al centro dell'evento.</p> <p><u>DAP - DAG</u></p> <p>Nel DAG a volte i sintomi possono acutizzarsi in panico.</p>		



		<p>B) almeno uno degli attacchi persiste almeno per 1 mese insieme ad uno dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preoccupazione per l'insorgere di altri attacchi o loro conseguenze;</li> <li>• alterazione comportamento relativo all'attacco.</li> </ul> <p>C) L'alterazione non è conseguente agli effetti fisiologici di una sostanza o altra condizione medica.</p>			
<b><u>5 Dist. Ossessivo compulsivi e Disturbi correlati</u></b>				Sostenere la persona nel potenziare la sua autonomia e sviluppare un senso di sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</li> <li>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</li> <li>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</li> <li>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;</li> <li>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</li> </ul> <p>Nota.</p> <p>Per il DOC specifici ulteriori test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- YBOX (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale) x valutare qualitativamente e quantitativamente i sintomi del dist.;</li> <li>- l'Hamilton Depression, x valutare i sintomi depressivi;</li> <li>- CGI (Clinical Global Impressions), x valutare la gravità del dist., la tollerabilità globale alla terapia farmacologica e l'eventuale miglioramento dei sintomi.</li> </ul>
	<b>Dist. Ossessivo Compulsivo</b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) presenza di ossessioni, compulsioni o entrambi.</p> <p>- <u>Ossessioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pensieri, impulsi o immagini ricorrenti vissuti come intrusivi e indesiderati e causano ansia e disagio;</li> <li>• evitamento o soppressione di pensieri, impulsi o immagini o neutralizzazione con altri pensieri.</li> </ul> <p>- <u>Compulsioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comportamenti ripetitivi o azioni mentali che obbligano a rispondere a una ossessione o attivazione di regole;</li> <li>• comportamenti e azioni mentali per prevenire ansia/disagio o eventi/situazioni temute.</li> </ul>	<p>■ <u>DOC-DAG</u></p> <p>DAG presenta preoccupazioni eccessive, distinte dalle ossessioni perché il sogg. vive l'ansia per circostanze reali.</p> <p>■ <u>DOC-Ipocondria</u></p> <p>Ipocondria: pensieri relativi a paura di ammalarsi.</p> <p>■ <u>DOC-Fobia specifica</u></p> <p>F. spec.: preoccupaz. di contrarre malattia.</p> <p>Non vengono coinvolti rituali.</p> <p>■ <u>DOC-Schizofrenia</u></p> <p>Schizofrenia: le ossessioni non sono egodistoniche e non sono soggette al giudizio di realtà.</p> <p>■ <u>DOC-Dist. Ossessivo Compulsivo di Personalità</u></p> <p>Dist. Comp. di Pers. comprende un modello di preoccupazione x</p>		

		<p>B) Ossessioni o compulsioni causano disagio nelle aree lavorativa e sociale o disfunzioni in altre aree.</p> <p>C) I sintomi ossessivi/compulsivi non sono attribuibili a effetti psicologici derivanti da sostanze, farmaci o altra condiz. medica.</p>	ordine, perfezionamento e controllo che è assente nel DOC.		
	<b>Dist. da dismorfismo corporeo</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Preoccupazione per difetti nell'aspetto fisico non osservabili o che appaiono lievi agli altri;</p> <p>B) durante il dist. l'individuo mette in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali x reagire a preoccupaz. legate all'aspetto;</p> <p>C) la preoccupazione determina disagio o menomazione del funz. sociale, lavorativo o altre aree;</p> <p>D) preoccupaz. legata all'aspetto non giustificata e dovuta al grasso corporeo o al peso i cui sintomi soddisfano il dist. alimentare.</p>			
	<b>Dist. da accumulo</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Difficoltà a gettare via o separarsi da propri beni;</p> <p>B) difficoltà dovuta a un bisogno di conservare ogg. e al disagio di doverli gettare via;</p> <p>C) il dist. congestiona e ingombra spazi vitali compromettendone l'uso;</p> <p>D) il disagio determina compromissione del funz. sociale, lavorativo e altre aree;</p> <p>E) il dist. non è attribuibile ad altra condiz. medica.</p>			
	<b>Tricotillomania</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Ricorrenza di strapparsi capelli o peli;</p> <p>B) ripetuti tentativi di ridurli</p> <p>C) piacere, gratificazione o sollievo nello strappamento</p>	<p>■ <u>Tricotillomania e Dist. da escoriazione - DOC</u></p> <p>Tricotillomania e dist. da escoriaz. hanno un rituale specifico e un ogg. specifico (peli e pelle).</p>		

		D) il dist. provoca disagio o compromissione del funz. sociale, lavorativo o altre aree.	<p>■ <u>Tric. e Dist. da escoriazione - Dist. Psicotico.</u></p> <p>Tricot. e dist. da escoriaz. possono dare luogo a comportamenti rituali.</p>		
	<b>Dist. da Escoriazione</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Stuzzicamento della pelle con conseguenti lesioni cutanee;</p> <p>B) tentativo di ridurre o interrompere tale azione;</p> <p>C) il dist. determina disagio clinico o compromissione del funz. sociale, lavorativo o altre aree.</p>			
<b><u>6- Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti</u></b>				<p>Riattivazione delle risorse per superare angoscia, vulnerabilità e distacco.</p> <p><u>Obiettivo:</u></p> <p>- riattivazione delle risorse affettive e sociali per integrare i ricordi traumatici, dissociati e archiviati in memorie separate. Utile x ricodificare verbalmente i ricordi;</p> <p>-incoraggiare la persona a narrare l'evento.</p>	<p>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</p> <p>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</p> <p>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</p> <p>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;</p> <p>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</p> <p>In particolare:</p> <p>x il <u>PTSD</u> si può somministrare il RIES (Revised Impact of Event Scale), x valutare la sintomatologia correlata allo stress.</p>
	<b>PTSD, Dist. Post traumatico da stress</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Esposizione a morte reale o minaccia, grave lesione o violenza sessuale nei seguenti modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esperienza diretta evento traumatico;</li> <li>• assistere ad un evento traumatico;</li> <li>• venire a conoscenza di un evento traumatico (violento e accidentale) accaduto a un familiare o amico;</li> <li>• esperienza ripetuta ed estrema all'esposizione di eventi traumatici;</li> </ul> <p>B) presenza di 1 o + sintomi associati all'evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ricorrenti ricordi spiacevoli evento traumatico;</li> <li>• ricorrenti sogni spiacevoli con contenuto o emozioni legate all'evento;</li> </ul>	<p>■ <u>PTSD – Dist. Adattamento</u></p> <p>Nel Dist. Adattamento, l'evento stressante è inferiore al PTSD, e i cambiamenti richiedono una riorganizzaz. faticosa, ma non espongono a rischio di morte.</p>		

		<ul style="list-style-type: none"><li>• il sogg. sente o agisce come se l'evento si stesse ripresentando (reazione dissociativa);</li><li>• intensa o prolungata sofferenza psicologica verso fattori che assomigliano all'evento traumatico;</li><li>• reazioni fisiologiche verso fattori che somigliano all'evento traumatico;</li></ul> <p>C) evitamento di stimoli associati all'evento traumatico vissuto;</p> <p>D) alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento traumatico dovuti a 2 o + dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• incapacità di ricordare l'evento traumatico per amnesia dissociativa (trauma cranico);</li><li>• persistenti convinzioni negative relative a se stessi, ad altri o al mondo;</li><li>• persistenti pensieri relativi a causa o conseguente l'evento traumatico per il quale ci si incolpa o s'incolpano gli altri;</li><li>• riduzione dell'interesse e partecipazione ad attività;</li><li>• distacco ed estraneità verso gli altri;</li><li>• incapacità di provare emozioni positive;</li></ul> <p>E) arousal, reattività associata all'evento traumatico dovuta a 2 o + criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• comportamento irritabile e esplosioni di rabbia non dovute a particolari provocaz. (aggressione verbale o fisica);</li></ul>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportamento spericolato;</li> <li>• ipervigilanza;</li> <li>• esagerate risposte di allarme;</li> <li>• probl. di concentraz. e difficoltà nel sonno;</li> </ul> <p>F) le alterazioni devono superare un mese  G) l'alteraz. determina disagio o compromissione del funz. sociale, lavorativo o altre aree;  H) l'alteraz. non è dovuta a effetti fisiologici di una sostanza o altra condiz. medica.</p>			
	Disturbo da stress acuto	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) esposizione a morte reale o minaccia, grave lesione o violenza sessuale nei seguenti modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esperienza diretta evento traumatico;</li> <li>• assistere evento traumatico di altri;</li> <li>• venire a conoscenza di evento traumatico (violento e accidentale) accaduto a un familiare o amico;</li> <li>• esperienza ripetuta/estrema esposizione ad eventi traumatici;</li> </ul> <p>B) 9 o + dei seguenti sintomi devono essere presenti nelle 5 categorie: intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal.</p> <p><u>Sintomi di intrusione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ricorrente, involontario e intrusivo ricordo spiacevole di un evento;</li> <li>• ricorrenti sogni spiacevoli;</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• reazioni dissociative (l'individuo sente e reagisce come se l'evento si stesse ripetendo);</li> <li>• intensa e prolungata sofferenza psicologica o marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori scatenanti che rappresentano l'evento traumatico.</li> </ul> <p><u>Umore negativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incapacità di provare emozioni positive.</li> </ul> <p><u>Sintomi dissociativi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alterato senso della realtà e incapacità di ricordare l'evento traumatico.</li> </ul> <p><u>Evitamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tentativi di evitare ricordi spiacevoli;</li> <li>• tentativi di evitare fattori che suscitano ricordi spiacevoli.</li> </ul> <p><u>Arusal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• difficoltà nel prendere sonno;</li> <li>• comportamento irritabile;</li> <li>• ipervigilanza;</li> <li>• problemi di concentrazione;</li> <li>• esagerate risposte di allarme.</li> </ul> <p>C) l'alterazione dura da 3 gg. a 1 mese dall'esposizione al trauma;</p> <p>D) l'alterazione provoca disagio e compromissione del funz. sociale, lavorativo e altre aree.</p>			
	<p>Disturbo dell'adattamento</p>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) I sintomi sono dovuti a 1 o + eventi stressanti che si manifestano entro 3 mesi dall'insorgenza dell'evento stesso;</p> <p>B) tali sintomi sono significativi e vengono evidenziati da 1 o entrambi i seguenti criteri:</p>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• marcata sofferenza sproporzionata rispetto alla gravità dell'evento;</li> <li>• compromissione del funz. sociale, lavorativo o altre aree.</li> </ul> <p>C) I sintomi non corrispondono a un lutto normale;</p> <p>D) superato l'evento e le sue conseguenze i sintomi non persistono per più di 6 mesi.</p>			
<b><u>7- Dist. Dissociativi</u></b>					
	<b><u>Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI)</u></b>	<p><u>Criteria.</u></p> <p>A) disgregazione dell'identità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• discontinuità del senso del sé e della consapevolezza delle proprie azioni;</li> <li>• alterazione dell'affettività, del comportamento, della coscienza, della memoria, della percezione, della cognitività e del senso motorio.</li> </ul> <p>B) vuoti rievocativi di eventi quotidiani, di informazioni personali e/o eventi traumatici;</p> <p>C) tali sintomi causano disagio o compromissione del funz. sociale, lavorativo o altre aree;</p> <p>E) i sintomi non sono attribuibili a effetti fisiologici di una sostanza o altra condiz. medica.</p>	<p>■ <u>DDI - DM</u> Nel DDI sono presenti umore depresso e pensieri negativi, vissuti in diverse identità.</p> <p>■ <u>DDI - Dist. Bipolari</u> Nel DDI i cambiamenti rapidi di umore sono dovuti a cambiamenti soggettivi.</p> <p>■ <u>DDI - PTSD</u> Alcuni individui traumatizzati presentano entrambi i disturbi.</p> <p>■ <u>DDI - Dist. Psicotici</u> Il DDI può essere confuso con la schizofrenia, nel senso che le voci interne di ciascuna personalità potrebbero essere confuse con allucinazioni psicotiche.</p>	<p>Riattivazione delle risorse per superare angoscia, vulnerabilità e distacco.</p> <p><u>Obiettivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riattivazione delle risorse affettive e sociali per integrare ricordi traumatici, dissociati e archiviati in memorie separate. Utile ricodificare verbalmente i ricordi;</li> <li>- incoraggiare la persona a narrare l'evento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</li> <li>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</li> <li>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</li> <li>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;</li> <li>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</li> </ul>
<b><u>8- Dist. Da sintomi somatici e correlati</u></b>				<p>Sostenere la persona nel potenziare la sua autonomia e sviluppare un senso di sicurezza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</li> <li>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</li> <li>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</li> <li>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;</li> </ul>

					- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.
	<b>Dist.da sintomi somatici</b>	<u>Criteria.</u> A) 1 o + sintomi procurano disagio o alterazioni della vita quotidiana; B) pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi, insieme a sintomi somatici o associati a preoccupazioni x la salute da almeno 1 dei seguenti sintomi: 1- pensieri sproporzionati e continui sulla gravità ei propri sintomi; 2- elevato liv. d'ansia x la salute o x i sintomi provati; 3- eccessive energie e tempo dedicati ai sintomi o alle preoccupazioni; C) tale condizione sintomatica persiste per + di 6 mesi.	<u>Dist. sintomi somatici – DAP</u> I sintomi somatici e l'ansia per la propria salute sono + persistenti rispetto al DAP. <u>Dist. sintomi somatici - DAG</u> Nel DAG gli individui temono molti eventi, situazioni o attività, mentre nel Dist. sintomi somatici l'ogg. della preoccupaz. non sono i sintomi somatici, ma quelli x la propria salute. <u>Dist. sintomi somatici – Disturbi depressivi</u> I dist. dep. sono accompagnati da sintomi somatici, ma si differenziano x disforia e anedonia		
	<b>Dist. Da ansia da malattia (Ipocondria)</b>	<u>Criteria.</u> A) preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia; B) i sintomi somatici se presenti sono di lieve intensità, e presente un'altra condizione medica il rischio è di sviluppare tale dist., la preoccupaz. è sproporzionata; C) elevato liv. d'ansia x la salute con allarme x il proprio stato di salute; D) elevati comportamenti di preoccupaz. x la salute o presenza di evitamento disadattivo; E) preoccupaz. x una malattia è presente da almeno 6 mesi.  Nota: aree da approfondire - Analisi della domanda - precedenti consultazioni - farmaci assunti	<u>Ipocondria - Dist. sintomi somatici</u> L'ipocondria si caratterizza per minimi sintomi somatici perché la preoccupaz. principale è quella di essere malati. <u>Ipocondria - DAG</u> Nel DAG la preoccupazione è rivolta verso + eventi (non solo x la salute). <u>Ipocondria - DAP</u> Gli AP possono riflettere la presenza di una malattia, ma l'ansia è molto acuta ed episodica. <u>Ipocondria - DOC</u> Nell'ipocondria l'ansia e la preoccupaz. x la salute sono + persistenti e duraturi. A volte vi è		



		- approfondimento dei sintomi	presenza di pensieri intrusivi e comportamenti compulsivi <u>Ipocondria e DM</u> Nell'ipocondria le preoccupaz. si concentrano sull'aver una malattia rimuginando e preoccupandosi eccessivamente.		
<b><u>9 Dist. della Nutrizione e alimentazione</u></b>			<u>Dist. Nutrizione e alimentazione, DCA - Dist. Umore:</u> il paz. con DCA manifesta umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia, diminuito interesse sessuale (per la bulimia, a volte si verifica ipersessualità). Questi sintomi soddisfano i criteri per un episodio DM. Altre manifestazioni DCA sono relative a: sentimenti di inadeguatezza, controllo dell'ambiente circostante, rigidità mentale e diminuita spontaneità nelle relazioni. Alcuni sintomi DCA sono presenti anche nel DOC, quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• preoccupazione aspetto fisico;</li> <li>• fobia di ingrassare;</li> <li>• pensieri intrusivi sul cibo e modi di controllarlo;</li> <li>• ritualità e compulsività tipica dei DOC.</li> </ul> Tuttavia la comorbidità con il DOC è rara. <u>DCA – Dist. personalità</u> Spesso la femmina soddisfa la diagnosi di anoressia anche con crisi bulimiche, in particolare	Intervento di sostegno per rafforzare la percezione di sé e realtà. Serve per stabilire relazione di fiducia con lo psicoterapeuta, perché tali paz. si oppongono ai tentativi di cura. Prima lo Psicologo e poi lo Psicoterapeuta devono impostare una relazione empatica per prevenire l'abbandono del setting ed evitare interventi troppo direttivi in quanto potrebbero far rivivere dinamiche di dipendenza e controllo relative alle figure genitoriali. Dedicare spazio e tempo ad empatizzare con il paz.. Si prende in carico l'intero sistema familiare e si analizza comunicaz. e relaz. tra i membri per ovviare alle rigidità. Approfondire le tematiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• immagine di sé;</li> </ul>	Nota. Test specifico per i DCA è il EDI Eatig Disorders Inventory per autovalutazione di sintomi associati a DCA. Fornisce informazioni per l'eventuale trattamento da adottare e per procedere nella valutazione.
	Anoressia nervosa	<u>Criteri.</u> A) restrizione assunzione calorie che conduce a un peso basso, il peso corporeo è inf. al min. normale; B) paura di aumentare peso o diventare grassi, o comportamento persistente che interferisce con aumento del peso; C) alterazione del modo di vivere il peso o la forma del proprio corpo. Influenza di peso o forma del corpo su autostima o non riconoscimento della gravità della condizione di sotto peso. Tipi di anoressia: 1- con restrizioni, negli ultimi 3 mesi l'individuo non presenta episodi di abbuffata o eliminazione. Nelle condotte di eliminazione la perdita di peso avviene con dieta, digiuno e/o attività fisica eccessiva; 2- abbuffate/condotte di eliminazione, negli ultimi 3 mesi il sogg. presenta episodi di abbuffate o condotte di eliminazione. L'anoressia nervosa avviene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• per remissione parziale, il criterio A non è soddisfatto ma sono soddisfatti il criterio B e C;</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• remissione completa, non viene soddisfatto nessuno dei criteri.</li> </ul>	l'anoressica bulimica ha una personalità è simile a quella borderline, connotata dalla difficoltà di gestire gli impulsi e ciò implica condotte a rischio quali, abuso di alcol, droga, comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• relazioni familiari.</li> </ul>	
	Bulimia nervosa	<p>A) ricorrenti episodi di abbuffata con le seguenti caratteristiche:</p> <p>1- mangiare tanto cibo in poco tempo in maniera spropositata</p> <p>2- sensazione di perdere il controllo durante l'azione</p> <p>B) ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per non aumentare di peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con vomito auto indotto</li> <li>- abuso di lassativi</li> <li>- diuretici</li> <li>- altri farmaci</li> <li>- digiuno o attività fisica eccessiva</li> </ul> <p>C) abbuffate e condotte compensatorie inappropriate si verificano almeno una volta la settimana per tre mesi</p> <p>D) i livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo</p> <p>E) l'alterazione non si esplicita con episodi di anoressia nervosa. Specificare se in remissione parziale o completa.</p>			
	<b>Dist. da Binge Eating</b>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) ricorrenti episodi di abbuffata con le seguenti caratteristiche:</p> <p>1- mangiare tanto cibo in poco tempo in maniera spropositata;</p> <p>2- sensazione di perdere il controllo durante l'azione;</p> <p>B) gli episodi di abbuffata sono associati a 3 o più dei seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mangiare rapidamente;</li> <li>• mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.</li> </ul> <p>3- mangiare tanto cibo anche se non si ha fame;</p>			

		<p>4- mangiare da soli (si vergognano in pubblico);</p> <p>5- essere disgustati di sé stessi, depressi o sentirsi in colpa;</p> <p>C) grande disagio verso le abbuffate;</p> <p>D) l'abbuffata si verifica almeno 1 volta la settimana per 3 mesi;</p> <p>E) l'abbuffata non è associata a condotte compensatorie inappropriate come per la bulimia nervosa. Specificare se in remissione parziale o completa.</p>			
<b><u>10 Dist. Di personalità</u></b>				<p>Per il gruppo A è difficile, le persone ritengono che i problemi siano degli altri, non sono motivati. Lo psicologo e lo psicoterapeuta viene visto con diffidenza e minacciosi. Lo <i>schizoide</i> non si fida, è opportuno rispettare la sua solitudine senza ferirlo. Empatizzare senza giudizio .</p>	
	A	<p><b>Dist. Paranoid e</b></p> <p><u>Criteri.</u></p> <p>A) Diffidenza e sospettosità nei confronti degli altri secondo 4 o + dei seguenti elementi:</p> <p>1- sospetta senza fondamento di essere sfruttato, danneggiato o ingannato;</p> <p>2- dubita senza giustificazione della lealtà degli amici e colleghi;</p> <p>3- è riluttante a confidarsi con gli altri perché ha paura che lo possano usare in modo maligno contro di lui;</p> <p>4- legge significati nascosti umilianti o minacciosi, o eventi benevoli;</p>	<p><i>Per il gr. A</i></p> <p><u>Dist. Personalità – Dist. Psicotici</u></p> <p>L'<i>esame di realtà</i> è presente nel Dist. di personalità, ma non nei Dist. Psicotici.</p> <p>La <i>struttura del Sé</i>, negli psicotici è disintegrata, frammentata, incoerente e priva di confini, mentre nel Dist. di personalità tale struttura è organizzata, solida e coerente.</p>		<p><u>Test x il gruppo A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati);</li> <li>- Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale;</li> <li>- WAIS, x funzionamento cognitivo globale;</li> <li>- MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;</li> <li>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</li> </ul>

		<p>5- porta rancore;  6- percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione ed è pronto a reagire con rabbia;  7- sospetta costantemente senza giustificazione della fedeltà del coniuge o del partner sessuale;  B) non si manifesta esclusivamente durante il decorso di schizofrenia, dist. bipolare o depressivo, o di altro disturbo psicotico.  Non attribuibile a effetti fisiologici di altra condizione medica.</p>	<p><u>Dist. Paranoide - Dist. Delirante, persecutorio e Schizotipico.</u>  I secondi sono caratterizzati da periodi con sintomi psicotici.  <u>Dist. Paranoide - Dist. schizotipico</u>  Il <i>paranoide</i> ha tratti di sospettosità e distacco dagli altri, mentre lo <i>schizotipico</i> include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il pensiero magico;</li> <li>• l'esperienza percettiva inusuale;</li> <li>• la stravaganza;</li> <li>• l'eccentricità.</li> </ul>		
	<p><b>Dist. Schizoid e</b></p>	<p><u>Criteri.</u>  A) pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali, con minime espressioni emotive come indicato nei punti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia;</li> <li>• quasi sempre sceglie attività individuali;</li> <li>• dimostra poco o nessun interesse per esperienze sessuali con un'altra persona;</li> <li>• prova piacere in poche o nessuna attività;</li> <li>• non ha amici scelti o confidenti, eccetto parenti di 1° grado;</li> <li>• sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri;</li> <li>• mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita;</li> </ul> <p>B) non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del dist. bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro dist. psicotico o di un dist. dello spettro</p>	<p>I tratti del paranoide sono adattivi, soprattutto di fronte a minacce.  Il dist. Paranoide dovrebbe essere diagnosticato solo quando i tratti sono inflessibili, non adattivi e persistenti, causando compromissione funzionale e disagio.</p> <p><u>Dist. Schizoide - Dist. Psicotici</u>  L'uso di sostanze o condizioni mediche, possono aver provocato questi atteggiamenti.  <u>Dist. Schizoide - Dist. Autistico</u>  È presente isolamento, ma anche disturbo dell'eloquio.  Anche individui solitari possono avere tratti di personalità schizoidi, ma solo quando sono inflessibili e non adattivi e causano compromissione funzionale si configura dist. schizoide.</p>		

		autistico, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di altra condiz. medica.	<u>Dist. Schizotipico - Dist. Schizoide</u> Lo schizotipico ha una struttura psicotica ma vaga, perché il funz. non è molto compromesso.		
	<b>Dist. Schizotipico</b>	<u>Criteri.</u> A) deficit sociali e interpersonali, disagio acuto e ridotta capacità nelle relazioni affettive x distorsioni cognitive e percettive, eccentricità del comportamento come da 5 o + dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• idee di riferimento, con esclusione dei deliri;</li> <li>• convinzioni strane o pensiero magico;</li> <li>• esperienze percettive insolite, illusioni corporee;</li> <li>• pensiero ed eloquio strano (vago, metaforico e iper elaborato);</li> <li>• sospettosità o ideazione paranoide;</li> <li>• affettività inappropriata o limitata;</li> <li>• comportamento o aspetto strani o peculiari;</li> <li>• nessun amico stretto o confidente;</li> <li>• ansia sociale, tende ad associare preoccupazioni paranoidei;</li> </ul> B) non si manifesta durante il decorso di schizofrenia, dist. bipolare o depressione con caratteristiche psicotiche.	<u>Dist. Schizotipico - Dist. del Neurosviluppo</u> Il Dist. del neurosviluppo ha una base organica, una compromissione + pervasiva e un comportamento + disfunzionale.		
	<b>B Dist. Antisociale</b>	<u>Criteri.</u> A) Inosservanza e violazione dei diritti degli altri, e già a 15 anni il sogg. manifesta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• incapacità di conformarsi alle norme sociali, con atti passibili di arresto;</li> </ul>	<u>Dist. Antisociale - Dist. Depressivo e Dist. Psicotici</u> L'uso di sostanze o condizioni mediche provocano questi comportamenti. <u>Dist. Antisociale – Dist. Istrionico</u> Tali dist. richiedono attenzione, esplicitano un comportamento	Intervento di sostegno per rafforzare percezione di sé e della realtà, in quanto compromessa l'immagine di sé. Serve per stabilire una relazione di fiducia con	<u>Test x il gruppo B</u> - Osservazione e colloqui (liberi/semistruutturati/strutturati); - Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale; - WAIS, x funzionamento cognitivo globale; - MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>disonestà, mente ripetutamente, usa falsi nomi o truffa gli altri x profitto o x piacere;</li> <li>impulsività o incapacità di pianificare;</li> <li>irritabilità e aggressività con ripetuti scontri e aggressioni fisiche;</li> <li>noncuranza spericolata per la sicurezza propria e degli altri.</li> </ul> <p>6- irresponsabilità abituale, ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa o far fronte a obblighi finanziari;</p> <p>7- mancanza di rimorso, indifferenza nell'aver danneggiato, maltrattato o derubato altra persona;</p> <p>B) l'individuo ha almeno 18 anni;</p> <p>C) presenza di un Dist. della Condotta con esordio a 15 anni;</p> <p>D) il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso di schizofrenia o dist. bipolare.</p>	<p>manipolativo ed emotività variabile.</p> <p>Tuttavia, il sogg. antisociale si distingue x autodistruttività, rottura con rabbia di relazioni, sentimenti persistenti di vuoto e solitudine.</p> <p><u>Dist. Antisociale - Dist. Borderline</u> Il sogg. antisociale è - instabile, ma emotivamente + aggressivo.</p> <p><u>Dist. Antisociale - Dist. Psicotici</u> Il sogg. antisociale ha pensieri paranoici ma transitori.</p> <p><u>Dist. Antisociale - Dist. Depressivo</u> Il sogg. antisociale è + instabile e reattivo.</p>	<p>lo psicoterapeuta, perché tali paz. si oppongono ai tentativi di cura.</p> <p>Prima lo Psicologo e poi lo Psicoterapeuta devono impostare una relazione empatica x prevenire l'abbandono del setting ed evitare interventi troppo direttivi, in quanto potrebbero far rivivere dinamiche di dipendenza e controllo relative alle figure genitoriali.</p> <p>Spazio e tempo x empatizzare con il paziente.</p> <p>Si prende in carico l'intero sistema familiare e si analizza la comunicazione e la relazione tra i membri per evitare rigidità.</p> <p>Approfondire le tematiche relative all'immagine di sé e alle relazioni familiari.</p>	<p>- Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.</p>
	<p><b>Dist. Borderlin e di personalità</b></p>	<p><u>Criteri.</u></p> <p>A) instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e dell'umore, e marcata impulsività, inizia prima età adulta ed è presente in svariati contesti come da 1 o + punti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sforzi disperati x evitare un reale o immaginario abbandono;</li> </ul>	<p><u>Dist. Borderline - Dist. Bipolare</u></p> <p>Il borderline è più instabile e reattivo, instabile perché maggiormente imprevedibile, e reattivo perché il suo umore risente delle vicende esterne anche minime.</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate da alternanza tra estremi di iperidealizzaz. e svalutaz.;</li> <li>• alterazione dell'identità, immagine di sé/percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;</li> <li>• impulsività in almeno 2 aree potenzialmente dannose per l'individuo (spese, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);</li> <li>• ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari o automutilanti;</li> <li>• instabilità affettiva x marcata reattività dell'umore (intensa disforia, irritabilità, ansia);</li> <li>• sentimenti cronici di vuoto;</li> <li>• rabbia inappropriata, intensa, difficoltà a controllare la rabbia (accessi d'ira, rabbia costante, scontri fisici);</li> <li>• ideazione paranoide transitoria associata allo stress o a gravi sintomi dissociativi.</li> </ul>	Inoltre, il borderline è instabile nelle relazioni degli altri e nella sessualità.
	<b>Dist. Istrionico</b>	<u>Criteri.</u> A) pattern pervasivo, di eccessiva emotività e ricerca di attenzione. Esordio nella prima età adulta, e presente in numerosi contesti è caratterizzato da 5 o + dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione;</li> <li>• l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato</li> </ul>	<u>Dist Istrionico - Dist. Psicotici</u> Uso di sostanze o condizioni mediche che provocano tali comportamenti. <u>Dist. Istrionico - Dist. Antisociale</u> In entrambi c'è ricerca di situazioni stimolanti, ma l'istrionico non cerca di essere seduttivo per ottenere profitto o potere. <u>Dist. Istrionico - Dist. Narcisistico</u>


		<p>comportamento sessualmente seduttivo o provocante;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manifesta mutevole, rapida e superficiale espressione delle emozioni;</li> <li>• usa costantemente aspetto fisico per attirare attenzione su di sé;</li> <li>• stile dell'eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli;</li> <li>• drammatizza, mostra teatralità, esprime esageratamente le emozioni;</li> <li>• è suggestionabile (si lascia influenzare dagli altri e dalle circostanze);</li> <li>• considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.</li> </ul>	<p>Entrambi ricercano attenzione, ma l'istrionico vuole apparire più fragile o dipendente.</p>	
	<b>Dist. Narcisistico</b>	<p><u>Criteria.</u> A) un pattern pervasivo di grandiosità, bisogno di essere ammirati e mancanza di empatia con inizio prima dell'età adulta e caratterizzato da 5 o più dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• senso grandioso d'importanza;</li> <li>• il paz. è assorbito x es. da fantasie di successo e potere;</li> <li>• crede di essere speciale e unico;</li> <li>• richiede eccessiva ammirazione;</li> <li>• pretende solo x sé numerosi diritti;</li> <li>• sfrutta i rapporti interpersonali x propri scopi;</li> <li>• mancanza di empatia;</li> <li>• invidioso, o crede che gli altri lo invidino;</li> <li>• è arrogante e presuntuoso.</li> </ul>	<p><u>Dist. Narcisistico con condiz. Mediche - Dist. Psicotici ed episodio maniacoale</u></p> <p><u>Dist. Narcisistico - Dist.Borderline</u> Il sogg. con dist. narcisistico ha una relativa stabilità dell'immagine di sé, ma non vi è come nel borderline autodistruttività, impulsività e preoccupazione nell'abbandono Desiderio di essere ammirati. La grandiosità è un tratto che si può accomunare a episodi maniacali e ipomaniacali, ma in più nel narcisismo, alterazione umore o compromissione funzionale.</p>	



	C	<b>Dist. Evitante</b>	<u>Criteria.</u> A) inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo e si presenta con almeno 4 o + seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il paz. evita attività lavorative che implicano contatto interpersonale;</li> <li>• riluttanza a entrare in relazione con le persone;</li> <li>• limita le relaz. intime perché teme di essere umiliato o ridicolizzato;</li> <li>• è preoccupato di essere criticato o rifiutato;</li> <li>• è inibito perché si sente inadeguato;</li> <li>• si vede socialmente inetto, non attraente o inf. agli altri;</li> <li>• è riluttante ad assumere rischi personali o impegnarsi in nuove attività.</li> </ul>	<u>Dist. Evitante - Fobia sociale</u> Nella F. soc. la paura si palesa nelle situazioni di prestazioni ed esposizioni al pubblico. L'ansia del Dist. Evitante è più generalizzata e pervasiva. <u>Dist. Evitante - Dist. Dipendente</u> Entrambi tendono a delegare le decisioni, ma l'Evitante lo fa per evitare umiliazioni e critiche, perché ha paura di sbagliare e non si sente capace, mentre il Dist. Dipendente delega per essere accudito. <u>Dist. Evitante – Dist. Schizoide</u> Entrambi si caratterizzano per l'isolamento, ma nell'Evitante l'isolamento non è voluto, perché vorrebbero stabilire relazioni sociali ma teme di non essere adeguato e non piacere. Il sogg. con Dist. Schizoide non è interessato alle relazioni. <u>Dist. Evitante - Dist. Paranoide</u> Entrambi non si fidano degli altri, ma per l'Evitante è dovuto al fatto che ha paura di essere deriso, mentre il paranoide ha paura che l'altro abbia intenzioni malevoli.	Sostegno della persona. Empatizzare con le sue paure senza giudicarla, nè criticarla. Favorire lo sviluppo di una identità stabile e sicura che non percepisca le rel. soc. come minaccia o fonte di svalutazione. Aumentare la consapevolezza delle risorse, può aiutare a non temere il fallimento, a non sentirsi inadeguato e senza inibizioni.	<u>Test x il gruppo C</u> - Osservazione e colloqui (liberi/semistrutturati/strutturati); - Rorschach, x valutazione funzionamento percettivo/affettivo/sociale; - WAIS, x funzionamento cognitivo globale; - MMPI-2-RF, x individuare dist. personalità e clinici; - Disegno figura umana, x valutaz. immagine di sé.
		<b>Dist. Dipendente</b>	<u>Criteria</u> A) necessità eccessiva di essere accuditi. Ciò determina un comportamento	<u>Dist. Dipendente e Dist. Istrionico</u> Hanno entrambi bisogno di rassicurazione e possono apparire infantili e dipendenti.	L'intervento sarà improntato a promuovere l'autostima, l'autonomia e la capacità	

		<p>sottomesso e dipendente, il cui timore è quello della separazione.</p> <p>Tale dist. si determina con 5 o + dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• difficoltà di prendere decisioni senza richiedere consigli e rassicurazioni da parte degli altri;</li> <li>• bisogno che gli altri assumano responsabilità per la &gt; parte dei suoi ambiti di vita;</li> <li>• difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri x paura di perdere supporto o approvazione;</li> <li>• difficoltà a progettare o a fare cose autonomamente;</li> <li>• desiderio di ottenere accudimento e supporto da parte degli altri;</li> <li>• il paz. si sente a disagio o indifeso quando è solo in quanto non è capace di prendersi cura di sé;</li> <li>• alla fine di una relazione intima ne cerca subito un'altra per farsi accudire e supportare;</li> <li>• eccessiva preoccupaz. di essere lasciato da solo a prendersi cura di sé.</li> </ul>	<p>Tuttavia, l'Istrionico si caratterizza attraverso un comportamento socievole, il Dipendente è docile e modesto.</p> <p><u>Dist. Dipendente - Dist. Borderline di personalità</u></p> <p>Entrambi sono pervasi dal timore di essere abbandonati: il Borderline reagisce con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia e pretese, mentre il Dipendente reagisce aumentando concessioni e sottomissioni.</p> <p><u>Dist. Dipendente - Dist. Evitante</u></p> <p>Entrambi hanno paura del giudizio.</p> <p>Gli Evitanti temono il giudizio negativo interno conseguente a imbarazzo e umiliazione, mentre il Dipendente teme che il giudizio negativo possa allontanare l'altro lasciandolo da solo, indifeso e incapace di provvedere a se stesso.</p>	<p>di prendere decisioni.</p> <p>Importante incoraggiare l'autonomia per soddisfare i propri bisogni, favorendo il processo decisionale e il funz. autonomo.</p>	
	<p><b>Dist. Ossessivo o Compulsivo di personalità</b></p>	<p><u>Criteri</u></p> <p>A) preoccupazione pervasiva x ordine, perfezionismo e controllo mentale interpersonale caratterizzata da almeno 4 dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preoccupazione per dettagli, regole, ordine o programmi fino a perdere lo scopo principale dell'attività;</li> </ul>	<p><u>DOC-P – Dist. di Accumulo</u></p> <p>Nell'Accumulo il dist. è più estremo e pervasivo.</p> <p><u>DOC-P - DOC</u></p> <p>Nel DOC i pensieri sono intrusivi e rituali.</p> <p><u>DOC-P – Dist. Narcisistico</u></p> <p>Entrambi pensano di saper fare le cose meglio degli altri: i Narcisisti si sentono perfetti, mentre gli</p>	<p>L'intervento scadrà improntato a promuovere la flessibilità rispetto ad atteggiamenti e comportamenti eccessivamente rigidi e formali.</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• perfezionismo che interferisce nello svolgimento dei compiti;</li> <li>• eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività, fino ad escludere attività di svago e amicizie;</li> <li>• eccessiva scrupolosità e intransigenza morale etica o di valori;</li> <li>• incapacità di gettare via oggetti anche quando questi non hanno più valore (o significato affettivo);</li> <li>• riluttanza a delegare compiti o a lavorare con altre persone, a meno che essi non si sottomettono al loro modo di fare;</li> <li>• modalità di spesa caratterizzata da avarizia per se e per gli altri;</li> <li>• manifestazione di rigidità.</li> </ul>	<p>Ossessivi sono sempre insoddisfatti e autocritici.</p> <p><u>DOC-P – Dist. Antisociale e Dist. Narcisistico</u></p> <p>Gli Antisociali e i Narcisisti sono generosi solo con se stessi, mentre gli Ossessivi non lo sono né con se stessi né con gli altri, perché sono prudenti nel controllare le spese.</p> <p><u>DOC-P – Dist. Schizoide</u></p> <p>Entrambi tendono ad essere distaccati dagli altri: gli Schizoidi non vogliono avere relazioni con gli altri perché incapaci di intimità, mentre gli Ossessivi si isolano perché si sentono a disagio a provare emozioni e si dedicano solo ad attività formali.</p>		
<b><u>11 Altre Dipendenze</u></b>	<p>Alcool, droga, e tabacco sono sostanze psicostimolanti, che agiscono sul SNC, e sono psicotrope, nel senso che inducono cambiamenti nei comportamenti e processi psicologici. Ci si avvicina per curiosità, attribuzione di effetti analgesici o euforizzanti.</p> <p>I consumatori di droghe sono inizialmente sperimentatori, per godere effetti di disinibizione, benessere e resistenza fisica, con la convinzione di poter smettere quando si vuole, ma esaurito l'effetto le droghe inducono uno stadio down:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abbassamento dell'umore;</li> <li>• fiaccamento fisico;</li> <li>• stato confusionale.</li> </ul> <p>La dipendenza può essere psichica, fisica o entrambe.</p>		<p>Per la tossicodipendenza, spesso occorre l'intervento ambulatoriale, ma anche la sua istituzionalizzazione presso Comunità, dove può essere seguito e iniziare a ricostruire la sua vita senza sostanza. Spesso sono pazienti gravi con doppia diagnosi, tossicodipendenza e altri</p>		

<p>La dipendenza fisica si manifesta attraverso l'interazione della sostanza con elementi metabolici e neurotrasmettitoriali.</p> <p>Invece, la dipendenza psichica, si manifesta attraverso la costrittività del comportamento di assunzione, che si autorinforza aumentando il desiderio della sostanza.</p> <p>La dipendenza è caratterizzata da due fenomeni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assuefazione;</li> <li>• crisi di astinenza.</li> </ul> <p>L'assuefazione è l'abitudine dell'organismo alla sostanza che spinge ad aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti; l'astinenza è caratterizzato da febbre, sudorazione, tachicardia e tremori, e insorge quando si interrompe l'assunzione.</p> <p>Le droghe più diffuse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hashish e cannabis, essiccazione di foglie e resina della canapa indica, e può produrre ilarità e ostilità;</li> <li>• Opiacei, derivati della morfina ed eroina, nati come antidolorifici usati nella cura di malati terminali, inducono effetto transitorio di euforia e benessere;</li> <li>• anfetamine, provocano distorsioni uditive, visive, olfattive;</li> <li>• molecole di sintesi (per es. l'ecstasy) hanno proprietà psicotossiche.</li> </ul> <p>Assumere droghe è una forma di fragilità.</p> <p>L'<u>alcol</u> è un modo di affacciarsi al mondo adulto, l'illusione di farne parte, un modo di gestire frustrazioni, ansia e insicurezza; l'abuso provoca cambiamenti affettivi e depressione, interferisce con il funzionamento di organi vitali come il fegato.</p> <p>Il <u>tabagismo</u>, è la dipendenza da nicotina, e si avvicina per motivi analoghi a quello delle droghe e dell'alcol, per sperimentare un senso di gruppo, l'imitazione del mondo adulto, per sentirsi disinvolti, sicuri e per piacere.</p>		<p>disturbi clinici (ansia, depressione..).</p> <p>La dipendenza da sostanza è considerata come una regressione orale, a una fase dello sviluppo dominata da passività, e può essere utile promuovere l'io e facilitare un approccio alla realtà più attivo.</p> <p>Il Sert può seguire la disintossicazione con psicologi e infermieri.</p>	
---	--	--	--

	<p>Il fumo produce dipendenza, assuefazione, crisi di astinenza, ma i pericoli sono percepiti come meno gravi e più controllabili.</p>				
	<p><b>Dist. Gioco d'azzardo</b></p>	<p><u>Criteri</u>  A) comportamento problematico persistente e ricorrente, legato al gioco, che porta disagio o compromissione clinicamente significativi come indicato da 4 o + delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bisogno di giocare d'azzardo x quantità crescenti di denaro, al fine di raggiungere l'eccitazione desiderata;</li> <li>• irrequietezza o irritabilità se si tenta di ridurre o smettere di giocare;</li> <li>• ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare;</li> <li>• preoccupato dal gioco;</li> <li>• spesso il paz. gioca d'azzardo quando si sente a disagio;</li> <li>• il sogg. dopo aver perduto, spesso torna a giocare un'altra volta per ritentare (rincorre le proprie perdite);</li> <li>• il sogg. mente per nascondere l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;</li> <li>• il sogg. può mettere in pericolo o perdere una relazione;</li> <li>• il sogg. conta sugli altri per procurarsi il denaro necessario a risollevere pericolose situazioni finanziarie.</li> </ul> <p>B) il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.</p>			

		<p>Quando le condizioni finanziarie si aggravano, il giocatore patologico tenta di recuperare il denaro perso, giocando più insistentemente, compromettendo il suo funzionamento globale.</p> <p>Questa patologia condivide le caratteristiche della dipendenza, ma senza assunzione di sostanza psicoattiva.</p>			
--	--	---	--	--	--