

*Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università di Perugia*



## **Corso di Psichiatria**

*Massimo Piccirilli*





A. Durer: Melanconia

SANGUE:	LINEA VITALE
FLEGMA:	INDOLENZA
BILE NERA:	MELANCONIA
BILE GIALLA:	COLLERA





La malattia è conosciuta fin dall'antichità e fin dall'antichità è descritta come un'anomalia rispetto alla normalità. Forse la prima descrizione è quella che Omero fa di Bellerofonte nell'Iliade: *"...ma quando venne in odio agli Dei, Bellerofonte, solo e consunto di tristezza, errava pel campo acheo e l'orme dei viventi fuggìa "*

Le descrizioni di Omero si riferiscono a comportamenti osservabili degli uomini e non ai loro stati d'animo interni

Le azioni dei protagonisti non sono espressione della loro volontà individuale ma risultato dell'intervento di menti esterne, divine

Gli uomini agiscono per conto degli dei che hanno il controllo degli eventi, non solo umani ma anche naturali

La prospettiva cambia nelle tragedie di Eschilo e Sofocle



Quando come un coperchio il cielo pesa  
grave e basso sull'anima gemente  
in preda a lunghi affanni  
e quando versa su noi,  
dell'orizzonte tutto il giro abbracciando,  
una luce nera e triste più delle notti

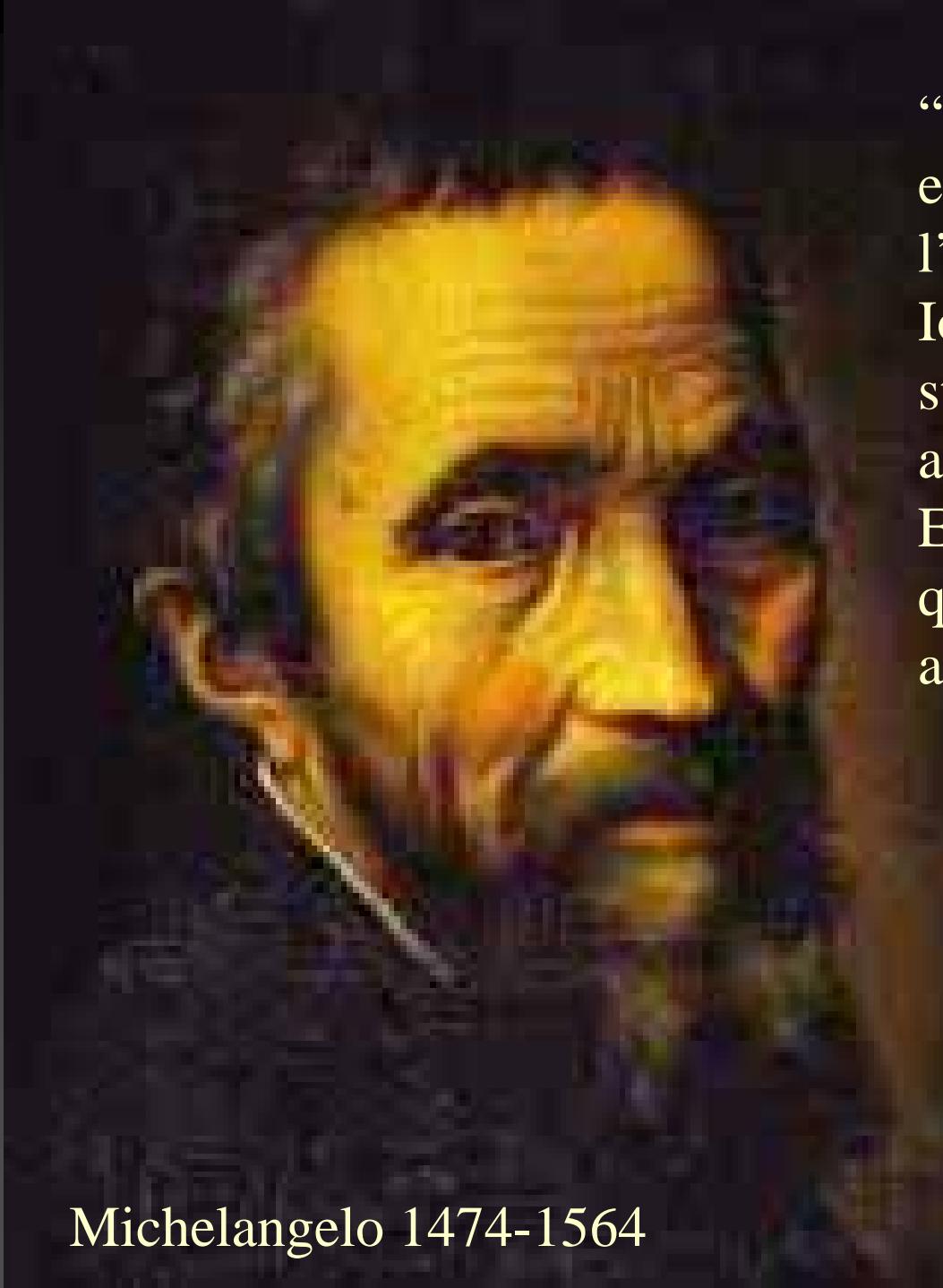
...

e quando imita la pioggia,  
nel mostrare le sue strisce infinite,  
le sbarre di una vasta prigione

...

e l'atroce angoscia sul mio cranio  
pianta, despota, il suo vessillo nero

Charles Baudelaire  
Spleen  
(I fiori del male)



“conduco un’esistenza miserabile  
e non mi interessa né la vita né  
l’onore che è di questo mondo.  
Io vivo affaticato da lavori  
stupendi e pieno di migliaia  
ansietà.

E così ho vissuto per quasi  
quindici anni senza avere mai  
avuto un’ora di felicità

(Lettera al padre, 1512)

Tutto ciò che nasce  
dovrà giungere alla morte  
Nessun essere vivente  
può rimanere vicino al sole

Michelangelo 1474-1564

“Profondo e doloroso scoramento,

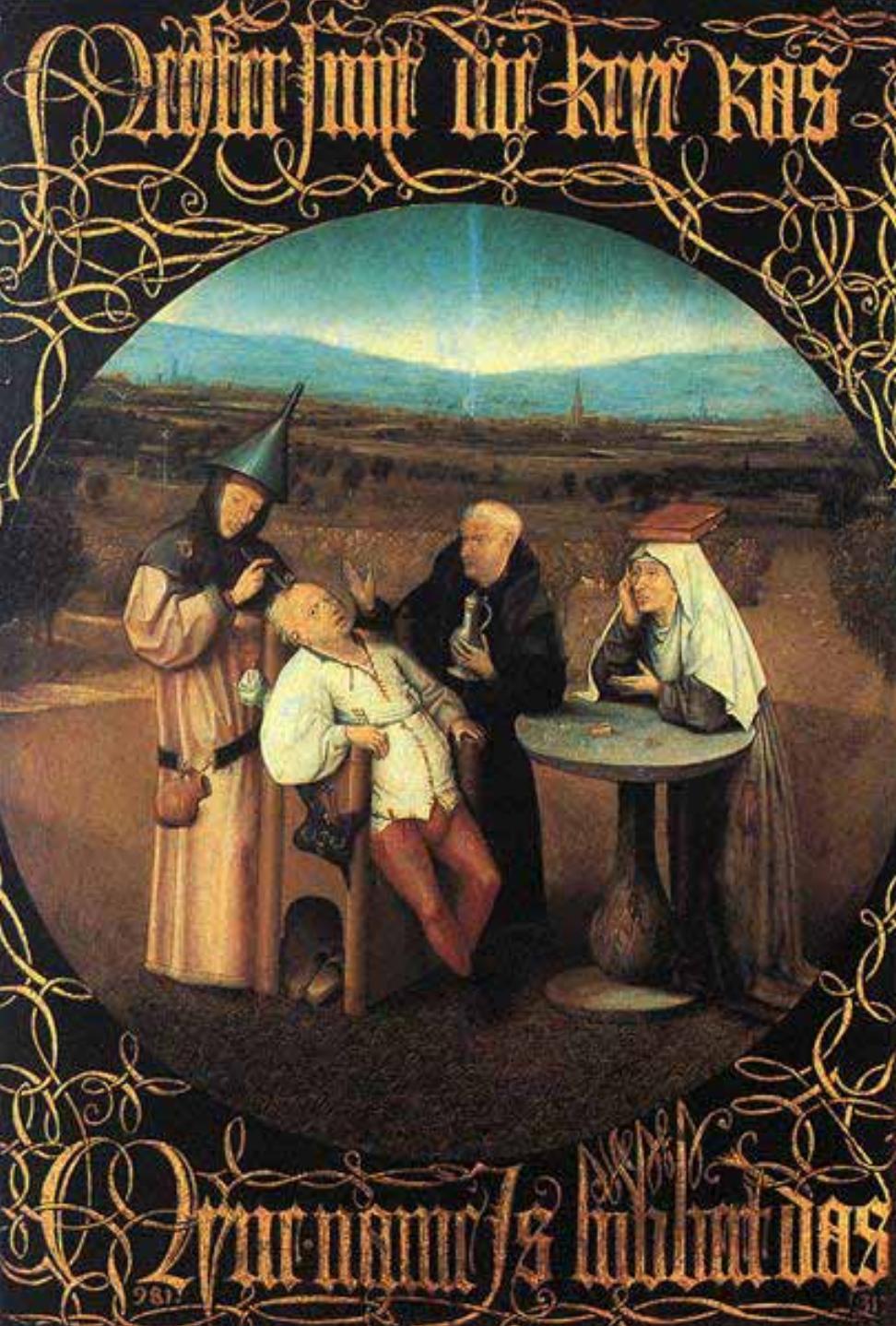
un venir meno all'interesse  
per il mondo esterno,

perdita delle capacità  
di amare,

inibizione di fronte  
a qualsiasi attività,

avvilimento del sentimento di sé  
che si esprime in autorimprovero  
o autoingiurie e culmina  
in un grandioso senso di colpa  
con l'attesa delirante di una punizione.”





Il depresso sente se stesso, la propria vita, la realtà circostante secondo una trasformazione peggiorativa che colora tutto di qualità spiacevoli e dolorose.

L'esistenza si svuota di significato e di interesse, è vissuta nella solitudine, la morte è vista come liberatrice.

Cambia il modo di essere nel mondo, soprattutto nei parametri del tempo e dello spazio.

Il passato non ha più esperienze piacevoli, la nostalgia è dolorosa, il peso del passato si dilata, gli atti del passato personale e si caricano di negatività.

C'è la paralisi del divenire, il futuro inaccessibile, sbarrato, non c'è più progettualità,

Il presente si contrae, diventa immodificabile. Lo spazio è ristretto, angusto, chiuso, immobile, vuoto, gli oggetti diventano irraggiungibili

## *Principali modelli eziopatogenetici proposti per la depressione*

<b>Modello</b>	<b>Meccanismo</b>
Aggressività rivolta verso se stessi	Trasformazione degli istinti aggressivi in sentimenti depressivi
Perdita dell'oggetto	Rottura, nell'infanzia, del rapporto con la figura di attaccamento
Auto-stima	Incapacità di raggiungere le mete proposte da un Io ideale
Disfunzione cognitiva	Schema cognitivo negativo come intermediario tra cause remote e prossime
Impotenza appresa	Sensazione di impotenza di fronte ad un dolore, vissuto come inevitabile e non mitigabile
Rinforzo	Perdita dei rinforzi ambientali che normalmente sostengono l'attività e l'umore
Alterazioni biochimiche	Disregolazione della trasmissione monoaminergica cerebrale
Alterazioni neurofisiologiche	Disturbi elettrofisiologici che possono provocare un'ipereccitabilità neuronale o il kindling
Modello multifattoriale	L'interazione tra predisposizione genetica e fattori stressanti produce un'alterazione delle aree cerebrali che presiedono ai meccanismi di ricompensa e ai ritmi biologici



- . si perde il controllo della situazione
- . non c'è sfogo alla frustrazione
- . non vi sono speranze di cambiamento
- . manca il sostegno sociale

vulnerabilità genetica alla malattia

vale a dire modo in cui il cervello  
reagisce a determinate  
condizioni ambientali

e rapidità con cui torna  
l'equilibrio dopo lo stress

# Eventi della vita

perdita di persone amate e significative

perdita del lavoro

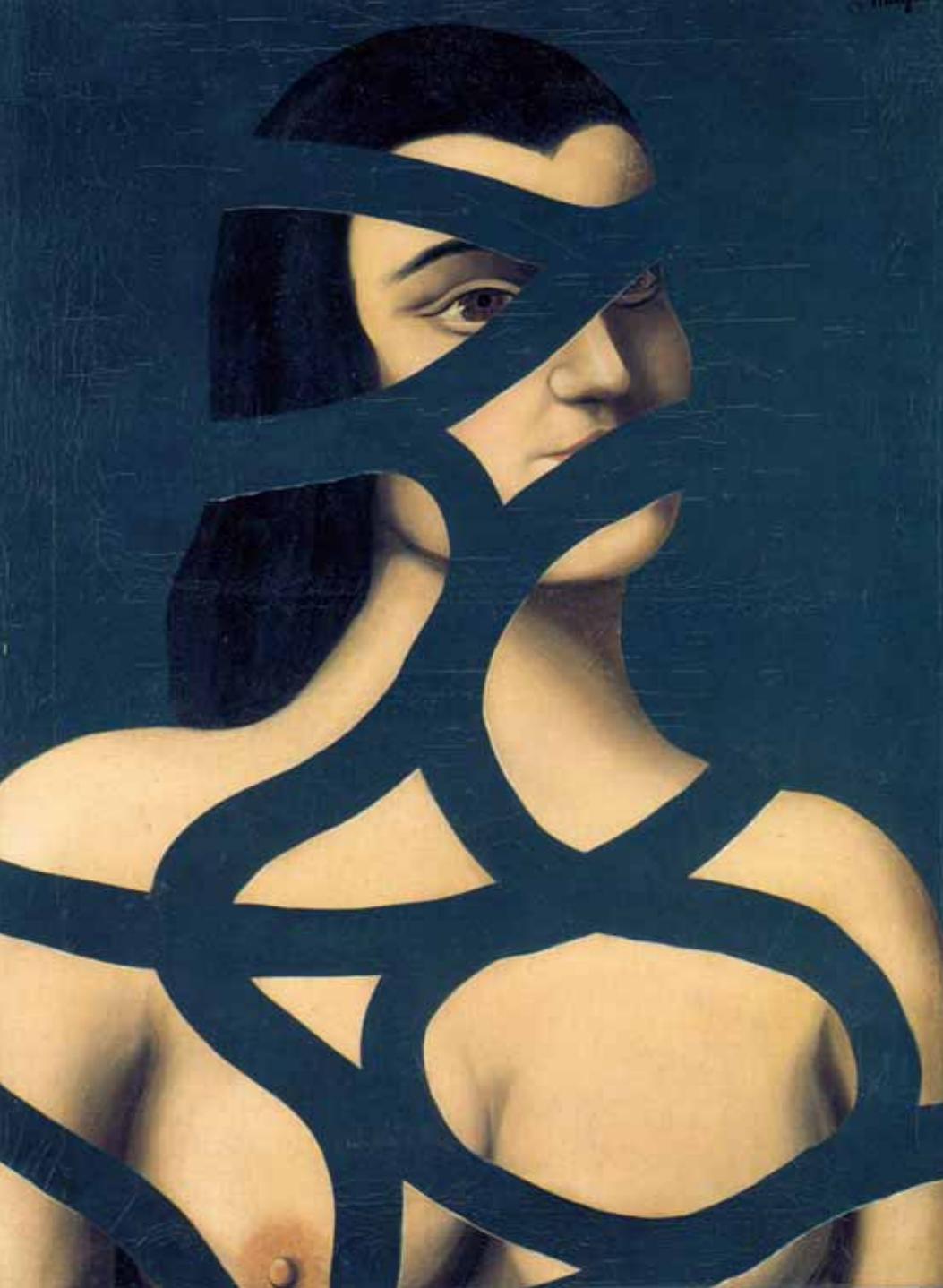
cambiamenti di ruolo e posizione  
(pensionamento  
o cambiamenti nel lavoro  
o in famiglia)

conflitti cronici

difficoltà economiche, superlavoro

mancanza di supporto

assistenza ai malati

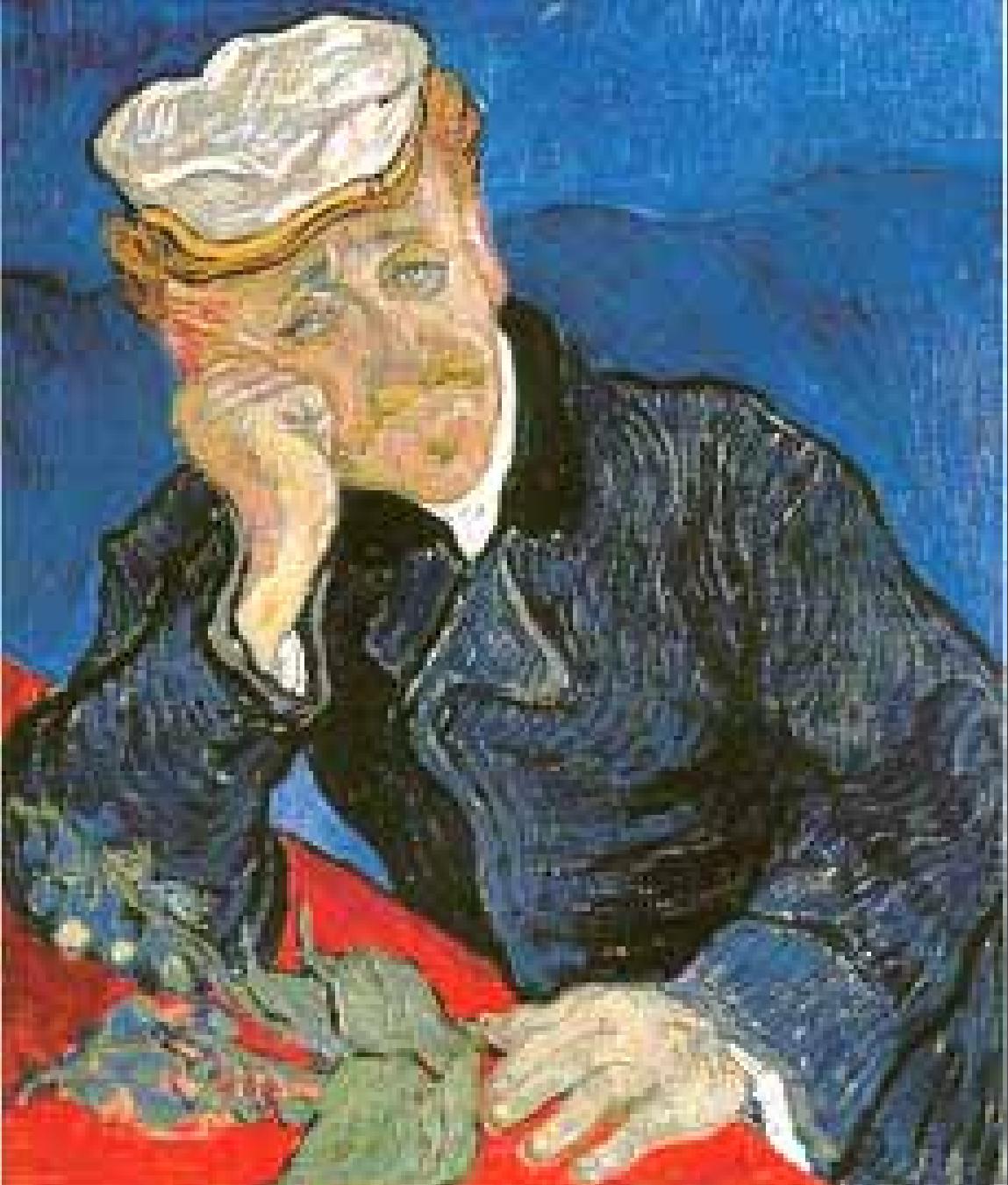


“Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux: c'est le suicide.

Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie.

Le rest, si le monde a trois dimensions, si l'esprit a neuf ou douze catégories vient ensuite ...”

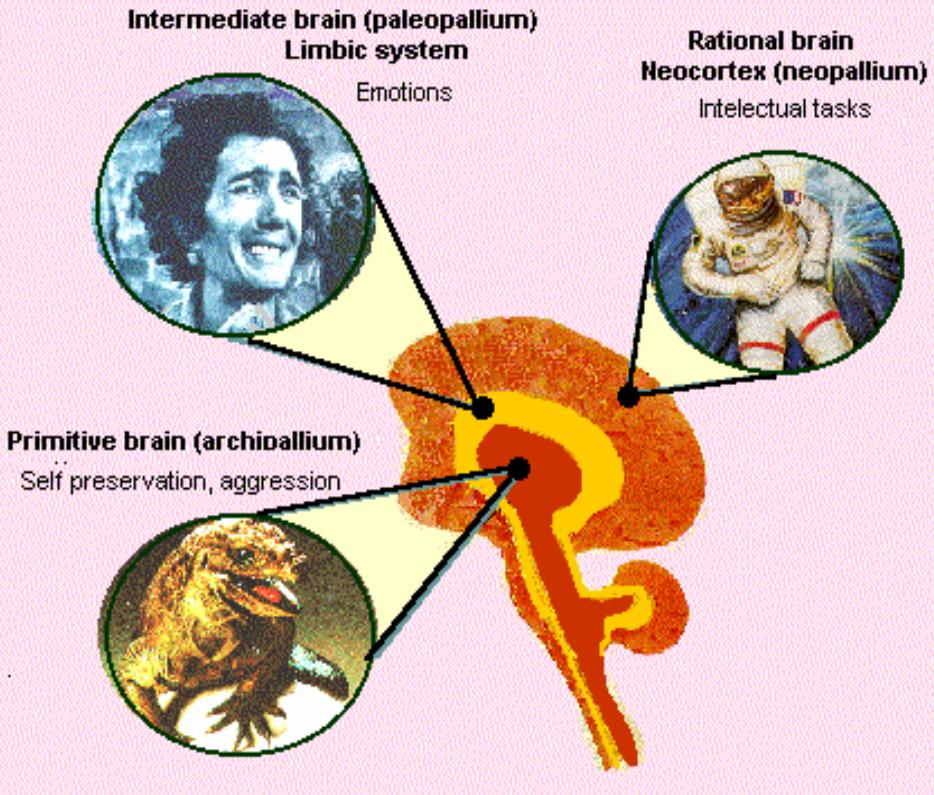
(Albert Camus  
Il mito di Sisifo, 1946)



Vincent van Gogh ritratto del dottore Paul Gachet 1890

L'autocoscienza, incidente non previsto nella storia evolutiva dell'essere umano, fa sì che inevitabilmente il vissuto fondamentale dell'esistenza sia di tipo depressivo

La consapevolezza della fragilità del supporto corporeo, precarietà dell'attaccamento, inevitabilità della perdita e dell'irreversibile fluire del tempo sono la matrice del comune vissuto depressivo (P Pancheri)



Non esiste nessuna ragione logica e comprensibile per continuare a vivere in presenza dell'autocoscienza  
Ma l'essere vivente porta scritto nel suo patrimonio genetico un programma di sopravvivenza ad ogni costo che impone di trovare una giustificazione accettabile del continuare ad esistere  
Deve quindi negare la realtà per compensare il vissuto depressivo

Quando questo meccanismo compensatorio “normale” non è più adeguato e sufficiente ecco i vissuti e comportamenti che la psichiatria considera patologici  
(Maschere benevoli vitali maschere grottesche angoscianti)



Per superare il momento della perdita e creare le premesse per l'instaurarsi di nuovi legami sarebbe necessario un processo articolato in più fasi, ciascuna delle quali è di preparazione alla successiva e rappresenta il compimento della precedente.

Il termine “lutto” indica la reazione alla morte di una persona cara, in genere il coniuge, un figlio o un genitore. Si tratta di una risposta primordiale comune a tutti gli esseri umani tanto che, pur avendo un significato soggettivo catastrofico, viene vissuto come un’esperienza “fisiologica”. È come se la natura avesse previsto un programma atto a far vivere, elaborare ed esprimere il dolore con precise finalità adattative



secondo le teorie dell'attaccamento (John Bowlby) ciascun essere umano è naturalmente portato a formare legami intensi e duraturi.

L'interruzione di un legame di attaccamento provoca una serie di reazioni attraverso le quali si arriva a ridefinire la relazione con il defunto e a formare nuovi e duraturi legami.

L'individuo all'inizio tenta di recuperare l'oggetto perduto, ma si scontra ineluttabilmente con la sua mancanza; questo genera sentimenti di profonda delusione, di angoscia, paura e rabbia (*fase della protesta*).

Preso atto dell'inutilità dei propri sforzi, il soggetto da una parte si rassegna alla perdita, dall'altra avverte un profondo coinvolgimento nei confronti della persona perduta mentre il mondo gli sembra vuoto e privo di significato (*fase della nostalgia*).

Successivamente i ricordi si fanno più intensi e compaiono irrequietezza, mancanza di motivazione, introversione, tendenza ad evitare i rapporti sociali, disturbi organici (*fase della disperazione*).

Infine si verifica una rielaborazione, sia sul piano cognitivo che affettivo, della relazione con il defunto e vengono instaurati nuovi legami (*fase della riorganizzazione*)



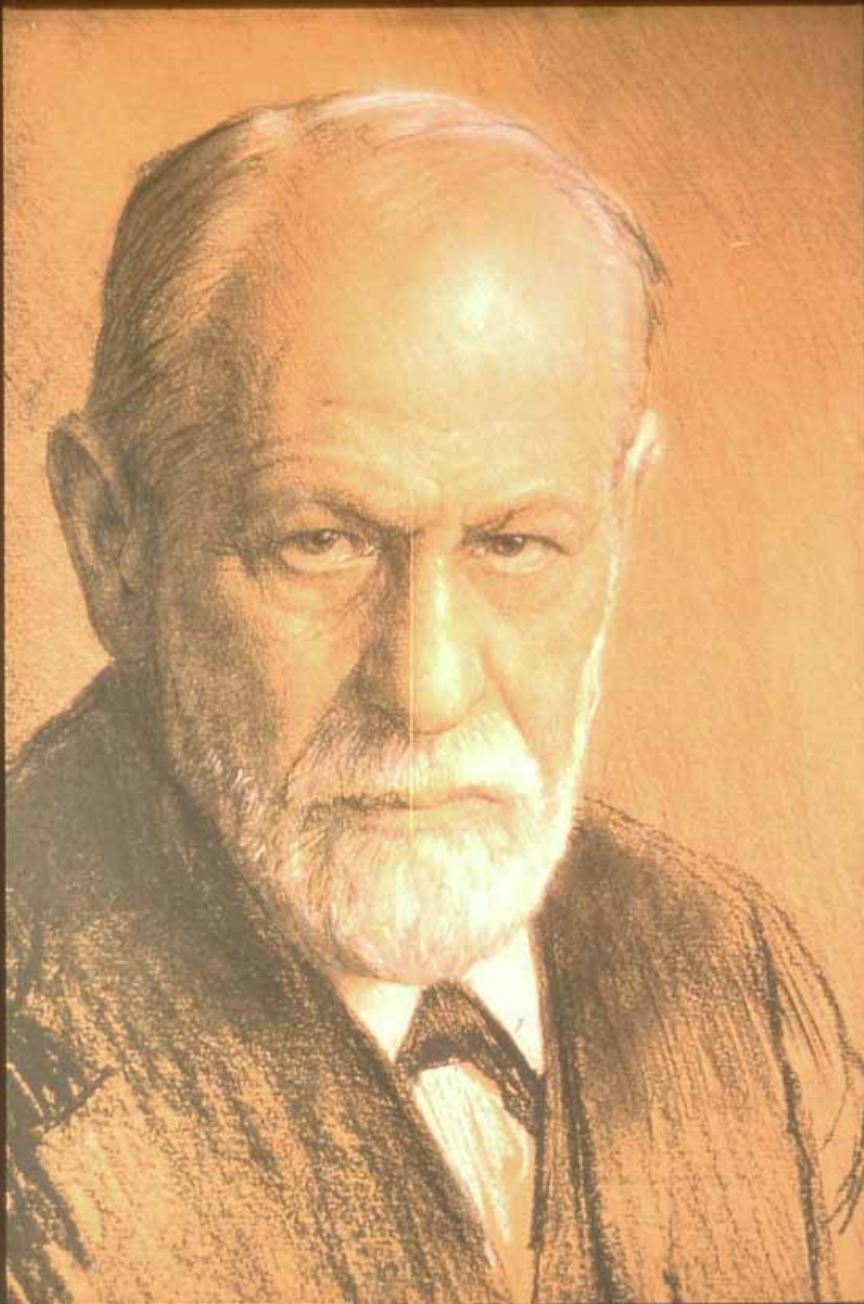
*lutto non risolto*, in cui si assiste all'arresto del naturale processo di cordoglio.

*lutto cronico*, caratterizzato dal protrarsi indefinito della perdita e dalla idealizzazione della persona deceduta. Questa evoluzione è più probabile se la relazione con il defunto era “chiusa” o “ambivalente”, se il soggetto ha una personalità di tipo dipendente o se mancano dimostrazioni di solidarietà da parte di familiari e amici o validi supporti sociali.

Pianto, disperazione, tristezza, polarizzazione del pensiero sul defunto e sul ricordo della sua vita, in particolare sugli avvenimenti correlati con la morte, distacco e disinteresse per l’ambiente circostante sono le manifestazioni più comuni.

Sintomi non tipici di una normale “reazione”

- a)** sentimenti di colpa diversi da quelli relativi ad azioni fatte o non fatte al momento del decesso;
- b)** idee di morte diverse dalla sensazione che sarebbe stato meglio morire insieme o al posto del defunto;
- c)** sensazione di inutilità;
- d)** marcato rallentamento psicomotorio;
- e)** prolungata e intensa compromissione funzionale;
- f)** esperienze allucinatorie diverse dall’udire la voce o dal vedere fuggevolmente l’immagine della persona deceduta.



Per Freud il lutto è «invariabilmente la reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto» e sarebbe necessario un processo (o “lavoro”) per svincolare l’individuo da questa reazione e renderlo indipendente dal rapporto. Il “lavoro intrapsichico”, che inizia subito dopo la perdita, comporta prima l’identificazione e poi il distacco dall’oggetto amato e quindi l’istituzione di un nuovo rapporto; il disinteresse per il mondo esterno, tipico del lutto, dipenderebbe dal temporaneo, totale ed esclusivo, investimento della libido sull’oggetto perduto e dal sentimento di cordoglio.

# Criteri DSM IV-TR per l'episodio depressivo maggiore (1)

---

A) cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento;

almeno uno dei sintomi è costituito da:

- 1) umore depresso o
  - 2) perdita di interesse o di piacere
-

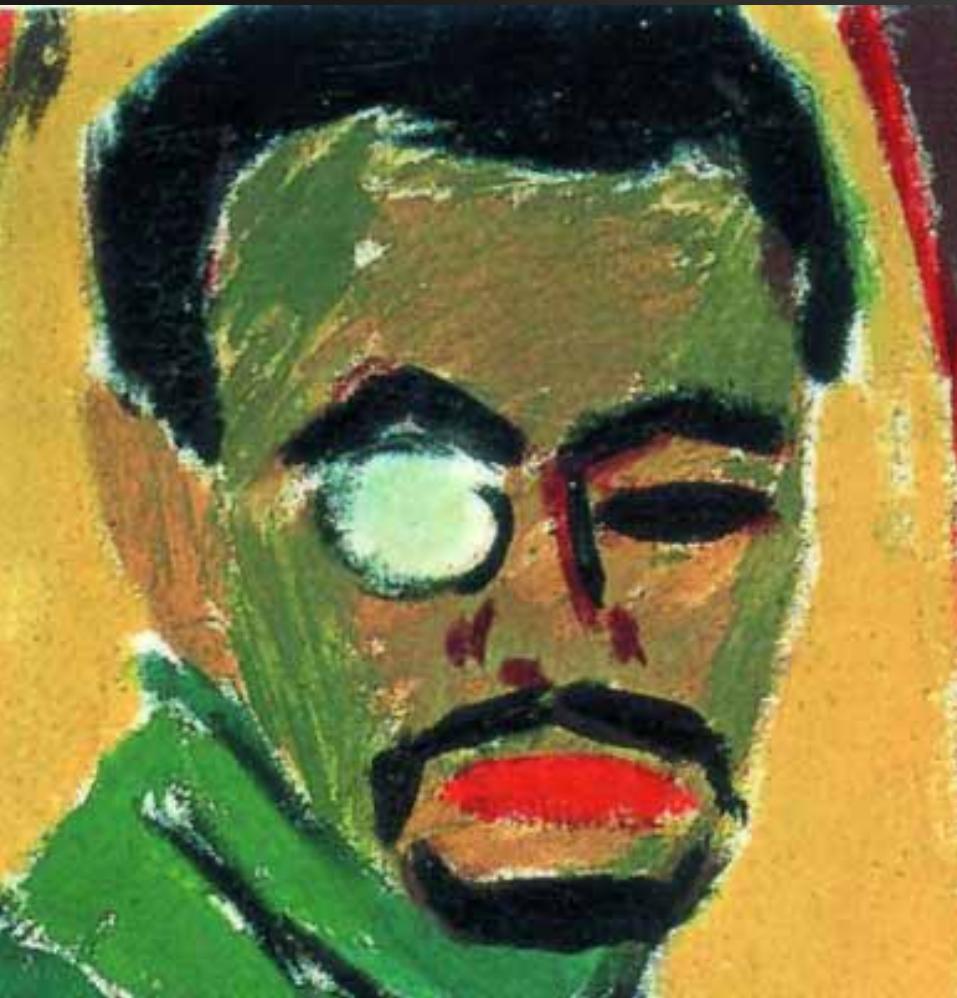
# Criteri DSM IV-TR per l'episodio depressivo maggiore (2)

- 1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri;
- 2) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (anedonia);
- 3) significativa perdita di peso, o aumento di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- 4) insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- 5) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno;
- 6) faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
- 7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi ogni giorno;
- 8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno;
- 9) pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o ~~l'ideazione di un piano~~ specifico per commettere il suicidio.

# Criteri DSM IV-TR per l'episodio depressivo maggiore (3)

- B) i sintomi non soddisfano i criteri per un episodio misto
- C) i sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti
- D) i sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale
- E) i sintomi non sono meglio giustificati da Lutto, cioè dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di due mesi, o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici, o rallentamento psicomotorio

Disturbo dell'umore persistente, immodificabile, che coinvolge tutti i processi mentali



### Sintomi della sfera emotivo-affettiva

- Incapacità di provare emozioni e sentimenti adeguati (ogni cosa mi è indifferente, mi sembra di non provare alcun affetto per i miei cari, nulla mi rende felice)
- Amplificazione del vissuto negativo relativamente a ricordi del passato o fatti della vita quotidiana

## Sintomi neurovegetativi

Appetito

Sonno

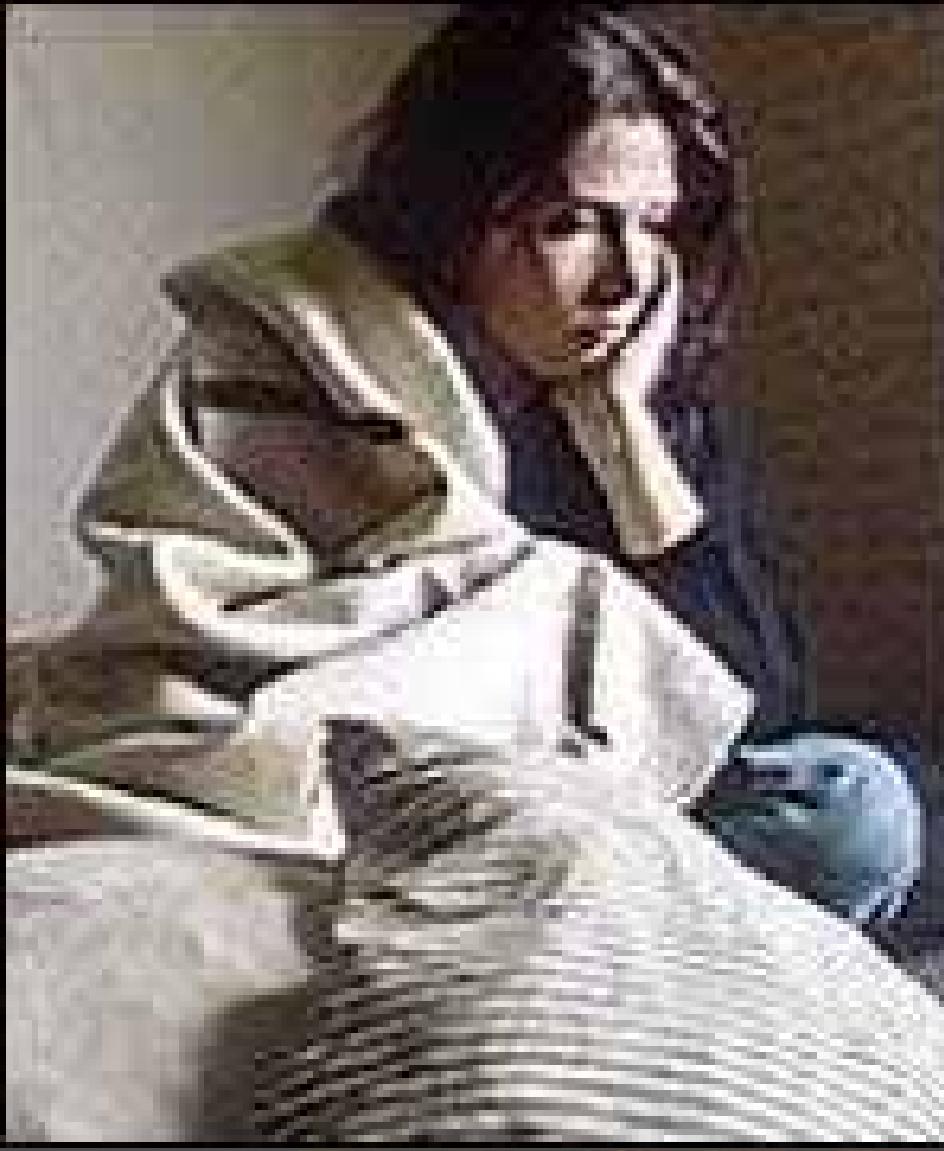
Sesso

## Sintomi psicomotori

Motorio, mimico, gestuale

Catatonia

Agitazione





Pseudodemenza

Pseudodepressione

## Sintomi cognitivi

Rallentamento ideativo

"non è più in grado di cogliere o di seguire il flusso dei pensieri espressi da un libro o da una conversazione; si sente stanco, snervato, disattento; non ha memoria; non ha più il controllo di nozioni che in precedenza gli erano familiari; deve elaborare a lungo concetti semplici; sbaglia i conti; non trova le parole, non riesce a costruire correttamente le frasi."

(Kraepelin, 1921)

(Areteo di Cappadocia, 150 d.C.)

Pseudodemenza



Mosaico, Costantinopoli

- inerte, posseduto da una grande stanchezza
- mai allegro e rilassato, triste, taciturno
- mostra disagio e tormento mentale
- si preoccupa per il futuro e si vergogna
- manifesta talora il desiderio di vivere, talora quello di morire
- sospettoso, immagina che un complotto venga ordito alle sue spalle
- insonne, irrequieto, piange e borbotta senza motivo
- si lamenta di svariati disturbi somatici, molti dei quali di tipo gastrointestinale

La melancolia corrompe le funzioni immaginative

## PSEUDODEMENZA

(Un disturbo della sfera affettiva può interferire con le attività di pensiero, perturbando in modo marcato il funzionamento cognitivo)

---

- riscontro di precedenti anamnestici psichiatrici
- inizio brusco ed insorgenza facilmente individuabile
- evoluzione clinica rapida
- *assenza di peggioramenti notturni (fenomeno del sun-downing)*
- *compromissione soggettiva delle funzioni cognitive*
- *acuta consapevolezza delle difficoltà e possibilità di fornire una descrizione dettagliata della sintomatologia*
- *atteggiamento severo verso la disfunzione con enfatizzazione degli insuccessi*
- ansia prestazionale
- tendenza a fornire risposte generiche e tipo "non so" durante il colloquio
- tendenza a rinunciare durante l'esecuzione delle prove senza tentare soluzioni
- ***assenza di markers neuropsicologici di demenza***
- *prestazioni cognitive variabili nel tempo e non omogenee*
- *compromissione della condotta più grave di quella a carico delle funzioni cognitive*
- ***evoluzione non progressiva dei deficit cognitivi***
- ***risposta positiva al trattamento farmacologico***
- ***comportamento incongruo con una disfunzione delle facoltà cognitive***



## Dimensione psicotica (delirio e allucinazioni)

- ogni contenuto psichico, ogni avvenimento ed ogni ricordo sono vissuti con penosa partecipazione peggiorativa (retrospezione dolorosa e incapacità di proiettarsi nel futuro)
- deliri di colpa, autoaccusa, indegnità, incapacità, rovina, miseria, inguaribilità
- inutilità (taedium vitae)
- tristezza vitale: malessere generico ~~senza localizzazione~~ e sentimento di vuoto interiore

# Osservazione longitudinale

---

## DEFINIZIONE DI EPISODIO:

è un periodo di tempo definito, durante il quale il paziente manifesta un numero sufficiente di sintomi che rispondono ai criteri per quel disturbo

## DEFINIZIONE DI CICLO:

intervallo di tempo che va dall'inizio di un episodio all'inizio di quello successivo.

La lunghezza del ciclo è soprattutto in funzione della durata dell'intervallo libero, cioè del periodo di benessere intercritico.

---

- Durata
- Gravità

---

- Andamento temporale

Periodicità (episodio, intervallo libero, nuovo episodio)

Remissione: intervallo libero normotimico

Ricorrenza: comparsa di un nuovo episodio

dopo completa remissione dall'episodio precedente

Ricaduta: riemergere di sintomi già attenuatisi o

scomparsi, prima del pieno recupero funzionale

Fluttuazioni (mattina-sera)

Stagionalità

- Polarità (alternarsi di episodi depressivi e maniacali)

# Depressione: il decorso (le 5R)

## RISPOSTA:

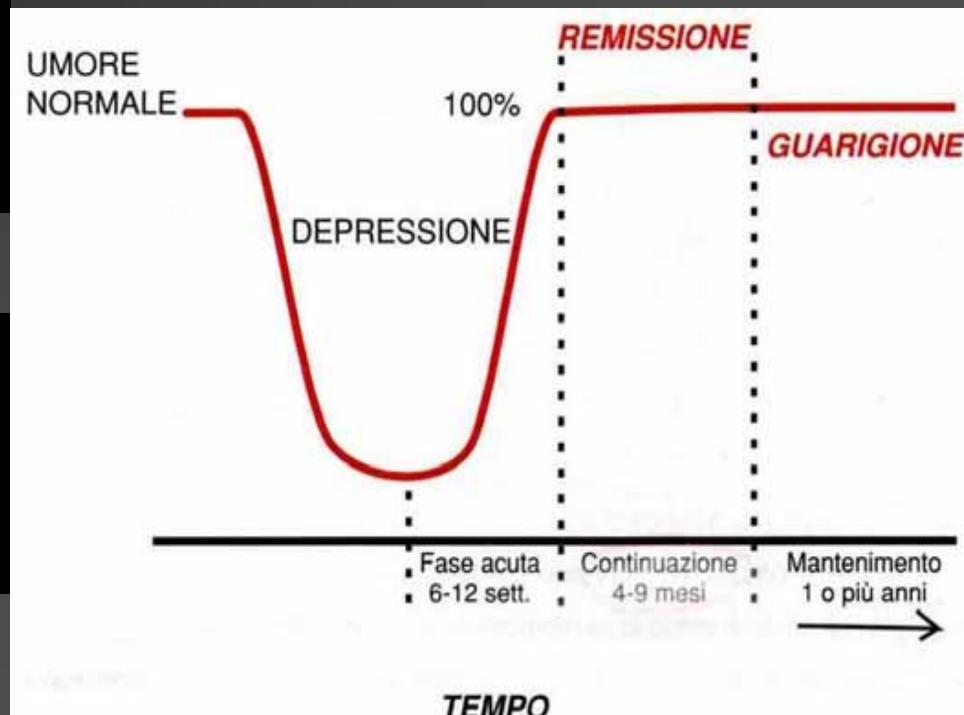
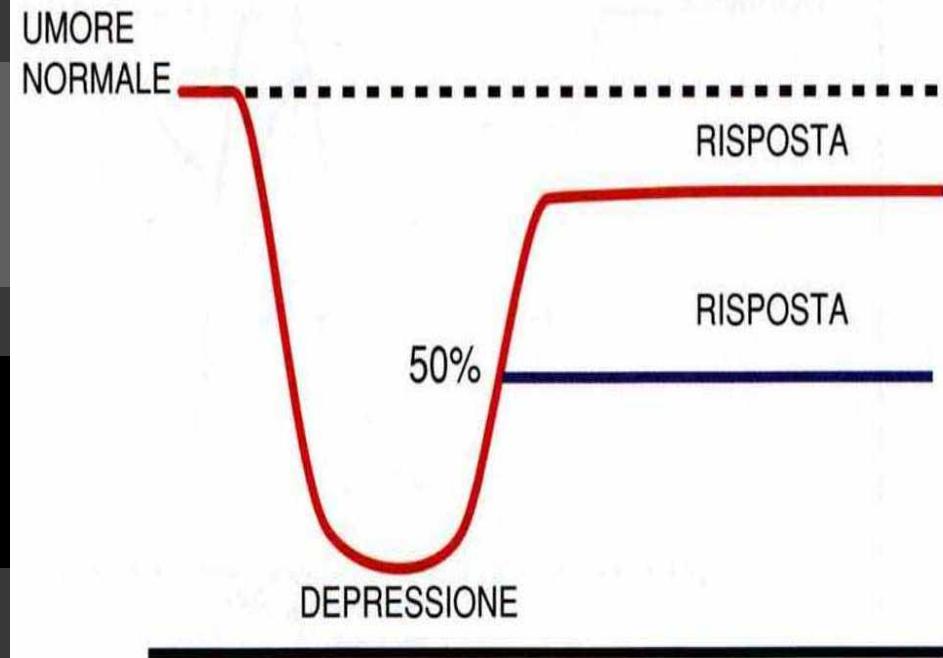
↓ del 50% o più della  
sintomatologia depressiva  
(scala di Hamilton)

## REMISSIONE:

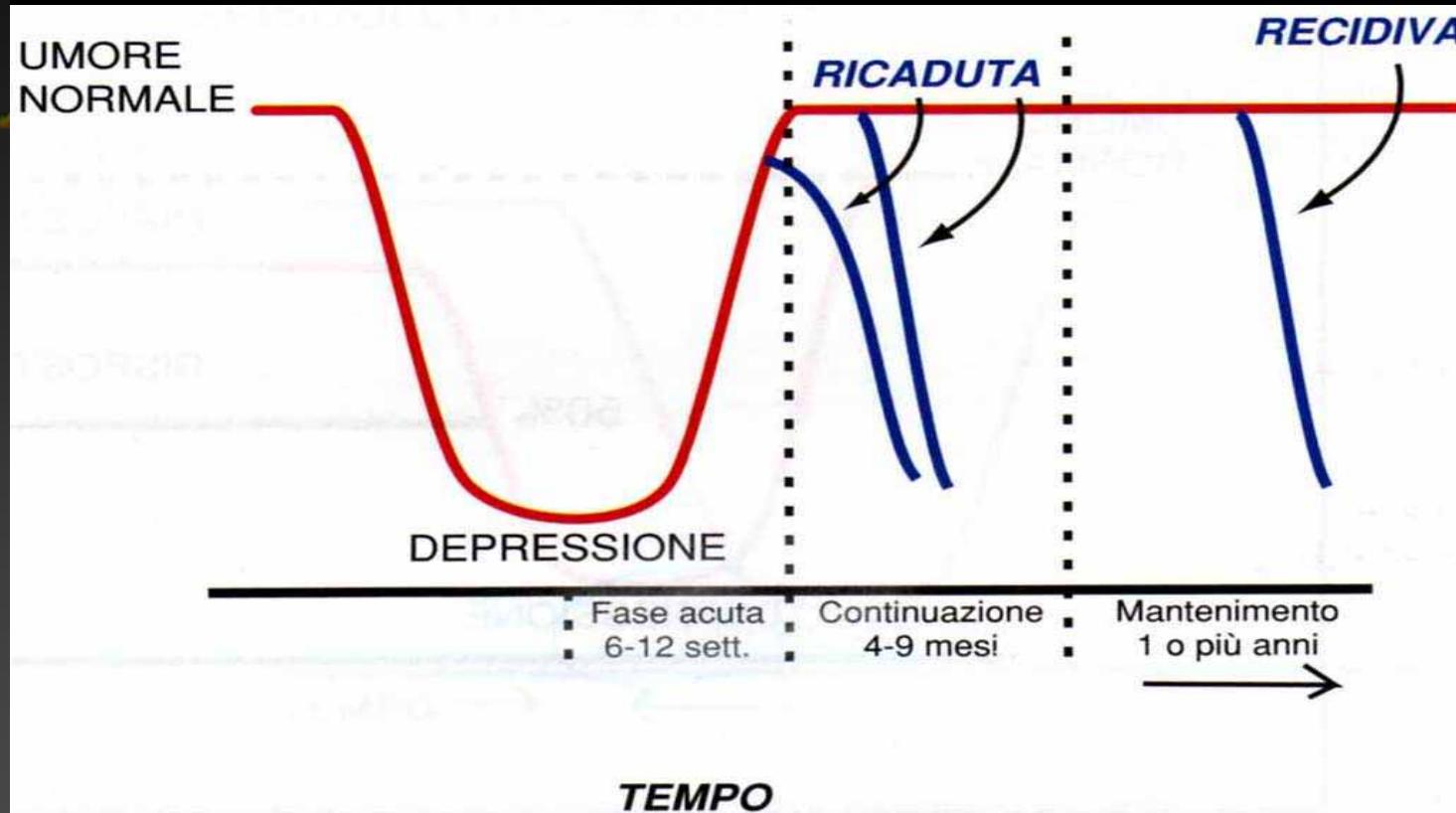
tutti i sintomi sono scomparsi  
(nei primi 4-9 mesi)

## RIPRESA FUNZIONALE (GUARIGIONE):

mantenimento del benessere  
per 1 o più anni



# Depressione: il decorso le 5 R

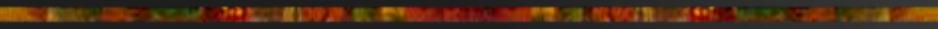


**RICADUTA:** peggioramento prima che avvenga una completa remissione

**RECIDIVA:** peggioramento dopo la completa guarigione

. depressione maggiore, episodio singolo

. depressione maggiore, ricorrente



. distimia

(fase depressiva lunga più di due anni e di minore intensità)

. disturbo bipolare

(uno o più episodi maniacali - tipo I –  
o ipomaniacali - tipo II –  
con o senza depressione)

. ciclotimia

(alternanza di fasi ipomaniacali e fasi depressive minori  
per almeno due anni senza intervallo libero superiore a due mesi)



. stati misti

depressione con manifestazioni ansiose

depressione con manifestazioni psicotiche

---

depressione malinconica

depressione atipica

depressione stagionale

depressione mascherata

depressione post-partum

neurastenia

ipocondria (maior, minor)



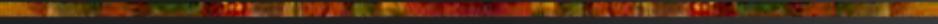
- reazione da lutto (complicato se supera i sei mesi)
- depressione secondaria a patologie organiche
- depressione secondaria ad altre patologie psichiatriche
- disturbi dell'adattamento
  - cambiamento importante nella vita del soggetto con difficoltà ad adattarvisi (personalità);
  - strettamente dipendente dallo stimolo;
  - reattiva
- distimia (minore, nevrosica, di personalità)
  - paucisintomatica (prevalentemente psicosomatica)
  - pessimismo e visione negativa di sé e del mondo circostante
  - con sentimenti di inadeguatezza e di incapacità personale
  - che si riflettono fondamentalmente sul piano prestazionale



## depressione secondaria a patologie organiche

- . ad eziologia medica
- . precipitata da patologie mediche
- . concomitante a patologie mediche
- . iatrogena

# Disturbo Depressivo di Personalità (DSM-IV-TR)



Un quadro pervasivo di convinzioni e comportamenti depressivi, che si instaura nella prima età adulta, e si manifesta in una varietà di contesti, come indicato dalla presenza di cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) l'umore abituale è dominato da abbattimento, malinconia, mancanza di allegria, di gioia, di felicità
  - 2) l'idea di sé ruota intorno a convinzioni di inadeguatezza, di scarso valore e di bassa autostima
  - 3) il soggetto è critico, accusatorio verso se stesso, rinunciatario
  - 4) è meditabondo e incline a preoccuparsi
  - 5) è maledisposto, critico e tende a giudicare negativamente gli altri
  - 6) è pessimista
  - 7) è incline ai sentimenti di colpa e rimorso
- 

- . prevalenza 5-15%
- . sesso F:M 2:1
- . età  
(rischio più elevato 35-40 anni)
- . familiarità:  
rischio 3-4 volte superiore  
(gemelli mono 62.3%,  
di 12.4% di concordanza)
- . personalità premorbosa
- . complicanze
  - psichiatriche,
  - condotte di abuso,
  - suicidio



Ideazione di morte: pensiero frequente generale e specifico; si augura la morte ma non fa progetti

Ideazione suicidaria: pensieri di procurarsi la morte senza progetti specifici

Progettualità suicidaria: pianificazione di progetti specifici non messi in atto per cause concomitanti

Tentativo di suicidio: atto non riuscito per mancanza di reale intenzionalità (modalità di attuazione) o di sufficiente motivazione

Mancato suicidio: sufficiente intenzionalità, idoneità del mezzo e determinazione; non riuscito per circostanze non prevedibili



## rischio di suicidio

- depressione maggiore
- recente tentativo di suicidio
- abuso di alcool
- malattie fisiche
- isolamento sociale
- anamnesi di aggressività
- disturbo della personalità
- essere single
- sesso
- età



## rischio dopo un tentativo di suicidio

- tentativo programmato con largo anticipo
- convinzione che l'atto si sarebbe rivelato fatale
- tentativo di evitare di essere scoperto
- mancata richiesta di aiuto
- altre azioni compiute in previsione della morte
- trovarsi soli
- dispiacere per il fallimento



## DISTURBI DELL'UMORE

Oscillazioni dell'umore tra i due poli della **TRISTEZZA** e della **GIOIA** sono esperienze comuni e quotidiane, di solito scatenate da eventi esterni

Queste oscillazioni svolgono un ruolo adattativo perché influenzano la sfera comportamentale e cognitiva → permettono all'individuo di adeguare le proprie reazioni all'ambiente

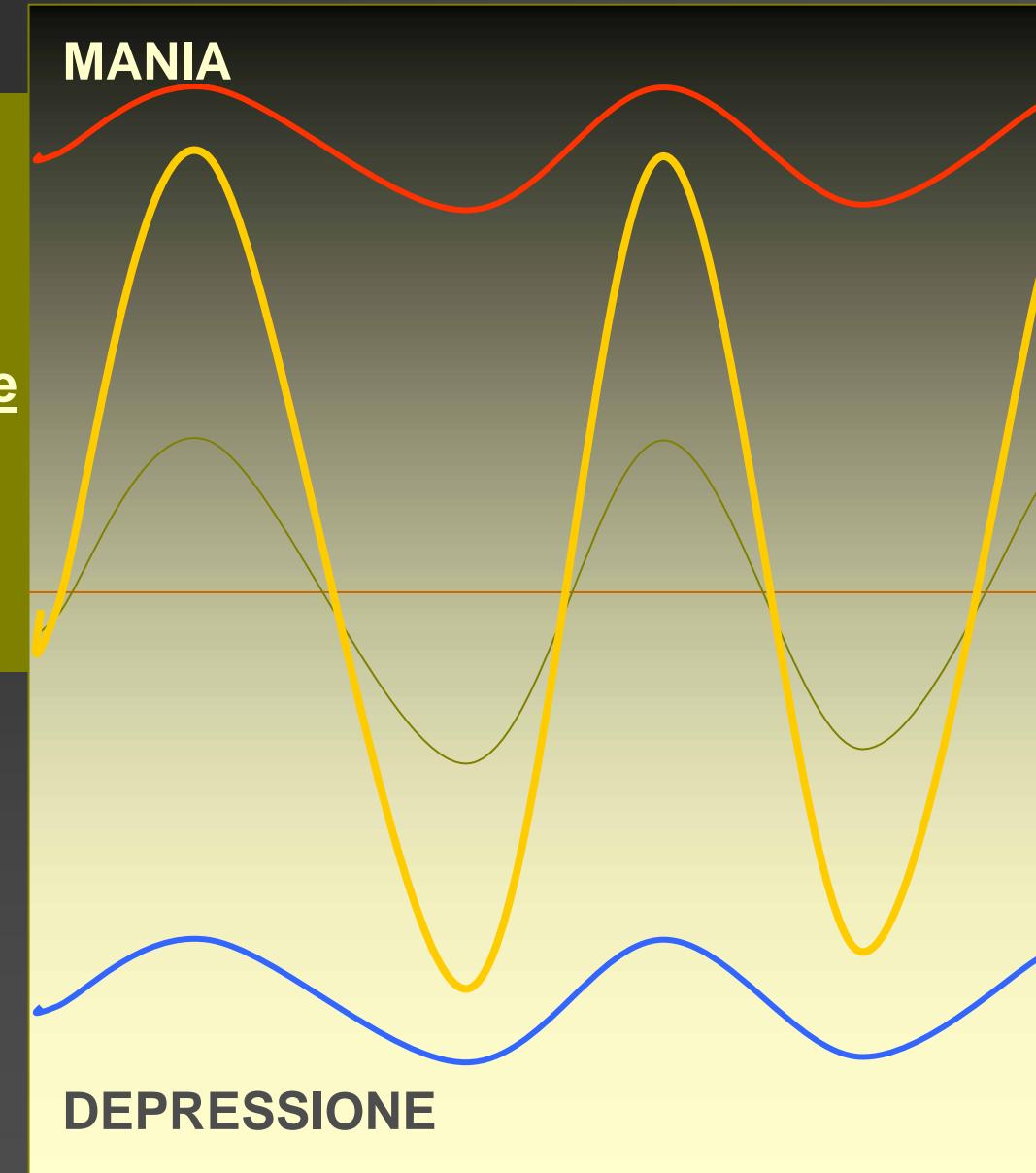
Nei disturbi dell'umore si verifica un alterazione di questi meccanismi fisiologici: le variazioni di stato d'animo:

- avvengono spontaneamente
- sono di intensità e durata eccessive
- si accompagnano a molti sintomi

**DEPRESSIONE**

**MANIA**

**Disturbo BIPOLARE**



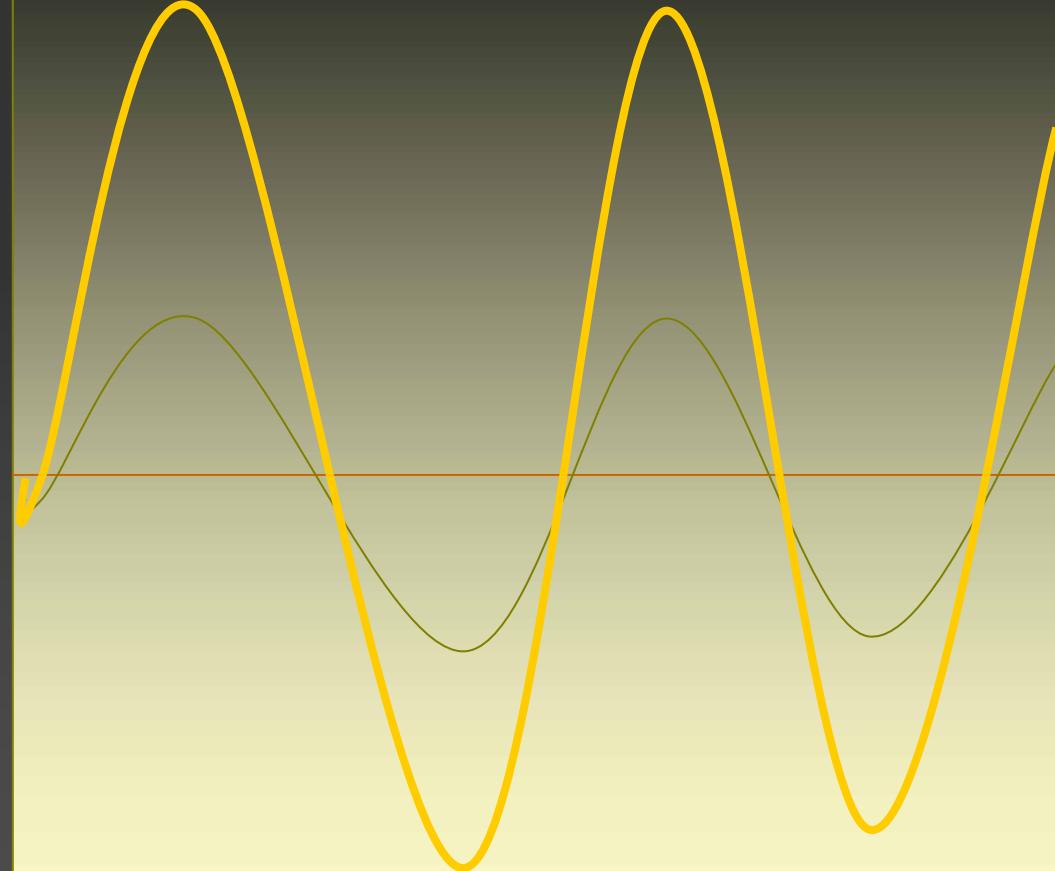
# DISTURBO BIPOLARE

E' caratterizzato dall'alternarsi di episodi depressivi ad episodi maniacali.

decorso

MANIA

DEPRESSIONE



## STATI MISTI

Quadri in cui sono SIMULTANEAMENTE presenti, nello stesso soggetto e nello STESSO PERIODO, manifestazioni psicopatologiche di entrambe le polarità, maniacale e depressiva

## MANIA



## DEPRESSIONE

# Mania

prevalenza 0.4-1.2%

non preferenza di sesso

età rischio a 30 anni

familiarità elevata 20%

Come un caleidoscopio, l'episodio maniacale si caratterizza per la multiformità e la mutevolezza delle espressioni sintomatologiche che spesso comprendono anche elementi comuni ad altri ambiti nosografici. Già nel 150 d.C. Areteo di Cappadocia aveva notato che «... la forma e i modi in cui si manifesta la mania sono molteplici. Alcuni sono allegri e vogliono giocare... altri, di natura passionale e distruttiva, cercano di uccidere gli altri e anche se stessi...».

## Episodio Maniacale

almeno una settimana di umore elevato  
con presenza di almeno tre sintomi fra

1. aumento della stima di sé
2. riduzione del bisogno di sonno
3. logorrea
4. accelerazione delle idee
5. distraibilità
6. iperattività/ agitazione psicomotoria
7. coinvolgimento eccessivo in attività piacevoli  
e/o potenzialmente pericolose (spese ecc)

NB compromissione del funzionamento sociale

## Sintomi della sfera emotivo-affettiva

- umore alterato in senso euforico, allegria immotivata alternata ad irritabilità (se contrastata),
- disforia (instabilità continua tra ansia, depressione e mania)
  - . beatitudine, ottimismo, iperattività, logorrea, autostima eccessiva con sottovalutazione dei rischi,
  - . ilarità, giocosità, sproporzione tra contenuto e modalità espressiva (intimità, ipersocievolezza, disinibizione comportamentale non criticata),
  - . reattività all'ambiente alterata con irritabilità, aggressività, rabbia, cupezza, perplessità

## Sintomi cognitivi

- ideazione con ottimismo esagerato,
- ipertrofica stima di sé e delle proprie capacità
- non coscienza di malattia (anzi stato di benessere)
- fuga delle idee (allentamento dei nessi associativi  
fino alla confusione mentale)
- distraibilità
- deliri non strutturati (megalomania, persecuzione,  
erotomania, mistico)

## comportamento

---

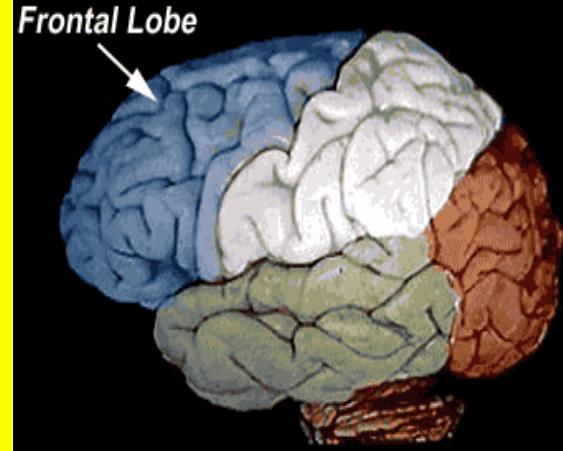
- spinta all'azione, spesso incontenibile  
(abbigliamento, voce ...)
  - assenza di critica  
(espansività, esibizionismo, disinibizione)
  - impulsività (aggressività)
  - eccessi (cibo e diabete, abuso alcool ecc)
  
  - sistema neurovegetativo
  - insonnia
  - (ripetitività sintomatologica individuale)
-

# SINTOMI DI IPERATTIVITÀ IPOMANIACALE

- meno bisogno di dormire
- più forza ed energia
- più fiducia in se stesso
- più entusiasmo per il lavoro
- più attività sociali
- più viaggi, guidare di più
- più spese
- più affari rischiosi
- più attività fisica
- più progetti e idee

- meno timido, meno inibito
- più loquace
- pensiero più veloce, più idee, scherzi
- più distraibile
- più irritabile e impaziente
- euforico, ottimista
- più interesse sessuale
- più alto consumo di caffè, sigarette, alcool

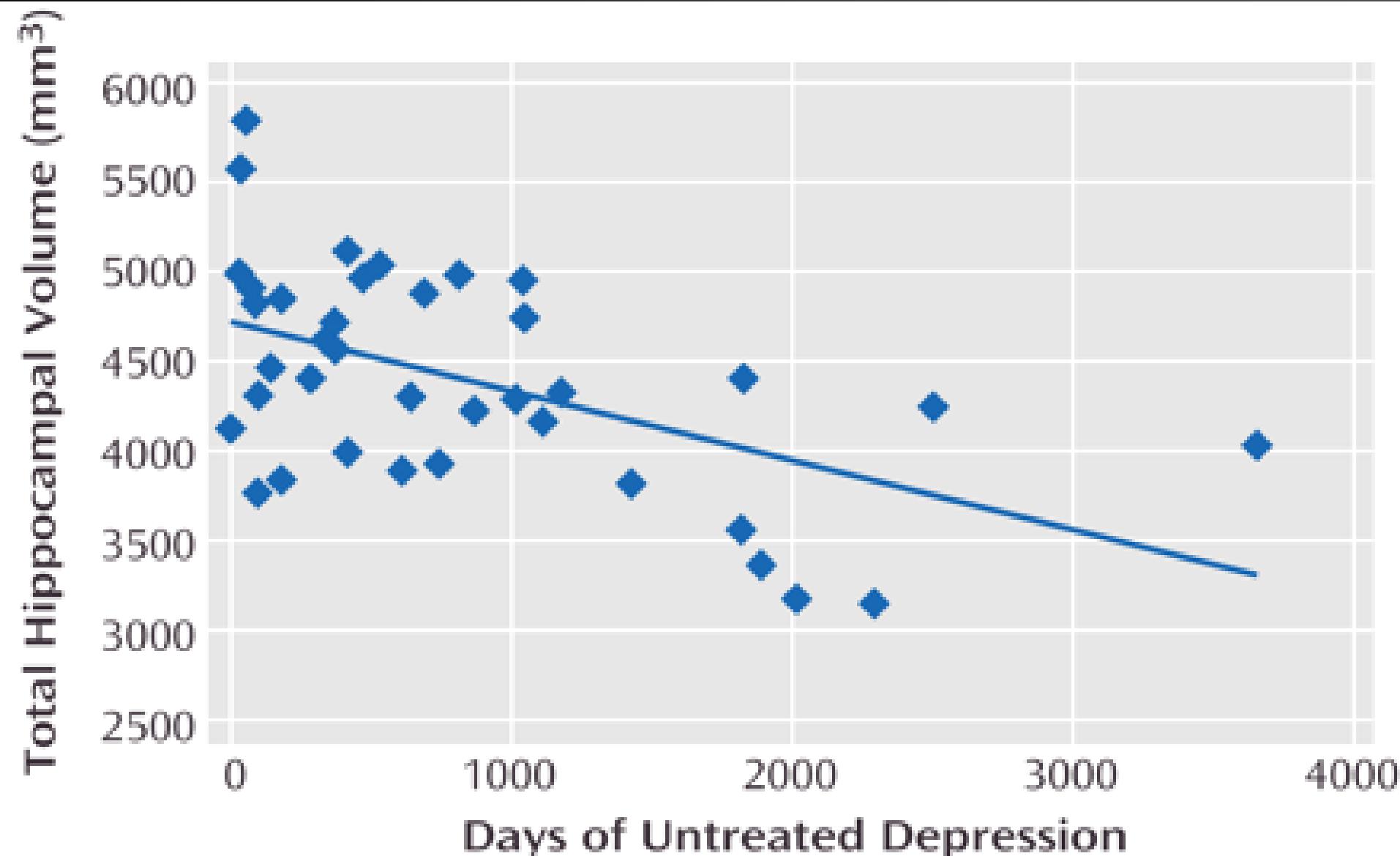
(Angst, 2003)



# The neuroanatomy of depression.

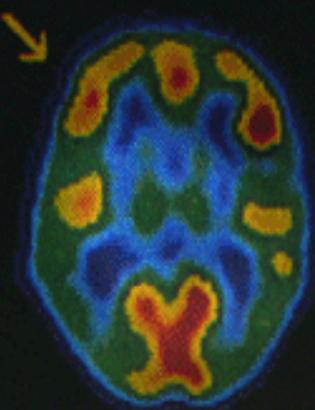
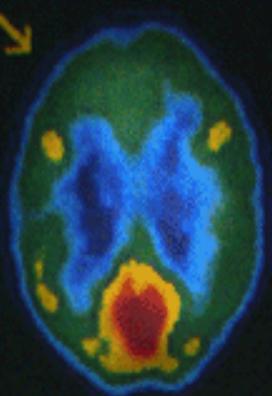
Journal of Clinical Psychiatry 54: 14, 1993

- . Findings from studies of patients with depression suggest that this mood disorder is associated with regional brain dysfunction.
- . The various elements of depression-- dysphoria, anhedonia, helplessness, and sad affect -- are closely associated with changes in cerebral blood flow and/or metabolism in the frontal-temporal cortex.
- . A compelling convergence of information from psychiatric and neurologic investigations indicates that depression is mediated by a restricted set of brain structures.

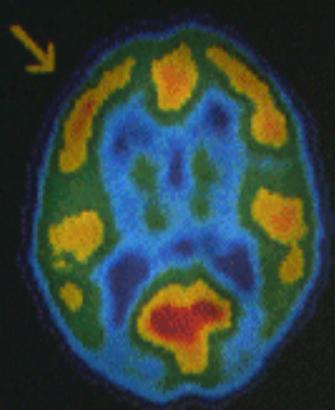


PET - FOG

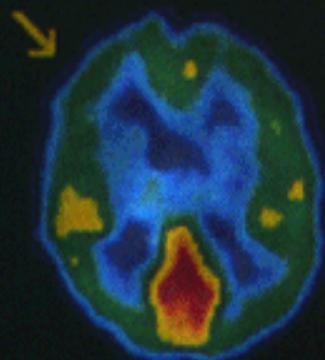
UCLA



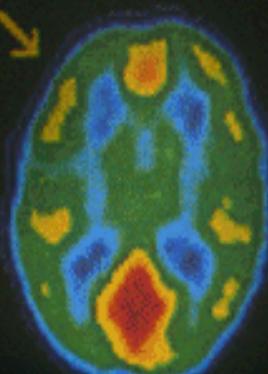
UNI DEP



OCD



OCD + DEP



BI DEP

NL CONT