



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di
Comunità
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

DMSP-PSY

Corso di Psicologia Clinica Elementi di Psicopatologia

Prof.ssa Lidia Del Piccolo
AA 2014-2015



Quando si parla di psicopatologia?



- **Infrequenza statistica** (soggetti diversi dalla norma in una distribuzione gaussiana)- comportamenti o sintomi rari, bizzarra.
- **Violazione delle norme sociali** (determina ansia o minaccia in chi è vicino) - concetto relativo alla norma culturale prevalente (rischio di sovra/sottostima – es. omosessualità/bullismo)
- **Disagio, sofferenza individuale** (non è vero per lo psicopatico). La sofferenza si basa su soglie soggettive.
- **Incapacità o disfunzione** - compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo... (es. dist. personalità, fobie...)
- **Imprevedibilità**, risposta incontrollata e sproporzionata (es. disturbo d'ansia, dist. psicotici).
- Stato che desta **preoccupazione nel soggetto e in chi lo circonda** (contesto sociale esteso e sanitario).

DMSP-PSY



DMSP-PSY

Approcci alla psicopatologia



- **Modello organo-genetico** (medico, biologico) – alterazione a carico di una struttura, funzione, comportamento, conseguente a anomalie fisiologiche o biochimiche a carico del SNC.

“I disturbi mentali sono malattie del cervello”

Griesinger(1872), Kraepelin (1883)



DMSP-PSY

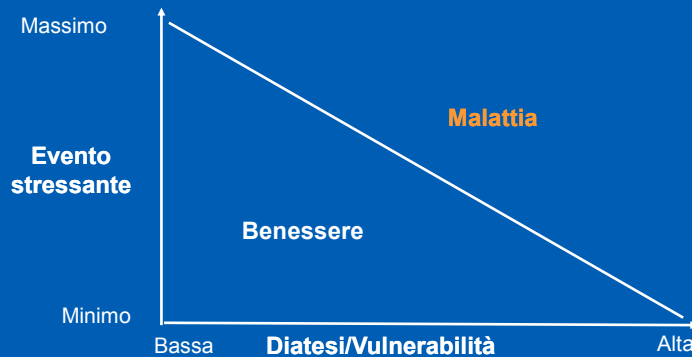
Approcci alla psicopatologia



- **Modello socio-genetico** – il comportamento anomalo è letto come deviazione da una norma condivisa, come conseguenza del contesto sociale.
- **Modello psico-genetico** - esito di conflitto intrapsichico, di apprendimenti e modelli disfunzionali, alterazioni di schemi cognitivi, deficit dei processi di transazione (comunicazione)
- **Modello bio-psico-sociale**



Psicopatologia: ipotesi diatesi-stress e fattori compresenti



Diatesi-Vulnerabilità: insieme di caratteristiche individuali che aumentano la probabilità di sviluppo di un disturbo

- Fattori biologici
- Fattori genetici
- Fattori psicologici
- Eventi precoci
- Personalità
- Relazioni e contesto sociale



La psicopatologia è definibile come:



1. Teoria delle funzioni psichicamente disturbate della coscienza (Scharfetter 2004); esse possono essere attribuite alle diverse funzioni della mente: coscienza, attenzione, memoria, senso-percezione, pensiero, affettività;
2. Studio sistematico delle esperienze, delle cognizioni e dei comportamenti abnormi (Sims, 1995).
3. Valutazione del funzionamento anormale della psiche, nella prospettiva dello sviluppo psichico, anziché della cause organiche (Fulcheri, 2004)



DMSP-PSY

Criteri più frequenti per la diagnosi



1. **Ricerca di aiuto:** indicatore parziale, soprattutto in presenza di scarso insight di malattia
2. **Irrazionalità/pericolosità**
3. **Devianza:** bizzarria, stranezza, deviazione dalla norma
4. **Distress emozionale:** vissuto di **disagio** soggettivamente sperimentato dall'individuo
5. **Disabilità/Pervasività del danno:** interferenza con il normale funzionamento dell'individuo

Nessun indicatore è sufficiente.

È la combinazione di questi a fornire un indice di gravità, insieme alla durata della condizione e alle risorse soggettive.



DMSP-PSY

Salute mentale

Concetto integrato di sé e dell'altro significativo.

Sensazione interiore e riconoscibile di coerenza con se stessi

La salute mentale è «uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue **capacità cognitive o emozionali**, esercitare la propria funzione all'interno della **società** e rispondere alle **esigenze quotidiane** della vita di ogni giorno».

(Merriam-Webster, 2007)



DMSP-PSY

Sintomi e segni

Sintomo (disturbo soggettivamente riferito dal paziente)

- sentirsi agitato,
- sentirsi inadeguato,
- sentirsi triste, giù di morale

I sintomi possono non essere direttamente osservabili da un esaminatore.

Segno (alterazione direttamente osservabile) che appare spontaneamente o può essere elicitato per mezzo dell'esame fisico o mentale, o può essere evidenziato con strumenti di laboratorio.

- alimentarsi in maniera insufficiente / eccessiva,
- comportamenti evitanti



DMSP-PSY

Sistemi diagnostici

INTERPRETATIVO-ESPLICATIVI

DESCRITTIVO-CLASSIFICATORI



Sistemi diagnostici interpretativo-esplicativi

Lo studio avviene mediante assunti interpretativi basati su costrutti teorici.

Teoria etiologica che permette di gerarchizzare i sintomi e individuare la sequenza temporale degli eventi (causa)

Interpretazione dipende dal vertice di osservazione



Modelli categoriali

Esistono disturbi psichici chiaramente identificabili, come entità separate e indipendenti.

- **Costruite su base clinica.** Categorie di pazienti con gli stessi pattern di sintomi hanno la stessa eziologia e hanno bisogno dello stesso trattamento.
- **Processo di attribuzione alle categorie diagnostiche di tipo dicotomico.** Presenza o assenza di elementi distintivi.
- **Pazienti che presentano uno stesso pattern di sintomi** afferiscono alla medesima categoria diagnostica.
- **La somiglianza tra i soggetti che rientrano nella stessa categoria diagnostica è definita statisticamente** (clusterizzazione)
- **La categoria diagnostica** è una sintesi delle caratteristiche precipue dell'individuo dal punto di vista psicopatologico



Utilità della classificazione

- Fornire una **nomenclatura comune** che favorisca la comunicazione.
- Le classi sono definite sulla base di un **consenso di esperti e su dati empirici**
- E' possibile **replicare studi** su soggetti che hanno caratteristiche simili sulla base di definizioni comunemente condivise.
- Fare **predizioni** e favorire i processi decisionali (diagnosi)
- l'assegnazione di un paziente a una categoria diagnostica permette di **sintetizzare** le informazioni che lo riguardano.
- Definire meglio i concetti e **favorire il confronto teorico**



Principali sistemi categoriali in psichiatria

- **International Classification of Disease, Injuries and Causes of Death (ICD, WHO)**
 - 1948 ICD-6 prima inclusione disturbi psichici
 - 1968 ICD-8 revisione dei sistemi classificatori – eziologia e sintomi soggettivi/comportamentali – scarse attendibilità e consenso
 - 1969 ICD-9 + glossario -> definizione operativa per classificare:
1. descrizione clinica accurata, 2. ricerche di laboratorio;
3. diagnosi differenziale; 4. follow-up; 5. familiarità
 - 1994 ICD-10
- **Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, APA)**
 - 1952 DSM-I
 - 1968 DSM-II tentativo di uniformarsi all'ICD-8
 - 1980 DSM-III e 1987 DSM-III-R (approccio ateorico, consenso esperti)
 - 1994 DSM-IV sistema multiassiale, criteri diagnostici di inclusione-esclusione -> 2000 DSM-IV-TR (Text Revision)
 - 2013 DSM-V



Il sistema multiassiale

- Asse I *Disturbi clinici (sistema categoriale)*
- Asse II *Disturbi di personalità. Ritardo mentale*
- Asse III *Condizioni mediche generali*
- Asse IV *Problemi psicosociali e ambientali*
- Asse V *Valutazione globale del funzionamento*



Disturbo mentale nel DSM-IV

Un modello comportamentale o psicologico **clanicamente** significativo associato a **disagio**(es. un sintomo algico), a **disabilità**(es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o a un'importante limitazione della libertà.

In più questa sindrome o quadro **non deve rappresentare semplicemente una risposta attesa o culturalmente sancita** ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata.

Non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es. politico, religioso o sessuale).



DMSP-PSY

Disturbo mentale nel DSM-V

Sindrome che raggruppa disturbi clinicamente significativi, individuali di:

Cognizione
Regolazione delle emozioni
Comportamento

- Ad essi corrisponde una disfunzione nei processi Psicologici, Biologici, dello Sviluppo che sottendono il funzionamento mentale
- Tali condizioni determinano un Disagio e una Disabilità Sociale, Occupazionale o di Altre Attività
- *La risposta culturalmente attesa ad un evento non è una malattia mentale*
- *Comportamenti socialmente devianti e conflitti fra l'individuo e la società non sono malattia mentale*



DMSP-PSY

Impostazione generale e principi del DSM-5

- Ridurre la comorbidità fra disturbi
- Ridurre il ricorso all'uso della categoria NAS. In alcuni casi abbassando la soglia di inclusione
- Maggiore attenzione alle specificità di genere e culturali
- Garantire l'omogeneità massima con l' I.C.D. 10 e col futuro I.C.D. 11
- Integrare i dati provenienti dalla ricerca genetica, dal neuroimaging, dalle neuroscienze e dalle ricerche più avanzate



DMSP-PSY

Impostazione generale e principi del DSM-5

- Abolito il sistema Multiassiale: Assi I, II e III Accorpati
- Asse IV Importanti fattori psicosociali e ambientali (asse Z ICD-10-CM)
- Asse V Disabilità Glob Ass. Funct (GAF) sostituito con la WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) che si basa sulla International Classification of Functioning Disability
- Abolita la divisione fra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta
La diagnosi si estende all'intero corso della vita
La sintomatologia varia durante il corso della vita
- Promosso un approccio dimensionale per migliorare la validità delle diagnosi. Di fatto viene mantenuta una impostazione di tipo categoriale
- Potenziato il concetto di spettro connettore fra patologie contigue con limiti sfumati, spesso identificate tramite l'individuazione di clusters di sintomi
- Modello alternativo del DSM-5 per i Disturbi di Personalità: Level of Personality Function



DMSP-PSY

DISTURBI D'ANSIA nel DSM-IV Sindromi nevrotiche o legate a stress (ICD-10)

- disturbo d'ansia generalizzato
- disturbo da attacchi di panico
- fobie (sindromi fobiche)
- disturbo acuto da stress
- disturbo post-traumatico da stress
- Disturbo ossessivo-compulsivo





DISTURBI D'ANSIA nel DSM V

- Dai Disturbi d'Ansia vengono scorporati
Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)
Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)
Che diventano categorie diagnostiche a se stanti
- All'interno dei Disturbi d'ansia vengono separati
Disturbo di panico
Attacco di panico (specificatore di altre diagnosi)
Agorafobia
Panico e l'agorafobia non sono più collegati
- All'interno dei disturbi d'ansia vengono inclusi
Ansia di separazione
Mutismo selettivo
Nel DSM IV nel capitolo della psichiatria infantile
- All'interno del DOC (categoria diagnostica separata) inclusi
Disturbo da accumulo (hoarding),
Disturbo da escoriazione cutanea
Tricotillomania (nel DSM IV tra i D. del controllo degli impulsi)



Ansia

Ansia: non è una patologia ma una funzione adattiva di segnale.

E' l'**anticipazione apprensiva di un pericolo o di evento negativo futuro** (a differenza della paura che implica un oggetto presente).

Stato psicologico derivante dalla percezione di un **disequilibrio** tra le **attese percepite** e l'**autopercezione delle proprie capacità** di rispondere alle esigenze del compito

Si accompagna a sentimenti di **disforia** (un'alterazione dell'umore in senso depressivo, accompagnato da agitazione e irritabilità) o da **sintomi fisici di arousal** - tensione, segni somatici indicativi di iperattività del sistema nervoso autonomo

Costrutto pluridimensionale che implica **aspetti cognitivi ed emotivi** (preoccupazione) e aspetti psicofisiologici.



Formula cognitiva dell'ansia

$$\text{Ansia} = \frac{\text{Probabilità percepita} \times \text{Gravità Percepita} \times \text{Imminenza}}{\text{Capacità percepita di fronteggiarlo} + \text{Disponibilità percepita di aiuto esterno}}$$

L'ansia aumenta quando una persona avverte il danno potenziale al suo bilancio scopistico come imminente, molto probabile e elevato potere di compromissione



Disturbo d'ansia generalizzato

Ansia e preoccupazione croniche ed eccessive che riguardano un numero eccessivo di eventi e di attività.

- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano **disagio clinicamente significativo**;
- l'ansia e la preoccupazione si manifestano per la **maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi**;
- la persona ha **difficoltà a controllare le preoccupazioni**;
- sono presenti per la maggior parte dei giorni 3 dei sintomi seguenti: irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazione del sonno, palpitazioni.
- Prevalenza (5%, due terzi femmine)



Disturbo da attacchi di panico (DAP)

Ansia intensa, breve e transitoria, paura o terrore durante il quale sono avvertiti almeno 4 dei seguente sintomi

Sintomi fisici

- palpitazioni, tachicardia
- senso di soffocamento
- dolore al petto, oppressione toracica
- nausea, crampi addominali
- sudorazione, tremori
- parestesie
- vertigini

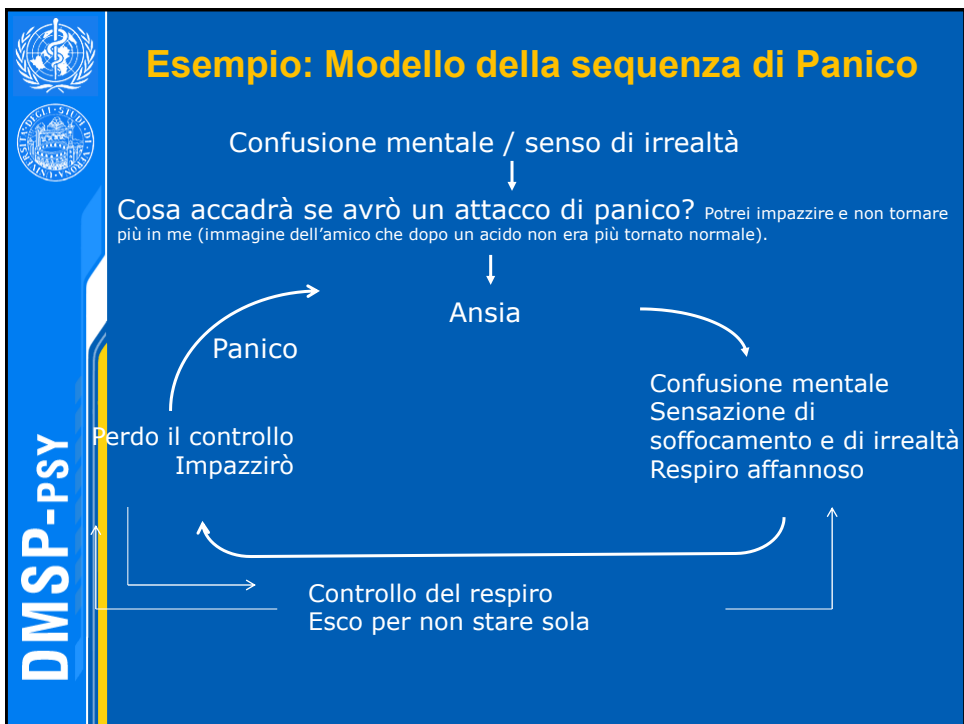
Sintomi psichici

- paura
- preoccupazioni eccessive
- derealizzazione, depersonalizzazione
- sensazioni di malessere
- alterazioni della percezione
- difficoltà di concentrazione
- ipervigilanza



Disturbo da attacchi di panico (DAP)





Disturbo da attacchi di panico (DAP)

Quando l'attacco diventa grave, la persona cerca di allontanarsi dalla situazione, nella speranza che il panico cessi, oppure cerca chi lo possa aiutare se dovesse svenire, avere un infarto o impazzire.

C'è chi invece cerca di restare solo perché si vergogna delle conseguenze che l'attacco potrebbe avere o teme che altri possano scoprire che soffre di un attacco di panico.

Le prime volte che una persona ha un attacco di panico di solito si spaventa molto, dato che si tratta di un'esperienza strana, inattesa, intensa, molto spiacevole, spesso accompagnata dalla paura di perdere il controllo, di svenire, di morire o di impazzire.

DMSP-PSY



Disturbo da attacchi di panico

Si distinguono:

*attacchi di panico **provocati** dalla situazione* (presenza dell'oggetto che provoca paura - rapporto stimolo-risposta) e ***non provocati*** (l'attacco sopravviene del tutto inaspettato, è improvviso e rapido)

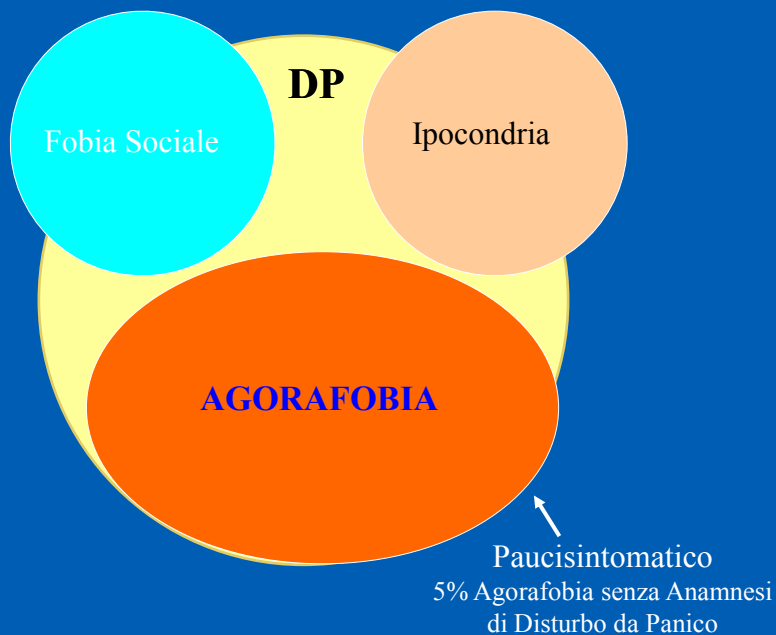
Disturbo da attacchi di panico: esperienze di attacchi di panico inaspettati e ricorrenti (per un periodo non inferiore ad un mese), persistenti preoccupazioni di poter avere nuovi attacchi.

Prevalenza: 1.5 - 3.5%

Studi su gemelli e consanguinei (ereditarietà)



Disturbo da Panico e comorbidità (DP)





Fobie

- Paura marcata e persistente provocata da determinati oggetti (stimolo fobico)
- La persona riconosce che la reazione ansiosa è eccessiva
- Le situazioni temute vengono evitate
- Marcata interferenza con il normale funzionamento

Fobia specifica: paura marcata, persistente e irragionevole per stimoli precisi o situazioni circoscritte e chiaramente discernibili (per es. animali, sangue, specifiche malattie)

Agorafobia: ansia relativa all'essere in luoghi o in situazioni dove sia difficile (o imbarazzante) allontanarsi oppure ricevere aiuto nel caso si verificasse un attacco di panico.



Fobia sociale Modello cognitivo di Clark & Wells

Paura ed evitamento di situazioni nelle quali la persona è esposta al giudizio degli altri, per timore di apparire imbarazzato, goffo, ridicolo o di agire in maniera umiliante. Riguarda situazioni sociali, prestazionali in cui è implicita una valutazione o una critica da parte altrui.

Percezione distorta di sé ("sono noioso", "gli altri sono migliori di me") e **degli altri** ("se mi mostro ansioso, gli altri penseranno che sono incompetente" "la gente non è tollerante con me") + **rigide regole sociali** ("non devo mostrarmi ansioso" "non si possono commettere errori")

Le persone possono presentare forti reazioni a carico del SNA.

Si può sviluppare anche un'ansia anticipatoria.

Il soggetto va incontro a limitazioni gravi per la propria vita quotidiana



Modello cognitivo di Clark & Wells

Processo di anticipazione: il soggetto si sofferma sull'anticipazione di problemi (rimuginazioni negative) che potrebbero presentarsi durante la situazione sociale.

Attivazione di un concetto negativo del sé sociale: pensieri automatici negativi su di sé – attenzione concentrata su di sé.

Comportamenti protettivi
– presunto giudizio altrui

Rilevazione di informazioni interne
–monitoraggio -Sintomi somatici

Processo di valutazione a posteriori: il soggetto rimugina sul suo comportamento e formula valutazioni a posteriori, estraendo gli elementi negativi a conferma della sua aspettativa e visione negativa di sé

Evitamento



DISTURBI DA STRESS ESTREMO

Reazione d'ansia **conseguente a eventi traumatici** (stress estremo), che causano morte o minaccia di morte o lesioni gravi o minacce all'integrità fisica propria o di altri - ai quali la persona assiste con sentimenti di impotenza, di orrore, di intensa paura (rapimenti, sequestri, stupri, violenze...)

- **Sintomi di attivazione** (es. irritabilità, difficoltà del sonno, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione)
- **Sintomi dissociativi:** sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale, derealizzazione, depersonalizzazione.
- **Evitamento di stimoli associati al trauma**, riduzione della reattività (paralisi psichica o anestesia emozionale)
- **L'evento viene continuamente rivissuto**
- **Sintomi persistenti di aumento dell'arousal**



DMSP-PSY

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

Prevalenza puntuale 1,5%, life-time 2-2,5% incidenza massima a 15 e 25 anni

Ossessioni: pensieri, impulsi, immagini mentali intrusive e persistenti, causano ansia o disagio marcato.

Esempi : "Potrei infettarmi con il virus Hiv se tocco la porta del bagno della discoteca" o "Non devo pensare al nome delle persone a cui voglio bene in ospedale, altrimenti potrebbero ammalarsi", "Se non controllo che tutti i file siano chiusi, qualcosa di brutto accadrà", " Potrei dire qualcosa di brutto senza accorgermene".

La persona è consapevole che tali pensieri sono prodotti dalla propria mente; lotta attivamente per allontanarli

Le ossessioni sono **egodistoniche** (contrastano con i pensieri e le convinzioni della persona)

Ossessioni $\neq$ preoccupazioni $\neq$ idee prevalenti $\neq$ paure



DMSP-PSY

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

La persona con DOC vive con sofferenza e disagio la presenza di questi pensieri.

1. presenza costante e ripetuta nella mente delle ossessioni
2. le idee e i pensieri ossessivi sono minacciosi e ansiogeni perché:
 - riguardano il timore di essere esposti a un pericolo
 - di essere in qualche modo responsabili e colpevoli di tale pericolo, ovvero di rendersi persone immorali, cattive o pericolose ("sarebbe colpa della mia superficialità", "non ho fatto quando in mio dovere per proteggere i miei familiari")
 - consapevolezza che la propria mente ha prodotto quel pensiero, perché tale consapevolezza implica, nel soggetto, il sospetto di essere una persona immorale o pericolosa.



DMSP-PSY

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

Compulsioni: comportamenti ingiustificati, stereotipati e ripetuti, riducono l'ansia connessa ad un'ossessione, la persona si sforza senza successo di non emetterli

Compulsioni più comuni:

- Pulizia, ordine, simmetria, anche con cerimoniali molto elaborati
- Esecuzione di pratiche ripetitive, alle quali il soggetto attribuisce un valore magico e protettivo
- Controllare in continuazione di avere eseguito una certa azione



DMSP-PSY

DOC NEL DSM-V

- Disturbo ossessivo-compulsivo(DOC)
- Disturbo di dismorfismo corporeo
- Disturbo da accumulo (persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale)
- Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
- Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)



Caratteristiche di chi soffre di DOC (Mancini):

- Scarsa fiducia nelle proprie capacità mnesiche (Van den Hout e Kindt, 2002) – più il paziente ripete l'azione più diminuisce la salienza del ricordo, aumentando la familiarità e inducendo dubbi.
- Attaccamento **ansioso-evitante** o **resistente-ambivalente** (Guidano, Liotti, Bara, Ugazio).
- Dubbio sul sé come persona disprezzabile -> ricerca di certezza assoluta -> attitudine al dubbio.



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

- Valutazione personale dell'esperienza e uso di spiegazioni che fanno riferimento alle intenzioni dell'individuo (Dennet, 2001):
 - **Evento critico** (toccare, frase, pensiero, sensazione)
 - **I valutazione** (minaccia imminente – timore di colpa per irresponsabilità/ timore di contaminazione)
 - **Tentativi di soluzione di 1° ordine** (evitamenti, controlli, neutralizzazioni nell'ipotesi che la minaccia sussista veramente)
 - **Il Valutazione** critica della propria preoccupazione, giudicata come esagerata e dannosa per sé e per gli altri
 - **Tentativi di soluzione di 2° ordine** (tentativo di sopprimere i pensieri e bloccare i rituali o soluzioni "più di prima" – ruminazioni, evitamenti, richiesta di rassicurazioni)



DMSP-PSY

DISTURBI dell'UMORE (sindromi affettive nell'ICD-10)

- Episodio maniacale
- Disturbo (sindrome) affettivo bipolare
- Episodio depressivo
- Disturbo (sindrome) depressivo ricorrente



DMSP-PSY

Episodio depressivo maggiore

Disagio clinicamente significativo, compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, ecc. che dura almeno **2 settimane**; è richiesta la presenza di almeno 5 dei seguenti sintomi:

- umore depresso per la maggior parte del tempo
- marcata diminuzione di interesse o di piacere
- significativa perdita o aumento di peso
- insonnia o ipersonnia
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- affaticabilità, mancanza di energia
- sentimenti di autosvalutazione, di colpa
- ridotta capacità di pensare o concentrarsi
- pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria

ICD-10 distingue grado lieve, medio, grave.



Basi cognitive della depressione (Beck, 1967)

Modificazioni nel tono dell'umore legate a schemi cognitivi negativi e distorsioni cognitive (*inferenza arbitraria, estrapolazione selettiva, ipergeneralizzazione*).

Percezione di inutilità e PERDITA (irreversibile, totale, inaccettabile, riguarda il proprio dominio personale – “devo, ho diritto”)

Compromissione della capacità di realizzare i propri scopi (per cui l'individuo si sente colpevole)

Convinzione irrazionale che **per valere qualcosa devono mostrarsi competenti in tutto** (Ellis)

Visione **negativa** di sé, del mondo, del futuro (**triade cognitiva**)



Teoria del senso d'impotenza appreso (Seligman, 1974)

Eventi negativi

Stile di attribuzione:

- Cause interne
 - Stabili
 - Globali
- Bassa autostima**

Senso di disperazione

Impossibilità a cambiare la situazione;
Aspettativa negativa su eventi

Depressione Disperazione

Teoria della disperazione (Abramson, Metalsky e Alloy, 1989)

Conferma sperimentale:

studio Metalsky et al., 1993 su studenti universitari

Ruolo dello stile di attribuzione e di scarsa autostima



Ipotesi diatesi stress nella depressione

Fattori di vulnerabilità:

- biologica (disfunzione recettori serotonina e alterazione recettori dopamina nel sistema della ricompensa),
- cognitiva (suscettibilità agli stimoli negativi, schemi di orientamento autoreferenziali, valore di sé misurato sulle manifestazioni di affetto da parte degli altri)
- sociali (scarse abilità sociali e supporto sociale)

Fattori di stress: eventi di perdita

- Prevalenza: 10-25% femmine, 5-12% maschi
- familiarità (1,5-3 volte)
- decorso (aumenta la probabilità di un nuovo episodio all'aumentare degli episodi depressivi)



Episodio maniacale

Grave alterazione dell'umore, che è anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile. Il funzionamento sociale, lavorativo sono compromessi. Devono essere presenti almeno 3 dei seguenti sintomi per una settimana:

- autostima ipertrofica o grandiosità
- diminuito bisogno di sonno
- maggiore loquacità del solito
- fuga delle idee (i pensieri si succedono rapidamente)
- distraibilità (l'attenzione è deviata da stimoli esterni non importanti o pertinenti)
- aumento dell'attività finalizzata, agitazione psicomotoria
- eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con conseguenze dannose



Altri disturbi dell'umore

Episodio ipomaniacale: è meno grave di un episodio maniacale, dura almeno quattro giorni, non compromette l'attività lavorativa o sociale

Episodio misto: rapide alternanze di umore, di almeno una settimana, in cui si alternano quasi ogni giorno l'episodio depressivo maggiore e l'episodio maniacale.

Disturbo distimico umore cronicamente depresso (ma non tale da creare sofferenza e compromissione come l'episodio depressivo maggiore), per almeno due anni.



Altri disturbi dell'umore

- **disturbo bipolare:**
- **disturbo bipolare I:** decorso clinico con uno o più episodi maniacali o misti
- **disturbo bipolare II** : alternanza di episodi ipomaniacali con episodi depressivi maggiori
- I periodi vanno da alcune settimane a quattro-cinque mesi. La remissione della sintomatologia nei due periodi è di solito completa.
- Simile incidenza nei due sessi
- **disturbo ciclotimico:** alterazione dell'umore cronica, fluttuante, con numerosi episodi con sintomi ipomaniacali e sintomi depressivi che perdurano per almeno due anni



DISTURBI SOMATOFORMI

Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Presenza di sintomi fisici che fanno pensare a malattie di natura somatica. Tutti i disturbi somatoformi sono accomunati da:

- attenzione focalizzata su uno o più sintomi di natura somatica
- sintomi causano forte disagio e/o limitazioni significative
- i sintomi non sono suffragati da indagini di laboratorio o dall'esame obiettivo medico

La natura del problema è collocata nel corpo, raramente queste persone cercano aiuto psicologico! (trattamento psicologico molto difficile e con scarsi esiti)



Disturbo di somatizzazione: definizione

Per somatizzazione (Stekel, 1908) si intende la tendenza a sperimentare e comunicare distress fisico e sofferenza personale o sociale attraverso disturbi somatici per i quali non è individuabile una chiara causa organica o una base patofisiologica, e la conseguente persistente richiesta di intervento medico.

(Lipowski, Am J Psychiatry 1988; 145:1358-68)

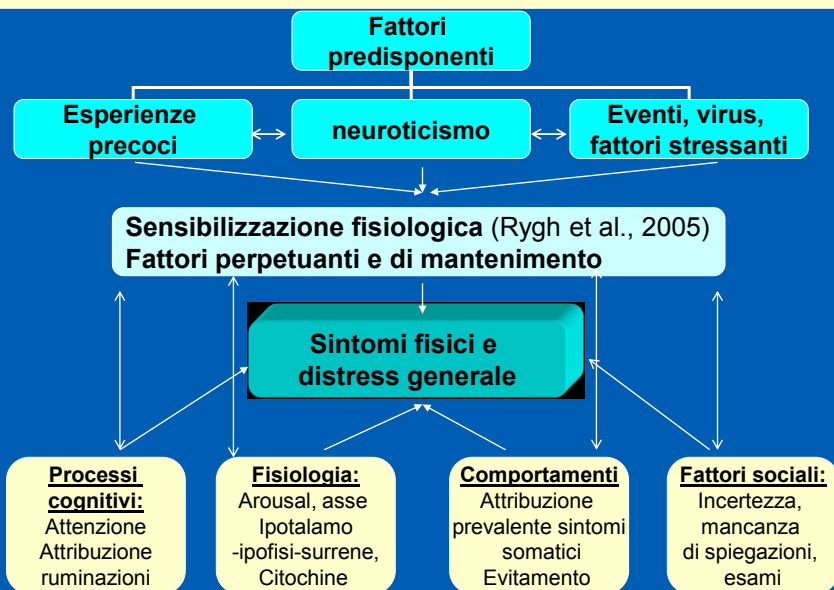


Disturbo di somatizzazione: definizione (2)

- a) l'attivazione emotiva e psicofisica indotta dalle perturbazioni legate ad eventi o situazioni stressanti viene letta in senso somatico.
- b) Attenzione specifica verso le sensazioni corporee, mediata da precedenti esperienze di malattia personali o familiari e da fattori cognitivi come una tendenza a preoccuparsi eccessivamente e a demoralizzarsi
- c) accompagnata da un modello di malattia inappropriato (ILLNESS ATTRIBUTION)
- d) la risposta che il soggetto attiva è principalmente legata alla ricerca di cura per una malattia (ILLNESS BEHAVIOUR –che persiste nonostante il medico abbia dato delle spiegazioni precise e oggettive sullo stato di salute)



Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo somatoforme (Deary et al., 2007 Clinical Psychology Review)





DMSP-PSY



Basi neuropsicologiche della somatizzazione

Barsky "**somatic amplification**", (1992) gli stimoli afferenti al cervello non vengono soppressi anche quando sono di lieve intensità -Intensificazione delle sensazioni propriocettive che induce a interpretare gli stimoli somatici come pericolosi e intensi

Bischoff "**inaccurate myogen perception**", (1989) Problema di filtro e giudizio sulla percezione della tensione muscolare

Abbassamento della soglia di percezione del dolore

DMSP-PSY



Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo somatoforme (Deary et al., 2007 Clinical Psychology Review)

Stress fisici ed emotivi causano una cascata ormonale che inizia a livello dell'ipotalamo, passando per l'ipofisi e la ghiandola pituitaria determinano il rilascio dell'ormone adrenocorticotropo che a sua volta agisce sulla produzione di **ormoni glicocorticoidi**, con effetti perciò sul metabolismo, riproduzione, infiammazione, immunità e umore.

Aumento citochine proinfiammatorie vengono espresse nel Sistema Nervoso Centrale sia naturalmente che in modo inducibile, ovvero in risposta a lesioni o stimolazione del Sistema Immunitario periferico.

Processi cognitivi:
Attenzione
Attribuzione
ruminazioni

Fisiologia:
Arousal, asse
Ipotalamo
-ipofisi-surrene,
Citochine

Comportamenti
Attribuzione
prevalente sintomi
somatici
Evitamento

Fattori sociali:
Incertezza,
mancanza
di spiegazioni,
esami



Fisiologia: stato arousal prolungato

- Alterata risposta allo stress, soglia più bassa di attivazione, dolore e affaticabilità.
- Aumento delle **citochine proinfiammatorie**, mediatori solubili prodotti da cellule del Sistema Immunitario. Favoriscono la comparsa di una risposta infiammatoria.
- Espresse nel SNC sia naturalmente che in risposta a lesioni o stimolazione del Sistema Immunitario periferico.
- Se prodotte in eccesso o per lunghi periodi possono produrre alterazioni cognitive e dell'affettività che, a propria volta, generano disturbi della sfera cognitiva e dell'umore.
- La percezione del **dolore** è fortemente amplificata dalla persistente presenza di citochine proinfiammatorie.
- Si è osservato un alto livello di cortisolo nei soggetti con **depressione maggiore**.



Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Disturbo di somatizzazione

Disturbo poli-sintomatico che comincia prima dei 30 anni. Il soggetto chiede l'intervento e il consiglio dei medici, ma non è mai stata trovata alcuna causa organica, e, nel caso in cui essa sia stata trovata, le lamentele fisiche o la menomazione lavorativa e sociale sono sproporzionate.

Sintomi riferiti ad almeno quattro localizzazioni

- **due** sintomi **gastrointestinali** (nausea, difficoltà digestive, spasmi, gonfiori)
 - **Un sintomo sessuale** (dismenorrea, dolore durante il rapporto sessuale)
 - **Un sintomo pseudo-neurologico** (cefalea, dolori cervicali, lombari, addominali).
- I sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati.





Diagnosi differenziale

- **Disturbo Fittizio con Segni e Sintomi Fisici Predominanti.** Patologia apparente provocata volontariamente dal paziente stesso e che produce segni clinici simili ad altre malattie. Solitamente i pazienti con disturbi fittizi sono preda di rimuginazioni su come convincere il medico a prendere sul serio la propria sofferenza. Il loro tono affettivo prevalente è la superficialità emotiva.
- **Simulazione.** Il paziente esagera sintomi somatici per ottenere un beneficio secondario.



Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Disturbo somatoforme indifferenziato

Una o più lamentele fisiche (stanchezza, perdita di appetito, sintomi gastrointestinali o genito-urinari), per sei mesi o più.



Disturbo algico

Intenso dolore localizzato in uno o più distretti anatomici, il quale causa disagio e menomazione significativi nella vita della persona, compromettendone intere aree, come quella lavorativa, e rendendo il soggetto dipendente da analgesici o tranquillanti.



DMSP-PSY

Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)



Ipocondria

- Eccessiva ed inappropriata **paura** di avere o sviluppare una malattia fisica. In primo piano non sono i sintomi ma la preoccupazione di avere una grave malattia. Persiste al di là di esami e visite.
- Il soggetto effettua frequentemente una serie di riti, come per esempio lavarsi le mani o altro, necessari come mezzi strategici difensivi per proteggersi dalle insidie provenienti dall'ambiente che lo circonda. Invalidante se coinvolge tutte le sfere di vita del malato.
- Influenza dai mezzi d'informazione e forti resistenze verso i tentativi di rassicurazione.
- Si rivolge al medico per comunicare che si sente in grave difficoltà e che ha bisogno di attenzione (Barsky, 1996)



DMSP-PSY

Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)



Disturbo di dismorfismo corporeo

Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Insorge spesso in adolescenza.

Il soggetto prova vergogna, ci pensa continuamente.

Le parti del corpo possono anche variare nel tempo.

Ricerca attiva di interventi chirurgici.



DMSP-PSY

Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Disturbo di conversione

Noto anche come 'isteria' o 'nevrosi isterica'.

Presenza di **uno o più sintomi neurologici** (ad es., paralisi, cecità e parestesie) **che non possono essere spiegati da una malattia neurologica o internistica nota** (le vie sensitive o motorie sono integre).

Sintomi/deficit relativi alle **funzioni motorie volontarie** (movimenti abnormi, disturbi della marcia, debolezza, paralisi) o **sensitive** (anestesia, parestesie agli arti, sordità, cecità e visione a cannocchiale), ad **insorgenza rapida** e spesso associata a **eventi traumatici o gravi problemi relazionali**.

Si accentuano se si presta loro attenzione.



DMSP-PSY

Epidemiologia

- I disturbi somatoformi rappresentano una delle forme più comuni di disagio presenti nella medicina generale (22% Escobar et al., 1998, Psychosom. Med. 20% Barsky et al., 2005, Arch. Gen Psych.)
- Il 4% della popolazione generale e il 9% dei pazienti in ospedale soffre di disturbi somatoformi cronici.
- La maggior parte sono femmine



Epidemiologia

- Sono suscettibili di effetti iatrogeni legati ad eccesso di esami clinici e prescrizioni farmacologiche (Fink, 1992; Deyo, 2000).
- Hanno una qualità di vita povera (Maiden et al., 2003)
- Inducono elevati costi sociali (assenze dal lavoro) e sanitari (esami numerosi e spesso inutili)
- Dal 44% (Leiknes et al. 2010) al 50% dei pazienti che soffre di disturbi somatoformi soffre anche di distimia, depressione o ansia (Fink et al. 2002)



DSM V DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI E CORRELATI

Eliminati: disturbo di somatizzazione, ipocondria, disturbo algico e disturbo somatoforme indifferenziato

Disturbo da ansia di malattia (ex soggetti ipocondriaci con un elevato livello di ansia)

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (nuovo disturbo mentale del DSMV) presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che influenzano negativamente una condizione medica, aumentando il rischio di sofferenza, morte o disabilità



DISTURBI DISSOCIATIVI **Sindromi nevrotiche e dissociative (ICD-10 F44)**

Alterazioni marcate dell'esperienza cosciente. Non integrazione di memoria, senso di identità e percezione dell'ambiente.

L'alterazione può essere improvvisa o graduale, transitoria o cronica.

Sottoarticolazioni principali:

- **amnesia dissociativa** (incapacità a rievocare uno o più episodi personali importanti, non dovuta a sindrome mentale organica - sono rare le amnesie generalizzate o continuative)
- **fuga dissociativa** (perdita di memoria più estesa dell'amnesia dissociativa associata a allontanamento improvviso o inaspettato da casa o da un luogo abituale) è ora uno specificatore dell'amnesia dissociativa e non una diagnosi separata



DISTURBI DISSOCIATIVI **Sindromi nevrotiche e dissociative (ICD-10 F44)**

- **depersonalizzazione** (alterazione nella percezione di sé)
- **derealizzazione** (alterazione nella percezione dell'ambiente) che nel **DSM-V** è stata inclusa nel disturbo di depersonalizzazione (**disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione**)
- **disturbo dissociativo dell'identità** (2 o più identità distinte che agiscono in modo indipendente). Nel **DSM-V** i criteri per il disturbo dissociativo dell'identità sono stati modificati per indicare che i sintomi di disgregazione dell'identità possono essere riferiti dall'individuo o osservati da altre persone, e che i vuoti nella rievocazione degli eventi possono verificarsi per gli eventi quotidiani e non solo per gli eventi traumatici



DMSP-PSY

DISTURBI DISSOCIATIVI **Sindromi nevrotiche e dissociative (ICD-10 F44)**

ELEVATO STRESS INTERFERISCE CON LA FORMAZIONE/RECUPERO DEI RICORDI

MECCANISMO DI EVITAMENTO /RIMOZIONE CHE PROTEGGE LA PERSONA DALL'ESPERIENZA COSCIENTE DI EVENTI STRESSANTI
SUSCETTIBILITA' IPNOTICA

DEFICIT DELLA MEMORIA ESPLICITA, NON DI QUELLA IMPLICITA

Memoria esplicita: ricordo cosciente di un'esperienza. Ricordo del nome delle cose, delle persone, di un luogo che abbiamo visitato. Sono informazioni che riguardano fatti o situazioni che ci sono capitati durante la nostra vita, di cui siamo coscienti e che possiamo esplicitare in qualsiasi momento

Memoria implicita: forma di memoria a cui non possiamo accedere consapevolmente. Non siamo in grado di raccontare a qualcun altro un'esperienza sensoriale o motoria che viene immagazzinata in questa forma di memoria.



DMSP-PSY

SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI **ASSOCIATI AD ALTERAZIONE DELLE** **FUNZIONI FISILOGICHE E A FATTORI SOMATICI**

- sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare
- disturbi non organici del sonno
- disfunzioni sessuali non causate da sindromi o malattie organiche



Disturbi dell'alimentazione

Anoressia nervosa ("perdita dell'appetito" - privazione di appetito) nervosa (motivazione emozionale del disturbo)

Caratteristiche dell'anoressia nervosa (ICD-10):

- peso corporeo inferiore a quello atteso per l'altezza (Body Mass Index $BMI = \text{kg/m}^2 < 17,5$)
- perdita di peso auto-indotta con
 - a) restrizioni (evitamento del cibo)
 - b) condotte di eliminazione (vomito, purghe auto-indotte)
 - c) esercizio eccessivo
 - d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici
- distorsioni dell'immagine corporea (percezione alterata del proprio corpo)
- paura di diventare grassi (sopravalutazione della forma attuale e ideale di magrezza), asceti (superamento della corporeità)
- disfunzione endocrina diffusa dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi (amenorrea, > ormone somatotropo, > cortisolo)



Bulimia nervosa



Bulimia = "fame da bue" (quantità e non qualità del cibo)

Caratteristiche (ICD-10):

- persistente preoccupazione per l'alimentazione, irresistibile desiderio del cibo, iperalimentazione (abbuffate) in brevi periodi di tempo
- condotte compensatorie agli eccessi bulimici
 - a) restrizioni (evitamento del cibo)
 - b) condotte di eliminazione (vomito, purghe auto-indotte)
 - c) esercizio eccessivo
 - d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici
- distorsioni dell'immagine corporea (percezione alterata del proprio corpo) e paura di diventare grassi
- alterazioni elettrolitiche



DMSP-PSY

Disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder)



Disturbo del comportamento alimentare: **abbuffate** analoghe a quelle della bulimia, non seguite da pratiche di eliminazione o compensazione.

Obesità o notevole sovrappeso. Sofferenza psicologica per questa condizione molto più di soggetti obesi che mangiano in modo non compulsivo. Diete finalizzate alla perdita di peso senza riuscirci, ricavandone una profonda frustrazione.

Circa la metà delle persone soffre anche di depressione, precedente o successiva allo sviluppo del disturbo alimentare.

Predisposizione **genetica**, cui si sommano un serie di fattori personali, familiari, sociali e ambientali sfavorevoli. Alterazioni specifiche a livello delle sostanze (ormoni e neurotrasmettitori) che regolano appetito, sazietà e stimolo all'assunzione di cibo, presenti nel cervello o a livello gastroenterico (in particolare, leptina e grelina)



DMSP-PSY

Disturbi dell'alimentazione

Prevalenza: 0'5-1% (anoressia), 1-2% (bulimia)
Adolescenti (90% femmine) (con due picchi: 14 e 18 anni)

Comorbidità con: depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, fobie, disturbo di panico, alcolismo, disturbi di personalità, turbe della sessualità.

Eziologia:

- fattori biologici (oppiacei endogeni, serotonina -> sazietà)
- variabili socioculturali (disturbo tipico dei paesi industrializzati)
essere magri = maggiore attrattiva personale e sociale
maggiore capacità di autodisciplina
maggiori benefici per la salute
- fattori relazionali:
relazione madre-figlia conflittuale (madre controllante e distante)
dinamica familiare (Minuchin et al., 1975):
fusione, iperprotettività, rigidità, conflitti non risolti, struttura invischiata



Disturbi dell'alimentazione

- personalità:

Anoressia: remissione, inibizione, perfezionismo (Leon et al., 1995 - studio prospettico), "falso sé".

Bulimia: impulsività/mancanza di autocontrollo, instabilità affettiva, comportamenti istrionici (Vitousek e Manke, 1994)

Entrambi presentano elevati livelli di nevroticismo e ansia e scarsa autostima al test MMPI.

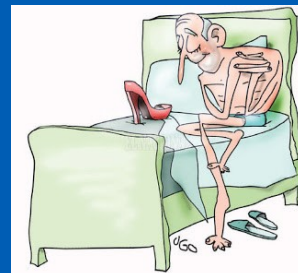
Mancanza di consapevolezza interocettiva - difficoltà a identificare i propri stati interiori (Bruch, 1982)



Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Disfunzioni: Sono alterazioni della funzione che provocano sofferenza e si automantengono: Disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, della risoluzione, da dolore sessuale

Parafilie: La funzione è mantenuta, è "l'oggetto" verso cui è rivolta la sessualità che è "alterato". Non producono sofferenza in chi le esercita se non per via indiretta: problematiche legali, riprovazione sociale etc.





DMSP-PSY

Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Transessualismo: desiderio di vivere ed essere accettato come membro del sesso opposto. Sensazione di inappropriatezza per il proprio sesso anatomico e desiderio di ricorrere a trattamenti per rendere il corpo conforme.

Travestitismo: consuetudine ad indossare abiti del sesso opposto.



DMSP-PSY

Disturbi sessuali e dell'identità di genere

Disturbo dell'identità di genere: profonde alterazioni del senso d'identità rispetto all'essere uomo o donna

Componenti del disturbo:

1. identificazione con il sesso opposto
2. malessere ↔ proprio sesso

Si definiscono quando un essere umano con genotipo XX e fenotipo femminile, si attribuisce una identità maschile o viceversa quando un essere umano con genotipo XY e fenotipo maschile si attribuisce una identità femminile

DSM V **Disforia di genere:** Nuova classe diagnostica Enfaticizzazione del fenomeno dell' "incongruenza di genere" anziché dell'identificazione col sesso opposto



DMSP-PSY

Disturbi da uso di sostanze



Intossicazione acuta: modificazioni patologiche clinicamente significative (psicologiche e/o comportamentali) dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione

Abuso: modalità uso ricorrente della sostanza che porta ad un disagio clinicamente significativo o ad una compromissione del funzionamento (es. incapacità a mantenere il proprio ruolo lavorativo e sociale, problemi legali, relazionali)

Tolleranza: diminuita risposta all'effetto di una sostanza dopo un utilizzo ripetuto che necessita di aumentarne le dosi per ottenere lo stesso effetto

Astinenza: sintomi sostanza-specifici conseguenti la riduzione o sospensione della sostanza che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento

Disturbi indotti da sostanze: es. disturbi psicotici, disturbi dell'umore, demenze



DMSP-PSY

Dipendenza da uso di sostanze

Dipendenza: caratterizzata da: marcato desiderio della sostanza, difficoltà a controllare il comportamento di assunzione, tolleranza alla sostanza, sintomi di astinenza, compromissione del funzionamento

Dipendenza fisica: stato adattativo che risulta dal "resetting" dei meccanismi omeostatici. Quando l'assunzione viene interrotta bruscamente, compare la sindrome da astinenza.

Dipendenza psicologica: comportamento di ricerca compulsivo con il quale un soggetto ricerca ed utilizza ripetutamente una sostanza per soddisfazione personale. E' una "risposta condizionata" che può venire evocata da stimoli ambientali (situazioni visive, odori, situazioni associabili al precedente utilizzo della droga anche dopo lunghi periodi di astinenza)

CRAVING Desiderio irresistibile, intrusivo, che comporta la perdita di controllo e una serie di azioni tese alla sua soddisfazione



Sostanze di abuso: classificazione

Criterio clinico (classificazione in base agli effetti):

- **Sostanze euforizzanti, depressogene ed analgesiche** (alcol., inalanti)
- **Sostanze sedative-euforizzanti e psichedeliche** (cannabis sativa – canapa indiana - da cui si ricavano marijuana – foglie e infiorescenze - e hashish – essudato resinoso)
- **Sostanze sedative** (oppiacei – oppio, morfina, eroina, codeina – barbiturici, benzodiazepine)
- **Sostanze stimolanti** (cocaina, amfetamine, caffeina, nicotina). Aumentano lo stato di vigilanza e attività motoria. La cocaina può essere assunta prima, dopo o contemporaneamente ad altre sostanze in particolare alcool ed eroina (*speedball*). L'assunzione di alcool determina un rallentamento delle performance psicomotorie, al contrario della cocaina che è provoca euforia. L'assunzione contemporanea delle due sostanze determina la formazione di cocaetilene. E' meno potente rispetto ad una dose equivalente di cocaina, ma ha una emivita più lunga.
- **Allucinogeni** (LSD, mescalina, Ecstasy, MDMA)



Schizofrenia e disturbi psicotici



La **psicosi** è una sindrome in cui le capacità mentali, la risposta affettiva di una persona, e la sua capacità di riconoscere la realtà, di comunicare e avere relazioni con gli altri è compromessa.

Le condizioni e i comportamenti delle persone affette da psicosi possono essere viste come risultanti degli sforzi fatti per reagire alle minacce rappresentate dalle disfunzioni cerebrali. (Fowler et al., 1997)



Schizofrenia e disturbi psicotici

Schizofrenia. Implica un grave deterioramento di una o più delle principali aree di funzionamento, come il lavoro, le relazioni interpersonali e la cura di sé. La schizofrenia è una malattia ubiquitaria, riscontrata in ogni epoca e cultura. Il suo tasso d'incidenza per un'unità di popolazione, in un dato periodo di tempo, è del 15-25% dei casi all'anno per 100.000 abitanti.

- Diversi quadri clinici
- Insorgenza precoce (15-25 a)
- Decorso tendenzialmente cronico.
- Eziologia sconosciuta

Sindromi psicotiche acute e transitorie (F23)
con e senza sintomi schizofrenici

Sindromi schizoaffettive (F25)



Schizofrenia

Presenza di almeno 2 tra i sintomi positivi e negativi.

Sintomi psicotici Positivi

1. **allucinazioni** (percezione sensoriale che ha senso impellente di realtà, ma si manifesta in assenza di stimolazione esterna del relativo organo di senso)
2. **deliri** (interpretazione non corretta di percezioni o esperienze, non modificabile da critiche esterne). I deliri riguardano più della metà dei pazienti con schizofrenia, ma si trovano anche in pazienti con altre diagnosi (disturbo bipolare; depressione psicotica...). I deliri dei pazienti con schizofrenia sono più bizzarri.
3. **eloquio disorganizzato** (deragliamento, tangenzialità, insalata di parole)
4. **comportamento grossolanamente disorganizzato e catatonico;**



Deliri: disturbi della forma del pensiero

Esistono varie alterazioni del flusso ideico e della struttura del pensiero:

Accelerazione: aumenta la velocità associativa, aumento della produzione verbale, nei casi più estremi fuga delle idee.

Rallentamento: diminuzione della velocità associativa e del contenuto ideico, nei casi estremi, arresto del pensiero

Deragliamento: perdere il filo del discorso passando da un argomento all'altro

Tangenzialità: risposte collegate ad una domanda in modo obliquo oppure completamente scollegate

Illogicità

Neologismi: utilizzo di termini conati ex novo per indicare concetti del tutto personali

Concretismo: incapacità di fare astrazione e ragionare su cose astratte come fede, famiglia, stato. Incapacità di interpretare proverbi o modi di dire



Deliri: disturbi del contenuto pensiero

Tipi di delirio

- **delirio di influenzamento o delirio di riferimento:** il paziente attribuisce un potere speciale a oggetti, eventi o persone a lui prossime;
- **delirio di controllo:** convinzione che i propri pensieri o le proprie emozioni siano sotto il controllo di qualche forza esterna;
- **delirio di inserimento:** simile al precedente; i pensieri vengano imposti da una forza esterna;
- **delirio bizzarro:** il paziente aderisce a un sistema di credenze totalmente non plausibili (nella cultura di riferimento);
- **delirio di grandezza:** il paziente ha la convinzione di essere estremamente importante, per esempio di essere stato prescelto da Dio per compiere una missione di fondamentale importanza, o di essere l'unico detentore di conoscenze o poteri straordinari;
- **delirio somatico:** il paziente è convinto che il proprio corpo abbia qualche cosa di inusuale, come una rara malattia, qualche tipo di parassita o un odore sgradevole.



Deliri: disturbi del contenuto pensiero

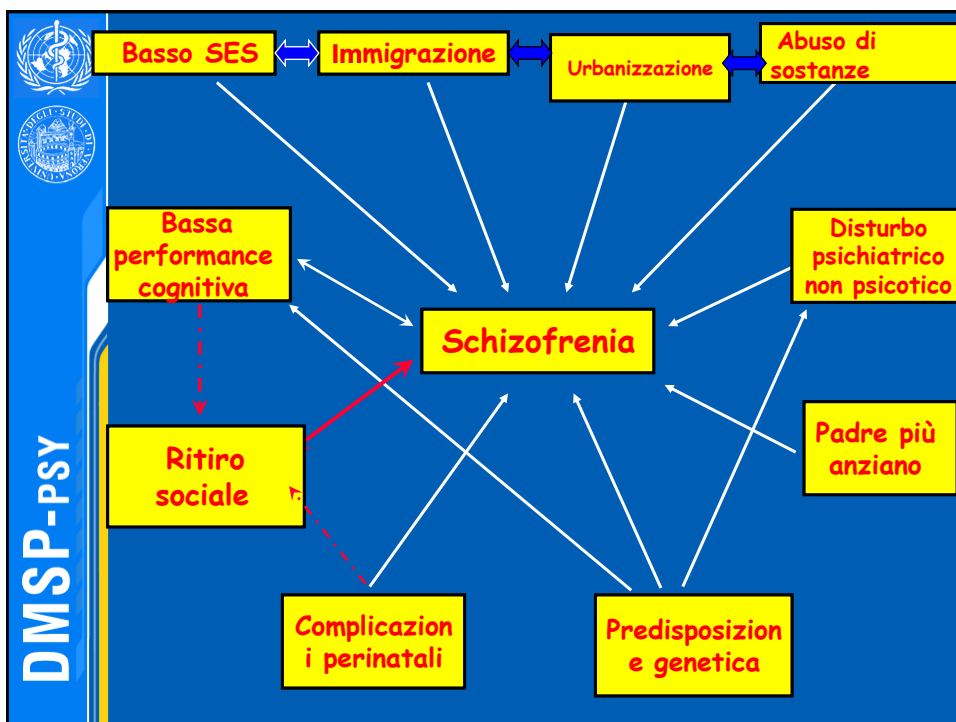
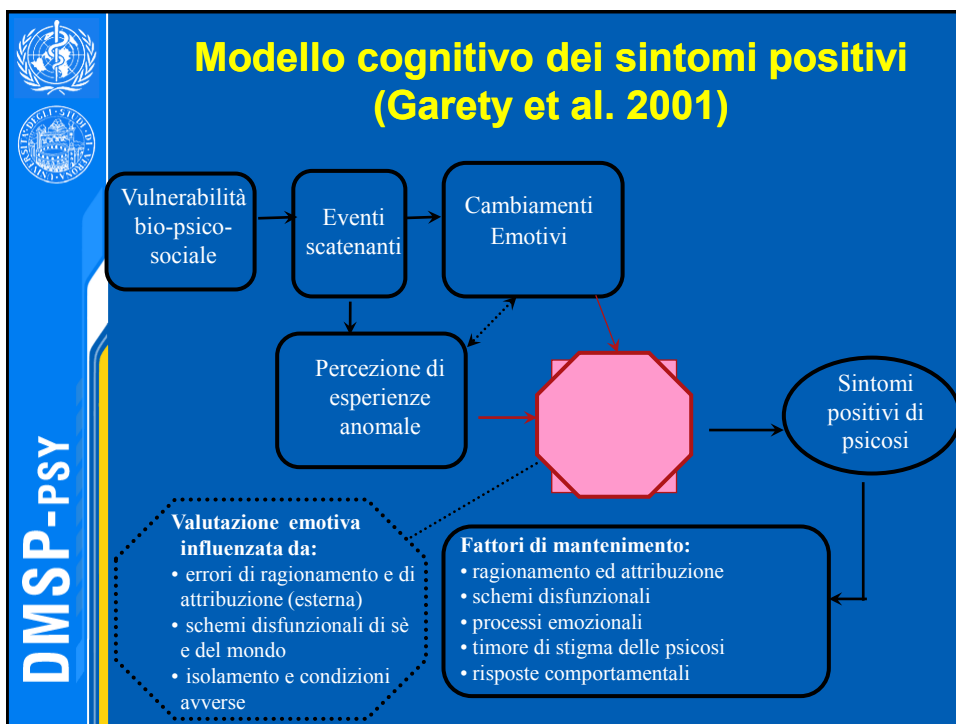
- **delirio nichilista**: si riscontra nelle depressioni melanconiche, ed è costituito da un insieme, spesso incoerente, di idee negative;
- **delirio interpretativo**: il soggetto interpreta fatti casuali come fatti a lui legati, sentendosi l'attore principale o sentendosi indicato come parte in causa;
- **delirio di persecuzione**: il paziente ritiene di essere oggetto di una persecuzione (situazione spesso identificata anche col termine paranoia);
- **delirio erotomanico**: il paziente è convinto che una certa persona (spesso una celebrità) sia segretamente innamorata di lui;
- **delirio di gelosia**: il paziente ha la convinzione infondata e ossessiva di essere tradito dal proprio partner;
- **delirio di trasmissione del pensiero**: il paziente è convinto di esprimere inconsapevolmente i propri pensieri a voce alta, o comunque che gli altri possano percepirli.



Schizofrenia

Sintomi negativi:

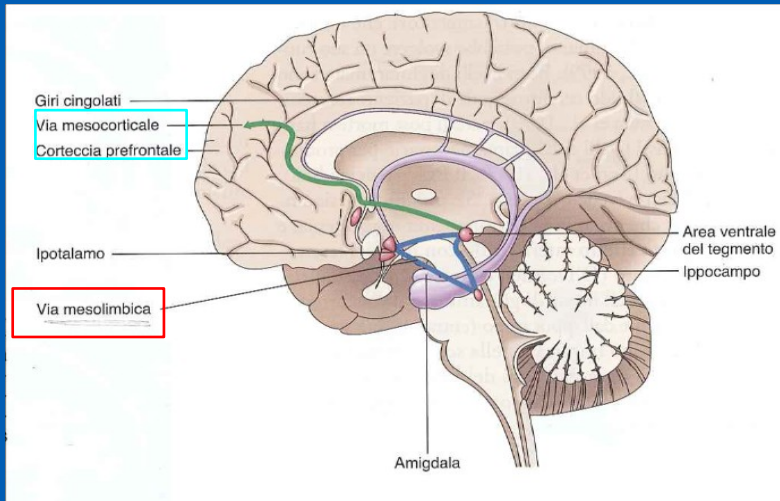
1. **Appiattimento dell'affettività**, restrizione dello spettro e dell'intensità delle espressioni emotive o **affettività inappropriata**
2. **Anedonia** perdita di interesse per l'esperienza del piacere
3. **Alogia**, riduzione della fluidità e produttività del pensiero e dell'eloquio.
4. **Abulia**, apatia, incapacità a iniziare/continuare comportamenti finalizzati.
5. **Asocialità**





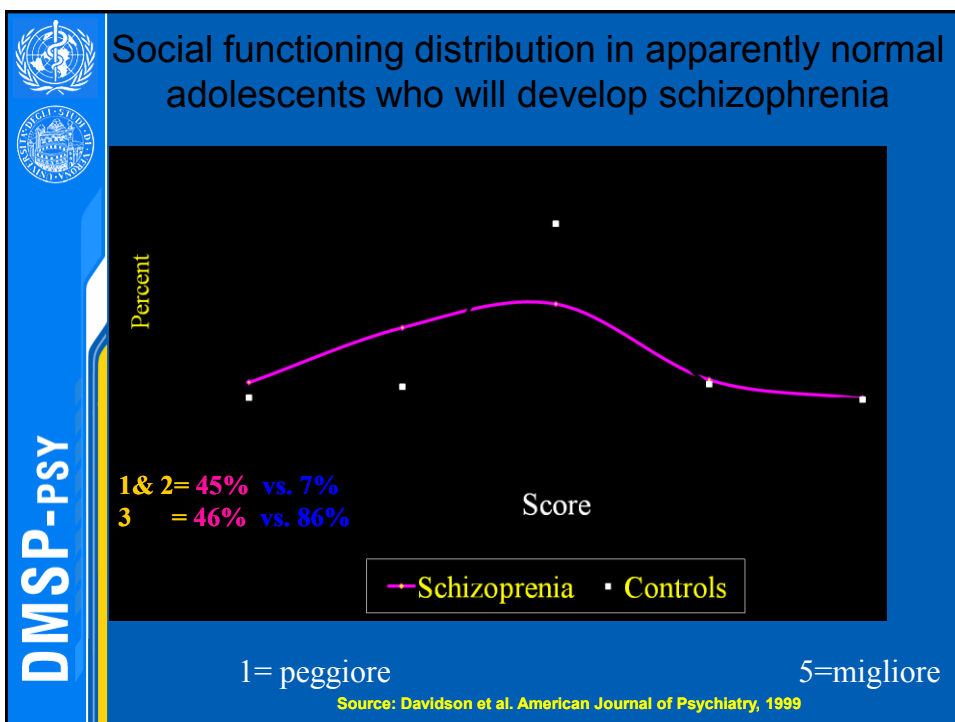
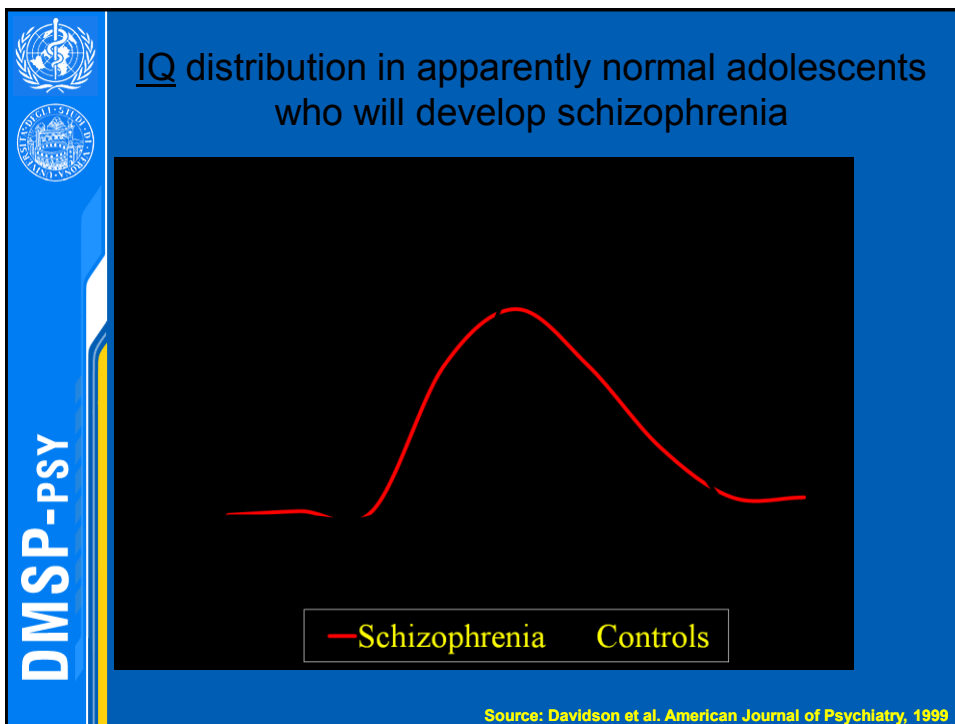
Neurobiologia delle psicosi

Disregolazione del funzionamento del sistema DOPAMINERGICO (ridotte “spine dendridiche” – “sindrome da disconnessione” – recettori più numerosi e sensibili nella via mesolimbica - ipoattività della via mesocorticale.



Neurobiologia delle psicosi

- **TRASMISSIONE GENETICA.** Studi su famiglie, su gemelli e sui bambini adottati (Craddock et al., 2005). Ruolo del gene COMT (codificatore dell'enzima che metabolizza la dopamina). Il polimorfismo funzionale del gene COMT è associato ad un lieve incremento del rischio di sviluppare la schizofrenia e alle disfunzioni della corteccia prefrontale e della working memory (Goldberg et al., 2003).
- **“Lesioni” precoci localizzate nella CORTECCIA PREFRONTALE DORSO LATERALE** (linguaggio, capacità decisionale, comportamento finalizzato, memoria di lavoro)
- Dilatazione dei ventricoli





Trattamento di I scelta

Farmacoterapia a base di antipsicotici atipici a dosi efficaci

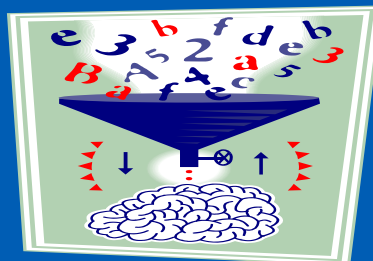
Il trattamento è necessario per permettere al paziente di beneficiare dei trattamenti psicosociali.

Trattamento cognitivo:

- Durante la fase di remissione dei sintomi positivi può essere utile : addestramento alle abilità sociali, terapia di miglioramento cognitivo (working memory, jumping to conclusions e metacognitivo)
- Non si deve mettere in discussione la natura delle convinzioni, ma intervenire sulla rigidità delle conclusioni, lavorando sulle prove a loro sostegno, non sui contenuti.
- Non si mette in discussione il sintomo (es. voci), ma le conseguenze e come fronteggiarle in maniera alternativa



Cosa si intende per personalità ?





Temperamento

Fondamento eredo- costituzionale e struttura biologica che sta alla base delle modalità di risposta agli stimoli ambientali

Dimensioni fondamentali (Thomas e Chess, 1977)

ATTIVITÀ: livello e estensione dell'attività motoria

RITMITICITÀ: regolarità funzioni biologiche (sonno, appetito)

APPROCCIO-RITIRATA verso stimoli nuovi

ADATTABILITÀ

INTENSITÀ: livello energetico delle risposte

SOGLIA: stimolazione necessaria a provocare una reazione

UMORE

DISTRAIBILITÀ: effetto di stimoli esterni sul comportamento in atto

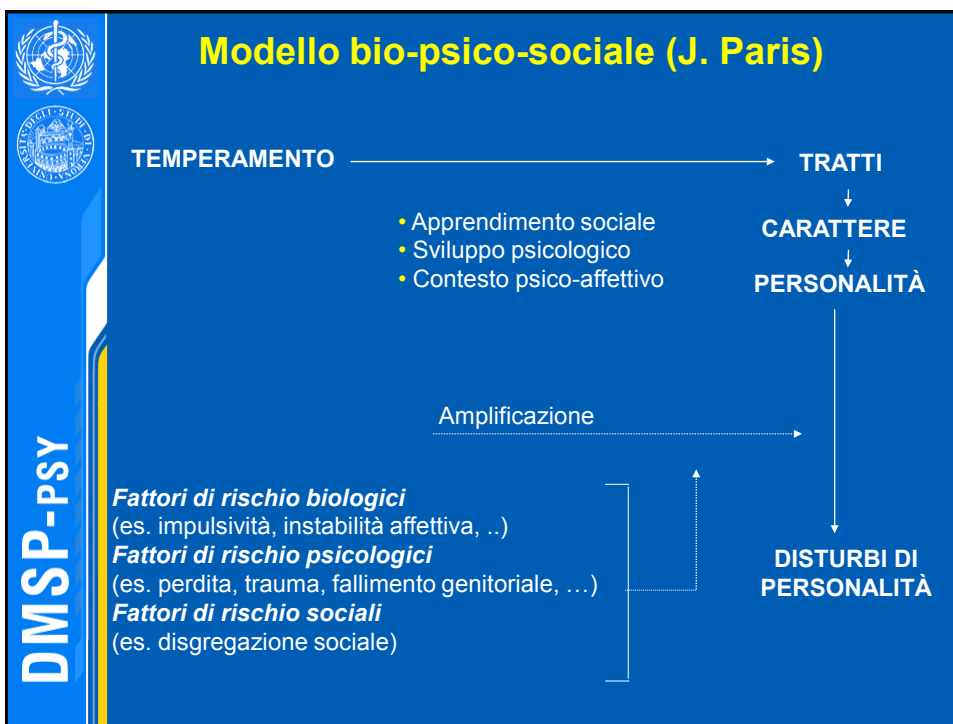
PERSISTENZA: ammontare del tempo dedicato a una stessa attività



Carattere e Personalità



- Carattere: modalità adattative dell'individuo alle esigenze del contesto ambientale, ossia disposizioni acquisite dalle esperienze di vita
- Personalità: Persona= maschera; dal latino *per-* (attraverso), *sona* (i suoni). Modalità strutturata di *pensiero*, *sentimento* e *comportamento* che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori *costituzionali*, dello *sviluppo* e dell'*esperienza* sociale (OMS,1992)



Tratti e disturbo di personalità

- I tratti di personalità sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti, sociali e personali:

M3: Introversione –Estroversione, Nevroticismo, Adattamento Psicosociale (Eysenck)

M5: Nevroticismo, Estroversione/introversione, Apertura all'esperienza, Accettazione/antagonismo, Coscienziosità (Costa e McCree)

DMSP-PSY



Tratti e disturbo di personalità

- Solo quando sono rigidi e maladattativi e causano menomazioni funzionali significative o disagio soggettivo configurano un disturbo di personalità



Disturbo di personalità

Modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo

Si manifesta in almeno due aree:

- **Cognitività:** modi di percepire e interpretare sé stessi, gli altri, gli avvenimenti
- **Affettività:** varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva
- **Funzionamento interpersonale**
- **Controllo degli impulsi**

Il modello è **inflexibile e prevasivo** in una varietà di situazioni personali e sociali e determina un disagio clinicamente significativo e **compromissione del funzionamento**



DMSP-PSY

Classificazione dei disturbi di personalità

- **Disturbi del cluster A:** disturbo paranoide di personalità, disturbo schizoide di personalità, disturbo schizotipico di personalità;
- **Disturbi del cluster B:** disturbo antisociale di personalità, disturbo *borderline* di personalità, disturbo istrionico di personalità, disturbo narcisistico di personalità;
- **Disturbi del cluster C:** disturbo evitante di personalità, disturbo dipendente di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.



DMSP-PSY

GRUPPO A

Gruppo strano/eccentrico - distorsioni cognitive e chiusura relazionale

- DP PARANOIDE
- DP SCHIZOIDE
- DP SCHIZOTIPICO



DMSP-PSY

GRUPPO A: DP PARANOIDE

- A. diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri; aspettativa di essere maltrattati o sfruttati; atteggiamento ostile.
- B. Non si manifesta esclusivamente in relazione a stati morbosi (schizofrenia, disturbi psicotici o come effetto fisiologico di una condizione medica generale).



DMSP-PSY

GRUPPO A: DP SCHIZOIDE

- A. Modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in contesti interpersonali che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti;
 - Sembrano non desiderare intimità
 - Preferiscono passare il tempo da soli, escludendo attivamente l'interazione con gli altri
 - Scarso interesse per esperienze sessuali con altri
 - Provano piacere in poche o nessuna attività
 - Non hanno amici stretti
 - Indifferenti all'approvazione o alle critiche
 - Affettività ristretta. Appaiono freddi e distaccati.
- B. Non si manifesta esclusivamente in relazione a stati morbosi.



DMSP-PSY

GRUPPO A: DP SCHIZOTIPICO

- A. Modalità pervasiva di relazioni sociali ed interpersonali deficitarie, evidenziate da un disagio acuto e ridotte capacità riguardanti le relazioni strette, da distorsioni cognitive e percettive, eccentricità del comportamento che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti;
- Idee di riferimento (gli eventi hanno un significato particolare, specificamente per il soggetto)
 - Possono avere credenze magiche relative a sé e alla realtà
 - Esperienze percettive insolite (es. sentire la presenza di una forza)
 - Stranezze nel pensiero e nell'eloquio
 - Sospettosità o ideazione paranoide
 - Affettività inappropriata o coartata
 - Eccentricità
 - Nessun confidente o amico stretto
 - Eccessiva ansia sociale, associata a preoccupazioni paranoide piuttosto che al timore di giudizio negativo.
- B. Non si manifesta esclusivamente in relazione a stati morbosi.



DMSP-PSY

GRUPPO C

Gruppo ansioso/timoroso -Inibizione, senso di inadeguatezza dipendenza dal giudizio o dalla relazione.

- DP EVITANTE
- DP DIPENDENTE
- DP OSSESSIVO-COMPULSIVO



DMSP-PSY

GRUPPO C: DP EVITANTE

A. Quadro pervasivo di inibizione sociale, senso di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo. Compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti:

- evita lavori in cui c'è significativo contatto interpersonale;
- riluttante alle relazioni se non è sicuro di piacere;
- inibito nelle relazioni intime per paura di essere ridicolizzato o umiliato);
- si preoccupa di essere criticato/rifiutato in situazioni sociali;
- preoccupato in situazioni relazionali nuove (senso di inadeguatezza)
- si percepisce socialmente inetto;
- riluttante ad assumere rischi personali per il timore di sbagliare.



DMSP-PSY

GRUPPO C: DP DIPENDENTE

A. Quadro pervasivo di necessità di accudimento, che determina comportamento sottomesso, dipendente e timore della separazione. Compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti:

- ha continuamente bisogno di essere rassicurato rispetto alle decisioni quotidiane;
- delegante rispetto all'assunzione di responsabilità;
- ha difficoltà ad esprimere disaccordo per il timore di perdere supporto e approvazione;
- può accettare anche compiti spiacevoli pur di garantirsi accudimento e supporto;
- si sente inadeguato e indifeso quando solo;
- quando termina una relazione stretta ne cerca subito un'altra sostitutiva;
- preoccupazione irrealistica di essere lasciato.



DMSP-PSY

GRUPPO C: DP OSSESSIVO-COMPULSIVO

A. Quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale a spese di apertura, flessibilità ed efficienza. Compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti:

- attenzione per i dettagli, regole, ordine, organizzazione al punto che si perde l'obiettivo primario dell'attività o non si è in grado di portarla a compimento essendo troppo rigidi i criteri applicati nelle fasi intermedie;
- eccessiva dedizione al lavoro e produttività, fino all'esclusione di attività piacevoli;
- eccesso di scrupolo e coscienziosità, moralità etica o valori.
- sul piano interpersonale sono ostinati, pretendono che venga fatto tutto come vogliono loro.



DMSP-PSY

GRUPPO B

Gruppo amplificativo/imprevedibile -
Comportamento imprevedibile, impulsivo,
drammatizzante

- DP ANTISOCIALE
- DP BORDERLINE
- DP ISTRIONICO
- DP NARCISISTICO



DMSP-PSY

GRUPPO B: DP ANTISOCIALE

- A. Quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti altrui. Compare in adolescenza con almeno tre elementi:
- condotte illegali
 - disonestà e falsità
 - impulsività e incapacità a pianificare;
 - irritabilità e aggressività;
 - inosservanza della sicurezza propria o altrui;
 - irresponsabilità abituale;
 - mancanza di rimorso dopo atti illegali o aggressivi
- B. L'individuo presentava disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni.
- C. Il comportamento antisociale non compare solo quando associato a schizofrenia o episodio maniacale.



DMSP-PSY

GRUPPO B: DP ISTRIONICO

- A. Quadro pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione. Compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti:
- è a disagio quando non è al centro dell'attenzione;
 - l'interazione si caratterizza per comportamento sessualmente seducente o provocante;
 - mutevolezza e superficialità nell'espressione delle emozioni;
 - utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé;
 - eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli;
 - autodrammatizzazione, teatralità, espressione esagerata delle emozioni;
 - suggestionabile;
 - attribuisce eccessiva importanza alle relazioni intime.



DMSP-PSY

GRUPPO B: DP NARCISISTICO

A. Quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di essere ammirati e mancanza di empatia. Compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti:

- senso grandioso della propria importanza;
- assorbito da fantasie di illimitati successi, potere, fascino, bellezza;
- crede di essere speciale e unico e di poter essere capito solo da persone altrettanto speciali o di classe elevata;
- richiede eccessiva ammirazione;
- ha la sensazione che tutto gli sia dovuto;
- si approfitta degli altri per i propri scopi;
- manca di empatia: incapace di riconoscere o identificarsi con i bisogni degli altri;
- spesso invidioso o crede che gli altri lo invidino;
- mostra atteggiamenti arroganti e presuntuosi.



DMSP-PSY

GRUPPO B: DP BORDERLINE

“Una modalità pervasiva di instabilità delle *relazioni interpersonali*, dell'*immagine di sé* e dell'*affettività* con impulsività notevole, comparsa entro la prima età adulta e presente in vari contesti come indicato da almeno 5 o più dei seguenti elementi:....”



DISTURBO BORDELINE DI PERSONALITÀ

1. relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza di iperidealizzazione e svalutazione
2. impulsività in almeno 2 aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, uso di sostanze, guida spericolata, abbuffate
3. instabilità affettiva causata da una marcata reattività dell'umore (ad es. intensa disforia episodica, irritabilità o ansia che dura di solito poche ore e soltanto di rado supera pochi giorni)
4. rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia



DISTURBO BORDELINE DI PERSONALITÀ

5. ricorrenti minacce, gesti o comportamenti suicidari o comportamento automutilante
6. disturbo dell'identità: l'immagine di sé o il senso di sé sono disturbati in maniera marcata e persistente o instabile
7. sentimenti cronici di vuoto
8. sforzi disperati di evitare un abbandono reale o immaginario
9. gravi sintomi dissociativi o transitoria ideazione paranoide correlata a eventi stressanti



Disturbo Bordeline di personalità

Al bordo di che cosa?

- Termine inglese che significa “al limite”, “al margine”, “al bordo”
- Serie di disturbi che tradizionalmente sono stati collocati ai bordi delle nevrosi e delle psicosi
- Organizzazione autonoma della vita psichica (Kernberg, 1975)
- Recente attribuzione del disturbo allo “spettro affettivo - bipolare” (Akiskal, 2002; Ghaemi et al., 2002) – oscillazione rapida dell’umore.
- Intabilità affettiva – attivazione emotiva con oscillazioni imprevedibili e con rapida e intensa risposta a fattori scatenanti ambientali (putnam e Silk, 2005) – disregolazione emotiva (Linhean).



Disturbo Bordeline di personalità

Modello tripartito (Frankenburg et al. 1997)

1. **Ambiente infantile traumatico** che induce intensa rabbia, dolore, vergogna e/o terrore (madri altamente conflittuali, distanti e padri poco presenti e coinvolti). Frequente abbandono emotivo.
2. **Temperamento vulnerabile o “iperbolico”**:
tendenza a offendersi facilmente,
risentimento perpetuo per cui il soggetto si fa insistente allo scopo di ottenere attenzione alla sofferenza interiore
i tentativi di avere attenzione sono normalmente indiretti e implicano un’idea sottostrante di insensibilità, stupidità o malevolenza dell’ascoltatore
3. **Eventi scatenanti normativi** (lavoro, relazione intima) o **traumatici** (lutti, abusi fisici e sessuali) avvenuti nella tarda adolescenza che fungono da catalizzatori del DPB.



DMSP-PSY

Disturbo Bordeline di personalità

Epidemiologia

- Età d'esordio: adolescenza (entro la prima età adulta)
- Diagnosticato più spesso nelle donne (75%)
- Familiarità (5 volte più frequente tra i consanguinei di primo grado rispetto alla popolazione generale)
- Prevalenza:
 - 2% popolazione generale
 - 10% pazienti psichiatrici ambulatoriali
 - 20% pazienti psichiatrici ricoverati
 - 30-60% di tutti i disturbi di personalità



DMSP-PSY

Disturbo dell'identità e paura dell'abbandono

- L'esperienza di sé di questi pazienti è caratterizzata da un marcato disturbo dell'identità
- I pazienti vivono un senso interiore di vuoto così forte che solo la presenza altrui fa sentire vive
- La solitudine è vissuta come una terribile perdita di sé, profondo annientamento
- Ogni abbandono, reale o immaginario, è vissuto come una ferita profonda e dolorosa e può trasformare la dipendenza in ostilità



Diffusione dell'identità

Mancanza di un concetto integrato di sé e degli altri significativi (evidente nelle descrizioni non riflessive, contraddittorie o caotiche di sé e degli altri, e nell'incapacità di integrare o persino di divenire consapevole di queste contraddizioni)

*Clarkin, Yeomas, Kernberg
Psicoterapia della personalità Borderline, 1999*



Gesti autolesivi

- Le frequenti oscillazioni emotive inducono pensieri di suicidio e/o gesti autolesivi
- L'effettuazione di tali gesti si accompagna alla percezione di solievo rispetto a sentimenti troppo intensi di angoscia e di rabbia
- Di solito i gesti autolesivi si verificano dopo una lite o un appuntamento mancato, o comunque in un'occasione in cui sono stati lasciati soli o si sono sentiti frustrati
- Questi gesti sono anche realizzati con una sempre maggiore consapevolezza degli effetti di controllo che essi hanno sugli altri significativi



Gesti autolesivi

- I gesti autolesivi sono solitamente compiuti per ragioni autopunitive
- Questi pazienti devono confrontarsi con un mondo duro sul quale sentono di avere poco controllo, avendo per di più la consapevolezza di uno scarso controllo anche su sé stessi
- Questi brevi momenti di analgesia, mentre si provocano lesioni fisiche, si configurano come veri e propri momenti di depersonalizzazione
- Talvolta sono associati ad esperienze di solievo da stati affettivi dolorosi intollerabili *



Tipologie di comportamento autolesivo nei pz. borderline

Tipo	% pazienti
Infliggersi dei tagli	80
Procurarsi ematomi	24
Procurarsi bruciature	20
Sbattere la testa	15
Mordersi	7

da Shearer, 1994



Funzioni del comportamento autolesivo nei pz. borderline

Funzione	% pazienti
Sentire dolore fisico - dominare il dolore fisico	59
Punirsi per essere "cattivi"	49
Controllare i sentimenti	39
Esercitare un controllo	22
Esprimere rabbia	22
Avvertire / dominare la confusione	20

da Shearer, 1994



Disturbi di personalità ed abuso di sostanze

226 soggetti, > maschi, > uso di eroina, > Cluster B

	%
Antisociale	33.5
Borderline	27.7
Evitante	16.8
Paranoide	13.9
Passivo/aggressivo	12.1

Addict Behavior. Kokkevi et al., 1998



DMSP-PSY

Disturbi di personalità

Problemi diagnostici

- I criteri adottati per definire l'omogeneità di un quadro sono poco identificabili
- Molti disturbi di personalità tendono a sfumare in altre sindromi cliniche
- I confini tra i vari disturbi di personalità non sono netti e tendono a sovrapporsi



DMSP-PSY

Modello dimensionale dei disturbi di personalità

Modello a cinque fattori (McCrae e Costa, 1990)

- Nevroticismo
- Estroversione/introversione
- Apertura all'esperienza
- Accettazione/antagonismo
- Coscienziosità