

- 1) GENERALE:
  - Sistemi di classificazione in psichiatria (DSM5)
  - Modelli principali di psicoterapia: terapia cognitivo comportamentale
  - Disturbi della percezione
  - TSO
  - Psicosi, nevrosi, metacognizione (altri)
  - ESAME DI STATO MENTALE
  - Valori normali
- 2) meccanismi di difesa
  - RIMOZIONE
  - CONVERSIONE
  - INIBIZIONE
  - SPOSTAMENTO
  - PROIEZIONE
  - RAZIONALIZZAZIONE
  - FORMAZIONE REATTIVA
  - ANNULLAMENTO
  - ISOLAMENTO DELL'AFFETTO
  - REGRESSIONE
  - DISSOCIAZIONE E SCISSIONE
  - **NELLE PATOLOGIE**
- 3) DISTURBI PSICOTICI
  - Schizofrenia
  - antipsicotici
  - Disturbo delirante cronico, paranoia o disturbo causato da pensieri deliranti persistenti
  - Disturbo schizofreniforme
  - Disturbo psicotico breve
  - Disturbo schizoafettivo
  - Frammentazione dell'IO e DDX
- 4) CATATONIA
- 5) DISTURBI DELL'UMORE
  - Sindrome depressiva
  - distimia
  - Suicidio
  - Sindrome MANIACAle
  - Disturbo bipolare
  - Disforia
  - LITIO
  - Carbamazepina e AC valproico
  - ANTIDEPRESSIVI
  - Terapia ELETTRICO CONVULSIVA
- 6) DISTURBI D'ANSIA
  - Disturbo da attacchi di panico
  - FOBIA (semplice, agorafobia, sociale)
  - Disturbi d'ansia generalizzata
  - Disturbi d'ansia infantile e mutismo selettivo
  - Benzodiazepine
- 7) DISTURBI CORRELATI AL TRAUMA E ALLO STRESS
  - Sindrome da stress post-traumatico
  - Disturbo reattivo dell'attaccamento
  - Disturbo da relazione sociale disinibita
- 8) DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI
  - DISMORFISMO corporeo
  - TIC/gilles de tourette
- 9) DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI
  - Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)
  - Disturbo da ansia di malattia (ipocondria)
- 10) DISTURBI DISSOCIATIVI
  - Amnesia dissociativa
  - Disturbo dissociativo di identità
  - Depersonalizzazione/Derealizzazione
- 11) DISTURBI FITTIZI
  - Simulazione
- 12) DISTURBO DA COMPORTAMENTO DIROMPENDE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA
  - Oppositivo provocatorio
  - Esplosivo intermittente
  - Disturbo della condotta
- 13) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
  - Anoressia nervosa
  - Bulimia nervosa
  - Altri
- DISTURBI DA USO DI SOSTANZE (alcol sì, leggere resto)
  - Concetti di base
  - Alcolismo
  - DELIRIUM tremens
  - Oppiacei
  - Cocaina
  - Altre droghe
- 14) DISTURBI MENTALI ORGANICI O DISTURBI COGNITIVI
  - Delirium o sindrome confusionale acuta
- 15) DISTURBI DEL SONNO (leggere)
  - Sonno normale
  - Dissonnie
  - Parasonnie
- 16) DISTURBI DELLA PERSONALITÀ
  - Disturbi della personalità gruppo A PARANOIDE, SCHIZOIDE, SCHIZOTIPICO
  - Disturbi della personalità gruppo B ANTISOCIALE, BORDERLINE, ISTRIONICO, NARCISISTA
  - Disturbi della personalità gruppo C EVITANTE, DIPENDENTE, OSSESSIVO
- 17) DISTURBI INFANZIA/ADOLESC (anche no)
  - Ritardo mentale
  - Autismo
  - ADHD
- 18) Disturbi di eliminazione (ENURESIS) (anche no)

## 1. INTRODUZIONE

La psichiatria è una disciplina alquanto varia. Vi sono pochi esami diagnostici, pochi segni patognomici ed i trattamenti vengono confusi tra loro con facilità.

I due sistemi di classificazione sono:

### 1) DSM

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, l'edizione più recente è il DSM-5 (quinta edizione del 2013).

Rispetto l'ultima, le modifiche più evidenti sono:

- Eliminazione del sistema di classificazione multiassiale dei disturbi mentali (dall'asse I al V).
- Ricollocazione di alcuni disturbi mentali in nuovi gruppi.
- Richiesta di specificatori e livello di gravità.
- Introduzione della sezione 3 con proposte di ricerca e strumenti diagnostici.

## DIFFERENZE DSM IV-TR E DSM 5

Non sono più presenti i 5 assi diagnostici, bensì 3 sezioni (introduzione – criteri dei disturbi maggiori – disturbi di recente insorgenza e da validare).

Il DSM IV-TR era Multiassiale, la diagnosi veniva fatta su più assi (5) anche se non si rispondeva a tutti (di solito 2-3):

1. Disturbo psichiatrico Maggiore
2. Disturbo di Personalità o Ritardo Mentale
3. Patologie Organiche
4. Life Events (Eventi stressanti nell'anno precedente)
5. Grado di adattamento psicosociale pre-morboso (nell'anno precedente)

Altre differenze più specifiche sono:

DSM IV - TR	DSM 5
<b>DISTURBI D'ANSIA E CORRELATI + DOC + DISTURBI DA STRESS</b>	
Il DOC e il PTSD facevano parte dei "Disturbi d'Ansia"	Disturbi d'Ansia - DOC e correlati - Disturbi Correlati ad eventi traumatici o stressanti – sono tre categorie separate
Il disturbo da attacco di panico si trova CON e SENZA Agorafobia	L'agorafobia è adesso una comorbidità del DAP L'agorafobia fa parte delle Fobie e come categoria a se stante
Nella Fobia Specifica i pz > 18 anni devono riconoscere la loro paura come eccessiva e irragionevole	Eliminato
Nel DOC il criterio C prevede che il soggetto riconsca l'idea ossessiva come irrazionale	Non più necessario in quanto l'insight può esserci o meno
Mutismo Selettivo e disturbo d'ansia da Separazione fanno parte dei "disturbi diagnosticati la prima volta nell'infanzia".	Aggiunti il Mutismo Selettivo e il Disturbo d'Ansia da separazione tra i "disturbi d'Ansia"
Disturbo da Dismorfismo Corporeo tra i "disturbo Somatomorfi"	Disturbo da Dismorfismo Corporeo tra i "DOC e disturbi correlati".
<b>SCHIZOFRENIA</b>	
La schizofrenia presenta forme cliniche ben definite (paranoide, disorganizzata, catatonica, indifferenziata, residua)	Abolita la differenziazione delle forme cliniche (non se ne riconosce l'utilità anche perchè possono transitare)
<b>EX DISTURBI UMORE</b>	
Esistono i disturbi dell'umore	Categoria Scissa in: - Disturbi depressivi - Disturbi bipolari e correlati Eliminato il disturbo distimico Validato il disturbo disforico pre-mestruale
I sintomi depressivi del lutto sono considerati effetto del lutto – devono durare 2 mesi con compromissioni funzionali per essere definiti disturbi depressivi	Lutto considerato un disturbo depressivo a tutti gli effetti qualora si esprime con sintomi depressivi
<b>DISTURBI DI PERSONALITÀ</b>	
Disturbi di personalità fanno parte del secondo Asse (bisogna focalizzare l'attenzione su essi)	Inseriti con gli altri disturbi nella sezione 2 del DSM
<b>DISTURBI DISSOCIATIVI</b>	
Presenza del disturbo di depersonalizzazione	Si chiama adesso disturbo di Depersonalizzazione/derealizzazione
Fuga dissociativa è un disturbo autonomo	Fuga dissociativa inserita come specificatore dell'amnesia dissociativa

### 2) ICD-10 (International Classification of Diseases)

Classificazione Internazionale delle Malattie- Decima Revisione.

È la classificazione europea. Utilizzata dall'OMS.

## MODELLI PRINCIPALI DI PSICOTERAPIA:

### Psicoanalisi o terapia psicodinamica:

Si basa sull'inconscio e sui meccanismi intrapsichici di resistenza, transfert e desiderio. Il principio teorico di base consiste nell'esplorazione nel soggetto dei meccanismi inconsci che hanno lasciato conflitti intrapsichici da risolvere, i quali danno origine a sintomi psichiatrici. Si utilizza per i disturbi nevrotici, più in America che in Europa. Il principale autore e creatore di questa corrente è Sigmund Freud.

### Terapia cognitivo-comportamentale

È finalizzata a modificare pensieri distorti, emozioni disfunzionali e comportamenti disadattativi con l'obiettivo di ridurre il sintomo o il disturbo. Non indaga le cause ma

propone soluzione per il presente. Si basa sulla teoria dell'apprendimento e il soggetto apprende una serie di esercizi ed abilità (coping) per affrontare il conflitto nella sua vita quotidiana.

ha come principali indicazioni il trattamento dei Disturbi d'Ansia, dei Disturbi Depressivi, dei Disturbi del Comportamento Alimentare, dei Disturbi di Personalità e delle Dipendenze patologiche. Inoltre, è alla base di alcuni tipi di intervento riabilitativo.

### Terapia sistemico-relazionale

Incentrata sul sistema di relazioni del soggetto, soprattutto familiari e di coppia. Vengono effettuati interventi per migliorare le interazioni nel gruppo di persone che costituiscono il sistema.

### Terapia di gruppo

le persone vengono accuratamente selezionate e riunite in un gruppo guidato dal terapeuta che ha il compito di sostenere e regolare il comportamento del gruppo, offrendo opportunità di cambiamento e di crescita.

### Ipnosi

Il soggetto in trance ipnotica può recuperare ricordi che non sono accessibili alla coscienza nello stato non-ipnotico. Questi ricordi possono funzionare da catalizzatore per nuove associazioni nella terapia psicoanalitica.

### Psicoterapia breve

Intervento sulla crisi, di durata limitata, per soggetti con problematiche emotive.

## PSICOPATOLOGIA

L'esplorazione psicopatologica è un esame sistematico delle distinte sfere delle funzioni psichiche:

## Disturbi dell'orientamento

Si devono valutare i diversi campi dell'orientamento:

- In relazione al **luogo**.
- In relazione al **tempo**.
- In relazione alla **persona stessa**.

Si riferisce alla coscienza sull'unità, sulla continuità e sull'identità di ognuno.

## Disturbi di psicomotricità

- **Inibizione psicomotoria**: Da un lieve rallentamento psicomotorio allo stato di stupor o alla catatonia.
- **Agitazione psicomotoria**: Dall'inquietudine alla vera agitazione

## Disturbi della memoria e dell'attenzione

### a) Alterazioni quantitative della memoria

- **Ipermnesia/ipomnesia**: Aumento/diminuzione della capacità di memorizzare .
- **Amnesia**: perdita della capacità d'immagazzinare nuove informazioni o di ricordare ciò che si è già imparato. Può essere **retrograda** (impedisce di memorizzare ciò che è successo in un periodo anteriore ad un evento - normalmente un trauma-) od **anterograde** (di fissazione, impedisce di apprendere nuovi dati dopo il trauma).

### b) Alterazioni qualitative della memoria

- **Paramnesia** o allucinazione del ricordo.  
Si considerano ricordi reali delle fantasie, frutto dell'immaginazione. Sono compresi la **fabulazione** (creazioni immaginarie considerate come ricordi), **confabulazione** (varietà della fabulazione tipica degli alcolisti -sindrome di Korsakov-) e la **pseudologia fantastica** (i fatti ai quali fa riferimento il paziente sono chiaramente inventati, di solito a causa di una necessità affettiva, con il fine di ottenere un riconoscimento sociale).
- **Criptomnesia** o alterazione dell'identificazione dei ricordi. Include i fenomeni "dejà vu" o "jamais vu" e la sindrome di Capgras (delirio dei sosia).

## Alterazioni dell'attenzione

- Si parla d'**iperprossia**, **ipoprossia** ed **aprossia** che si riferiscono rispettivamente all'aumento, diminuzione o abolizione dell'attenzione.

## Disturbi del linguaggio

Alcuni termini coincidono con quelli della psicopatologia del pensiero, poiché il linguaggio è l'espressione di quest'ultimo.

- **Tachilalia o tachifasia**: Accelerazione del linguaggio.
- **Bradilalia o bradifasia**: Rallentamento del linguaggio.
- **Disartria**: Problemi dell'articolazione del linguaggio.
- **Balbutia**: Fluency del linguaggio interrotta, associata a involontarie ripetizioni e prolungamenti di suoni, sillabe, parole o frasi.

## Disturbi della percezione

- **Illusione (fisiologica)**: Un'interpretazione sbagliata di un'esperienza sensoriale esterna reale. Può manifestarsi in persone normali in situazioni di ansia, in stati tossici o nella schizofrenia (interpretare un rumore come un insulto). Le illusioni scatenate da emozioni sono catatimiche e quelle scatenate da desideri sono desiderative o pareidoliche.
- **PAREDOLOGIE** (fisiologiche)= strutturazione di materiale indistinto (macchie del pavimento che sembrano un volto, nuvole che sembrano cose, test di Roarschach)
- **ALLUCINOSI** (patologiche)= allucinazioni generalmente visive che il pz riconosce come abnormi e pertanto critica con coscienza d'irrealtà. Si manifesta secondariamente a patologia medica generale, in particolare nell'alcolismo e negli stati di disfunzione cerebrale organica. Un altro esempio può essere l'allucinosi dell'arto fantasma.
- **PSEUDOALLUCINAZIONI** (patologiche)= allucinazioni in cui manca la proiezione spaziale: voci interne, immagini dietro gli occhi. L'allucinazione cioè non viene collocata fuori da sé ma dentro di sé. per esempio, le voci che si sentono nella schizofrenia, quando si sentono solo "nella testa". Può essere anche un fenomeno di "sonorizzazione del pensiero".
- **Allucinazione**: Percezione apparente in assenza di sorgente che determini attivazione vie sensitive; possono esservi per qualsiasi senso, le più frequenti sono le uditive. È un sintomo frequente nelle psicosi (uditive) ma può manifestarsi anche a causa di una malattia cerebrale organica, malattia metabolica, droghe ed agenti chimici. Il paziente è convinto che l'oggetto sia reale. Oltre che nella schizofrenia sono presenti nel disturbo depressivo melanconico e nei casi gravi di mania.  
Nel delirio (visive e tattili: formicolii pruriti, punture), demenze (visive),

	OGGETTO REALE	PERCEZIONE DI REALTÀ	SPAZIO DELLA PERCEZIONE	DISTURBI	ESEMPIO
ALLUCINAZIONE	Inesistente	Sì	Esterno	Malattia metabolica Droghe	Vedere persone in piedi accanto a te
PSEUDO-ALLUCINAZIONE	Inesistente	Sì	Interno	Schizofrenia	Sentire voci nella testa
ALLUCINOSI	Inesistente	No (richiesta di aiuto)	Esterno	Alcolismo	Mi succede qualcosa, vedo dei nanetti
ILLUSIONE	Esistente	Sì	Esterno	Ansia	Creedere che una persona sia un cappotto appeso ad una grucciona

## Disturbi del pensiero Alterazioni del contenuto

- **Delirio o idea delirante**: Idea o credenza falsa dal contenuto impossibile, convinzione inconfutabile ed immutabile dall'esperienza o dall'evidenza empirica. In base al contenuto possono essere: di danno o di persecuzione, di riferimento (sentirsi osservato o sorvegliato), relativi alla gelosia, erotomanico (d'innamoramento), megalomane (di grandezza), di colpa o condanna, di rovina o povertà, d'infestazione, di malattia, di alienazione di pensiero (furto, inserzione, controllo, lettura o diffusione del pensiero).  
Un **delirio primario** appare in forma brusca, con una convinzione completa e senza alcuna altra alterazione

mentale che l'abbia condotto a quest'ultimo. È caratteristico della schizofrenia. (ma non ne è sinonimo!) Un **delirio secondario** nasce evidentemente da un'esperienza anomala precedente. Questa esperienza generalmente è secondaria ad uno stato d'animo (idee di rovina e di colpa o malattia nel caso della depressione; ed idee magalomani nelle manie).

- **Idea sopravvalutata.**

Quella che non è così inconfutabile (in base al background culturale o sociale) o che non viene difesa con tanta veemenza come l'idea delirante.

**Alterazioni del corso del pensiero**

- **Fuga delle idee.**

Diminuzione della forza conduttrice dell'idea guida, si manifesta un **pensiero labile** con cambiamenti costanti di tema a una gran velocità.

- **Inibizione del pensiero.**

In questo caso si rilevano la bradipsichia (**pensiero rallentato**) e la povertà di idee.

- **Pensiero bloccato (Barrage).**

Perdita brusca dell'idea guida del pensiero, il soggetto percepisce la sensazione di non poter concludere i suoi ragionamenti.

- **Neologismo.**

Parola nuova creata dal paziente per ragioni psicologiche idiosincrasiche.

**Alterazioni della forma del pensiero**

- **Ecolalia.**

Ripetizione delle parole dette precedentemente dall'interlocutore.

- **Tangenzialità.**

Incapacità di avere associazioni di pensiero dirette allo scopo. Il soggetto non giunge mai alla meta desiderata partendo dal punto desiderato.

- **Circostanzialità.**

Eccessiva inclusione di dettagli che ritarda il raggiungimento del punto.

- **Deragliamento.**

Allentamento dei nessi associativi.

- **Incoerenza.** Pensiero non comprensibile per la presenza di pensieri senza connessione logica.

- **Perseverazione.**

Ripetizione di parole o frasi.

Risposta

**Disturbi dell'affettività**

- **Affettività inappropriata.**

Disarmonia tra il tono emozionale e il pensiero.

- **Affettività coartata.**

Riduzione dell'intensità del tono dei sentimenti esternati.

- **Appiattimento dell'affettività.**

Assenza, o quasi, di qualsiasi segno di espressione affettiva.

**Disturbi umorali**

- **Umore depressive:** caratterizzato da tristezza.

- **Umore espansivo:** Esaltazione dei propri sentimenti.

- **Umore euforico:** Esaltazione grave dei sentimenti fino alla grandezza.

- **Umore disforico:** Umore non piacevole, irritabile.

**Disturbi del comportamento alimentare**

- Si parla d'iperfagia (aumento sostenuto dell'appetito), bulimia (incremento episodico) ed anoressia (diminuzione dell'appetito).

- Se ci si riferisce ai liquidi, adipsia e polidipsia, potomania (abitudine di bere grandi quantità di liquido, di origine psichica) e dipsomania (ingestione di liquido in modo impulsivo, irresistibile e transitorio)

**Disturbi del sonno**

- **Insonnia:** Difficoltà ad addormentarsi, a mantenere il sonno o risveglio precoce. Molto rara è la agripnia o assenza totale di sonno.

- **Ipersonnia:** Eccessivo bisogno di sonno

**Test psicometrici**

finalizzati all'approfondimento dell'osservazione clinica.

L'unico test che di fatto stabilisce una diagnosi è il test **WAIS-R**, il quale attribuendo punteggi al quoziente intellettivo, definisce o meno diagnosi di Ritardo mentale, ma anche la sua gravità (lieve, moderata, grave). Altri test utili nella pratica clinica quotidiana sono il test **MMPI** e il test **Rorschach**, utili nella valutazione della personalità dell'interessato. Il **MMSE** è un test semplice di screening cognitivo diffusamente utilizzato. Altri test, più complessi, al momento più diffusi nella ricerca che nella clinica, sono **N-back** (working memory), **CPT** (attenzione sostenuta), **WCST** (flessibilità cognitiva ed astrazione) e **WMS** (memoria).

Nell'ambito delle neuroscienze, particolare interesse mostra la memoria di lavoro, working memory. Questa risulta spesso compromessa nei disturbi psichiatrici maggiori. Per la sua valutazione → **N-back test**: viene presentata una sequenza di stimoli (figure, numeri etc) e viene richiesto di indicare con un pulsante quando lo stimolo corrente è il medesimo presentato nella sequenza in posizione n volte precedente.

Altri concetti importanti:

- **Psicosi:** Termine generale che ingloba malattie nelle quali esiste un'alterazione del giudizio della realtà e, pertanto, un'incapacità di discernere tra la realtà interna e quella esterna; di solito i deliri e le allucinazioni sono i sintomi più evidenti del quadro clinico. Esempi: schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo delirante, psicosi tossica.

- **Nevrosi:** Termine generale che designa le alterazioni funzionali della psiche. In queste ultime non vi è perdita del giudizio di realtà. Raggruppa i disturbi dello stato d'animo - ad eccezione del disturbo bipolare-, i somatoformi, i dissociativi, quelli d'ansia, alimentari e della personalità.

L'uso di questi termini è desueto.

- **Transfert.**

Sentimenti che il malato proietta verso il medico e che possono essere utilizzati da quest'ultimo mediante la terapia.

- **Controtransfert.**

Sentimenti che il malato suscita nel medico. È importante fare in modo che ciò non influisca sulla relazione terapeutica

Entrambi possono essere positivi o negativi a seconda del sentimento soggettivo che si crea tra il malato ed il terapeuta.

### Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

è un atto medico giuridico che consente l'effettuazione di accertamenti e terapie urgenti ad un soggetto affetto da malattia mentale *che rifiuta le stesse*. Ha una durata massima di 7 giorni ma può essere rinnovato qualora sussistano le condizioni. Viene effettuato nei seguenti casi:

- Una persona affetta da malattia mentale necessita di trattamenti sanitari urgenti;
- Rifiuti il trattamento;
- Non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere.

Viene disposto dal sindaco del comune presso il quale risiede il paziente su richiesta di almeno due medici, di cui almeno uno appartenente alla ASL territoriale del comune stesso.

1. Due medici, uno fa la proposta, l'altro la convalida, quest'ultimo invia i documenti in duplice copia via fax uno al sindaco della città in cui si trova il pz e l'altro al giudice tutelare, i pz sono ricoverati in specifici reparti psichiatrici
2. Chi ne è sottoposto continua comunque a mantenere tutti i suoi diritti di cittadino, può anche sposarsi
3. La durata max non esiste (non è come da psycobook 21 giorni se viene rinnovato), non è vero ma vabbè
4. Non solo quando è pericoloso ma anche quando è compromesso il suo funzionamento in maniera eclatante
5. Non si fa nei pz con dca perché 7-21 giorni non risolvono il problema)
6. Perché il tso non dura più di 21 giorni? Perché è il tempo sufficiente a mettere in atto una terapia efficace.

### Acting Out (Passaggio all'Azione)

con questo termine s'intende una reazione alla tensione emotiva generata da contesti conflittivi per il paziente. Questi mette in atto una serie di azioni, di decisioni improvvise e radicali, per sfuggire a situazioni che evidenzerebbero contenuti inconsci inaccettabili. Si può verificare tanto in un contesto psicoterapico quanto in una situazione di *vita* quotidiana. Il soggetto reagisce alla tensione emotiva ed al disagio invece che ad un livello

simbolico (intellettuale) e pratico, ritenendo suddette azioni come una soluzione al problema.

**metacognizione?** È la capacità di dire "io penso che tu pensi" (metacognizione di I livello) oppure "io penso che tu pensi che io penso" (metacognizione di II livello, quella del poker). Si perde nella schizofrenia e pertanto si parla di "**pensiero concreto**", in cui l'ironia è avvertita come pericolosa dal paziente.

### L'esame di stato mentale può essere schematicamente diviso in più parti quali

- valutazione del comportamento motorio ed aspetto generale del paziente
- valutazione dello stato di coscienza
- valutazione delle sensopercezioni
- valutazione delle funzioni noopsichiche o cognitive
- valutazione dell'ideazione o del pensiero
- valutazione delle funzioni timopsichiche o affettive
- valutazione del rischio suicidario

## VALORI NORMALI IN PSICHIATRIA

CONCETTO	VALORI NORMALI
Durata dell'episodio depressivo maggiore	≥2 settimane
Durata dell'Episodio Maniacale	≥1 settimana
Durata Distimia	≥2 anni
Durata Ipomania	≥4 giorni
Quoziente GOT/GPT (alcolismo)	≥2
Latenza effetto antidepressivo	4-6 settimane
Litiemia mantenimento	0,6-1,2 mEq/l
Litiemia intervallo ottimo	0,8-1,2 mEq/l
Litiemia fase acuta	1,0-1,5 mEq/l
Litiemia finestra terapeutica	0,4-1,5 mEq/l
Litiemia intossicazione potenzialmente mortale	≥2,5 mEq/l