

AISSD

Congresso  
Nazionale  
Associazione  
Italiana  
per lo Studio  
del Dolore  
Grado  
4/6 Maggio  
2000

XXXI

Atti del Congresso



133 **Semeiotica e diagnostica del dolore cronico**

135 Il dolore riferito  
P. Procacci, M. Maresca

141 Il dolore da deafferentazione  
P. Marchettini, A. Barbieri

145 Il dolore somatoforme  
F. Mombelli, M.A. Tiengo

151 **Il Dolore nello Sportivo**

153 Artromiopatie dell'articolazione  
temporo-mandibolare nello sportivo  
I. Marini, F. Vecchiet, U. Capurso

157 Epicondilitis del tennista  
R.G. Bellomo, R. Saggini

163 Il piede doloroso dello sportivo  
R. Saggini, R.G. Bellomo

167 **Il Dolore Reumatico**

169 Il dolore reumatico  
E. Beneforti, M. Zoppi

173 Cronicizzazione del dolore reumatico  
G. Caminiti

177 Aspetti clinici del dolore reumatico  
B. Canesi, F. Colombo, P. Prudente

179 Valutazione del dolore reumatico  
F. Salaffi

**Simposi**

185 **Ruolo perioperatorio dell'alfentanil  
nel trattamento del dolore postoperatorio**

187 Efficacia degli oppioidi a breve emivita  
nella prevenzione del dolore postoperatorio  
P. Chiarandini, T. Dogareschi, L. Miceli,  
I. Flore, G. Chierago, A. Pasetto

191 Raffronto farmaco-economico tra alfentanil  
e remifentanil  
G. Varrassi, F. Donatelli

193 Utilizzo dell'alfentanil in regime di Day Surgery  
P. Di Marco, G. Della Rocca, L. Tritapepe

197 Alfentanil in chirurgia addominale maggiore  
F. Auricchio, E. Polati, C. Gecele

201 Premio AISD  
Preemptive analgesia con fentanyl e tramadolo  
in pazienti neurochirurgici pediatrici  
R. De Benedictis

207 **Fans e dolore postoperatorio**

209 Risultati dello studio POINT sul Ketorolac  
P. Mastronardi

217 Premio AISD  
L'infiltrazione della ferita chirurgica con  
tramadolo, ketorolac e ropivacaina come tecnica  
di preemptive analgesia  
L. Serio

223 **Presidi infusionali nella terapia del dolore**

225 Introduzione  
A.F. Sabato, M. Fiocca, G. Gatti, M.B. Silvi,  
M. Dauri, S. Servetti

229 Impianti venosi  
M. De Cicco

233 Gli impianti spinali  
U. Colonna, T. Sandri

239 Modalità di somministrazione  
F. Paoletti, A. Boanelli

**Tutorial**

247 Il dolore nell'emergenza  
E. Margaria, M. Falletta, G. Grea,  
R. Urciuoli, M. Periotto

255 Interference among opioids  
D. Beltrutti

261 Neurolesione e dolore cronico benigno  
G. Finco, L. Gottin, V. Schweiger,  
A. Bartoloni, B. Benedini, G. Lonati, E. Polati

267 Metanalisi di studi epidemiologici sul dolore  
G. Savoia, M. Loreto, G. Scibelli, R. Gammaldi

271 La neuropatia diabetica  
C. Aurilio, M. Chieffari

277 Nuovi trattamenti invasivi in terapia antalgica  
A. Barbati, C. Rebuzzi, D. Bosco, S. Gargiulo

**Corso di aggiornamento ACC**

**Il dolore da cancro**

283 Sul concetto di Hospice  
F. Cruciatti

291 Somministrazione di farmaci analgesici  
con tecniche non invasive  
M. Chieffari, D. Lo Sapio, C. Eziandio,  
F. Massimo, C. Aurilio

## IL DOLORE SOMATOFORME

Mombelli F. e Tiengo MA  
dott. Flavio Mombelli  
spec. in Neurologia e Psicoterapeuta  
spec. in Anestesiologia e Rianimazione  
Responsabile Servizio di Psicologia Medica e di Psichiatria  
Ospedale San Carlo, Paderno Dugnano (Milano)

Nella definizione di dolore vi sono due elementi: il primo è *“qualunque sensazione soggettiva provocata da un male fisico”*, il secondo è *“patimento dell'animo, strazio, sofferenza morale”*.

Questi due significati si compenetrano e si confondono nel caso del dolore psicogeno, cioè nel caso in cui meccanismi psicologici e mentali interferiscano nel dolore prodotto da traumi o malattie, aggravandolo o favorendone la cronicizzazione, o in cui tali meccanismi psicologici e mentali siano la causa primitiva di sindromi dolorose. Il medico si deve spesso confrontare con il dolore psicogeno, perché piuttosto frequentemente incontra pazienti che lamentano sintomi inadeguati rispetto alla malattia diagnosticata o presunta, oppure pazienti che lamentano dolore in assenza di malattie. Spesso il medico fatica ad orientarsi, anche perché i criteri per definire le patologie psicosomatiche e somatoformi sono diversi in medicina e in psichiatria: vi sono differenti definizioni tra l'ICD-10, che rappresenta la classificazione internazionale delle malattie mediche, e il DSM IV, che rappresenta la classificazione internazionale delle sindromi psichiatriche.

Per valutare i fattori psicologici ci dobbiamo ricordare questi sono molto più importanti nella genesi e nel mantenimento del dolore cronico, rispetto al dolore acuto, in genere più legato a fattori organici.

145

Aspetti essenziali della diagnosi di:

DISORDINE SOMATOFORME	DISORDINE DA DOLORE CRONICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I sintomi fisici possono coinvolgere uno o più sistemi di organi e non sono intenzionali</li> <li>• I sintomi soggettivi superano l'obiettività clinica</li> <li>• Vi è una correlazione fra lo sviluppo dei sintomi e degli stress psicosociali</li> <li>• Vi è una matrice di tipo biogenetico e aspetti legati allo sviluppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi è una cronica lamentela di dolore</li> <li>• I sintomi superano i segni clinici</li> <li>• Vi è un minimo sollievo con i trattamenti standard</li> <li>• Vi è una storia di ripetute consultazioni con medici diversi</li> <li>• Vi è l'uso di parecchi rimedi non specifici</li> </ul>

### Il concetto di “illness behaviour”

Per valutare un paziente che mostri un sospetto dolore psicogeno, è importante conoscere il concetto di “illness behaviour”, ovvero il comportamento nei confronti della malattia. Il comportamento nei confronti della malattia è l'insieme di fattori che stanno tra il sintomo del dolore e l'espressività del sintomo stesso, in sostanza tutti i fattori che caratterizzano il modo del paziente di vivere e di “rappresentare” il dolore: si tratta di un insieme di fenomeni psicologici e fisici che stanno tra la nocicezione, cioè la serie complessa di eventi elettrochimici che avvengono tra un sito di danno tissutale in atto, e la percezione del dolore. Dalla definizione stessa di nocicezione ricaviamo che il dolore viene sempre mentalmente associato al concetto di danno, di ferita: ciò spiega come il diverso modo di vivere una menomazione, fisica o no, possa influenzare il comportamento nei confronti del dolore.

L'illness behaviour è dunque l'insieme delle modalità con cui il paziente percepisce e valuta un determinato sintomo e agisce (o non agisce) nei confronti di esso. Questa definizione generica comprende tutti gli aspetti del pensiero, delle emozioni e del comportamento, associati o meno a un disturbo fisico o mentale. Nei confronti di un paziente in cui sospetti una componente psicogena, il medico dovrà cercare di valutare il comportamento nei confronti della malattia, che dipende dall'equilibrio psichico generale e può essere rapportato soprattutto a cinque fattori: lo stato mentale, le relazioni familiari, le relazioni extrafamiliari, l'occupazione e le condotte particolari. Un disadattamento psicosociale molto spesso ci deve far sospettare un comportamento abnorme nei confronti della malattia. Lo stato psichico generale e il disadattamento possono essere stimati usando la tabella 1, che ci permetterà di dare un “punteggio” allo stato generale del paziente valutato dal punto di vista psicosociale.

(tabella 1: scala di valutazione clinica - punteggio da 5 a 20)

Nel caso si sospetti un vero e proprio comportamento abnorme verso la malattia, questo può essere valutato usando un semplice test, autosomministrato, l'Inness Behaviour Questionnaire (IBQ) composto da 62 domande che valuta sette fattori, ognuno con un suo punteggio: ipocondria generale, convinzione di malattia, percezione psicologica/somatica della malattia, inibizione affettiva, disforia, negazione, irritabilità.

Se il paziente dimostra un IBQ alterato, sarà necessario investigare attentamente che i suoi problemi non siano correlati all'ansia o alla depressione, disturbi che richiedono adeguata terapia. Il medico che non abbia grande dimestichezza nel valutare i punteggi di gravità per l'ansia e la depressione, potrà esercitarsi compilando alcune volte le scale di ansia e depressione di Hamilton.

Da tutto ciò si comprende che *il bersaglio della comprensione* da parte del medico di famiglia in caso di dolore psicogeno non deve essere il dolore stesso, ma *il comportamento indotto dal dolore, non la sofferenza fisica ma la sofferenza psichica*.

I fattori che determinano il comportamento nei confronti della malattia e della percezione del dolore sono molteplici. I più importanti a cui si deve prestare attenzione sono:

la personalità del paziente, l'ambiente e le esperienze famigliari e culturali, l'apprendimento infantile nei confronti del comportamento verso il dolore, gli eventi attuali della vita del paziente, il livello di supporto sociale, lo stato di sofferenza psichica.

Il medico dovrà dunque comprendere che, così come è abituato a considerare la neuromodulazione recettoriale per il dolore legata a vari fattori fisici (quali, ad esempio, i fattori ormonali, come nella fase premenstruale e la presenza o assenza di farmaci) dovrà considerare anche una serie di fattori psicologici che possono attuare una neuromodulazione molto simile a quella neurologica. I più recenti studi, attuati per mezzo di stimolazioni dolorifiche e contemporaneo studio di aree cerebrali con P.E.T., hanno dimostrato che la sensazione dolorosa attiva praticamente tutte le aree prosencefaliche: al di là delle normali cognizioni di neurofisiologia del dolore che comprendono le modulazioni recettoriale, corticale e la situazione ormonale, esiste infatti un'ampia gamma di fattori psichici che sono in grado di modulare non solo la percezione, ma anche l'elaborazione stessa del dolore.

I principali fattori cognitivi che influenzano la percezione del dolore sono tre: l'attenzione al dolore, il tipo di pensiero caratteristico della personalità del paziente e i disturbi dell'umore.

L'elaborazione cognitiva della percezione del dolore (ovvero il modo in cui il paziente valuta e "vive" il dolore) può avvenire a vari livelli: reale, simbolica, delirante, magica e legata a fattori culturali. Tra i fattori elencati vanno comprese anche le modalità per cui il paziente ha appreso un particolare comportamento nei riguardi del dolore all'interno della sua costellazione famigliare, e precisamente un modo di reazione al dolore da cui gli derivano vantaggi secondari, spesso non direttamente visibili. Chiunque si ponesse dei dubbi sulla modulazione psichica del dolore, potrà ricordare il caso eclatante del soldato in battaglia che non sente dolore per la ferita o la cefalea da fine settimana, ove la diversa percezione del dolore è sostenuta dalla modesta alterazione di coscienza che si ha in tale periodo.

#### La semeiotica del dolore psicogeno.

Il medico desidererebbe poter contare su una precisa differenza semeiotica tra paziente con dolore somatico e dolore "funzionale". Purtroppo tale precisa differenza semeiotica non esiste, ma possediamo una serie di osservazioni statistiche, eseguite sui due gruppi di pazienti.

Il paziente con dolore somatico descrive il dolore con una maggiore localizzazione, usa termini di tipo sensorio per descrivere il dolore, descrive variazioni discrete e periodiche del dolore, identifica fattori (quali il movimento, la postura...) che aumentano o diminuiscono il dolore, non ha grandi difficoltà interpersonali, tratta il dolore più come un sintomo che come una malattia a sé.

Il paziente con dolore psicogeno, invece, mette una grande emozionalità nel descrivere il dolore, ha avuto generiche privazioni emozionali, ha probabilmente difficoltà interpersonali, ha precedenti di "doctor shopping" (ovvero è sempre alla ricerca di pareri di altri specialisti e arriva con un grande numero di esami clinici), ha avuto altre malattie di tipo psicosomatico. A fronte di queste conoscenze empiriche, il medico di famiglia potrà così indirizzare i suoi sforzi diagnostici: in primo luogo riconoscere l'origine psicologica del dolore come possibilità diagnostica, in secondo luogo fare una diagnosi corretta del tipo di disturbo, poi valutare il decorso del disturbo nella vita del paziente e valutare l'eventuale disabilità del paziente stesso; infine usare modalità di trattamento specifiche di fronte a una diagnosi specifica. Al riguardo ricordiamo che l'accurata descrizione del caso è un fattore fondamentale per la collaborazione interdisciplinare. Sempre per una più facile diagnosi, ecco un'altra serie di caratteristiche che spesso possono essere presenti nel paziente con dolore psicogeno: il soggetto può aver subito violenze emotive o fisiche nell'infanzia, ha una tendenza alla somatizzazione e alla conversione, dimostra uno scarso "adaptive coping" (ovvero non ce la fa di fronte alle avversità della vita), soffre frequentemente di dispnea, insonnia, e vi è una comorbidità verso disturbi muscolo-scheletrici. Vi sono poi dei fattori psicologici comuni che possono alterare la percezione del dolore: spesso questi pazienti provengono da famiglie numerose

(in cui il dolore può essere utilizzato come mezzo per richiedere un'attenzione emotiva), nelle quali l'apprendimento di modalità espressive del dolore per fattori culturali o etnici può essere modificata, vi può essere una inibizione dell'affettività o della espressività emotiva, nonché conflitti di genere, di identità sessuale. Di fronte a un paziente con dolore psicogeno, il medico di famiglia dovrà prendere in considerazione tutte le diagnosi differenziali del comportamento abnorme nei confronti della malattia: dovrà, dunque, considerare eventuali malattie fisiche, eventuali disturbi affettivi, primo fra tutti la depressione, disturbi somatoformi, demenze, abuso di sostanze (soprattutto alcolici), schizofrenia e psicosi depressiva, disturbi della personalità.

Per valutare il paziente conviene indagare anche i conflitti della vita sessuale, l'identità di genere e correlare la sintomatologia con il tipo di lavoro svolto, le mestruazioni, le funzioni corporali, la vita sessuale, l'aggressività come tratto di personalità.

Particolare attenzione dovrà essere fatta alla sintomatologia neurovegetativa che accompagna il dolore, che spesso è un accurato segnale della adeguatezza della sintomatologia rispetto al quadro clinico.

**E' dunque importante che il medico, di fronte a sintomatologie dolorose si ponga la seguente domanda: i sintomi e le lamentele sono appropriati e congrui rispetto alla diagnosi e alla gravità della malattia?**

147

Se la risposta è no, il medico si orienterà verso una diagnosi di comportamento abnorme verso la malattia.

Se la risposta è sì, il medico cercherà in ogni modo il trattamento in grado di por fine al dolore o di limitarlo e, se la terapia non avrà risposta, il medico dovrà escludere che il paziente soffra di depressione, ansia, attacchi di panico, e disordine posttraumatico da stress, che sono i quadri psichiatrici più frequenti.

**Le "aree" di orientamento diagnostico.**

Per facilitare la comprensione del comportamento abnorme nei confronti del dolore, darò qui degli spunti per un migliore orientamento clinico, soprattutto nei riguardi dei pazienti che, pur soffrendo di dolore a base psicogena, non hanno tutti i sintomi richiesti per la diagnosi della sindrome da somatizzazione o della sindrome da dolore somatoforme, così come vengono descritte nell'ICD-10 o nel DSM4.

Secondo il mio parere, questo orientamento clinico può delimitare cinque aree: ansia, depressione, isteria (disturbo istrionico), psicosi, somatizzazione.

Cominciamo dall' "area ansia". In questo caso sarà riscontrabile un ipertono adrenergico e noradrenergico (che comporta variazioni della pressione arteriosa per stimoli ansiogeni), che esalta l'attenzione psichica al dolore, ma non fa perdere la localizzazione del dolore; la soglia del dolore è diminuita; è presente ipermotilità viscerale emotivamente condizionata, è evidente una irritabilità psichica, che condiziona l'esaltazione di ogni sensazione viscerale, per cui le percezioni viscerali possono diventare stimolo doloroso.

Nell' "area depressione" sono invece presenti una sregolazione della modulazione serotoninergica e di altri neuromediatori (fattore che comporta una grande sensibilità a sensazioni somestetiche, come le vertigini); una irritabilità psichica molto forte che esalta la percezione psichica di ogni sensazione dolorosa, mentre il dolore perde la sua collocazione corporea, diventa corticale, psichico, diventa preoccupazione esistenziale. Ovviamente in questo caso vi saranno sfumati sintomi depressivi, più spesso sintomi legati al sonno o alla perdita di interessi, senza una vera e propria ideazione depressiva.

Nell' "area isteria", riscontrabile in pazienti con tratti istrionici (a netta prevalenza femminile), il dolore viene descritto in modalità teatrale, esaltato e usato come messaggio per esprimere conflittualità psichiche; non vi sono alterazioni di neuromediatori a meno che coesista ansia; le sedi del dolore sono atipiche, vaganti, talvolta del tutto strane, perché legate al pensiero "magico" della paziente.

Nel caso della "area psicosi" il sintomo è descritto in modo fiabesco; non c'è logica medica nella sintomatologia; le remissioni seguono l'andamento della malattia di base; vi sono profonde alterazioni del sonno; l'emotività relativa al sintomo è incongrua; sono presenti sfumati sintomi psicotici come pensieri bizzarri o illogici, soprattutto legati alla origine dei disturbi.

Per finire, nella "area della somatizzazione", abbiamo una specie di delirio che ha la malattia o il dolore come oggetto: il malato non sa esprimere il dolore psichico e lo trasforma in sintomo; il dolore è assurdo, spesso migrante, ma viene descritto con partecipazione e dolore psichico, che diventa stile di vita.

**Le domande che ci dobbiamo porre di fronte al dolore psicogeno.**

Le aree appena descritte sono più vicine all'esperienza quotidiana del medico di famiglia, che vede frequentemente pazienti che hanno alcune caratteristiche abnormi di risposta al dolore, che alterano la loro qualità di vita e la compliance terapeutica, rendendo spesso difficile al medico la gestione del loro caso. Le domande a cui il medico dovrà cercare di rispondere per capire il paziente sono le seguenti:

- Vi sono stati eventi stressanti nella vita del paziente che possono avere un collegamento temporale e o simbolico con il dolore?
- La vita del paziente "funziona"?



- Il dolore porta al paziente qualche “vantaggio” reale o simbolico?
- Nel paziente, quali sono le paure legate all’ambiente?
- Cosa pensa di avere il paziente? Attribuisce il suo dolore a fattori esterni, o a fattori interni, come colpe o altro?
- La tipologia del dolore o la sua temporalità possono avere un significato simbolico, o qualche collegamento con i problemi della vita del paziente?

### **I vantaggi dell’approccio psicologico.**

E’ indubbio che molti fattori possono essere modificati da un approccio “psicologico” al paziente: primo fra tutti lo “psychological distress”, ovvero lo stress che è portato al paziente da una situazione che ha una origine psichica e viene vissuta dal paziente come una malattia fisica, che lo distrae dall’occuparsi dei suoi problemi psicologici. La tendenza all’ipocondria, la convinzione di malattia, i meccanismi di apprendimento del dolore, l’illness behaviour, e i conflitti inconsci legati al dolore, possono essere ampiamente modificati da una paziente opera di educazione da parte del medico che porti il paziente a accettare le sue conflittualità psicologiche e a verbalizzarle, rompendo il circolo vizioso rispetto ai sintomi somatici.

148

### **Aspetti terapeutici.**

Le aree di orientamento clinico di cui abbiamo parlato ci permettono entro certi limiti di proporre alcune vie terapeutiche: le aree ansia e depressione rispondono meglio a farmaci ansiolitici, e a farmaci antidepressivi. Molto spesso, siccome si tratta più di un comportamento di tipo depressivo piuttosto che di una vera sindrome depressiva, saranno sufficienti dosaggi più bassi rispetto agli standard usati per trattare sindromi depressive o ansiose, dando la preferenza a farmaci antidepressivi con effetto maggiormente ansiolitico, associati a basse dosi di ansiolitici, soprattutto nel primo mese di trattamento, che poi verranno gradualmente tolti, lasciando solo il farmaco antidepressivo. Nell’area psicosi la preferenza sarà data a farmaci di tipo neurolettico. A questo riguardo va ricordato che non c’è un orientamento comune tra psichiatri e medici di famiglia. Gli psichiatri tendono infatti a sottovalutare questi pazienti che presentano solo modesti “tratti psicotici”, e non sempre sono d’accordo a curarli con neurolettici, mentre molti medici di famiglia hanno riscontrato buoni risultati usando neurolettici atipici come le sulpiridi, o neurolettici standard a bassi dosaggi, entrambi associati a basse dosi di ansiolitici, soprattutto nel periodo iniziale.

Le due aree dell’isteria e della somatizzazione, sono le più difficili, quelle in cui il medico deve applicare in massimo grado le proprie capacità empatiche e psicologiche per farsi carico del paziente. Il paziente che somatizza, l’ipocondriaco in genere e le personalità dai tratti isterici hanno bisogno di sentirsi “presi in carico” dal medico di famiglia, di sottoporsi a visite regolari, che tengano a bada l’ansia e i conflitti trasferiti sul corpo; vivono molto male l’invio dallo psichiatra, almeno che lo psichiatra instauri un buon rapporto di collaborazione con il medico di famiglia. Essi risentono ampiamente della rassicurazione psicologica, di un approccio empatico e caldo e spesso rispondono anche a terapie placebo, se prescritte nell’adeguato contesto di supporto psicologico. I malati di questo tipo hanno bisogno di essere visitati con regolarità, perché il contatto col corpo da parte del medico ha per loro un significato “magico” e rassicurante, ma ci vorrà tutta l’abilità del medico per lentamente portare questo tipo di malato a una comprensione più profonda del suo disagio psichico, del suo “non funzionamento” nella vita relazionale, lavorativa e sessuale, fino ad aprirlo a una visione migliore e più profonda di se stesso. Trattando con questi pazienti, il medico potrebbe ricevere un aiuto sostanziale per la comprensione del malato (sempre se vuole prendersene carico) facendogli effettuare il test MMPI/2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Tale test, infatti, permette di evidenziare e delimitare le aree di maggiore disfunzionalità psichica del paziente. Esso consiste in un elenco di 567 domande autosomministrate a cui il paziente deve rispondere vero o falso e che, rielaborate da uno psicologo, darà una serie di scale cliniche che evidenzieranno le aree più conflittuali nella personalità del paziente, attraverso una serie di scale standardizzate a livello internazionale.

Dobbiamo ricordare che in genere la somatizzazione “serve” al paziente per deviare l’attenzione dal conflitto interiore spesso inconscio o da uno stress esterno molto forte, che il paziente non collega al disagio. Il disturbo somatoforme rappresenta un “passaggio” dalla mente al corpo, ovvero l’espressione, mediata da parametri fisiologici, di sentimenti o emozioni (ad esempio, ansia, ostilità, desiderio di dipendenza, rabbia, aggressività) che il paziente non può o non riesce a verbalizzare. E’ necessario tenere presente che il comportamento nei confronti del dolore rappresenta l’incapacità espressiva della sofferenza psichica, quindi comprende tutti gli aspetti comportamentali e psichici che caratterizzano la vita e la personalità del paziente. Se avrà a disposizione i risultati del test MMPI/2 il medico potrà proporre all’ammalato un dialogo sugli argomenti che il test ha evidenziato come più conflittuali, il che potrebbe portare, eventualmente, a un diverso comportamento verso il dolore.

## BOX 1

Definizioni di termini più frequentemente usati (a cura di M Tiengo):

[secondo Kaplan IH, Saddock BJ, Grebb AJ, 1997, Psichiatria. Traduzione a cura di Adriano Chio, Edizioni Centro Scientifico Internazionale, Torino, 7° edizione]

**Affettività:** espressione delle emozioni osservata dagli altri: può essere incongruente con la descrizione dell'emozione da parte del paziente.

**Ansia:** sentimento di apprensione causato da anticipazione di pericolo che può essere interno o esterno. Inoltre si definisce **ansia libera** la paura generalizzata, senza oggetto, non legata ad alcuna idea". Infine **paura** è l'ansia causata da un pericolo reale riconosciuto consciamente.

**Attenzione:** quantità di sforzo esercitato per concentrarsi su certe parti dell'esperienza, capacità di concentrarsi su una attività; capacità di concentrarsi.

**Coscienza:** stato di consapevolezza

**Delirio:** erronea convinzione basata su inferenze errate sulla realtà esterna, non compatibile con l'intelligenza e la cultura del paziente, che non può essere corretta mediante il ragionamento.

**Emozione:** complesso stato di sentimenti con componenti psichiche, somatiche e comportamentali correlato alla affettività ed all'umore.

**Obnubilamento della coscienza:** incompleta lucidità mentale con disturbi della percezione e degli atteggiamenti.

**Coma** stato profondo di incoscienza.

**Percezione:** processo di trasferimento di stimoli fisici di informazioni psicologiche; processo mentale attraverso cui gli stimoli sensoriali sono portati a livello della coscienza.

**Umore.** stato emotivo generalizzato e persistente soggettivamente vissuto, riferito al soggetto e osservato dagli altri; esempi sono la depressione, l'eccitamento e l'ira" **Coscienza:** stato di consapevolezza.